

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”

Departamento de Saúde Coletiva

Residência Multiprofissional em Saúde Mental

ALÉM DO VÉU DO SIGILO:

**A IMPORTÂNCIA DO PROTAGONISMO NO CUIDADO ÀS PESSOAS
QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Campinas

Março de 2016

Mateus de Andrade Huber

**ALÉM DO VÉU DO SIGILO:
A IMPORTÂNCIA DO PROTAGONISMO NO CUIDADO ÀS PESSOAS
QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas como condição parcial para o título de especialista em Saúde Mental.

Orientadores: Ellen Cristina Ricci e Thiago Trape

Coordenação: Rosana Teresa Onocko Campos.

Campinas

2016

Resumo

Este trabalho é uma reflexão construída a partir da experiência prática da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, vinculada à Universidade Estadual de Campinas, atuando na assistência às pessoas que vivem com HIV/AIDS em uma unidade de Hospital-Dia, da mesma universidade. Após mais de 30 anos desde o primeiro caso detectado, este trabalho pretende levantar questionamentos acerca do tratamento desta infecção crônica hoje – considerando o forte estigma que persiste em relação a esta doença, usualmente levando as pessoas a uma vida em “duplicidade” e mantendo a sua sorologia em sigilo.

A escolha pelo sigilo é um direito das pessoas que se descobrem soropositivo desde 1989 – a partir da Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS. Porém, este sigilo que objetiva proteger o sujeito, também produz invisibilidade e, por conseguinte, implicações para o processo de adoecimento e também para a produção de estratégias terapêuticas. Frente a isso, quais articulações são possíveis entre o campo da saúde mental e o saber da infectologia? Como os princípios do SUS podem nos instrumentalizar para pensar a produção de saúde quando se vive com HIV/AIDS no Brasil hoje?

Neste limiar entre o sigilo, que protege do estigma, e o silêncio, que inviabiliza que estes sujeitos possam narrar-se e nomear o próprio corpo – qual posição ética, política e clínica adotar enquanto profissionais de saúde? Utilizando-se de referenciais da Saúde Coletiva, da Atenção Psicossocial e da Psicanálise, alargamos as bordas do modelo biomédico de tratamento aos organismos infectados com a proposta da Clínica Ampliada, incluindo neste organismo uma história, uma complexidade de desejos e uma dimensão política, enfim, um Sujeito.

Palavras chave: HIV/AIDS; Estigma; Sigilo; Integralidade; Clínica Ampliada

Sumário

1. Apresentação.....	05
2. Introdução.....	07
3. O HIV no mundo e no Brasil.....	08
4. O Hospital-Dia e seus doentes.....	10
4.1. O desafio de escutar.....	14
4.2. Relatos.....	17
5. O véu do sigilo.....	22
6. A relação terapêutica e emancipatória.....	28
7. Conclusão.....	35
8. Referências Bibliográficas.....	37

1. Apresentação

Foi ainda na graduação que senti vibrar meu desejo de atuar, enquanto Psicólogo, no campo da Saúde – mais especificamente na Saúde Pública. Depois de transitar entre diferentes campos, percebi que este me atraía por possibilitar uma atuação além da clínica particular tradicional, mas uma ação norteadada por um compromisso ético-político visando à promoção de saúde sem custos, saúde enquanto direito de todos, um produto social e não objeto de mercado. Assim decidi, enquanto estagiário, experienciar diferentes níveis de atenção de saúde – Atenção primária em UBS; atenção secundária em CAPS; atenção terciária em uma unidade de Pronto Atendimento.

A partir disso ingressei em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental – este mesmo para o qual escrevo este Trabalho de Conclusão – para poder aprender, na prática, mais sobre o funcionamento do nosso Sistema Único de Saúde, suas fragilidades e potências clínico-políticas. Em um primeiro momento decidi me aprofundar no campo legitimado enquanto Saúde Mental, dentro de um CAPS III vivenciei a Atenção Psicossocial, a Rede de Atenção Psicossocial, a continuação do processo de construção da Reforma Psiquiátrica.

Um mergulho no viver junto à loucura. Uma luta pelos direitos humanos. A defesa por um tratamento em liberdade. O acolhimento da crise subjetiva, a reabilitação psicossocial, os ateliês, as possibilidades de formação de rede, o transitar nos territórios – uma clínica que se recria a cada novo sujeito e singularidade. A rede substitutiva que só é possível hoje devido a uma história de luta contra uma lógica manicomial, um determinado paradigma que estava confortavelmente instalado em nosso país, mas que ao longo de muitos embates se desestabilizou e, pouco a pouco, vê seus muros sendo rachados e desconstruídos. Um campo de constante tensionamento entre forças políticas e clínicas, afinal, nada está garantido dentro da Atenção Psicossocial.

No início de meu segundo ano da residência abriam-se novas escolhas para nosso aprendizado enquanto residentes. Outros campos que compunham a RAPS e também alguns serviços que estavam fora da Atenção Psicossocial: um centro de reabilitação voltado para deficiências em geral e um serviço de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Corriam-se as horas enquanto nós, residentes, expúnhamos nossos interesses e nos organizávamos para contemplar todas as vagas e desejos.

Nesta discussão decidi arriscar novos campos. Por mais que não conhecesse todos os equipamentos que compõem a RAPS e suas singularidades, existe um discurso similar que atravessa estes equipamentos – o discurso da reforma psiquiátrica, da Atenção Psicossocial – ao qual eu já me sentia próximo. Assim, optei por aprender sobre o que é a Atenção à Saúde Mental fora da Reforma Psiquiátrica, elegi o centro de reabilitação e o hospital-dia como minhas novas residências. As deficiências seriam um encontro completamente novo, mas trabalhar com a epidemia do HIV e seus desdobramentos para dentro da história dos sujeitos já era um campo da saúde do qual eu gostaria de me aproximar.

O que a Saúde Mental tem a oferecer aos cuidados desses sujeitos? Pode a saúde mental compor junto ao saber médico da Infectologia? – Estas são algumas questões que basearam a minha escolha e, agora, em tempos de conclusão, retomo-as junto a algumas outras que irão aparecer no decorrer deste escrito. Aqui trago a minha experiência dentro do Hospital Dia da UNICAMP, no qual pude escutar e aprender, não sobre corpos infectados, mas sobre histórias silenciadas pelos muros que construímos cotidianamente – muros de preconceito.

2. Introdução

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), quando reconhecida pela primeira vez na década de 80, assustou o mundo pelos modos como deteriorava o corpo humano e nos colocou em estado de alerta pelo desconhecimento sobre os processos transmissíveis e as possibilidades de cura. No caminhar das décadas, o saber científico debruçou-se sobre o invasor e construiu um importantíssimo saber a respeito do até então desconhecido HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Farmacoterapias foram desenvolvidas e hoje são capazes de controlar os efeitos do vírus no corpo do homem (Tratamento Antiretroviral – TARV), mas ainda sem a possibilidade de destruí-lo, transformando uma doença letal em uma condição de saúde crônica.

Foi neste momento do saber médico sobre as afecções clínicas do HIV e sobre a epidemia da AIDS que pude, enquanto residente do programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental, atuar em um serviço com atenção especializada às pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). Foi ali, na escuta desses sujeitos que pude entrar em contato com as experiências e com as angústias que suscitam a incerteza do diagnóstico, a revelação de uma nova condição do corpo, o viver com HIV, o sofrimento com o estigma e o padecer com AIDS.

Neste trabalho, dedico-me a uma das questões que notei transversal, se não em todas, mas com certeza na maioria das pessoas com a qual pude estar: a angústia frente ao estigma em que se recai ao se descobrir e viver enquanto soropositivo. O medo do preconceito, da recusa e da exclusão, levando a decisão de escolher viver este diagnóstico em sigilo – o corpo infectado, a partir de então, corpo-segreto.

“Onde há sofrimento, e não apenas psíquico, há necessariamente trabalho subjetivo/psíquico” (COSTA-ROSA, 2013, p.300), e o não-dizer desse corpo infectado de segredos têm implicações no trabalho subjetivo que o adoecer traz para as pessoas. Faz-se (ou deveria se fazer) questão também para os profissionais que se debruçam nesse cuidado longitudinal – como cuidar de um corpo-segreto?

3. O HIV no mundo e no Brasil

A gênese do vírus da imunodeficiência humana é incerta, os primeiros casos identificados de doenças oportunistas, em 1981, foram encontrados nos Estados Unidos e em grupos de homens homossexuais – o que levou a crer que essa seria uma patologia exclusiva desse grupo – “a própria homossexualidade masculina se transformou num sinônimo de AIDS. No início, a associação chegou a tal ponto que a doença, recém-descoberta, chegou a ser nomeada GRID (Gay Related Immunodeficiency) nos meios científicos e de *câncer gay*, *peste gay* ou *peste rosa* pela imprensa e pela opinião pública” (TERTO JR, 2002, p.148)

Em 1982 casos semelhantes apareceram em outros pontos do globo, como no Haiti e Brasil, e entre outros grupos, como os hemofílicos. Na época, quando ainda nada se sabia sobre o vírus, a AIDS, os sintomas e o contágio, o medo do desconhecido motivou um temor em grande parte da população mundial que se deparava com uma nova doença letal e sem cura. “Grande parte da atividade de pesquisa social e de comportamento que começou a aparecer em resposta à AIDS, em meados da década de 80, foi então focalizada em pesquisas de comportamentos de risco e do conhecimento, atitudes e práticas que poderiam ser associados com o risco de infecção pelo HIV” (PAKER, 2000, p. 67). Com o pouco que se sabia sobre o enfraquecimento imunológico que a doença causava, ela acabou sendo batizada de AIDS em 1982.

No Brasil a primeira política pública voltada a AIDS foi o Programa Nacional de AIDS, em 1985, que tinha o objetivo de divulgar informações sobre o HIV e a AIDS, especialmente para os grupos de riscos – os primeiros casos foram registrados entre HSH (homens que não se identificam enquanto homossexuais e estabelecem relações sexuais com outros homens) – visto dados como o de que apenas 4% da população usava camisinha nos encontros sexuais. O Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) nasceu no mesmo ano. Em 1988, com o fim da ditadura, a primeira constituição garantiu proteção legal contra discriminação e defendeu o direito ao acesso gratuito aos serviços de saúde. No entanto a doença continuou se espalhando e inúmeros anônimos morreram tão vítimas quanto figuras públicas – como o cantor Cazuza. Em 1993 a maior parte dos casos de AIDS já era atribuída à transmissão

heterossexual e só aumentou ao longo dos anos – em 2007, estimava-se que 47% dos casos em homens, e 95% em mulheres, tinham sido transmitidos por relações heterossexuais – enquanto o uso compartilhado de drogas injetáveis, até 2007, caiu de 27,5% para 10% entre homens e de 21,9% para 4% entre mulheres (BRASIL, 2007).

Em 1996 que anunciaram avanços sobre o tratamento da AIDS. O principal deles era a possibilidade de prolongar a vida daqueles infectados com o vírus do HIV, tratamentos agressivos, com o uso de múltiplas drogas, poderiam converter a AIDS em uma doença crônica e controlável. A partir de então séries de programas foram criados ao redor do mundo no intuito de combater a expansão da AIDS, a grande maioria voltado principalmente para prevenção, já que as expectativas de uma cura ainda pareciam distantes. Programas de prevenção e conscientização sobre a doença, sobre as formas de contágio e prevenção, assim como programas focados na distribuição de agulhas para o uso de drogas injetáveis foram criados. Por outro lado, milhões continuavam sendo investidos em pesquisas na busca de uma cura, uma vacina e novos tratamentos.

Segundo o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, desde o início da epidemia nos anos 80 até junho de 2014, o Brasil registrou 757.052 casos de AIDS e estima-se que 734 mil pessoas vivam com HIV/AIDS em nosso território. De acordo com o último boletim epidemiológico, o país apresentou uma média, nos últimos cinco anos, de 39,7 mil novos casos por ano – sendo a taxa de detecção maior entre os homens do que entre as mulheres. A principal via de transmissão é a relação sexual, predominando a exposição por homens em relações heterossexuais, mas nota-se um aumento importante entre os HSH de até 29 anos na última década (43,2% dos diagnósticos em 2013). A maior concentração de pessoas com HIV/AIDS está entre a faixa etária de 25 a 39 anos, para ambos os sexos. Destaca-se ainda, nos últimos dez anos, uma redução de 6,6% na taxa de óbito em decorrência da AIDS e de 35,7% de novos diagnósticos entre menores de cinco anos. (BRASIL, 2014)

Do total estimado de PVHA no Brasil, 80% já foram diagnosticados e dois terços (537 mil) estão vinculados a um serviço de saúde. Entre 2012 e 2013 houve um aumento de 12% (quase 400 mil pessoas) de pessoas em TARV e foi observado uma tendência de diminuição do diagnóstico tardio, de acordo com o número de pessoas que foram diagnosticadas já com baixo nível de CD4 (BRASIL, 2014).

4. O Hospital-Dia e seus doentes

O Hospital-Dia é vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, surgiu em agosto de 1992 como uma unidade Leito-Dia em AIDS para os pacientes que já faziam tratamento para a infecção. A unidade foi impulsionada pela escassez de leitos, de seiscentos leitos apenas seis eram voltados para o cuidado da AIDS, e levou a uma agilização na realização de exames e de investigação diagnóstica. Quando inaugurado, estabeleceu-se como filosofia do serviço: “Atender e prestar assistência aos pacientes soropositivos para HIV/AIDS, que necessitem de acompanhamento multiprofissional em estrutura hospitalar, sem desvinculá-lo de seu convívio familiar e social.” (COLOMBRINI; PAIVA, 2001, p.20)

O Leito-Dia em AIDS foi uma modalidade de tratamento que surgiu frente “o número de leitos insuficientes nos hospitais públicos, o custo elevado da hospitalização, a dificuldade da entrada destes doentes na rede privada de assistência de saúde e, ainda, a necessidade cada vez mais expressa da permanência do indivíduo ao lado da família durante a doença e na hora da morte” (FIGUEIREDO; COLOMBRINI, 2001, p.15). Nestes serviços oferta-se assistência longitudinal para a qual a hospitalização não é fundamental – enfermagem, psicológica, social, nutricional e médica – possibilitando que o paciente possa ainda estar com sua família e retornar para sua casa (FIGUEIREDO; COLOMBRINI, 2001).

Ao longo dos anos, o Hospital-Dia (HD) se destaca em sua atuação, sendo referência não só para o município de Campinas, mas para toda a região (DRS-7). É composto por um corpo médico e uma equipe de enfermagem, ambos altamente capacitados clinicamente, e uma equipe de Assistentes Sociais responsáveis por acolher as demandas sociais, agendamento de exames, consultas, e realizar qualquer contato com outros serviços da rede de Saúde ou da Assistência Social. Além destes, o Hospital-Dia também faz parte do processo de formação de diferentes núcleos profissionais, internos do curso de Medicina da UNICAMP; residentes médicos dos programas de Infectologia, Neuroinfectologia e Clínica; estagiários do curso de Enfermagem; Assistentes Sociais do programa de Aprimoramento Profissional; e, pelo segundo ano, residentes do programa de Saúde Mental. Assim, o HD se constitui como espaço de assistência à saúde e também de formação num modelo hospital-escola.

Hoje o HD expandiu sua oferta de assistência e não limita sua atuação para o público soropositivo. Diferentes ambulatórios funcionam no espaço do HD: MI Geral; Hepatites; Neuroinfetologia e dois ambulatórios voltados para o tratamento do HIV/AIDS – Ambulatórios “13” e “48”, como eram nomeados no cotidiano do trabalho. Além dos ambulatórios que, em muitos dias funcionam simultaneamente, neste ano de 2015 a coordenação do HD abriu suas portas para o serviço de TEAPA, que consistia em um tratamento de leito-dia, normalmente relacionado à administração de medicação por um determinado período de dias, que poderia ser solicitado por qualquer outra enfermaria do HC. Não há dentro do Hospital um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), assim, as pessoas quando chegam ao serviço já estão cientes de sua sorologia.

Com a ampliação da oferta da assistência passaram a frequentar o serviço não apenas as pessoas com demandas crônicas relacionadas ao viver com HIV/AIDS, transitam pelo serviço usuários que fazem tratamentos para outras infecções crônicas ou tratamentos e investigações pontuais. Muitas pessoas transitam dentro do Hospital-Dia e se cruzam pelos corredores e sala de espera – usualmente imperadas pelo silêncio.

Mesmo com um alto número de profissionais compartilhando o mesmo serviço, não há uma organização institucional para que esses diferentes profissionais possam se encontrar, diária ou semanalmente, e discutir os casos que estão em tratamento (muitas vezes crônicos) no serviço ou a própria organização do trabalho. Existem as Reuniões Clínicas, onde o corpo médico se reúne junto aos residentes médicos para rever condutas clínicas de determinados pacientes; as Reuniões de Enfermagem, na qual a equipe de enfermagem revê protocolos e a organização do trabalho da enfermagem e mantem um processo de educação continuada; o Conselho Gestor (mensal), no qual diferentes núcleos se encontram, por representatividade, para discutir a organização do trabalho no HD; a Reunião de Adesão, projeto de um dos médicos do serviço, que liderava a equipe de enfermagem para discutir um método para garantir a adesão dos pacientes aos tratamentos antiretrovirais, representantes do serviço social e dos residentes em saúde mental.

O serviço funciona com base em um rigoroso e estruturado fluxograma, por vezes rígido a novas propostas. Quando um paciente (ou “doente”, como os profissionais do serviço nomeiam) vem para uma consulta médica, independente de

qual ambulatório, ele será recebido pela recepcionista, que o encaminhará para a Pré-Consulta, sempre feita por um técnico de enfermagem responsável por aferir os sinais vitais básicos (pressão arterial, peso, glicemia) e fazer um breve levantamento sobre o estado do paciente e, principalmente dentro dos ambulatórios voltados ao público soropositivo, avaliar a adesão do paciente ao uso da medicação.

A partir da Pré-Consulta o paciente aguarda o atendimento médico – que será feito ou por um interno, ou um residente ou docente, variando de acordo com o ambulatório. Quando o paciente é consultado por um interno ou residente, após o atendimento ele precisa aguardar para que o médico em formação discuta o caso com o docente responsável, com o qual construirá a conduta terapêutica, e depois retorne para concluir o atendimento do *seu doente*. Em caso do médico encontrar situações de maior complexidade o paciente pode ser encaminhado para administração de medicação em leito dentro do serviço ou ainda encaminhá-lo à Unidade de Emergência Referenciada (UER – unidade de pronto atendimento) ou para a Enfermaria de Moléstias Infecciosas – ambas vinculadas ao HC.

Se o paciente não necessitar de encaminhamentos para cuidados emergenciais, mas for identificado necessidades de orientações a respeito do tratamento em andamento, ele é encaminhado para a Pós-consulta, sempre feita por um Enfermeiro, na qual são feitas explanações sobre o uso da medicação, sobre as patologias e o profissional assiste o paciente em como organizar seu cotidiano com as medicações. Após o atendimento médico (ou pós-consulta, caso tenha sido necessário) o paciente é encaminhado ao Serviço Social para agendamento de exames e para acolhimento de queixas de ordem social – normalmente relacionada à baixa renda, desemprego, negligências e questões familiares. Ao final do fluxo, o paciente é liberado.

Fora os pacientes que frequentam o serviço para consultas médicas, com uma alta rotatividade por dia, existem alguns pacientes que frequentam o hospital diariamente por estarem em um momento mais delicado da infecção do HIV, sendo administrada medicação intravenal (GAM) duas vezes ao dia (manhã e tarde) até que o quadro clínico estabilize. Estes pacientes frequentam o HD cotidianamente e podem receber alimentação (café da manhã, almoço e lanche) no serviço – normalmente ficam ociosos pelo hospital no intervalo das medicações.

Este foi o segundo ano da Residência Multiprofissional no Hospital Dia e quando chegamos (uma dupla de residentes psicólogos) a demanda que a equipe nos trazia era clara, existia ali uma questão séria e recorrente em outros serviços especializados na atenção ao HIV/AIDS: a adesão ao tratamento medicamentoso dos antiretrovirais. A boa adesão possibilita que a pessoa com HIV possa viver sem desenvolver os sintomas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, mantendo o sistema imunológico alto e a carga viral baixa, podendo estar até mesmo indetectável aos exames – uma meta enquanto qualidade de vida e um estado que reduz a quase zero a transmissão do HIV. Quando o paciente não faz adesão ao tratamento antiretroviral a carga viral aumenta, destruindo o sistema imunológico e, desenvolvendo a AIDS, o paciente fica suscetível às doenças oportunistas e uma baixa qualidade de vida.

Estávamos ali como mais uma ferramenta para ser utilizada junto aos *doentes* do “Ambulatório 48, que são aqueles mais problemáticos”, referiam os profissionais, os que não fazem adesão ao tratamento, não tomam a medicação, faltam nas consultas, muitas vezes com histórico de consumo de substância psicoativas. Os pacientes chegam ao serviço e são usualmente direcionados ao Ambulatório 48, quando estabilizam o quadro clínico e fazem uso correto dos antiretrovirais, eles “sobem” para o “Ambulatório 13 – o ambulatório dos pacientes de “elite”.

No início de nosso trabalho éramos constantemente lembrados por vários profissionais da importância da residência estar ali, do quanto precisávamos estar no hospital e compor aquela equipe - “tem muito trabalho pra fazer, vocês vão ver”. Concomitantemente os profissionais brincavam rotineiramente conosco “vocês não podem fazer um trabalho com a gente?! Também estamos precisando!” ou então “Vocês tem um trabalho muito grande pra fazer com essa equipe”.

Assim começamos nosso trabalho, que era oferecido por intermédio dos outros profissionais, pelos técnicos de enfermagem em pré-consulta, pelos acolhimentos do serviço social e encaminhamentos dos enfermeiros em diversos momentos. Poucos encaminhamentos surgiram dos atendimentos médicos. A partir daqui divido o relato em duas etapas: o trabalho junto à equipe e a escuta dos sujeitos.

4.1 O desafio de escutar

No segundo ano da residência multiprofissional dividimos a nossa carga horária em três campos de nossa escolha e podemos compô-la da forma que entendemos ser mais efetiva para dentro de cada campo. Assim, conseguimos oferecer para dentro do HD três períodos de cada residente – decidimos que em dois deles estaríamos juntos, assim, nas quartas-feiras estávamos período integral no HD, as quintas e sexta à tarde só um residente estava no serviço.

Como não estávamos presentes em todos os ambulatórios, decidimos apostar em um formato de atuação que tornasse nossa presença ali mais ampla e efetiva. Apostamos em escutas dentro do formato de grupo, no qual poderiam participar usuários de qualquer ambulatório do serviço – soropositivos ou não. A proposta inicial era um grupo onde poderíamos ter acesso direto à demanda dos usuários e, a partir destas primeiras escutas no grupo, construiríamos projetos terapêuticos de acordo com a singularidade de cada demanda. Qualquer usuário poderia ser indicado ao grupo, mas era necessário que o profissional que identificasse alguma necessidade de atenção à saúde mental discutisse o caso e a demanda percebida com os residentes de saúde mental, para que então fizéssemos o contato com o usuário para convidá-lo ao grupo.

A criação de um grupo era muito questionada e foi percebido, pela equipe, como uma mistura dos ambulatórios que não deveria ser feita. Quando apresentávamos a proposta do grupo corriqueiramente éramos interrogados “mas quem é responsável por vocês aqui?” – diferentemente da residência médica, não tínhamos um preceptor/tutor direto no serviço, o que fez com que nosso trabalho fosse descredibilizado. Poucos encaminhamentos foram feitos por parte dos médicos em decorrência desta questão institucional. Dada as resistências, conseguimos realizar poucos grupos nesse formato.

Paralelamente percebemos que havia uma dificuldade de alguns usuários chegarem até o serviço – muitos não residem em Campinas e, por decorrência da organização da vida cotidiana, tinham dificuldade de vir ao Hospital mais de uma vez na semana e atendimentos que não fossem médicos não eram prioridade. Com isso percebemos que seria mais efetivo se disponibilizássemos nossa escuta para os usuários dentro de cada ambulatório, no dia que estávamos presentes. Demandas que surgissem de outros dias deveriam ser encaminhadas e faríamos os contatos.

Notávamos a importância de construir dentro do HD um espaço onde questões relacionadas ao viver com HIV/AIDS pudessem surgir. Um espaço além do consultório médico, em que pudesse ser pautada a infecção pelo viés da produção de vida e não apenas pela condição clínica – e que a própria questão do sigilo pudesse ser discutida. A importância do sigilo sempre fora reportada pelos profissionais, desde nosso primeiro dia no serviço. Tanto o sigilo era importante que não se via pelo HD, historicamente criado para trabalhar com o público soropositivo, nenhuma informação sobre o HIV/AIDS. Paredes assepticamente sigilosas.

Pensando nisso, propomos um grupo em sala de espera, falaríamos sobre HIV/AIDS na entrada do serviço, com todos que estivessem presentes e desejassem participar. Pensávamos na necessidade de falar sobre o HIV não só para as pessoas que são soropositivas, mas também para com os sorointerrogativos e negativos, apenas falando sobre a epidemia invisível é que poderíamos identificar preconceitos, desinformações e assim desconstruir um estereótipo que persiste no imaginário coletivo acerca da condição soropositiva.

A ideia não foi bem aceita. “Mas vocês vão falar de HIV com todo mundo?” Foi sugerido que fizéssemos outro grupo, só com as pessoas soropositivo, seria mais fácil e poderíamos dizer a eles a importância de usarem camisinha. Além disso, havia um risco de nosso trabalho mobilizar as pessoas e isso se desdobrar para dentro dos consultórios médicos, o que não seria interessante para o trabalho do Hospital. O grupo foi considerado um projeto inviável e engavetado.

Construímos ainda uma terceira proposta de grupo – desta vez acolhemos o que a equipe estava nos demandando, propomos um grupo voltado exclusivamente às pessoas que vivem com HIV/AIDS – o grupo formataria um espaço para que discussões ampliadas acerca da condição de ser soropositivo pudessem acontecer, um lugar onde o HIV surgir, sem riscos. Uma dúvida surgiu quando apresentamos o grupo: “vocês vão dizer a eles que eles precisam usar camisinha?”. Mas havia outras impossibilidades, nenhuma sala estaria disponível no serviço para que pudéssemos realizar o grupo. Assim encerramos a tentativa de construir um espaço coletivo de escuta e troca.

Paralelo às tentativas de construção desse espaço coletivo seguiu-se o trabalho, acolhendo a demanda de forma individualizada, com escutas no formato de acolhimentos e psicoterapia. Construimos uma forte parceria com a equipe do Serviço Social e com alguns profissionais da equipe de enfermagem, a partir destes conseguíamos ter acesso a casos que tinham uma demanda importante de escuta.

A partir destes atendimentos começamos a participar da “Reunião de Adesão”, um potente grupo com proposta de trabalho multiprofissional que se dedicaria a discutir os casos que não fazem adesão ao tratamento e desenvolver estratégias singularizadas de cuidado para estas pessoas. No entanto, parecia haver uma dificuldade em sustentar que esse grupo acontecesse – as reuniões eram marcadas e raramente todos estavam presentes, o que levava ao cancelamento da reunião.

Sem um espaço institucional para haver discussões de caso e pensar na produção de um projeto terapêutico a partir de um prisma multiprofissional, procurávamos outros profissionais para discutir os atendimentos e retomar a história do usuário no serviço em momentos que pareciam oportunos. Alguns profissionais, quando questionávamos sobre um ou outro usuário, diziam de quanto tempo já conheciam aquela pessoa e verbalizavam a aposta clara de que com aquele *doente* já não tinha mais o que se fazer. Ou então, quando recuperavam a história do usuário permeavam o relato com culpabilizações e moralismo – “se tivesse usado camisinha não estaria aqui”; “você acredita na história desse aí?”; “tudo mentira!”; “e aí, ela já te disse que quer morrer?”.

Quando começamos os atendimentos individuais utilizávamos os consultórios que estavam disponíveis, assim como os outros profissionais que estavam no serviço, afinal, não existia ali uma sala para a psicologia ou a saúde mental – como existia para os médicos, para a enfermagem e para o serviço social. Em decorrência disso muitos atendimentos eram interrompidos, principalmente por médicos ou médicos em formação. A prioridade é o atendimento médico. Para solucionar foram oferecidas duas salas, que antigamente eram utilizadas para inalação, para serem as salas da saúde mental, mas estas não ofereciam espaço físico para que pudéssemos realizar nossos atendimentos. Para evitar que atrapalhássemos os atendimentos médicos, só atendíamos os pacientes antes de seu atendimento médico caso a fila de espera fosse muito grande, caso contrário esperaríamos para escutá-lo após a consulta clínica.

4.2 Relatos

Mesmo com todas as dificuldades de construir espaços onde estas pessoas poderiam dizer de seu viver, trago aqui recortes de escutas individuais que, além de singulares, dizem sobre certo viver que não pode ser desconsiderado de seu contexto coletivo e na forma como este se insere dentro da óptica com a qual a sociedade trata a epidemia de HIV e as pessoas soropositivas. São relatos que denunciam o sofrimento velado por trás do direito ao sigilo

Foi por indicação de um técnico de enfermagem que fiz contato com P. Já fazia tratamento pelo HIV há alguns anos, fazia boa adesão ao tratamento medicamentoso e mantinha sua Carga Viral indetectável e uma taxa de CD4 estável. Recentemente fora promovida em seu emprego e agora ocupava um cargo de chefia, durante as noites frequentava aulas de uma segunda graduação que havia começado – queria alcançar seus sonhos. Segundo o técnico de enfermagem, P. quando passou pela Pré-consulta estava desanimada e entristecida, diferente do que costumava estar e perguntou-lhe se não gostaria de conversar com um dos psicólogos do serviço. Ela aceitou.

P. era casada e seu marido também era soropositivo. Os dois trabalhavam na mesma empresa e, como havia sido recentemente promovida, P. agora coordenava a equipe que seu marido estava. Dizia do incômodo de seu novo cargo, da pressão de ser chefe, de sua difícil rotina. Queixava-se de seu marido e contava que seu marido só entrou na mesma empresa que ela porque havia sido demitido de seu último emprego, pouco tempo depois de ter contado ao seu antigo chefe que era soropositivo. P. temia que com o estresse acabasse por adoecer e atrapalhasse o tratamento.

P. disse que tinha medo de que descobrissem o seu diagnóstico. Como fazia consultas com certa periodicidade, temia que os seus superiores a questionassem pelos atestados médicos. Acompanhando o medo, surgia em P. um desejo de revelar-se, “eu gostaria de contar para alguns amigos, sabe”, mas seu marido não permitia devido aos fatos que haviam acontecidos recentemente. “Eu gostaria de poder viver quem eu realmente sou, estou cansada de viver escondida, pela metade. Eu quero dizer às pessoas quem eu realmente sou.”

Z. é jovem, no começo do tratamento lidou de forma mais tranquila com os efeitos colaterais da medicação, mas tinha dificuldade de sustentar o tratamento antiretroviral – algumas vezes deixava de tomar alguns remédios, em outras relatava vomitá-los. Z. emagreceu, tinha dificuldades de ingerir alimentos, normalmente vomitando o que consumia, chegou a ter uma sonda nasoenteral introduzida em seu corpo para que pudesse se alimentar minimamente.

A equipe se preocupava com Z. por ser jovem e pela grande dificuldade que tinha de aceitar seu diagnóstico. Quando soube do HIV, sua primeira reação foi procurar uma *sauna gay* e manteve relações com vários homens, relatava um profissional da equipe de enfermagem. Em atendimento, ele demonstrava uma grande dificuldade de dizer de si, de sua sexualidade e do HIV. Falava de seu desejo de sair de sua cidade, viajar e conhecer outros lugares, “o que impede?” questionei-lhe – nunca havia pensado no que lhe prendia, mas não demorou em concluir que o obstáculo era o HIV e o tratamento que fazia ali no Hospital. Não se reconhecia, memorava seu antigo corpo, aquele antes da doença, antes de perder-se junto aos quilos, “É difícil falar de mim... em casa não gosto de me olhar no espelho e ver esse rosto, essa cara... essa cara de doente”.

D. já estava em acompanhamento com a residente em saúde mental do ano anterior ao que estive no HD e com indicação de que continuássemos juntos a ela. D. era uma *doente* do Ambulatório 48, havia recebido seu diagnóstico há 14 anos e fazia uma péssima adesão – segundo os profissionais do Hospital – e desde maio de 2014 era recorrentemente internada na Enfermaria de MI para cuidados intensivos. Por não sustentar o tratamento antiretroviral mantinha-se com a imunidade baixa e uma carga viral altíssima. Diarreia e vômitos persistiam em seu corpo levando a um emagrecimento grave.

Apesar de não fazer adesão ao tratamento medicamentoso, D. sustentava seus atendimentos de psicoterapia, que se intensificavam quando havia necessidade de

internação na enfermaria. Dentro do Hospital ouvia-se sobre a dificuldade do trabalho com esta paciente, sobre o histórico de tentativas já feitas para seu tratamento, mas que ela resistia aos remédios. Alguns médicos diziam que aquele seria o último ano de D.

D. queixava-se da medicação, dizia que não fazia efeito. O remédio para dormir que a mantinha acordada, o remédio para enjoo que ela vomitava, os antiretrovirais que não a curavam. “Não é desse remédio que eu preciso”, disse certa vez, “sabe, às vezes a gente precisa muito mais é de poder conversar com alguém, isso faz muita falta aqui”. E continuava “aqui cada um fala uma coisa! O médico diz uma coisa, daí o outro diz o contrário e a gente fica no meio disso tudo... eu me sinto assim, um quebra-cabeça, que eles ficam estudando e tentando juntar as pecinhas, mas que nunca dá certo. No meio disso ninguém para pra conversar com a gente”.

R. é uma mulher que aparenta muito mais idade do que realmente conta. O excesso de cigarro e a vida estavam-lhe marcadas na face. Quando conversávamos, usualmente debochava de que haveria alguma forma de ajudá-la – demasiadamente emagrecida, abusava do álcool e estava desempregada, morava só com seu filho de cinco anos, cujo pai estava preso, temia que as pessoas de sua cidade soubessem de seu diagnóstico e apenas seus outros três filhos e sua mãe sabiam de sua condição.

Certa vez estive junto de R. e seu filho. “Ele não sossega é assim o dia inteiro! Você acha que eu vou conseguir aguentar?”, ela se referia ao seu menino como “isso”, “coisa”, “aquilo” – uma relação que parecia estar inundada de raiva. Não demorou para que R. revelasse que durante a gravidez de seu último filho, por um “descuido”, acabou por nascer de parto natural. R. já sabia da condição de sua sorologia e do risco de uma transmissão vertical. Logo que nasceu o menino foi submetido ao tratamento antiretroviral para que não se infectasse com o HIV.

Aconteceu que durante o período em que o filho estava recebendo a medicação, R. relata uma situação em que uma médica expõe sua sorologia para uma série de outras pessoas – exposta, invadida e desrespeitada, R. discute com a médica, interrompe o tratamento do menino e recusa-se a voltar à enfermaria pediátrica. Ela conta, em meio ao choro, que desde então ela carrega com si a culpa e a dúvida se o seu filho mais novo seria soropositivo ou não.

B. aparecia recorrentemente ao Hospital e de forma aparentemente aleatória, já contava mais de sessenta anos e há onze havia descoberto o seu diagnóstico de HIV. B. usualmente procurava o serviço na mesma semana que suas consultas estavam marcadas, ou antes, ou depois do dia agendado, raramente acertava. B. foi diagnosticado com uma demência associada ao vírus HIV e por decorrência desta foi gradualmente sendo acometido por uma desorganização nas atividades do cotidiano e exigia cada vez mais cuidado de sua companheira.

B. tinha uma história de alta produção, passou por vários empregos, ocupando inclusive cargos de chefia em algumas das empresas em que passou – era reconhecido por suas capacidades no trabalho. Mas, em decorrência de seu quadro clínico, limites foram redefinidos para suas habilidades, hoje, B. saía de sua casa e muitas vezes se perdia pela cidade, circulava com o autocuidado prejudicado e seu próprio discurso se construía de forma desconexa. Apesar do quadro, B. tinha um forte vínculo com o Hospital – certa vez fora abordado por um desconhecido, enquanto circulava pela rua, que lhe ofereceu ajuda e B. pediu que o levassem ao Hospital.

B. conversava cabisbaixo e tinha choro fácil. Sabia que o HIV tinha lhe trazido novos limites e mostrava uma crítica sobre sua atual condição. Rememorava seus antigos ofícios e habilidades, dizia o quanto a doença tinha interferido em seu caminho. Mas, dizia ele, nada era mais dolorido do que escutar de quem se ama que “você não serve pra nada”.

A. já está na terceira idade. Quando tivemos nossa primeira conversa ela havia descoberto seu diagnóstico há três meses. Muito religiosa, encontrava em sua fé o apoio para lidar com o diagnóstico do HIV. Indagava-se o porquê de precisar viver isto, “sempre caminhei certa”. Casou nova e acompanhou seu marido até o falecimento dele, nunca esteve com outro homem. Seu marido trabalhava como caminhoneiro e passava dias fora de casa, queixava-se de ter estado sempre muito só e

agora precisava encarar “essa doença”. Mas não titubeava, iria enfrentar o HIV, tomar a medicação e ficar boa.

Mas outra preocupação lhe acometia e ela me lançou a pergunta “Você acha que eu devo contar pra alguém?”. Juntos construímos uma resposta dela para essa interrogação, ela conta que a médica recomendou-lhe que ficasse em silêncio, que não contasse a ninguém, pois há muito preconceito ainda,ela não se importava com o que diriam dela, mas se preocupava com seus filhos. O que pensariam de seus filhos? “Eu não vou contar porque penso muito neles... mas eu gostaria de ter alguém pra quem contar. Não sei se vou conseguir manter isso em segredo, acho que vai me fazer mal.” Ela respirou. Sentia medo do preconceito, de que as pessoas se afastassem dela, de que ficasse ainda mais só. “O que a gente faz pra lutar contra o preconceito?”

5. O véu do sigilo

Mesmo com os avanços significativos dentro da infectologia e dos medicamentos ARV, a revelação do diagnóstico para o soropositivo acarreta uma grande mudança na organização da vida do sujeito - “a infecção pelo HIV, enquanto condição crônica, e o seu tratamento contínuo e prolongado, associam-se a vários aspectos da vida dos indivíduos vivendo com a condição, com numerosas consequências biopsicossociais.” (REIS et al, 2011, p.573) Desde o uso contínuo e diário da medicação antiretroviral, o conviver com efeitos colaterais e estar em constante supervisão dos exames médicos, até repensar o próprio corpo, sexualidade e como estar na relação com o outro – um processo intenso e que muitas vezes não é fácil de atravessar – “o diagnóstico de infecção pelo HIV modifica as expectativas do doente em relação a si próprio e ao meio que o envolve. As repercussões pessoais e sociais da infecção pelo HIV tendem para o isolamento social, deteriorização das relações interpessoais e baixa autoestima” (REIS et al, 2011, p.573).

A partir do momento que o HIV/AIDS entrou para a classificação das doenças crônicas e a adesão ao tratamento é reconhecida como a melhor conduta terapêutica, assim como para diabetes, hipertensão e outras patologias desta categoria. Mas “a aderência a qualquer tipo de cuidado de saúde é fortemente reconhecida na literatura como um objeto científico complexo e multifacetado” (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMA, 2003, p. 6). Um processo atravessado pela complexidade do tratamento, a história do paciente e também pelo preconceito social frente ao HIV.

Classicamente considera-se não aderência uma ou mais das seguintes condições: não tomar ou interromper a medicação prescrita, tomar menos ou mais da dosagem prescrita, alterar intervalos de tempo prescritos ou omitir doses, não seguir recomendações dietéticas ou outras que acompanham a medicação. (...) A grande maioria dos estudos tem considerado como aderência taxas iguais ou maiores que 80% do total de medicamentos prescritos, mas muitas outras definições têm sido adotadas, conforme o tipo de estudo e de doença (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMA, 2000, p. 9)

Questões com a aderência ao tratamento, além de não alcançar o objetivo terapêutico traçado inicialmente, ainda podem levar ao desenvolvimento de resistência viral às drogas utilizadas (FIGUEIREDO; SINKOC; COLOMBRINI, 2001). Estudos apontam que há menor aderência entre pessoas mais jovens, pelas características relacionadas ao estilo de vida. Interroga-se se o perfil socioeconômico é um preditor para adesão ou não, chamando mais atenção questões políticas relacionadas a minorias e grupos marginalizados. O uso de drogas, principalmente de álcool e drogas injetáveis durante o tratamento, está majoritariamente associado a usuários que fazem má adesão aos tratamentos para HIV/AIDS. A complexidade do tratamento, incluindo o tempo e o regime terapêutico (número de doses, via de aplicação, número de drogas, restrição alimentar) também dificultam o processo dos usuários – destacando a importância do grau de percepção da gravidade da situação. (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMA, 2000)

O serviço de saúde é apontado como um importante determinante na aderência para as doenças crônicas em geral e não é diferente para o HIV, desde o primeiro acolhimento ao usuário até o subsequente tratamento, destacando-se a relação com os profissionais de saúde - a percepção da competência, abertura para que o paciente se envolva em decisões sobre seu tratamento e transparência na comunicação sobre o tratamento são pontos importantes deste vínculo. (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMA, 2000)

Um estudo que analisou 27 serviços ambulatoriais, em 22 municípios do estado de São Paulo mostrou que apesar do bom processo técnico do cuidado, estas unidades apresentam dificuldades de negociação e sobre como abordar a questão da aderência com os usuários – “a atenção é fortemente centrada na consulta médica, cujo padrão tecnológico predominante, embora de boa qualidade na dimensão restritivamente técnica prescinde tanto de atenção para dimensões mais amplas da vida dos usuários quanto de abertura para formas discursivas menos assimétricas e tecnicizadas na abordagem da aderência” (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMA, 2000, p. 21)

Outro ponto destacado por Teixeira, Paiva e Shima (2000) em relação a baixa adesão é a associação com transtornos psiquiátricos, destacando a frequência de estados depressivos dentro deste público, sendo a depressão clínica e a extrema ansiedade frequentemente apontados como preditores de não-aderência e o isolamento como um fenômeno que merece maior estudo. “O isolamento é comum entre os portadores, decorrente da resistência em aceitar a própria situação ou do fato de que o

ambiente social é tão preconceituoso que o “segredo” é a saída mais adequada” (TEIXEIRA; PAIVA; SHIMA, 2000, p. 33).

A revelação do diagnóstico de HIV é um impacto. Além de toda a questão clínica envolvida, saber-se soropositivo é defrontar com o estigma de uma doença terminal e transmissor de uma sentença de morte. Ainda é comum que as pessoas recém-diagnosticadas questionem sobre a iminência de sua morte física e social, frente a todos os estigmas e o medo da nova condição muitos “optam pelo sigilo, restringindo ao máximo o número de pessoas que conhecem seu diagnóstico, adotando uma “vida em duplicidade”, pois apenas algumas pessoas do seu convívio são escolhidas para saberem da sua condição sorológica, e por outro lado sentem-se obrigados a esconderem, fingirem e mentirem sobre aspectos importantes de suas vidas” (REIS *et al*, 2011, p.571).

Também não podemos excluir que, hoje, com a intensificação das campanhas de prevenção, maior acesso a informação e aos métodos preventivos, há uma forte culpabilização sobre esses sujeitos - “a culpa e a vergonha podem ainda estar mesmo embutidas nas mensagens de prevenção, quando recomendam o sexo mais seguro como um mandamento a ser cumprido à risca, sem chances de falhas, que, quando acontecem, são vistas como irresponsabilidade, negligência ou fracasso do indivíduo em negociar e praticar o sexo seguro” (TERTO JR., 2002, p.152). Também é perceptível uma diferença no viver da sexualidade, muitas vezes associado com a perda da libido, diminuição da atividade sexual, a dificuldade de falar sobre o tema - mesmo com os profissionais de saúde – e conviver com o medo de transmitir o vírus ao parceiro (REIS *et al*, 2011).

A escolha pelo sigilo é um direito garantido às pessoas que se descobrem soropositivo desde 1989. Foi neste ano que foi aprovada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS – durante o Encontro Nacional de ONG que Trabalham com AIDS (ENONG). Este documento parte de algumas premissas, entre elas, o ponto de vista planetário em que é a humanidade que se encontra soropositiva, e não uma minoria, e a importância da prática da solidariedade na luta contra a discriminação. Destacam-se os direitos assegurados: “todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes” e “ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a aids sem o consentimento da

pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais” (DECLARAÇÃO... , 1989). O direito ao sigilo é, *a priori*, uma proteção a estas pessoas, considerando que:

Os pacientes soropositivos estão sob o impacto do que se pode chamar de “categoria de acusação”. Quando colocamos esse paciente nessa categoria, produzimos estereótipos. Quando produzimos estereótipos, estamos patologizando. Quando patologizamos, estamos desqualificando. Ao desqualificarmos, discriminamos e segregamos. Aqui se traça o caminho da exclusão, se estabelece o caminho do extermínio. A exclusão, o estigma, o não reconhecimento da existência, a invisibilidade matam muito mais que a AIDS (RAMIREZ, 2003, p. 20)

É importante que o sigilo exista enquanto um recurso, inclusive jurídico, de proteção, respaldando estas pessoas que vivem com HIV/AIDS, dado todo o histórico e a dimensão que este diagnóstico ainda ocupa na nossa sociedade soropositiva. Porém, não podemos deixar de nos atentar que o mesmo sigilo também é *álibi* para uma situação de sofrimento. “Não entrar em contato com a revelação do seu diagnóstico, muitas vezes, é uma forma de evitar o sofrimento. Não relatar sua doença é mais uma maneira de não se identificar” (ABDALLA; NICHATA, 2008, p.142). Traça-se um tênue limite entre a proteção garantida pelo direito ao sigilo e a experiência de sofrer a impossibilidade de dizer-se enquanto soropositivo, a impossibilidade de relatar a própria história e de nomear o próprio corpo.

Concomitante, se adotarmos o prisma de que vivemos em uma humanidade soropositiva (conforme destaca a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS), seria possível entender que o sigilo também é uma forma de proteger os ditos soronegativos de entrarem em contato com a angústia do que é ser uma pessoa com HIV? Pelo véu do sigilo, nego-me enquanto soropositivo e também te negamos enquanto soropositivo e, apesar disto, convivemos cotidianamente com a realidade da epidemia – teríamos estabelecido assim não apenas a epidemia do vírus, mas também uma epidemia de negação?

Nesta relação, o existir enquanto soropositivo se reduz a um espaço de não-dizer e isto, a luz da psicanálise, traz conseqüências - “todo agrupamento social padece, de alguma forma dos efeitos de sua própria inconsciência (...). São “inconscientes” em uma sociedade tanto as passagens de sua história relegadas ao esquecimento quanto as expressões silenciadas de minorias cujos anseios não

encontram meios de se expressar” (KHEL, 2009, p.25). E sendo reconhecido a importância e o desafio de construir um lugar diferente do “contaminante”, para as pessoas que vivem com HIV, potencializando outras vivências e afetos (RAMIREZ, 2003), como seria possível resignificar esta história sem a possibilidade de se expressar?

Se o trauma, por sua própria definição de Real não simbolizado, produz efeitos sintomáticos de repetição, as tentativas de esquecer os eventos traumáticos coletivos também resultam em sintoma social. Quando uma sociedade não consegue elaborar os efeitos de um trauma e opta por tentar apagar a memória do evento traumático, esse simulacro de recalque coletivo tende a produzir repetições sinistras (KHEL, 2009, p. 27).

Mas, ainda cabe a este trabalho perguntar, qual angústia este véu do sigilo pretende cobrir? Sendo a AIDS reconhecida socialmente como uma doença que traz consigo o decaimento do corpo, em uma deterioração que levará inevitavelmente à morte, “dessa maneira, quem foi apanhado pelo HIV passou a carregar, entre outros “sintomas”, o imaginário que porta em si a própria morte” (CEDARO, 2005, p. 190). O sigilo resguarda-nos de nossa mortalidade. “Ter AIDS é ter tido um encontro com a morte” (CEDARO, 2005, p. 114), assim, deparamo-nos com um corpo que guarda, ainda vivo, o segredo da morte.

Sobre a angústia de morte, Freud nos mostra que não há no inconsciente representação para tal. Apesar da morte ser um fato para todos nós, soropositivos ou não, preferimos evitar uma aproximação com tal realidade – afinal, quão suportável seria lembrar, cotidianamente, que podemos morrer a qualquer momento? “Nuestro inconsciente no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal. Lo que llamamos nuestro inconsciente (...) no conoce absolutamente nada negativo {*Negativ*}, ninguna negación {*Verneinung*} – los opuestos coinciden en su interior -, y por consiguiente tampoco conoce la muerte propia” (FREUD, 1915, p. 297). Podemos dizer, então, que o HIV não ameaça apenas o corpo, mas fere onde somos mais caros a nós mesmos, no narcisismo, e em nossa ilusão fundamental de imortalidade. (BACHINI *et al*, 2013)

Encontramos, assim, enquanto profissionais de saúde, pessoas em uma condição de corpo-segredo, carregando em silêncio o fardo da morte desvelada. Frente a isso, retomando os relatos, podemos indagar o que pode autorizar um profissional a

prescrever o *silêncio* enquanto conduta terapêutica? Na certa prescrever o *compartilhar* do diagnóstico, imperativamente, também é imprudente e desconsideraria todas as questões sociais existentes. Então, que trabalho construir frente aos sofrimentos expressos por esses sujeitos como “Eu quero dizer às pessoas quem eu realmente sou”; “Não sei se vou conseguir manter isso em segredo, acho que vai me fazer mal”; “Não é desse remédio que eu preciso”; “Em casa não gosto de me olhar no espelho e ver esse rosto, essa cara”; “Eu não sirvo pra nada”?

6. A relação terapêutica e emancipatória

O HIV nos afeta em diferentes níveis – afeta fisicamente, no risco de debilitar o corpo; nos hábitos de vida cotidianos, exigindo uma organização diária para se tomar as medicações; socialmente, no medo de ser descoberto soropositivo e sofrer preconceitos nas relações profissionais, nas amizades, nos relacionamentos afetivos e sexuais; modela nossas práticas sexuais, como a incorporação da necessidade do uso de preservativo; desfaz nossas ilusões narcísicas que nos protegem de nossa real fragilidade. Com isso, tornou-se uma questão de saúde pública que envolve produção de políticas específicas para o controle da epidemia, financiamento de novas pesquisas e subsídio para o tratamento das pessoas que vivem com o vírus.

É um desafio pensar a produção de saúde frente à alta complexidade das questões que o HIV impõe contemporaneamente. O que norteará o tratamento oferecido a estas pessoas será o entendimento de saúde adotado pelos profissionais e pelo serviço que propõe a acolher esta demanda. Considerando que não existe uma única definição para o que é saúde – que em sua complexidade articula o lugar das práticas pessoais, institucionais e sociais – isto nos distancia de um consenso sobre qual a melhor forma de se pensar como produzi-la (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Em um modelo biomédico fortemente reproduzido na formação de diferentes profissionais da saúde e, assim, o sustenta enquanto modelo paradigmático na nossa sociedade, encontramos um prisma individualizado que busca a ausência de patologia, privilegiando o diagnóstico, os procedimentos terapêuticos, os níveis curativos e a reabilitação (CZERESNIA *et al.*, 2013), ou seja, “a saúde não tem qualquer relevância, pois o que se pretende é a supressão ou eliminação da doença por fatores e procedimentos práticos” (ALMEIDA-FILHO, 2011, p. 21). Na perspectiva do tratamento com as pessoas que vivem com HIV, isto levaria a uma hiper valorização dos ARV, da prática médica e constitui uma assistência em AIDS resumida ao controle da Carga Viral e da contagem de CD4 (WEISTEIN, 2003).

Nesta perspectiva, como o importante no tratamento é o controle das taxas virais e da supressão dos sintomas, a *prescrição do silêncio* não seria contra-indicada, afinal, questões subjetivas são de menor importância. O próprio ato da prescrição de um determinado comportamento remonta a uma hierarquização que se estabelece entre profissional-paciente, uma premissa de que “os profissionais da saúde seriam detentores da capacidade – que lhes conferia a autoridade – de orientar sobre melhores

condutas e opções de práticas de prevenção de doença e promoção de saúde” (CZERESNIA *et al.*, 2013, p. 63). Desconsidera-se a história, os saberes e os desejos que compõem aquele sujeito em sua esfera subjetiva e, assim, “também não teremos uma medida de quanto, aliás, essas consultas produziram de *acting-out*, iatrogenia ou mais sofrimento” (CAMPOS, 2014, p. 66)

De acordo com essa perspectiva negativista de saúde (saúde como ausência de doença), as pessoas que vivem com HIV estão excluídas da possibilidade de serem vistas enquanto saudáveis, por estarem em uma condição de infecção crônica. Porém, se atravessarmos a base de normalidade biológica que sustenta este paradigma, e conjugarmos a assistência a saúde junto a elementos psicológicos, sociais e culturais veremos que “a experiência do adoecer possui uma singularidade inegável” (CZERESNIA *et al.*, 2013, p. 67). Canguilhem, que álgue sobre a assimetria entre os pares de conceitos normal-patológico e saúde-doença, considerando que a saúde seria uma articulação entre a história de vida do sujeito, genótipo e suas relações singulares com o meio (ALMEIDA-FILHO, 2013) e ainda que “o modo patológico seria um estreitamento dos limites nos quais a vida é possível. Tomando-o por base, podemos conceber que a atuação dos profissionais da saúde deveria se pautar pelo esforço de alargar os limites nos quais a vida é possível, removendo ou resistindo a tais estreitamentos. (MATTOS, 2010, p.321)

Assim, dada a complexidade que a infecção do HIV traz para as pessoas contaminadas, restringir o tratamento de saúde para um monitoramento dos funcionamentos fisiológicos parece insuficiente e reduz o sujeito a um corpo adoecido e rigidamente nomeado como *doente*. Ampliar o olhar sobre o sujeito, considerando as multiplicidades que atravessam o viver com HIV, implica em ampliar o olhar sobre o tratamento:

Uma das lições aprendidas na atenção à saúde de grupos sociais marginalizados é a importância de incluir na noção de *tratamento*, a noção de *cuidado*, que, segundo Ayres (2002), ampliaria o foco para além de tratar sintomas, mas considerar também a trajetória e os projetos de vida dos indivíduos. O tratamento seria, assim, uma forma de contribuir não apenas para a supressão dos sintomas clínicos, mas também para o desenvolvimento de projetos de vida, de estímulo à inserção social e de realização pessoal (TERTO JR, 2002, p.155)

Esta ampliação está de acordo com os princípios do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), que traz a integralidade da assistência como um de seus princípios fundamentais (BRASIL, 1990). Este princípio constitucional traz as bases para um trabalho que pretende um cuidado integral, considerando as esferas biológicas, socioculturais e psicológicas, valoriza o vínculo que pode ser estabelecido entre cuidadores e os usuários do cuidado, entendendo que esta comunicação é essencial para a apreensão das necessidades do usuário e para estabelecer um projeto terapêutico. A abordagem integral ainda propõe considerar aspectos do cuidado como o acesso e a qualidade, além de considerar a autonomia do usuário, o meio e as relações em que está inserido (PAIM & SILVA, 2010).

Uma prática integral exigirá que diferentes campos de saber atuem juntos, dada a complexidade do ser humano, e não é diferente para os casos de HIV – “a AIDS é um objeto complexo. Sua formulação, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de distintos saberes e de diversas dimensões da experiência humana” (VILELLA, 2003, p.26). Uma das dificuldades para que diferentes saberes possam atuar em conjunto está relacionada a hierarquizações e relações de poder estabelecidas dentro dos serviços, entre diferentes núcleos profissionais e na relação profissional-paciente (VILELLA, 2003).

Dizer da integralidade da clínica e de estirar as margens do modelo biomédico desemboca este trabalho no conceito de Clínica do Sujeito (CAMPOS, G., 2003). Transpondo as ideias advindas do campo da saúde mental para a Clínica geral, propõe-se uma reforma na clínica tradicional que traz o sujeito como protagonista do seu processo de produção de saúde, considerando suas singularidades, mas sem esquecer de que existe uma doença atuante no processo – “uma enfermidade perturba, transforma e até mata Sujeitos, contudo, apenas raramente, liquida com todas as demais dimensões da existência de cada um” (CAMPOS, G., p.57, 2003).

Mas o silenciamento, seja por sigilo ou por prescrição, impede que estas outras esferas da existência que não foram liquidadas pela enfermidade possam ser acessadas pelo serviço de saúde, excluindo-as dos processos terapêuticos e, até mesmo, da própria pessoa que vive com HIV/AIDS. Nesse modelo, onde o Sujeito é cindido de seu processo de adoecimento, tanto a doença, quanto a cura são externos ao usuário, provocando muitas vezes um posicionamento passivo frente ao tratamento (BRASIL,

2007) – uma “violência desse processo de medicalização se expressa na necessidade que passam a sentir, de serem tuteladas no que diz respeito à sua saúde (e, portanto, a sua vida)” (MATTOS, 2010, p.331)

Uma estratégia utilizada dentro das práticas de cuidado do SUS é o compartilhamento do cuidado com o usuário, recuperando sua história de vida e de adoecimento, negociando a construção de um projeto terapêutico singular, onde o sujeito possui voz ativa, tanto quanto os profissionais de saúde. (BRASIL, 2007) A ideia é incluir e implicar o usuário em seu cuidado, colocando-o como protagonista das cenas terapêuticas – “a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e co-responsáveis no processo de produção de sua própria saúde” (BRASIL, 2010, p.21).

“A premissa da superioridade do conhecimento médico supostamente científico diante das outras formas de conhecimento implica a desqualificação das pessoas para as práticas do cuidado. É exatamente em consequência da afirmação dessa incapacidade que se afirma a figura do médico” (MATTOS, 2010, p.330) e de outros profissionais de saúde. Possibilitar que o usuário posicione-se como protagonista de seu processo de saúde-doença, implica em desconstruir relações de poder hierárquicas. Assim, a decisão sobre o sigilo e sobre o silêncio devem ser posicionamentos tomados pelos usuários, nós, enquanto profissionais da saúde – detentores de algum saber científico – podemos acompanhá-los em uma aposta de emancipação do sujeito ao longo de seu processo de cuidado, e para tal, devemos considerar que “não há emancipação em si, mas antes relações emancipatórias, relações que criam um número cada vez maior de relações cada vez mais iguais” (SANTOS *apud* MATTOS, 2010, p.319).

Como agentes desta relação capaz de produzir emancipações, cabe-nos despir de nossos preconceitos e de nossos sigilos frente à questão do HIV delineando uma terapêutica “fundada em uma autonomia construída na articulação do conhecimento biomédico com outros saberes não biomédicos e em uma relação dialógica e emancipatória entre o cuidador e quem busca o cuidado” (FERREIRA; FAVORETO, 2011, p.919). Claramente extrapolando a ideia de que o protagonismo do usuário se

restringirá à gestão de sua medicação e que a ação dos profissionais será impositiva, ou seja,

abre a possibilidade de reconhecer que a racionalidade médica e o conhecimento sobre as doenças, embora fundamentais, são insuficientes para o sucesso prático da aplicação desses conhecimentos no que se refere ao alargamento dos modos de andar a vida: há que articulá-la com outras formas de conhecimento sobre a vida, ou melhor, sobre os modos concretos de andar a vida, sobre o adoecimento vivido, sobre as concepções, temores e sentimentos das pessoas que sofrem (ou que podem vir a sofrer). O encontro entre um profissional de saúde deixa de ser visto como o encontro desigual entre alguém que sabe sobre as doenças, seus modos de prevenir e tratar e alguém que não sabe, para se tornar um encontro entre profissionais que sabem algo sobre as doenças, e pessoas que sabem algo sobre suas vidas e sobre seu sofrimento. É na tentativa de fundir esses horizontes que se produzem relações emancipatórias. [...] ser bem tratado expressa sinteticamente a avaliação positiva de um encontro, no qual houve escuta, no qual fomos compreendidos, no qual se produziu de algum modo uma fusão de horizontes. (MATTOS, 2010, p.338)

Retomo, aqui, alguns dos fragmentos que expus, dizendo um pouco mais sobre o caminhar que pude compartilhar com alguns desses usuários. Infelizmente, muitos acompanhamentos foram interrompidos por questões institucionais, que privilegiavam a agenda médica e, por falta de espaços de discussões e compartilhamento entre a equipe, não foi possível construir uma continuidade. Outros casos se perderam em decorrência da distância – como o HD é referência para toda a DRS-VII, muitas pessoas viajam de cidades distantes para fazer acompanhamento ali – que impedia que os usuários pudessem fazer uso de outros espaços além das consultas médicas.

P. chegou até o acolhimento porque estava se sentindo pressionada com sua carreira, as novas cobranças de seus superiores por estar em um cargo de chefia e por questões financeiras para sustentar sua segunda graduação – Fisioterapia, porque gostava de cuidar dos outros, dizia. Disse-me que a médica percebeu que ela estava desanimada e sugeriu-lhe que fizesse alguns exercícios físicos, saísse para “distrair a cabeça e não ficar pensando nos problemas” (vale lembrar que o encaminhamento

foi feito por um técnico de enfermagem). Nos poucos acolhimentos em que conseguimos nos encontrar, P. disse do seu desejo de revelar-se, das questões que um relacionamento em sigilo estava suscitando para si e para o casal, da sua dificuldade de cuidar-se.

D. que constantemente culpabilizava a condição de ser soropositiva por todas as questões problemáticas em que vivia, pode ao longo de um ano de trabalho reaproximar de sua história de vida. Percebeu que “essa doença” não era a causa de todos os seus problemas, como costumava contar. Conectou-se com sua história e pode dizer dos problemas de “dentro de casa” – da relação com seus filhos e sobre ocupar um lugar materno, a história de uma infância permeada de cenas de violência e da não-relação com sua mãe, que a abandonara pouco tempo depois do parto.

Os profissionais se queixavam, “logo ela está aí para ser internada de novo”. E as internações se repetiam, D. dizia que era melhor ficar no hospital, do que em casa e que até planejava passar o natal por ali. Os outros profissionais notavam que D. era ciumenta com outros pacientes, “quer atenção”, diziam. Foi preciso dizer das questões relacionadas com a maternagem – aquela que não experimentou, mas esta que tentava produzir “dentro de casa” – e o cuidado, e iniciar a resignificar o lugar de mãe e o seu lugar na casa, para onde não gostava de voltar.

Em meu último encontro com R., mãe de um menino de sorologia desconhecida, revelou entre lágrimas de seu medo e culpa de ter transmitido o HIV verticalmente ao menino. Já eram cinco anos que portava a dúvida. Nos outros acolhimentos R. dizia como o HIV destruiu sua vida, chegando a viver em situação de rua e fazer consumo de diferentes substâncias psicoativas, já havia dito sobre a condição do menino, mas evitava falar do assunto.

Ela tinha medo de descobrir ter contaminado o filho, evitava realizar o exame por mais que soubesse que esta era a melhor conduta a ser feita. Ela colocou uma condição de que só faria o exame se fosse ali, naquele hospital, disse-lhe que tentaria fazer a articulação e me ofereci a acompanhá-la no processo. Ela agradeceu. Feito articulação e o pedido de exame, R. faltou em suas consultas subsequentes, adoeceu e

não conseguia mais voltar ao Hospital por estar acamada.

Dois meses depois sua mãe apareceu no hospital para buscar a medicação de R., ela aceitou que conversássemos e disse de sua preocupação enquanto mãe, frente ao quadro da filha. Pontuei a importância de que ela, enquanto mãe, pudesse participar do processo de cuidado – após acolher algumas queixas, conseguiu reconhecer a importância disto. Disse que acompanharia a filha na próxima consulta e traria o neto para os exames. Em decorrência da agenda médica tanto o exame foi colhido e o diagnóstico revelado em dias em que eu não estava no hospital. Negativo. “Ela disse que nunca se preocupou com isso”, disse-me a profissional que revelou o resultado do exame. Foi no final do programa que soube de R. por outra profissional – “Ela está ótima! Outro rosto, outra postura!”

7. Conclusão

A complexidade do cuidado às pessoas com HIV/AIDS exige um olhar ampliado. Frente a esta necessidade encontramos a possibilidade e o desafio de se articular diferentes campos do saber, ao que destaco o nó de interlocução entre a Infectologia e o campo da Saúde Mental. Os avanços científicos relacionados ao desenvolvimento de novas medicações antiretrovirais e tecnologias de controle da infecção são importantes para que o organismo possa resistir ao vírus, mas, como já dito, existem outras esferas que devem ser consideradas e cuidadas ao longo de um tratamento crônico como este. Estas outras esferas dizem da singularidade de cada sujeito, das linhas da história e do desejo que se costuram sempre de maneira ímpar e acompanham, inextricavelmente, as vivências do corpo, da saúde e do adoecer. Afinal, “morremos e vivemos em numerosas situações nas quais não estão em jogo nossas batidas cardíacas, senão o pulso do nosso desejo. Preterido, esquecido, escondido embaixo de muitas camadas impossíveis” (CAMPOS, R., 2014, p.54)

Transformar o tratamento reduzido ao consultório médico em uma experiência de cuidado centralizado numa relação dialógica, possibilitando ao usuário “trocar a dor pela palavra, para poder saber mais sobre aquilo que julga ser o motivo de seu sofrimento e acredita não conhecer” (MORENO, 2001, p. 85), um usuário protagonista, que pode dizer de sua condição dentro de uma relação terapêutica – considerando aqui o dizer como uma chave à clausura de um corpo-segredo, uma relação que vislumbra a libertação do estigma da morte e empodera o sujeito de si – rompe com a perspectiva de um organismo infectado, que tem uma sobrevivência graças à medicação, e recria um corpo que pulsa, vive. Não podemos nos esquecer que este caminho até a autonomia do sujeito só é possível “mediante a responsabilização: busca de saída da alienação, do gozo no sintoma, na construção de compromisso” (CAMPOS, R., 2014, p. 36).

Cabe a nós, profissionais da saúde, o “esforço de reconhecer em nossas palavras a potência colonizadora sobre o outro. Isso implica abrir mão da idéia de que conhecemos a melhor forma de conduta para as pessoas” (MATTOS, 2013, p.332). Essa nova configuração das relações que inclui escuta e acolhimento, segundo Ferreira

e Favoretto (2011), pode, além de favorecer o processo de autonomia, ampliar a adesão, mas é importante compreender que o “paciente não é aderente, e sim que ele está aderente, e que a adesão faz parte de um modo de ser e estar, fundado no cotidiano do paciente, sujeito às variabilidades e diretamente proporcional ao movimento de autonomia e protagonismo do sujeito” (FERREIRA; FAVORETTO, 2011, p. 933). Assim, é importante que fique claro que não há “pacientes de elite” – conforme a segmentação dos ambulatórios no HD.

Interromper a prescrição do silêncio, favorecer a autonomia. Possibilitar que o sujeito decida por si seu posicionamento frente à sociedade, um posicionamento político a partir não só de sua sorologia, mas de todas as dimensões interligadas de sua existência. “É pela narrativa, e não pela língua em si (que não lhe perdura menos como via de passagem) que se realiza o pensamento político” (CAMPOS, R., p.93, 2014), assim, podemos fortalecer sujeitos e também coletivos – historicamente importantes na resposta à epidemia – na luta contra o estigma, contra o preconceito e contra “estruturas de desigualdade e de opressão que formam a crescente propagação da infecção por HIV e moldam a face da AIDS em todas as sociedades”. (PAKER, 2000, p.10)

Por fim, concluo este trabalho, por todos os usuários com os quais estive e pude compartilhar, aprender e escutar, ressaltando a importância de “uma atenção menos massificada, estigmatizada e mais respeitosa com as diferenças” (TERTO JR., 2002, p.155), de um cuidado capaz de produzir chaves que, na reforma psiquiátrica abriam os portões dos manicômios rumo a liberdade, e que pode aqui revelar o que se esconde atrás do corpo-segredo: um corpo que clama e grita pela vida usurpada por um diagnóstico. E, nas palavras de Mattos (2010), encerro lembrando do caráter autopoiético: “a capacidade da vida de se desfiar tecendo-se, de teimosamente se produzir, de se brotar. A vida, em sua capacidade autopoiética, é um valor em si, um valor pelo qual vale a pena lutar” (MATTOS, 2010, p. 321).

8. Referência Bibliográfica

- ABDALLA, F.T. de M.; NICHATA, L.Y.I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo programa de saúde da família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc*, São Paulo, v.17, n.2. p. 140-152, 2008
- ALMEIDA-FILHO, N. O que é saúde?. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- BACCHINI, A.M. *et al.* Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/AIDS. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v.44-2. p. 271-284, 2012.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12/02/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: gestão participativa e co-gestão*. 2ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico – Aids e DST. Ano IV, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2007
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico – Aids e DST. Ano III, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014
- CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003
- CAMPOS, R. O. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014
- CEDARO, J.J. *A ferida na alma: os doentes de AIDS sob o ponto de vista psicanalítico*. 2005. 260p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- COLOMBRINI, M.R.C.; PAIVA, M.C. de. A estruturação administrativa da Unidade Leito-Dia em AIDS do HC-Unicamp. In: COLOMBRINI, M.R.C. *et al.* (Org.). *Leito-Dia em AIDS: uma experiência multiprofissional*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 19-28.

- COSTA-ROSA, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. Editora UNESP, São Paulo, 2013.
- CZERESNIA, D. *et al.* Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Fundamentais das Pessoas Portadoras do Vírus da Aids. *Boletim ABIA*, Rio de Janeiro: ABIA, n.9, nov. 1989. Disponível em: <<http://www.ab aids.org.br>>. Acesso em: 12/02/2015.
- FERREIRA, D.C; FAVORETO, C.A.O. A narrativa dos pacientes com HIV na construção da adesão terapêutica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 917-936, jul./set. 2011
- FIGUEIREDO, R.M. de; COLOMBRINI, M.R.C. *Modalidades de assistência: da internação convencional ao atendimento domiciliar*. In: COLOMBRINI, M.R.C. *et al.* (Org.). *Leito-Dia em AIDS: uma experiência multiprofissional*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 13-18.
- FIGUEIREDO, R.M. de; SINKOC, V.M.; COLOMBRINI, M.R.C. Adesão de pacientes ao tratamento. In: COLOMBRINI, M.R.C. *et al.* (Org.). *Leito-Dia em AIDS: uma experiência multiprofissional*. São Paulo: Atheneu, 2001. p.125-130.
- FREUD, S. (1915) De guerra y muerte. Temas de actualidad. Buenos Aires: Amarrorto Editores, v. 14, 1998
- KHEL, M.R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009
- MATTOS, R.A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. (Org.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-354.
- MORENO, D.M.F.C. *A saúde pública e a psicanálise: a produção do conhecimento no Brasil acerca da AIDS*. 2001. 232p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 fev. 2016.

- PAKER, R. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000
- RAMIREZ, M. Uma produção social. In: RAXACH, J.C. *et al.* (Org.) *Reflexões sobre assistência à AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 20-23
- REIS, R.K. *et al.* Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-575, jul./set.2011
- TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids, 2000
- TERTO-JR, V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 147-158, jun. 2002.
- VILELLA, W. A AIDS como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar In: RAXACH, J.C. *et al.* (Org.). *Reflexões sobre assistência à AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 26-31
- WEISTEIN, A.L. *Obstáculos e desafios da interdisciplinaridade: as integrações*. In: RAXACH, J.C. *et al.* (Org.). *Reflexões sobre assistência à AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 32-34.