MINISTÉRIO DA SAÚDE

Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids

Brasília – DF
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
SAF Sul, trecho 2, bloco F, Torre 1
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
E-mail: aids@aids.gov.br / edicao@aids.gov.br
Site: <www.aids.gov.br>

Edição
Comunicação em Saúde - VIP (Vigilância, Informação e Pesquisa) - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Revisão
Angela Gasperin Martinazzo

Projeto gráfico, capa e diagramação
Alexsandro de Brito Almeida

Ilustração da capa
Luis

Organização e Revisão
Coordenação de Cuidado e Qualidade de Vida - CQV
Andrea da Silveira Rossi
Juliana Uesono
Roseli Rossi Stoicov

Elaboração
Equipe Técnica do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Andrea da Silveira Rossi
Cathana Freitas de Oliveira
Helena Barroso Bernal
Fernanda Nogueira
Isabelle Mendes de Oliveira
Ivana Drummond Cordeiro
Josiane Maria Oliveira de Souza
Juliana Uesono
Marcelo de Araújo Freitas
Nelson dos Ramos Correia
Ronaldo Hallal
Roseli Rossi Stoicov

Grupo de Trabalho Saúde Mental e Aids
André Malbergier
Aramita Prates Greff
Cíntia Pereira Nocentini
Eliane Maria Fleury Seidl
Larissa Polejack Brambatti
Luciana Roberta Donola Cardoso
Maria Cristina Hoffmann
Mário Angelo Silva
Monalisa Barros
Veriano Terto Jr.

Colaboração
Anália Silva de Amorim
Analice de Oliveira
Elizabeth Dentello Camolesi
Fabiana Lo Bello
Márcia Urbanovilk Brandimiller
Marisa Fumiko Nakae
Ricardo Barbosa Martins
Sônia Egidia Prado Garcia

Normalização
Delano de Aquino Silva – Editora MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
128 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1941-4

1. Saúde mental. 2. Aids. 3. Assistência à saúde mental. I. Título. II. Série.

CDU 613.86:616.6

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0254

Títulos para indexação
Em inglês: Mental health care in specialized services for STD/AIDS
Em espanhol: Atención en salud mental en los servicios especializados en ETS/SIDA

Sumário

Apresentação 7

1 Saúde Mental e as dimensões do viver com HIV/aids 11
1.1 A realidade de quem vive com HIV/aids 12
1.2 Dimensões biomédicas e clínicas 13
1.3 Dimensões socioculturais 14
1.4 Vulnerabilidades e saúde mental 16
Referências 20

2 Dimensão subjetiva no cuidado à saúde nos serviços de HIV/aids 23
2.1 A interdisciplinaridade no SUS 23
2.2 A integralidade 24
2.3 O cuidado em saúde 26
2.4 A Política Nacional de Humanização 26
2.5 Por que falar em Saúde Mental nos Serviços de Atenção Especializada em HIV/Aids? 30
Referências 34

3 Estratégias para a atenção às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) 37
3.1 Acolhimento às pessoas vivendo com HIV/aids 37
3.2 A dimensão da escuta na atenção 39
3.3 Anamnese 41
3.4 Atenção às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) com foco na família 45
3.5 SUS e SUAS: intra e intersetorialidade na atenção integral 48
Referências 51

4 O sofrimento psíquico e os transtornos mentais em pessoas que vivem com HIV/aids 55
4.1 Sofrimento psíquico no contexto do viver com HIV/aids 56

4.2 Da tristeza à depressão: abordagem e manejo pela equipe de saúde 58
4.3 Da ansiedade aos transtornos ansiosos 64
4.4 Transtornos psicóticos 66
4.5 *Delirium* e demência 68
Referências 72

5 Possibilidades da atenção integral às PVHA 79

5.1 Sofrimento psíquico não é transtorno mental 79
5.2 Efeitos terapêuticos das ações de saúde e referenciais teórico-metodológicos 80
5.3 Descontinuidade *versus* continuidade no processo de cuidado .. 81
5.4 Modalidades de intervenção em serviços especializados em HIV/aids 82
Referências 92

6 Cuidado em equipe 95

6.1 O sofrimento psíquico do profissional de saúde: como cuidar do profissional 96
6.2 Trabalho em equipe interdisciplinar: desafios e caminhos 98
6.3 Estratégias para cuidado em equipe 100
6.4 Possibilidades para organização da rotina dos serviços 101
Referências 104

7 O desafio da atenção em rede: integrando políticas, programas e ações 109

7.1 Sobre a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas 109
7.2 Como fazer acontecer esse processo no dia a dia? 109
7.3 Como se constitui a atenção em saúde mental? 110
7.4 Os serviços especializados em HIV/aids 113
7.5 Fortalecendo parcerias 118
7.6 Como enfrentar o desafio da articulação? 119
Referências 121

Anexos 123

Anexo A – Miniexame do Estado Mental (MMSE) 125
Anexo B – Tipos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 126
Apendice A – As Oficinas de Arte do CRT-DST/Aids de São Paulo.....127

Apresentação

A aids, entendida como doença crônica, traz para os profissionais de saúde desafios que vão além das políticas voltadas apenas para o controle da epidemia, imprimindo a necessidade da garantia ao acesso universal, equitativo e integral ao tratamento.

A conquista do acesso ao tratamento e a ampliação da oferta do diagnóstico do HIV possibilitaram a diminuição nas taxas da transmissão vertical do vírus, a redução da morbimortalidade e o aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA). Desse modo, acompanhando a história, as políticas públicas de saúde do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais preconizam a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Entre tantos temas abordados a partir dessa colocação, está também a necessidade de se considerar a qualidade da saúde mental.

O presente volume, intitulado "Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids", foi elaborado pelo Departamento de HIV, Aids e Hepatites Virais, com a colaboração de um Grupo de Trabalho composto por pesquisadores, profissionais da saúde e representantes da sociedade civil, e apresenta orientações voltadas para as equipes dos Serviços de Atenção Especializada (SAE), relacionadas ao cuidado em Saúde Mental e às possibilidades de inserção nas Redes de Atenção à Saúde, por meio da interface com outros pontos da Atenção. Tais considerações são fundamentais para que a melhoria na qualidade da atenção seja observada nesses serviços.

O documento foi concebido a partir da necessidade de as equipes multiprofissionais dos SAE se apropriarem do processo de construção ou aprimoramento de um modelo de saúde mental em que todos os profissionais da equipe tenham participação ativa e se relacionem com outros serviços, melhorando a qualidade da assistência integral prestada.

Os capítulos abordam questões de saúde mental relacionadas às dimensões do viver com HIV/aids, às subjetividades no cuidado à saúde em

serviços de HIV/aids, às estratégias de atenção, ao sofrimento psíquico e aos transtornos mentais, às possibilidades de atenção integral, ao cuidado em equipe e ao desafio da inserção nas Redes de Atenção à Saúde.

Desejamos que este material seja um ponto de partida para o esclarecimento das equipes, dirigindo seus olhares para a abordagem da saúde mental.

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

Capítulo 1

Saúde Mental e as dimensões do viver com HIV/aids

Ilustração: Mascarenha

Ilustração: Mascarenhas

Capítulo 1

Saúde Mental e as dimensões do viver com HIV/aids

O presente capítulo tem como objetivo ressaltar alguns aspectos conceituais e históricos de significados da epidemia do HIV/aids, comentando seus impactos sociais e intersubjetivos na sociedade brasileira, os quais se traduzem na necessidade de atendimento psicossocial especializado para as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA[1]) e de instrumentalização dos trabalhadores da rede pública de saúde para tal atendimento.

São visíveis os progressos terapêuticos e medicamentosos no tratamento disponibilizado às PVHA, o que tem possibilitado importantes melhorias em sua qualidade de vida.

Observa-se, entretanto, que tais avanços, além das próprias mudanças no perfil da epidemia, não conseguiram ainda desconstruir os (pré-)conceitos relacionados a "grupos de risco", mediados por percepções e valorações éticas, morais e religiosas baseadas em antigas metáforas da doença, associadas à sua natureza patogênica (desencadeada por um vírus transmissível) e a características sociodemográficas dos grupos populacionais mais vulneráveis.

As PVHA estão expostas a fatores que podem levar a estados de sofrimento psíquico e a transtornos mentais: por um lado, o desafio de se saberem infectadas por um vírus de difícil combate, sem perspectivas de eliminação em curto ou médio prazo; por outro, e não menos importante, terem de enfrentar cotidianamente expressões e reações de preconceito e discriminação social, sexual e afetiva.

Tais sofrimentos e transtornos são referidos por usuários dos serviços de saúde e observados no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde,

[1] Um cuidado importante é considerar as pessoas afetadas pela aids como sujeitos de direito; assim, pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) tem sido a denominação unificadora que se harmoniza com a noção de solidariedade.

colocando novos desafios para o atendimento integral, universal e equânime preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 A realidade de quem vive com HIV/aids

> Por ser [a aids] uma doença transmissível sexualmente, surgem sobre sua contagiosidade fantasias diversas, decorrentes certamente dos mistérios e pavores gerados pela ignorância sobre a sexualidade. O doente de aids carrega consigo os estigmas que marcavam grupos já marginalizados e discriminados, como os homossexuais e usuários de droga. Tudo isso leva a pessoa a um processo de clandestinização. Além de se ver afetada por uma doença grave, ter de vivê-la solitária e clandestinamente é a pior tragédia que pode ocorrer a uma pessoa com aids. (DANIEL, 1994, p. 11).

Apesar de todo o conhecimento científico que se tem sobre a doença, além do acesso universal ao tratamento e dos benefícios sociais conquistados, as PVHA ainda sofrem preconceitos na família, nos grupos sociais e nos serviços assistenciais. Muitas se isolam em vista das dificuldades de iniciar novos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais, bem como compartilhar o diagnóstico positivo, com medo de serem rejeitadas. Aquelas que se encorajam na retomada dos seus projetos de vida não raro vivenciam conflitos e situações de constrangimento, vulnerabilidade e desrespeito aos seus direitos de cidadania.

Todas essas situações e condições podem levar a sentimentos de baixa autoestima, falta de pertencimento e perda da identidade social e psicológica, desencadeadores de estados de sofrimento psíquico e transtorno mental.

Nem sempre as equipes de saúde estão preparadas para oferecer atenção integral e especializada nos ambulatórios e serviços de referência de assistência às PVHA e às pessoas em situação de sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais.

Reconhecer o outro em suas múltiplas dimensões é fundamental para o desenvolvimento e eficácia do cuidado integral, tanto na perspectiva da prevenção quanto da formulação de esquemas terapêuticos. Faz-se necessário considerar a história de vida de cada um, sua capacidade de escolhas e tomada de decisões, suas vivências da sexualidade, direitos sexuais e de reprodução, sem perder de vista as possibilidades de ampliar competências para a redução das vulnerabilidades e promoção da qualidade de vida. Com a devida atenção aos contextos de vulnerabilidades, aos insumos disponíveis e aos valores e juízos equacionados, resta potencializar o diálogo entre usuários e trabalhadores da saúde. Se é a linguagem que nos diferencia, é por meio da palavra que podemos constituir um lugar no mundo, representar nosso corpo e reinventar uma realidade.

A conversa – compreendida como ferramenta de trabalho e tecnologia leve em saúde – é um recurso poderoso de que dispõem usuários e trabalhadores para a organização de si mesmos e do outro. A oportunidade do encontro pode auxiliar o indivíduo a ressignificar a doença e lidar com as perdas, além de adaptar-se ao tratamento segundo o próprio estilo de vida.

Sontag (1989, p. 21) afirma que:

> A genealogia metafórica da aids é dupla. Enquanto microprocesso, ela é encarada como o câncer: como uma invasão. Quando o que está em foco é a transmissão da doença, invoca-se uma metáfora mais antiga, que lembra a sífilis: a da poluição.

Em ambos os processos, ela é percebida ainda como um mistério, temida de modo muito agudo e internalizada como moralmente contagiosa, patogênica e incurável, sendo, consequentemente, motivadora de expressões de rejeição, violência e exclusão social das pessoas infectadas e afetadas.

Cuidar das PVHA exige organizar a atenção para além do atendimento individual nos serviços, envolvendo seus grupos e redes sociais, ampliando as possibilidades de enfrentamento à doença e de adesão ao tratamento. Tal (re)organização pressupõe a revisão de conceitos, atitudes e procedimentos, favorecendo interlocuções no processo de reestruturação dos projetos de vida das pessoas atendidas.

No sentido de contribuir para as reflexões e tematizações propostas, apresentamos algumas dimensões e desafios para melhor conhecer essas realidades e então propor algumas diretrizes e estratégias de enfrentamento a serem consideradas pelos serviços e equipes de saúde.

1.2 Dimensões biomédicas e clínicas

A aids passou a ser um agravo potencialmente controlável desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV), da utilização de exames que revelam as taxas de defesa e resistência imunológicas (CD4/8) e da quantificação do vírus na corrente sanguínea (carga viral). Tais conquistas, imprescindíveis para a prevenção e o monitoramento das infecções oportunistas e de outros agravos à saúde, têm contribuído para o seguimento do tratamento, a redução de taxas de morbimortalidade e a diminuição do número de internações, proporcionando aumento da qualidade de vida das PVHA.

Apesar dos avanços no tratamento do HIV/aids, alguns desafios relacionados ao desenvolvimento de sofrimentos psíquicos e transtornos mentais permanecem. Segundo o resultado de pesquisas apresentadas nos últimos congressos internacionais (RAGIN, 2011; NAVIA, 2011), há evidências de que os antirretrovirais não conseguem impedir a entrada e a

ação do HIV nos tecidos neuronais no cérebro. Os tecidos cerebrais terminam, assim, funcionando como um reservatório viral, com consequências maiores ou menores na saúde mental das PVHA, as quais podem apresentar sintomas como dificuldades de memória e cognição, ansiedade e angústia, entre outras (CHRISTO, 2010). Algumas consequências são ainda difíceis de precisar, visto que mais estudos são necessários nesse campo. Nas pessoas que iniciam o tratamento em fases tardias, tais efeitos podem ser mais evidentes, pois a carga viral alta pode ampliar a ação do HIV nas células cerebrais.

Algumas infecções oportunistas (IO), como a neurotoxoplasmose, também podem deixar sequelas que comprometem a saúde mental da PVHA. Como o cérebro é fortemente afetado por essa infecção, os danos podem estar relacionados tanto a patologias neurológicas como a sintomas de depressão, agressividade e melancolia, entre outros. Nesse sentido, é importante conhecer o histórico de IO das PVHA para avaliar se possíveis sintomas mentais estariam relacionados a fatores sociais e clínicos, ou, ainda, à interação entre ambos. As coinfecções, por exemplo, naqueles usuários que, além do HIV, desenvolvem tuberculose (TB), ou nos portadores de TB que desenvolvem aids, também devem ser levadas em conta, pois se trata de duas doenças estigmatizadas, em que uma pode potencializar a outra, com consequências emocionais e psíquicas redobradas. O sofrimento psíquico e os transtornos mentais citados podem ser decorrentes da própria infecção pelo HIV ou agravados por ela. Assim sendo, é fundamental conhecer a história de vida da PVHA, para identificar se o HIV é causa ou agravo.

1.3 Dimensões socioculturais

A chamada "epidemia social da aids", interpretada por vários autores como a epidemia do medo, do pânico e do preconceito, continua severa, mesmo com as iniciativas do governo e das organizações sociais e comunitárias para o combate ao estigma, preconceito e discriminação associados ao HIV e à aids. Essa vertente da epidemia parece determinante no processo de formação das representações sociais e das atitudes, percepções e reações das pessoas, afetando de maneira negativa a saúde mental das PVHA, seus amigos e familiares, e pode levar ao que se chama de "morte civil", na medida em que essas pessoas acabam excluídas dos convívios interpessoais e das relações sociais.

> Para combater a morte civil, o doente tem de romper com as barreiras da clandestinidade. Acredito que todos nós temos de nos curar da vergonha, da culpa e do medo. Por isto, é necessário que as pessoas com aids não se escondam. Mostrem-se como são. Falem de sua situação. Formem grupos de auto ajuda e participação social (DANIEL, 1994, p. 11).

Ainda são recorrentes os casos relatados de rejeição, isolamento, solidão e de violências simbólicas e físicas vivenciadas desde o momento do diagnóstico positivo, independentemente da classe e status social, nível de instrução, profissão, faixa etária e modos de vida.

Diante do resultado positivo do teste anti-HIV, podem surgir indagações e queixas tais como: "Por que isso está acontecendo comigo?"; "Por que eu?"; "Onde foi que eu errei?"; "Como e com quem devo comentar tal resultado?"; "Onde e com quem posso buscar ajuda?"; "O que fazer da minha vida daqui para a frente?"; "Vale a pena continuar vivendo?"

O resultado positivo de HIV e o tratamento antirretroviral geralmente exigem significativas mudanças nas rotinas e na vida das pessoas. Considerando essas repercussões, é fundamental que, no aconselhamento pós-teste e nos seguimentos assistenciais, sejam incluídos e trabalhados aspectos como: informações sobre o HIV e a aids, o tratamento, a importância do autocuidado e do fortalecimento da autoestima, o resgate de projetos de vida, mudanças de hábitos e comportamentos, identificação de pessoas de referência, compartilhamento, convivência e participação/inclusão social.

O acompanhamento psicossocial e os atendimentos psicoterapêuticos devem levar em conta as necessidades e características de cada pessoa, com seus estilos e modos de vida, tipo de trabalho e orientação sexual.

As abordagens ou estratégias de atendimento não podem ser as mesmas para homens, mulheres, crianças, adolescentes, travestis, prostitutas, usuários de álcool, crack e outras drogas, gays, pessoas na terceira idade ou casais sorodiscordantes. Devem-se considerar as especificidades, peculiaridades e a singularidade de cada pessoa. É preciso ressaltar a importância dos insumos de prevenção (preservativo masculino e feminino, gel lubrificante, kits de redução de danos) como uma medida de proteção eficaz no controle da transmissão do HIV e das infecções oportunistas, com a recomendação para o uso consistente desses insumos. Deve-se ter em vista, ainda, a vivência da sexualidade, a dinâmica e os acordos nas relações, e desvendar os mitos sobre a redução do prazer, o desejo de ter filhos e o medo da rejeição.

Algumas questões clínicas também exercem repercussão direta nos aspectos socioculturais e emocionais da vida das PVHA. Uma delas diz respeito à lipodistrofia, síndrome que acarreta alterações corporais e metabólicas consideradas como eventos adversos e colaterais associados ao uso dos antirretrovirais (ARV). A vivência da sexualidade com corpos muitas vezes tão alterados, fora dos padrões impostos pela sociedade, é um grande desafio às PVHA (TERTO JÚNIOR, 2006). A perda de gordura periférica nas regiões da face, glúteos, pernas e braços, bem como o acúmulo de gordura nas regiões mamária, abdominal, dorso-cervical e submentoniana (área do pescoço) podem ter um forte impacto na vivência da sexualidade, na autoestima, no relacionamento social, no ambiente de trabalho, etc.

Além disso, tais alterações corporais terminam por reforçar estigmas e dificultar a adesão ao tratamento, podendo levar ao abandono deste ou impedir seu início, em razão do medo das alterações corporais. As travestis soropositivas, por exemplo, estão entre aquelas que mais temem essas alterações resultantes dos eventos adversos. A repercussão das mudanças corporais na saúde mental pode agravar tensões e angústias já existentes, como, por exemplo, aquelas relacionadas à situação de exclusão social que muitas travestis vivenciam.

De maneira geral, as alterações corporais decorrentes da lipodistrofia afetam homens e mulheres, principalmente a autopercepção como "homem" ou como "mulher". A perda de massa muscular nas pernas e braços, por exemplo, e o acúmulo de gordura na barriga, além dos efeitos da doença, naqueles já acometidos de sintomas, podem fazer com que os homens sintam-se menos masculinos e incapazes de se colocarem como potenciais parceiros sexuais. O mesmo pode acontecer com as mulheres vivendo com HIV/aids que apresentam alterações corporais causadas pela lipodistrofia, ao se sentirem menos femininas pela perda de formas como cintura, coxas e nádegas, o que também influencia a capacidade de se projetarem como potenciais parceiras sexuais. O impacto dessas mudanças na autoimagem gera dificuldades para seduzir outras parcerias sexuais e pode trazer consequências consideráveis para a saúde mental. Muitas PVHA nessas condições podem voltar-se para o isolamento e para a clandestinidade, ou abdicar de prazeres e lazer, como ir à praia ou a discotecas, simplesmente por vergonha de expor o corpo em público.

A mobilização de recursos internos e externos para administrar a vida com HIV/aids, segundo Grimberg (2003), é uma dimensão que não pode ser deixada de lado. Como mobilização de recursos internos, deve-se considerar a utilização de experiências prévias, vivências de situações extremas, doenças, manejo de segredos e redefinições de identidades sociais e sexuais para lidar com as novas situações impostas pelo HIV. Alguns homens homossexuais soropositivos demonstram a tendência de fazer uso das experiências prévias, como aquelas relacionadas ao momento em que tiveram de assumir sua identidade homossexual (*coming out*), para conseguirem lidar com uma possível assunção de uma identidade política enquanto soropositivo, no manejo de questões como a revelação do diagnóstico do HIV e o enfrentamento da clandestinidade, entre outras (CARRICABURU; PIERRET, 1992).

1.4 Vulnerabilidades e saúde mental

No processo histórico de construção dos conceitos e representações sociais sobre vulnerabilidades, doença e adoecimento, as noções de risco (real ou imaginário), de transmissibilidade, de morbimortalidade e incurabilidade,

bem como os mitos e as metáforas associadas, podem desencadear sofrimentos psíquicos e transtornos mentais.

Em sociedades nas quais as habilidades individuais e a capacidade potencial de produção material são requisitos fundamentais para a inserção social e reconhecimento de cidadania, a situação de doença crônica e infectocontagiosa encontra-se intimamente associada a noções de incapacidades, deficiências, dependências físicas e emocionais, inutilidade social, custos financeiros (seguridade social: saúde, assistência e previdência), custos sociais e econômicos para as políticas públicas, pontos cruciais do projeto neoliberal no âmbito da chamada Questão Social (CASTEL, 2007).

No processo de exclusão social vivenciado atualmente por segmentos populacionais mais vulneráveis, as pessoas que vivem e convivem com HIV/aids e as pessoas em situação de sofrimento psíquico e transtornos mentais são afetadas social e economicamente, tendo em vista as limitações pessoais e situações de incapacidades, circunstanciais ou crônicas, decorrentes do estado de saúde física e mental. Observam-se nesses segmentos maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho, de acesso à educação e à saúde e de participação social/comunitária. Novamente, as reações e manifestações de estigmas, preconceitos, discriminação e desrespeito aos direitos humanos constituem fatores etiológicos de sofrimento psíquico, transtornos mentais, infecções e reinfecções pelo HIV e, consequentemente, de situações de exclusão social.

Compreender e trabalhar essas várias dimensões requer novos olhares e a construção de saberes interdisciplinares, bem como estratégias para a implementação de uma rede resolutiva voltada para a atenção integral à saúde das PVHA. São necessárias respostas políticas, técnicas e operacionais, cujo processo envolve os vários setores responsáveis pelas políticas públicas. Mas é, também, fundamental a corresponsabilidade do sujeito/usuário em relação à sua saúde. A repercussão do diagnóstico de HIV é elaborada de diferentes maneiras, a partir da história de vida do sujeito e da maneira como este lida com as vicissitudes nas diferentes fases da vida. A escuta do profissional de saúde às diferentes formas de reação do sujeito deve orientar as práticas, de maneira a avaliar as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

A vulnerabilidade à infecção pelo HIV e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e sociocultural que ampliam ou diluem o risco individual (AYRES, 2002). O risco é utilizado como instrumento para quantificar as possibilidades de adoecimento de indivíduos ou populações, a partir da identificação de relações de causa-efeito entre a ocorrência de doenças e outros eventos e condições de vida. Assim, vulnerabilidade e risco são conceitos interligados, como no caso de um sujeito sob efeito de álcool e outras drogas, ou em crise psicótica, que provavelmente não considera a importância do uso do preservativo em uma relação sexual.

Tal situação de vulnerabilidade expõe o sujeito ao risco ampliado de infecção pelo HIV.

As reflexões que seguem consideram os aspectos da saúde mental sob a ótica das vulnerabilidades, conceito incorporado ao longo da história no processo de enfrentamento da epidemia da aids.

A vulnerabilidade individual está associada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual desprotegida, uso abusivo de álcool e outras drogas, contatos sanguíneos e transmissão vertical). Depende, portanto, do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas. Os efeitos adversos dos medicamentos para infecção do HIV, entre eles as alterações corporais causadas pela lipodistrofia, assim como sequelas das infecções oportunistas, repercutem na saúde mental das pessoas.

Do ponto de vista sociocultural, o estigma da aids pode ser reforçado por outros estigmas relacionados a gênero, raça, orientação sexual, situação econômica e uso de drogas, entre outros (PARKER; AGGLETON, 2003). Em especial, há que se considerar a interação do estigma da aids com o estigma da doença mental, principalmente nas pessoas já acometidas por transtornos mentais antes da infecção. A compreensão acerca do modo como esses diferentes estigmas interagem deve ser parte fundamental de um programa de promoção de saúde mental para PVHA.

A vulnerabilidade social está relacionada também aos aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, etc. Pode ser entendida, portanto, como um espelho das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão.

Para avaliar o grau de vulnerabilidade social é necessário conhecer a situação de vida das coletividades, como, por exemplo, a condição atual da mulher na sociedade (menores salários, ausência de leis de proteção, exposição a violências e restrições de exercício da cidadania), a qual aumenta sua vulnerabilidade social à epidemia.

Do ponto de vista programático, é preciso levar em consideração as possibilidades e a qualidade do acesso aos serviços de saúde. A garantia do acesso universal ao tratamento para HIV/aids e aos insumos de prevenção

pressupõe a existência de serviços organizados e acolhedores. Ambientes com alto grau de homofobia, preconceito de gênero, raça e classe, violência física ou verbal podem também levar ao sofrimento psíquico em razão do estresse, da recorrência de ideias, sentimentos e comportamentos fatalistas e do estímulo à clandestinidade. Um meio social adverso e a ausência de recursos, ao negarem à pessoa soropositiva (e a qualquer cidadão) a realização dos seus projetos de felicidade, são fatores decisivos para a piora da saúde mental e física do indivíduo.

No plano institucional, a vulnerabilidade enseja a definição de políticas e ações organizadas pelo poder público, pela iniciativa privada e pela sociedade civil, buscando diminuir a ocorrência de agravos. Quanto maior o compromisso, a integração e o monitoramento de ações de prevenção e cuidado, maiores as chances de fortalecer os indivíduos e a sociedade.

A promoção da saúde mental das PVHA e das pessoas que vivem com transtornos mentais e sofrimento psíquico deve considerar as condições de vulnerabilidades destas em diferentes situações sociais, demográficas e socioeconômicas, por faixas etárias, origens raciais, identidades de gênero e orientações sexuais. Trata-se de crianças, adolescentes, adultos e idosos, homens e mulheres com diferentes condições de instrução, cultura e acesso a serviços sociais básicos, educação, saúde e trabalho. Nos capítulos que seguem, serão abordados aspectos relacionados à promoção da saúde mental não apenas dos usuários dos serviços de saúde, mas também dos profissionais que neles atuam, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Referências

AYRES, José R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP; v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.

CARRICABURU, D.; PIERRET, J. **Vie quotidienne et recomposition identitaire autour de la seropositivité.** Paris: CERMES/CNRS, INSERM, EHESS, 1992. Mimeo.

CASTEL, R. et al. As armadilhas da exclusão. In: BELFIORE-WANDERLEY, Mariangela; BÓGUS, Lúcia; YAZBEK, Maria Carmelita (Org.). **Desigualdade e a questão social.** 2. ed. São Paulo: EDUC, 2007. p. 17-50.

CHRISTO, P. P. Alterações Cognitivas na Infecção pelo HIV/AIDS. **Revista da Associação Medica Brasileira,** São Paulo, v. 56, n. 2, p. 242-247, 2010

DANIEL, H. **Vida antes da morte**. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 1994.

GRIMBERG, M. VIH/SIDA y experiência: notas para las dimensiones de vivir con VIH. In: CÁCERES, C. et al. (Org.). **La salud como derecho ciudadano:** perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 207-222.

NAVIA, B. et al. A Longitudinal Study of Neurological Injury in HIV-infected Subjects on Stable ART: The HIV Neuroimaging Consortium Cohort Study. In: CONFERENCE ON RETROVIRUSES & OPPORTUNISTIC INFECTIONS, 18., 2011, Boston. **Abstract 56**, 2011.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS Related Stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc. Méd. Science**, [S.l.], v. 57, p. 13-24, 2003.

RAGIN, A. et al. Injury to the Brain is Evident Early in HIV Infection. 18th Conference on Retroviruses & Opportunistic Infections (CROI 2011). In: CONFERENCE ON RETROVIRUSES & OPPORTUNISTIC INFECTIONS, 18., 2011, Boston. **Abstract 55LB**, 2011.

SONTAG, S. **A Aids e suas metáforas.** Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1989.

TERTO JÚNIOR, V. Efeitos colaterais do tratamento com ARV para o HIV como questão social. In: CÁCERES, C. et al. (Org.). **Sexualidad, estigma y derechos humanos**: desafíos para el acceso a la salud en América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006. p. 133-142.

Capítulo 2

Dimensão subjetiva no cuidado à saúde nos serviços de HIV/aids

Ilustração: GAG

Ilustração: GAG

Capítulo 2

Dimensão subjetiva no cuidado à saúde nos serviços de HIV/aids

Após mergulhar nas dimensões do viver com HIV/aids, é preciso que nos apropriemos das possibilidades de intervenção nesse espaço, enquanto profissionais de saúde e de acordo com as especificidades de cada profissão, mantendo a perspectiva da subjetividade e potencializando a ação pautada pelos princípios do SUS e outros conceitos desenvolvidos no âmbito da saúde coletiva. Aprofundar as noções de interdisciplinaridade, de integralidade, de cuidado em saúde e da política nacional de humanização poderá facilitar a incorporação dos aspectos emocionais presentes na vida de quem vive ou convive com o HIV/aids.

Este capítulo ocupa-se em desvendar os alicerces de uma prática integral que já está prevista desde os princípios do SUS e vem-se aprimorando mediante novos conceitos e políticas. Compreender a saúde mental para além do sofrimento psíquico é compreender que os aspectos psicológicos fazem parte da vida e que, em alguns momentos, eles podem interferir, direta ou indiretamente, no processo de saúde e doença, bem como no processo do tratamento. Portanto, acolher essa dimensão da vida é potencializar os resultados do trabalho, o que, para todo profissional de saúde, significa exercitar uma verdadeira clínica ampliada.

2.1 A interdisciplinaridade no SUS

A atuação em saúde envolve diversas disciplinas, cada qual com seu núcleo de saber, atinente à assistência que oferta e às respectivas fronteiras. Disso resulta uma ótica multifacetada, em que cada área de formação se responsabiliza por um cuidado específico, mas que, nem sempre, produz uma resposta efetiva frente às necessidades demandadas pelo usuário (BENEVIDES; PASSOS, 2005). É preciso assumir que nenhuma disciplina isolada pode dar conta do objeto saúde.

A interdisciplinaridade coloca em questão não mais o objeto e as práticas de cada disciplina na reprodução de saberes, mas temas diferenciados presentes na vida dos sujeitos, possibilitando a criação de novas práticas, mediante a comunicação horizontalizada entre as ciências.

A mudança na forma de atuação dos profissionais mostra-se como meio de dissolução da dissociação colocada entre o discurso dominante e a prática cotidiana. Fortalece a observação dos fenômenos como fonte de conhecimento superior àquelas divulgadas em antigas doutrinas que não valorizavam princípios de integralidade do sujeito trabalhador e usuário do sistema. O trabalho sob a ótica da integralidade exige das equipes uma construção coletiva que lida com questões do cotidiano e que se atualiza na própria experiência, como conhecimento e ação na realidade (GOMES; PONTES; ROCHA, 2007, p. 23).

2.2 A integralidade

A integralidade é um dos princípios fundamentais do SUS, sendo descrita pela legislação vigente como "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990). Sua importância está ligada ao fato de ser o princípio que garante a oferta de todo acompanhamento possível, independentemente do nível de complexidade exigido pelo problema do usuário, privilegiando uma visão sistêmica, resultado de uma compreensão biopsicossocial do indivíduo.

Quando se trabalha para a garantia do princípio da integralidade, deve-se ter em vista todas as necessidades do indivíduo com o qual se dialoga, buscando melhorar a escuta, a assistência e a possibilidade de encaminhamento do usuário para a rede de serviços adequada.

É importante atentar para a existência de um paradigma hegemônico implicado nas práticas em saúde, que se conforma na estruturação e normatização de um "universo ideal", em relação ao qual cada caso pode ser comparado. Chama-se hegemônico o discurso compartilhado por um grupo que se assemelha na forma de pensar e de agir, tendo por referência uma dada concepção de mundo que, de tão prevalente, torna-se senso comum, de acordo com Gramsci (2001). Esse referencial compreende o processo de saúde e doença a partir da diferenciação entre o normal e o patológico, centrando as práticas de saúde nos cuidados e controle da parte "doente" dos sujeitos, de forma isolada. O resultado é a normatização. Porém, não existe um jeito único de produzir saúde; o princípio da integralidade nos aponta a necessidade de compreender os sujeitos em todas as suas dimensões, sem separar ou focar apenas a parte doente.

Um exemplo disso é a normatização absoluta do uso da camisinha por todas as pessoas para a prevenção, sem considerar as peculiaridades de cada caso. Uma mulher casada há 30 anos, que nunca utilizou a camisinha na sua relação conjugal, deve ser acessada com um diferencial de linguagem e abordagem no que se compara, por exemplo, a uma jovem no início de sua vida sexual ativa. É necessário levar em consideração a dinâmica da relação e a habilidade em manejar a negociação do uso do preservativo com o parceiro, assim como aspectos subjetivos, como, por exemplo, o desejo de ter filhos, que podem interferir nessa estratégia de prevenção. Nas sessões de aconselhamento em que não se considera a integralidade, essa mulher poderá receber a mesma orientação normatizada pelo serviço, a despeito das diferenças.

Diante disso, deve-se atentar para o fato de que trabalhar a integralidade pressupõe orquestrar o trabalho em equipe, resultante da composição de forças, saberes e práticas, da harmonização das atuações profissionais, da afirmação das diferenças e do reconhecimento do saber do outro para a realização do trabalho (BONALDI et al., 2007). Compreender a importância de cada membro, na certeza de que cada um é fundamental ao trabalho, aumenta o sentimento de pertencimento à equipe, resultando em um compromisso maior, que ultrapassa o saber específico ou uma forma de atuação predeterminada (BONALDI et al., 2007).

Todavia, a questão da integralidade deve sobrepor-se à reorganização das práticas e ao cuidado oferecido pela equipe, pois muitas vezes a visão biomédica impera e, não raro, a busca pelo controle da doença colide com os projetos pessoais dos usuários. Situações como o desejo de engravidar, a soropositividade do(a) parceiro(a), os problemas de adesão ao tratamento e as discordâncias na revelação diagnóstica a crianças e adolescentes são situações em que a equipe, muitas vezes, prioriza suas metas em detrimento dos desejos do usuário.

É preciso discutir a centralidade das ações no controle da doença, pois essa centralidade pode levar a compreender os aspectos relacionais apenas como instrumento de mudança de comportamento para o sentido determinado do controle da doença (AYRES, 2009). Onde fica a autonomia do usuário quando ele decide de forma contrária ao prescrito pela assistência? E quando ele resiste à medicação? Ou o que fazer quando a usuária não quer incorporar o uso constante da camisinha na sua relação conjugal com um parceiro soropositivo? A não adesão é um fracasso da equipe? Se assim for, o acolhimento, aconselhamento, os grupos existem para normatizar os usuários em seu comportamento? Admite-se o diferente? Como lidar com o diferente?

O manejo das relações não deve existir para conformar os corpos na direção determinada pelo saber científico. As tecnologias de atenção à saúde devem basear-se no reconhecimento da existência de um conjunto

amplo e diversificado de intervenções profissionais, envolvendo relações que devem ser sustentadas de maneira regular, tendo por alvo a transformação dos sujeitos atendidos em alguma de suas dimensões existenciais, objetivas ou subjetivas (OLIVEIRA, 2009). Portanto, o manejo das relações visando à produção de vínculos e interferências deve estar amplamente ancorado na ética. As tecnologias da relação devem estar a serviço do exercício de cidadania, do aumento da autonomia, de uma maior corresponsabilização e da reconstrução de projetos de vida, nunca em função de um êxito terapêutico que desconsidere o desejo do usuário e sua história. A atenção integral vai além da assistência, tratamento e controle da doença; o encontro profissional-usuário é o espaço do cuidado.

2.3 O cuidado em saúde

O cuidado em saúde caracteriza-se pela escuta do que o outro deseja, pela incorporação da dimensão subjetiva e pelo encontro intersubjetivo, no qual se busca o entendimento e a empatia mútua para que a ação em saúde não se resuma às tecnologias, normatizações, consensos e à ação instrumental (AYRES et al., 2009). O futuro da relação entre a integralidade e o cuidado, com a democratização das relações e o trabalho em equipe, resultará na construção de espaços de reflexão e na negociação de novos objetivos e meios utilizados nas ações de saúde (PEDUZZI, 2009). Resultará na pactuação intersubjetiva dos resultados relativos às necessidades de saúde e aos modos de vida dos usuários e da população.

Na situação exemplificada acima, acerca da mulher casada há 30 anos, cabe ao profissional supor como seria, para ela, conversar sobre o uso da camisinha na sua relação conjugal, como ela seria recebida pelo parceiro, como reagiria à reação dele; deve-se examinar toda a situação com as possibilidades trazidas por essa usuária, a fim de se construir conjuntamente uma via confortável e desejada para o desafio de proteger-se. O profissional não pode subtrair ao usuário a condição de quem decide e sabe sobre suas necessidades.

Estabelecer novos arranjos institucionais e dispositivos para ressignificar e reorganizar o trabalho em saúde é um dos requisitos para a mudança no modelo de atenção. Nesse sentido, um dispositivo criado pelo Ministério da Saúde é a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2003).

2.4 A Política Nacional de Humanização

A humanização é uma proposta que articula o bom uso da tecnologia (equipamentos, procedimentos e saberes) com os projetos existenciais dos sujeitos. Por exemplo: de que vale o aumento da expectativa de vida da população se o tempo adicional de vida vier junto com a morte social do

indivíduo? Reverter ou minimizar danos só faz sentido real se isso for visto como um ganho ou conquista de situações valorizadas para as pessoas a quem serve. É preciso que a assistência em saúde considere os projetos humanos e participe de sua construção (AYRES, 2006).

A PNH surge como proposta de efetivação da integralidade, uma forma de melhorar a interação nas equipes e prepará-las para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Mas também emerge como estímulo à horizontalização das relações e como dispositivo de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. A política de humanização tenta aproximar os profissionais de saúde do debate e da formulação da política pública de saúde, contrapondo-se ao modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta. Trata-se da construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas, em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e destes com os usuários na produção de saúde. É uma rede de construção permanente de cidadania, que implica uma mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2003).

Os princípios mais importantes que regem a PNH são a transversalidade e a indissociabilidade entre a atenção e a gestão. Para haver a transversalidade é preciso aumentar o grau de comunicação intra e intergrupos e promover a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BRASIL, 2003).

2.4.1 O que é preciso fazer para implementar a PNH dentro dos serviços de DST/aids?

- *Repensar a centralidade do controle clínico da doença nas ações de saúde, considerando a autonomia do paciente e questionando a normatização dos comportamentos de acordo com a expectativa da equipe.* Exemplo: é comum a utilização de medicamentos ou amarras nos seios pela puérpera portadora de HIV para inibir a lactação, mas como fica a angústia da paciente que está impedida de amamentar? Considerar seus sentimentos, emoções e desejos não significa viabilizar a amamentação, mas abre espaço para que ela reflita melhor, para que possa ser municiada de informações que talvez não possua. É colocá-la no papel de sujeito ativo no processo de cuidado de sua saúde.
- *Promover a inclusão dos usuários nas soluções para seus problemas.* É comum que as decisões e responsabilidades pelo tratamento estejam restritas aos profissionais, sendo transferidos ao usuário, apenas, alguns aspectos marginais como ajustes nos horários das refeições e frequência de agendamentos, na medida em que correspondam

às expectativas dos técnicos. O compromisso com a mudança será muito mais efetivo se constituir um compromisso do usuário consigo mesmo, mediado pelo profissional, e não um compromisso dele com o profissional.

- *O usuário deve ser um sujeito autônomo e não um objeto de intervenção.* A equipe precisa considerar o desejo do sujeito, mesmo quando as prioridades do usuário não coincidam com as da equipe. Quando o paciente expõe suas dúvidas, seus medos e seus desejos, estes são elementos para o diálogo. O diálogo é um caminho para superar o modelo unilateral e monólogico que os meios e finalidades podem adquirir. O usuário só se abre se confia que será aceito. Considere-se, por exemplo, o caso de um usuário que tenha suspendido suas medicações: se o serviço desenvolveu com ele uma relação de cobranças e "broncas", o mais provável é que esse paciente se esquive dos atendimentos ou minta ao profissional. Se, ao contrário, o profissional de saúde desenvolve uma relação de parceria e de respeito com o usuário, este poderá procurar o serviço para falar dos desejos e motivações que o levaram a abandonar o tratamento, abrindo possibilidades para uma escuta em que a reflexão conjunta possa auxiliá-lo a tomar uma decisão pensada e refletida, mesmo que não seja a desejada pelo profissional que o atende.
- *Reforçar o conceito de clínica ampliada: é o compromisso com o sujeito e seu coletivo, o estímulo a diferentes práticas terapêuticas e a corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.* Exemplos: compreensão da história e contexto do usuário para além da queixa física; adoção de um profissional de referência para cada usuário; construção de projetos individuais terapêuticos com a participação da equipe e do usuário.
- *Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso), para a questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) e para a discriminação na hora da recepção e dos encaminhamentos, buscando o empoderamento dos usuários no enfrentamento de violações.* Para isso, as interlocuções intersetoriais serão fundamentais. Exemplos: mapear os recursos governamentais e não governamentais existentes na comunidade a fim de estabelecer cooperações e relações de referência e contrarreferência; ampliar o debate acerca do estigma e da discriminação relacionados à infecção pelo HIV/aids, criando estratégias de enfrentamento do problema.
- *Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável.* Exemplos: adotar o nome social das travestis ou transexuais nos atendimentos (medida regulamentada pela Portaria nº 1.820, de 13

de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde); cuidar do acesso ao serviço e atentar para a concentração dos atendimentos aos usuários em dias viáveis à sua ida ao serviço; oferecer atendimento noturno em alguns dias da semana para aqueles que não possam ir durante o dia.

- *Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde (por meio de colegiados gestores) e no Conselho Local de Saúde.* Exemplos: promover oficinas sobre controle social para trabalhadores e usuários; divulgar em local visível os dias e horários das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e suas resoluções; incentivar a participação dos usuários e trabalhadores no controle social.
- *Instituir a estratégia de acolhimento dentro do serviço.* O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de "abrigar e agasalhar" a outrem em suas demandas, com a responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Pressupõe que em qualquer serviço será privilegiada a escuta, sempre que o usuário demandar por esta, sem agendamentos prévios ou barreiras ao encontro. Exemplo: se uma PVHA sofre uma situação discriminatória e busca o serviço para desabafar, deve encontrar um dos profissionais do serviço disponível para acolhê-la, independentemente de apresentar ou não qualquer sintoma físico nesse momento.
- *Considerar a manifestação da subjetividade e compreender essa ação como promoção de Saúde Mental,* incorporando o conceito de prevenção para além da prescrição de soluções individualizantes e da culpabilização do usuário. A visão da promoção de saúde enfatiza um processo contínuo de desenvolvimento de habilidades psicossociais que permitam ao indivíduo o crescimento social e afetivo equilibrado e autônomo, e não um pacote cumulativo de informações e normatizações. Exemplo: quando o profissional de saúde impede ao usuário a expressão do desejo de gestar um filho, não está ele impedindo esse desejo? Ou, quando o profissional repreende uma mulher que engravidou, não está desfavorecendo a confiança na relação entre ele e o usuário? Será que essa mesma mulher se sentirá à vontade para falar da possível angústia e culpa que acompanhará a gestação, pelo medo de infecção de seu filho? Essas angústias e silêncios poderão vir a ser responsáveis por algum desequilíbrio imunológico ou, pelo menos, pelo surgimento de outros sintomas como hipertensão, enxaquecas e distúrbios do sono. A não escuta dessas questões poderá dar lugar à medicalização de uma situação passível de ser resolvida se adequadamente acolhida

e escutada, porquanto um ambiente de confiança e acolhimento fortalece o vínculo terapêutico, promovendo saúde.

- *Implementar um sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde, de forma democrática e sem reiterar assimetrias entre usuários e profissionais.* Exemplo: um mural constantemente atualizado facilita a troca de informações dentro do serviço.
- *Promover ações de incentivo e valorização do trabalho em equipe e a participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação da equipe e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde.* Muitos serviços de atenção especializada em HIV/aids encontram dificuldades em compreender o próprio lugar na lógica da hierarquização de serviços e em promover o contato intra e intersetorial com outras instituições: equipes de saúde da família, unidades básicas de saúde, ambulatórios, hospitais de pequeno e grande porte, centros de especialidades, policlínicas, igrejas, escolas, associações comunitárias, ONG, Conselhos de Saúde e Tutelar, delegacias de polícia, entre outros. É importante abrir possibilidades para estabelecer a educação permanente na equipe, incluindo, sobretudo, discussões sobre o modo como se organiza o processo de trabalho individual e coletivo, radiografando solidariamente as fragilidades e potencialidades da equipe na oferta do cuidado, construindo processos educativos no trabalho e para o trabalho e discutindo temas que sejam significativos para o coletivo de trabalhadores da unidade em questão.

2.5 Por que falar em Saúde Mental nos Serviços de Atenção Especializada em HIV/Aids?

A saúde mental tem encontrado uma associação negativa em relação ao seu significado. Saúde mental não é presença ou ausência de sofrimento psíquico. **A saúde mental pressupõe o adequado manejo das situações de vida, inclusive situações de sofrimento psíquico, de modo a não impedir a continuidade de um dia a dia com qualidade e a manutenção de relações afetivas e sociais positivas.**

Há sofrimentos psíquicos que não são decorrentes de transtornos mentais. Por exemplo: o sofrimento ante a revelação diagnóstica é parte do processo de conhecimento da condição sorológica, comum à maioria dos usuários, mas para alguns, bastante ansiogênico e produtor de sofrimento psíquico. Identificar uma situação semelhante, prestar um acolhimento, é uma ação de saúde mental que deve ser responsabilidade de todos os trabalhadores em saúde; proceder a um aconselhamento e encaminhar o usuário a uma assistência especializada requer a ajuda de um profissional.

- De quem é a responsabilidade por atender às questões emocionais?

A associação entre saúde mental e a ausência ou presença de transtornos mentais faz com que a equipe se esquive de identificar uma série de situações que estão intimamente relacionadas com a maneira como o paciente manifesta o que lhe está acontecendo e provocando sofrimento psíquico, situações essas que nem sempre demandam uma especialização específica para sua identificação e manejo. Em geral, porém, os profissionais de saúde tendem a achar que para acolher uma queixa psicológica é necessário ter muito preparo técnico.

É fato que algumas situações exigirão o manejo técnico específico, mas como você irá identificar essa situação se não ouvir o que o paciente traz? Exemplo: o usuário vê as formas de seu corpo se modificarem no decorrer do tratamento, convive com os efeitos colaterais da medicação, passa o mês inteiro com inúmeros questionamentos, chega à consulta e é abordado apenas com relação aos exames clínicos e quanto à adesão aos medicamentos. O profissional que age centrado apenas na análise dos exames e na adesão à medicação, em detrimento da escuta das questões de modificação do corpo frente ao tratamento, de efeitos colaterais, etc., expressas pelo usuário, reafirma que não enxerga o paciente, mas apenas sua doença. Os profissionais precisam ser parceiros dos usuários e corresponsáveis pela promoção de sua saúde. Portanto, acolher as questões emocionais ou subjetivas faz parte do rol de responsabilidades de todos os profissionais que trabalham na Saúde.

- O que são a subjetividade ou os aspectos psicológicos?

A dimensão subjetiva está presente em todas as situações de saúde e inclui a forma como os usuários percebem a presença do HIV/aids em suas vidas, os sentimentos que emergem dessa vivência, o contexto de vida e as situações sociais decorrentes dessa presença, tais como a necessidade do uso de medicação em horários de trabalho, a comunicação aos parceiros, as modificações na alimentação e rotina, o suporte social, etc. Muitas vezes, a dimensão subjetiva é causadora de sofrimento e determina a forma de agir e reagir às situações. Os aspectos psicológicos do problema são a "manifestação da subjetividade humana diante da doença, tais como sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos e comportamentos, as fantasias e lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer" (SIMONETTI, 2004, p. 16).

Os aspectos psicológicos podem ser causas, desencadeantes, consequências, agravantes ou mantenedores dos sintomas físicos.

1. Quando os aspectos psicológicos são **causas** do sintoma físico, o usuário já possui um transtorno mental diagnosticado e essa condição é causa dos sintomas apresentados.

2. Quando os aspectos psicológicos atuam como **desencadeantes** dos sintomas físicos, esses sintomas são decorrentes de outra enfermidade e potencializados por uma condição emocional.
3. Quando os aspectos psicológicos são **consequências** de sintomas físicos, eles aparecem como resultado da dificuldade em manejar as situações que envolvem o problema principal.
4. Quando os aspectos psicológicos são **agravantes** dos sintomas, decorrem de situações outras da vida do sujeito que mobilizam muito de sua emoção e atenção, fragilizando-o para o enfrentamento do problema principal.
5. Quando os aspectos psicológicos servem como **mantenedores** dos sintomas, estão envolvidos nesse processo os ganhos secundários da doença. Os ganhos secundários referem-se às vantagens ou benefícios obtidos por meio dos sintomas, dos exames ou da condição de enfermo de uma forma geral, interferindo consciente ou inconscientemente no desejo de recuperação.

Embora por muitos anos se tenha negado a existência dos aspectos psicológicos, não é possível isolá-los ou separá-los da experiência humana. Como exemplo, num serviço de DST/aids a dimensão subjetiva está presente desde o momento anterior à decisão de testagem até a revelação diagnóstica, no manejo da informação dentre os familiares e amigos, na convivência com o vírus, na introdução da medicação, no manejo dos efeitos colaterais e na construção de novas relações sociais, ou seja, sempre.

Abaixo segue um quadro, de caráter apenas ilustrativo, de como a subjetividade e os aspectos psicológicos permeiam todas as situações da vida e estarão presentes em todos os momentos do manejo dos sintomas físicos.

Figura 1 – Relação entre aspectos psicológicos e sintomas físicos

Nota: os exemplos possuem um caráter ilustrativo e didático.

Fonte: (SIMONETI, 2004, adaptado).

Valorizar as queixas decorrentes da forma de compreender a doença, o mundo, os outros e a si mesmo é favorecer o exercício de fortalecimento da saúde mental do usuário.

- Quais habilidades se esperam do profissional de saúde que trabalha com pessoas vivendo com HIV/aids e/ou com DST?

Aconselhar, acolher e assistir devem deixar de ser consideradas ações no âmbito do senso comum e passar a fazer parte das práticas profissionais dentro do leque de possibilidades de intervenções terapêuticas dos profissionais de saúde, a ser disponibilizadas aos usuários. Dar voz à subjetividade é auxiliar o sujeito a reposicionar-se em relação ao seu problema, o que é tão importante quanto oferecer a clínica ampliada como estratégia, conceito que será trabalhado a seguir.

Referências

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ/IMS; ABRASCO, 2009.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERINA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

AYRES. J. R. C. M. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, ago. 2005.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: MATOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007. p. 53-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.820 de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 11 mar. 2012.

GOMES, R. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe de saúde. In: MATOS, R.A.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007, p. 19-36.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 2.

OLIVEIRA, M. V. Direitos humanos pra quem? In: SILVA, S. (Org.). **III Seminário de Psicologia e Direitos Humanos**: direitos humanos para quem? Recife: EDUPE, 2007. p. 1-185.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: MATOS, R.A.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007.

SIMONETI, A. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Capítulo 3

Estratégias para a atenção às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

Ilustração: ALB

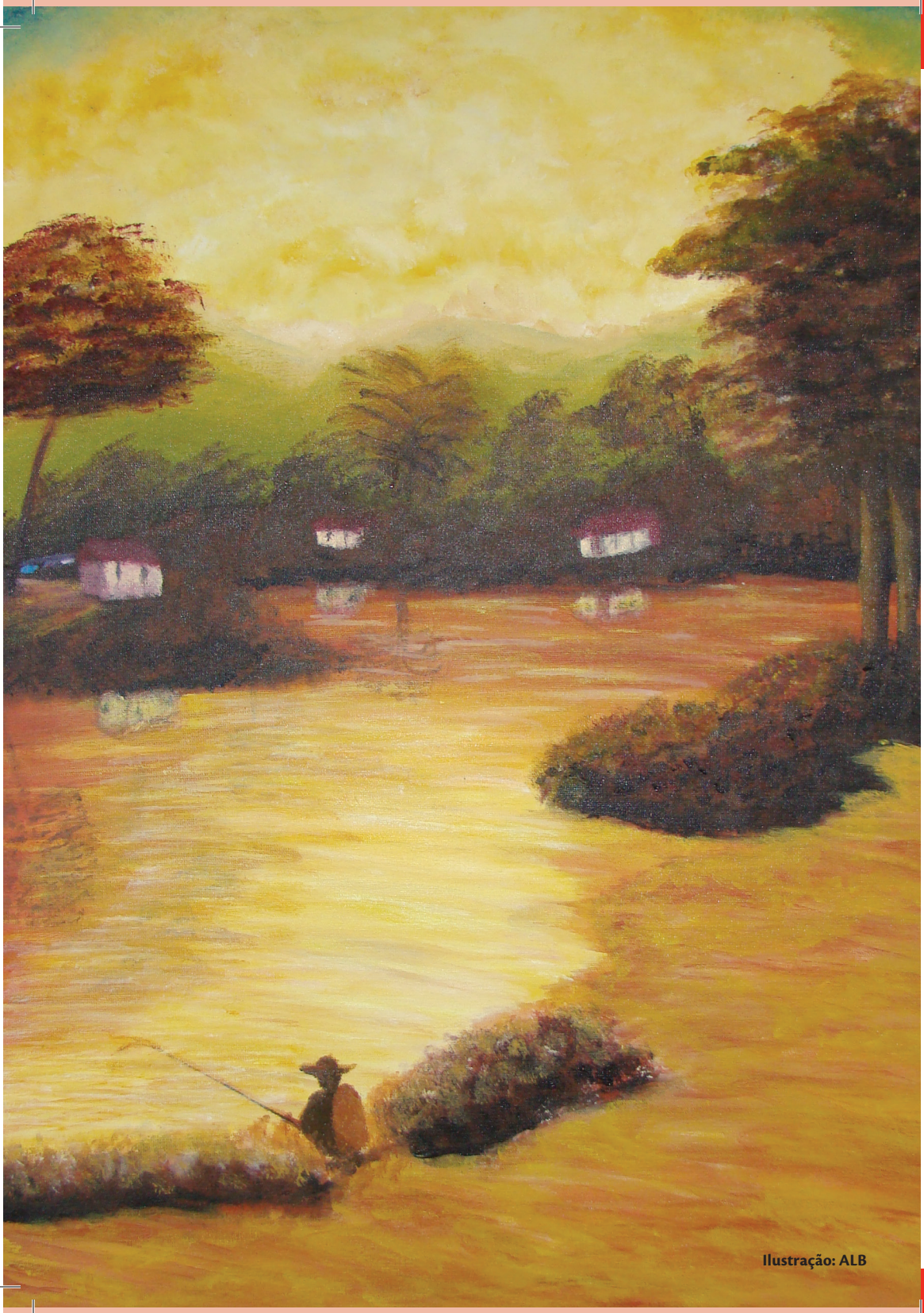


Ilustração: ALB

Capítulo 3

Estratégias para a atenção às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

3.1 Acolhimento às pessoas vivendo com HIV/aids

Consideradas a dimensão subjetiva e a complexidade do viver com HIV/aids, este capítulo propõe-se a discutir algumas possibilidades práticas para a atenção de qualidade, a partir de estratégias como o acolhimento, a escuta ativa, a anamnese e a inclusão da família e/ou rede social significativa no atendimento integral às PVHA.

O acolhimento é uma estratégia de atendimento que envolve a construção de um vínculo e de uma relação de confiança entre usuários, profissionais e serviços de saúde. Todos os profissionais que atuam no serviço são responsáveis pelo acolhimento do usuário. Para a sua realização, é preciso haver o reconhecimento do usuário como sujeito de direito e a disponibilidade do profissional para a escuta de suas necessidades, avaliando a demanda e a possibilidade de priorização do atendimento dos aspectos psicossociais relacionados à singularidade de cada indivíduo e sua história de vida, considerando as vulnerabilidades e evitando julgamentos ou preconceitos.

Acolhimento

> Recepção do usuário, desde sua chegada, pelo profissional, que se responsabiliza integralmente por ele, ouve sua queixa, permite que ele expresse suas preocupações e angústias, e, ao mesmo tempo, coloca os limites adequados, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2004).

A equipe multiprofissional, ao realizar o acolhimento, deve incluir uma escuta ativa e ampliada da problemática trazida pelo usuário. O atendimento deixa de ocorrer de forma unidirecional, passando-se a um modelo em que se escuta a necessidade do sujeito, incluindo-o na condução do processo. Toda a equipe participa da assistência direta ao usuário. Dessa forma, o acolhimento perpassa todos os saberes, bem como todas as práticas profissionais da Unidade de Saúde. Enquanto estratégia assistencial, o acolhimento imprime maior qualidade aos serviços de saúde, levando a uma resolutividade mais adequada a cada caso.

Para o exercício dessa prática, é importante o aprimoramento constante da equipe, a partir de articulações profissionais multidisciplinares, principalmente por meio da discussão de casos e da elaboração e validação de protocolos. Ainda que a abordagem seja individual, focada no sujeito, a existência de protocolos que indiquem os procedimentos a serem adotados diante de algumas temáticas mais comuns facilita a abordagem e amplia a capacidade de intervenção dos profissionais, propiciando o vínculo com o usuário.

A prática do acolhimento, isoladamente, não garante resposta a todas as necessidades dos usuários. A equipe deve estar em sintonia com as redes de atenção à saúde, de assistência social e comunitárias, entre outras, para que sejam dados os devidos encaminhamentos à diversidade de demandas trazidas pelos usuários.

Observa-se uma relação direta entre a prática do acolhimento e o conceito de clínica ampliada, que considera a integralidade do sujeito, devendo a primeira estar inserida como uma estratégia de atendimento nessa clínica. Esta é definida no Plano Nacional de Humanização (PNH, 2004) como um trabalho clínico que considera não apenas o sujeito e sua doença, mas também sua família e o contexto em que estes estão inseridos, com o objetivo de proporcionar saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Para isso, consideram-se como meios de trabalho uma equipe multiprofissional integrada, a construção de vínculo com a clientela, a elaboração de projeto terapêutico e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde doença.

Clínica Ampliada

Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza, como meios de trabalho, a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2004).

3.2 A dimensão da escuta na atenção

O profissional que recebe o usuário no serviço e vai realizar seu acolhimento deve valorizar a escuta, pois é a partir dela que conseguirá conhecer aquele que está à sua frente, identificar os motivos que o levaram a procurar o serviço de saúde, realizar as orientações necessárias e construir vínculo, tornando o projeto terapêutico individual mais resolutivo.

Escutar é também demonstrar interesse em saber o que acontece além dos sintomas da doença e o que pode causar sofrimento; para tanto, é necessária a disponibilidade e a capacidade de afetar e de ser afetado pelos diferentes sentimentos que podem surgir na relação com as pessoas (LANCETTI, 2008).

Para que a escuta seja efetiva nas ações de saúde, é preciso entender a diferença entre a escuta tradicional e a escuta ativa. Em geral, a primeira valoriza o registro dos sintomas, priorizando o diagnóstico e o tratamento. A segunda constrói um novo olhar, que amplia a visão do profissional, associando as queixas comuns com as questões subjetivas, sociais e da rede de relações do usuário, possibilitando conhecê-lo de maneira integral. Para tanto, o profissional de saúde necessita estar disponível e sensível para compreender a multifatoriedade que circunscreve o fenômeno da aids. Deve estar atento para o preconceito, o estigma, as repercussões sobre a autoestima e a imagem corporal, como, por exemplo, as consequências da síndrome lipodistrófica e os demais efeitos adversos das medicações.

Para qualificar e ampliar a escuta, é necessário ter empatia em relação ao sentimento que pode ser expresso no encontro, buscando compreender o que pode gerar angústia, o que pode estar causando dúvidas, o que deixa o usuário triste ou feliz, preocupado, ansioso, inseguro ou seguro, entre outros. A escuta ativa é considerada uma estratégia que deve fazer parte das ações e da rotina de todos os profissionais de saúde que realizam o acolhimento e o atendimento das PVHA. A atenção no processo de escuta é um elemento fundamental na construção do vínculo e da relação com o usuário.

É importante considerar as diversas formas de comunicação e expressão do usuário. Dessa forma, é preciso ouvir as entrelinhas do discurso e atentar para o que não é verbal, como os gestos e os movimentos, a respiração, o olhar, o tom de voz e o toque no momento do cumprimento.

Escutar também implica abertura e atenção do profissional para compreender o que ele próprio sente. No momento em que o ouvinte "deixa-se afetar", a escuta pode gerar uma intensidade de reações emocionais. Apresentar reações e sentir-se vulnerável em relação ao conteúdo subjetivo presente nas verbalizações dos usuários é natural. Cabe ao profissional avaliar se a intensidade das reações e sentimentos gerados a partir do atendimento pode ajudar ou dificultar a relação com o usuário. Quanto

maior o autoconhecimento, maior é a consciência dos sentimentos, conflitos, preconceitos e limites que cada situação pode despertar. Avaliar as reações na relação com os usuários é uma atitude ética e comprometida. O Capítulo 6 abordará os cuidados com os profissionais e com o próprio cuidador.

A partir disso, algumas questões facilitadoras do processo de escuta serão apresentadas. Para a proposição dessas questões, é importante:

- Ter atenção e sensibilidade em relação à singularidade de cada usuário, à situação específica vivenciada e às possíveis condições de vulnerabilidade.
- Esperar o tempo necessário e o momento de silêncio do usuário, para depois fazer uma pergunta ou orientação.
- Tentar perceber o nível de conhecimento e de consciência da situação vivenciada no momento do encontro.
- Estabelecer uma linguagem fácil e compreensível ao usuário.
- Não iniciar o contato com um questionário ou relatório de perguntas. Muitas vezes, uma única pergunta, realizada com interesse, pode abrir caminho para o conhecimento das questões subjetivas e a construção do vínculo e de uma relação de confiança.

Seguem alguns exemplos de questões facilitadoras que podem auxiliar o profissional a conhecer melhor o usuário e seu contexto de vida.

Questões que demonstram interesse e propiciam acolhimento:

- O que trouxe você ao serviço?
- Você sabe por que foi encaminhado para iniciar o acompanhamento aqui?
- Existe alguma dúvida ou preocupação em relação ao seu tratamento ou em relação a algum atendimento anterior em nosso serviço?

Questões que demonstram a disponibilidade de escuta:

- Em que posso ajudar?
- Como você está se sentindo?
- Como foi o seu dia (semana ou mês)?
- Como é sua rotina diária?
- Como você se sente quando vem para a consulta?

Questões sobre o tratamento que podem ajudar a entender a subjetividade do usuário:

- O que significa para você viver com HIV/aids?
- Como você se sente iniciando ou mantendo o tratamento?
- Você sente algum efeito da medicação? Como você se sente em relação a isso?
- Você conversa sobre esse assunto com outras pessoas?

A estratégia da escuta ativa pode abrir espaço para questões subjetivas relacionadas ao viver com HIV/aids e gerar relatos emotivos e demorados, desencadeando ansiedade no profissional, que equaciona seu tempo em função da demanda de atendimentos. Entretanto, gerenciar o tempo e organizar o processo de trabalho de modo a privilegiar a escuta ativa favorece o fortalecimento do vínculo, a construção do projeto terapêutico individualizado e a percepção de que, mediante a troca com o usuário, surgem oportunidades de aprendizagem e crescimento mútuos, que proporcionam outro significado ao sofrimento psíquico e ao cuidado com a saúde. Dessa forma, é importante que o profissional sinalize, para o usuário, apoio e responsabilidade compartilhada, bem como a especificidade de sua formação profissional, abrindo espaço para um possível encaminhamento a partir do acolhimento e da escuta ativa da demanda apresentada. A possibilidade de acessar a rede de atenção com o objetivo de encaminhar as necessidades do usuário pode diminuir a ansiedade do profissional de saúde.

Durante o atendimento, podem surgir questões ante as quais o profissional não se sinta preparado para agir ou dar algum tipo de apoio e orientação, seja por relacionarem-se com suas circunstâncias pessoais ou por outros motivos. Nesses casos, é fundamental que o profissional possa refletir, indagar-se em relação aos próprios sentimentos e buscar compartilhar essas questões com os colegas de equipe. Outra possibilidade é o encaminhamento do caso para um colega da equipe que se sinta mais apto, no momento, para trabalhar com as questões envolvidas, oferecer apoio e orientação ou, se necessário, encaminhar o paciente ao profissional da saúde mental. Caso não haja no serviço um profissional dessa área, o usuário pode ser referenciado para um serviço de saúde mental (ver Capítulo 7).

Dessa forma, o acolhimento e a escuta ativa são estratégias que visam ao atendimento horizontalizado e de qualidade, contribuindo, também, para atender às dimensões subjetiva e sociocultural do usuário e da sua relação com a instituição, possibilitando formular hipóteses e oferecer um encaminhamento mais adequado às demandas e necessidades identificadas.

3.3 Anamnese

A anamnese pode ser usada como uma estratégia inicial para se obter informações sobre a história de vida do usuário. Por meio dela, os profissionais podem compreender diversos aspectos da história clínica e evolução do viver com HIV/aids, bem como os aspectos subjetivos e sociais envolvidos. Uma boa anamnese, realizada em linguagem acessível e clara ao usuário, favorece o estabelecimento do vínculo e de uma relação de confiança.

Para a sua realização, o profissional deve estar sensível às demandas e preocupações do usuário no momento do atendimento, bem como à

compreensão a respeito da doença e do viver com HIV/aids. Deve atentar para os comportamentos e reações não verbais, a demonstração ou não de autocuidado, os mitos e preconceitos em relação à doença e a capacidade de compreensão daquilo que está sendo conversado. A partir das informações fornecidas pelo usuário, o profissional pode aproveitar a oportunidade para esclarecer dúvidas e realizar orientações necessárias, desmistificando as fantasias sobre a doença e o viver com HIV/aids.

Nem sempre é possível a realização da anamnese numa única consulta. Cabe ao profissional a flexibilidade para incluir a investigação dos aspectos subjetivos e sociais no decorrer dos atendimentos seguintes, sem priorizar apenas aqueles de ordem clínica e laboratorial, como a investigação do CD4 e da carga viral (CV).

Seguem abaixo alguns itens que podem ser incluídos na anamnese de uma PVHA. Lembramos que as questões não devem ser realizadas como um roteiro rígido e cansativo de perguntas, mas sim como um recurso para orientação dos profissionais.

3.3.1 O viver com HIV/aids

A descoberta do diagnóstico é traumática para a maioria das pessoas. Dessa forma, é importante a investigação sobre como foi a sua descoberta, a reação e os sentimentos experimentados frente à maneira como isso ocorreu; mas, também, o sentimento atual em relação ao viver com HIV/aids, considerando a frequência e a intensidade desses sentimentos.

Também se deve realizar uma investigação sobre os medos e fantasias relacionados à doença, as vivências de preconceito e discriminação e como o usuário lidou com a situação, se já sentiu vontade de morrer e se já pensou e/ou planejou a própria morte, além de alguma tentativa efetiva nesse sentido.

O levantamento de informações sobre os projetos atuais e futuros do indivíduo, a sua motivação para ir à consulta, realizar o tratamento, sair de casa, trabalhar e relacionar-se com o mundo pode dar pistas de como trabalhar as necessidades do usuário e seu vínculo com a equipe, além de revelar aspectos que podem interferir na adesão ao tratamento.

3.3.2 O medicamento na rotina do usuário

Deve-se investigar se o usuário faz ou não uso de terapia antirretroviral (TARV). Em caso positivo, é importante saber qual o significado subjetivo da tomada do medicamento, como o usuário se sente e como lida com essa situação, avaliando se há fatores associados que dificultam a adesão ao tratamento (dificuldade de ingestão da medicação, toxicidade, uso de álcool e drogas, não revelação do diagnóstico a terceiros, preconceito, entre outros).

Caso o paciente não faça uso de TARV, verificar quais as suas expectativas em relação ao uso futuro da medicação e suas fantasias e medos associados a essa possibilidade.

3.3.3 Aspectos cognitivos, neuropsicológicos e psiquiátricos

Para proporcionar melhor qualidade de vida e tratamento adequado ao usuário, é preciso considerar os possíveis efeitos do HIV e/ou da TARV. Nesse sentido, faz-se necessária a identificação de sintomas neuropsicológicos (que podem estar relacionados às funções cognitivas) e psiquiátricos.

Para tanto, é importante investigar se há história familiar de transtornos mentais, neurológicos e outras doenças genéticas; se há dificuldade de aprendizagem (por exemplo, se o usuário compreende seu diagnóstico após a explicação deste em linguagem acessível); se há alteração na orientação temporal (se o usuário sabe qual é a data do atendimento, dia da semana, do mês, do ano, etc.) e/ou orientação espacial (se o usuário sabe onde está, onde mora, etc.); se há dificuldade de concentração (interferindo na aprendizagem, na memorização e nos relacionamentos interpessoais).

Para avaliar possíveis alterações de memória, pode-se investigar se o usuário esquece coisas importantes do seu cotidiano, se sabe qual a quantidade de comprimidos e o respectivo horário de ingestão, ou se esquece de tomar os remédios, por exemplo.

Pode-se analisar, também, se há alterações de humor e do senso de percepção, como alucinações visuais e auditivas. Diante da constatação de alguma alteração acima mencionada, faz-se necessário discutir com o médico da equipe sobre possíveis efeitos adversos da TARV, bem como ponderar a pertinência de encaminhamento para avaliação neurológica e/ou psiquiátrica.

O Capítulo 5 abordará mais detalhadamente os aspectos relacionados aos transtornos mentais.

3.3.4 Relacionamentos

A mudança nos relacionamentos afetivos, sociais e profissionais após a descoberta do diagnóstico da soropositividade deve ser investigada, pois auxilia o profissional a identificar como o usuário lida com o viver com HIV/aids.

Muitas vezes, o que impede a pessoa de compartilhar seu diagnóstico é a própria dificuldade em compreender, aceitar e elaborar a sua condição sorológica. É importante que o profissional fique atento às situações concretas de discriminação e preconceito, para diferenciá-las daquelas pertinentes à imaginação do usuário em razão de seus próprios preconceitos, que todavia não devem ser desvalorizadas, pois podem impedi-lo de se relacionar com

as pessoas. O profissional pode auxiliá-lo a lidar com a situação de maneira realística, enfrentando suas dificuldades e medos.

Nesse sentido, cabe investigar se existe alguma rede de apoio na qual o usuário pode compartilhar suas vivências e sentimentos. Caso manifeste sentimentos de solidão, tristeza e desamparo, deve-se realizar diagnóstico diferencial de depressão, verificando a necessidade de avaliação e acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico (ver Capítulo 5).

Quando necessário, o profissional pode também auxiliar o usuário a revelar o diagnóstico àqueles que desejar ou que identificar como significativos em sua rede social, a fim de desmistificar as fantasias que possam emergir e orientar a todos com base na realidade.

3.3.5 Sexualidade

A descoberta da soropositividade está relacionada, para a maioria das pessoas, à transmissão sexual. Desse modo, é fundamental abordar aspectos relacionados à vivência da sexualidade antes e após o diagnóstico.

É importante investigar a relação do usuário com seu próprio corpo, sua orientação sexual e mudanças em relação às vivências sexuais após a descoberta da soropositividade, como abstinência ou diminuição da libido e da frequência da atividade sexual.

A pesquisa de história de violência sexual associada ou não à transmissão do HIV também é um aspecto que deve ser incluído na anamnese, para possíveis encaminhamentos e orientações.

No que diz respeito às estratégias de prevenção, é importante a investigação de possíveis dificuldades quanto ao uso e negociação do preservativo. Cabe ao profissional procurar identificar junto ao usuário essas dificuldades, assim como aquelas ligadas a diferenças de gênero, possíveis fantasias associadas às práticas de prevenção (como perda de potência masculina e de prazer, ou o uso de preservativo associado à relação extraconjugal), e, ainda, o não uso do preservativo associado ao desejo de reprodução, que muitas vezes pode passar despercebido e não ser investigado pelos profissionais.

Também se deve atentar para a possível procura, por parte do usuário, apenas de parceiros soropositivos, em função da ideia de que isso facilitaria a revelação diagnóstica e a vivência da sexualidade. Essa situação pode estar associada ao não uso do preservativo, em função da falsa concepção de que entre casais soroconcordantes não é necessária a prevenção. Se essa situação for identificada, é preciso retomar o aconselhamento, reforçando as práticas sexuais seguras.

3.3.6 Uso de álcool e outras drogas

O uso de álcool e outras drogas deve fazer parte da investigação profissional, com objetivo de identificar o tipo de substância, a quantidade e a frequência do seu uso; se o usuário já seguiu ou segue algum tipo de tratamento; se há alguma influência familiar, afetiva e social relacionada ao uso de substâncias psicoativas; e se há prejuízo na adesão ao tratamento em função de tais substâncias, ou, ainda, interação com a TARV. O profissional deve orientar o usuário sobre redução de danos e, sempre que possível, avaliar seu interesse em receber ajuda e ser encaminhado para tratamento (ver Capítulo 7). É importante esclarecer que o usuário não deve deixar de usar a medicação em função do uso de álcool (BRASIL, 2008).

3.3.7 Contexto socioeconômico

A avaliação socioeconômica do usuário auxilia o profissional a identificar alguns fatores que podem contribuir ou não para a adesão ao tratamento e qualidade de vida, entre outros aspectos.

Para tanto, o profissional precisa estar atento a aspectos como: se o usuário mora sozinho ou com outras pessoas; se possui renda; se trabalha ou recebe benefício da previdência social (como segurado ou beneficiário); qual a sua situação habitacional (casa, pensão, albergue, casa de apoio, situação de rua); qual a qualidade de sua alimentação; quais os benefícios a que ele tem direito, como, por exemplo, o saque ao FGTS e PIS/PASEP, entre outros.

3.3.8 Religião

Investigar a dimensão da religiosidade na vida do usuário e no cuidado à saúde possibilita a compreensão da pessoa em sua integralidade, seus valores e sua forma de se relacionar com o mundo.

3.4 Atenção às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) com foco na família

O impacto e as repercussões do diagnóstico de HIV/aids atingem não apenas a pessoa que o recebe, mas também todos aqueles com os quais essa pessoa escolhe compartilhar a descoberta, como sua família e/ou companheiro(a). A nova realidade traz à tona questões difíceis e mobilizadoras, repletas de medos, preconceito, discriminação, dúvidas relacionadas ao significado do diagnóstico, transmissão, tratamento, morte e, muitas vezes, revelações sobre a própria sexualidade. Compreender o significado e a importância que as relações familiares exercem no processo do cuidado auxilia na atenção integral às PVHA.

Partilhar ou não o diagnóstico é uma opção de cada um e dependerá da relação afetiva, da confiança que existe entre as pessoas envolvidas e do desejo de dividir uma situação tão delicada e pessoal. Em geral, os cuidadores ou familiares mais próximos são fundamentais no desenvolvimento de uma relação mais harmoniosa com as mudanças que precisarão ser estabelecidas.

Atentar para as relações familiares do usuário pode constituir um ponto importante para a adesão ao tratamento e os cuidados necessários. Existem diferentes definições e configurações possíveis para se compreender a constituição familiar. Para tanto, mais do que definições legais, é necessária a adoção de conceitos de família que contemplem categorias como a subjetividade, complexidade e diversidade dos vínculos afetivos que fazem parte do cotidiano das PVHA. Serão apresentados a seguir alguns conceitos que podem auxiliar na construção de intervenções pautadas na integralidade de atenção ao usuário e sua família.

A Constituição Brasileira (Art. 226, parágrafo 4, 1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA Art. 25, 1990), enquanto importantes documentos balizadores da criação das políticas públicas, definem a comunidade familiar pela presença de qualquer um dos pais e seus descendentes, a partir de seus laços de consanguinidade. A Lei Orgânica de Assistência Social utiliza a definição de família a partir de laços de legalidade e parentalidade. Essas definições colocam ênfase na existência de vínculos de filiação legal, de origem natural ou adotiva, independentemente do tipo de arranjo familiar em que essas relações de parentalidade e filiação estiverem inseridas (CONSELHO..., 2006).

Considerando que nem sempre são os laços de filiação e/ou consanguinidade que definem o relacionamento entre os membros de uma família, a apresentação de outros conceitos torna-se importante para que os profissionais possam balizar suas ações. Na Teoria dos Sistemas, o conceito de família diz respeito a "[...] um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e mudanças". É considerada como uma pequena sociedade humana, cujos membros têm contato direto, laços emocionais e uma história compartilhada (MINUCHIN, 1999).

Nesse sentido, a família pode ser pensada como um grupo de pessoas unidas por laços de consanguinidade ou de conveniência, aliança e afinidade. Esses laços são constituídos por representações, práticas e relações que implicam obrigações mútuas. Tais obrigações são organizadas de acordo com a faixa etária e as relações de geração e de gênero que definem o status da pessoa dentro do sistema de relações familiares. Logo, torna-se necessário ultrapassar a fronteira artificial entre as relações familiares e a rede social significativa do sujeito.

> Rede social é um sistema composto por pessoas, funções e situações dentro de um contexto, oferece apoio material e emocional, ajuda financeira, divisão de responsabilidade e diversas ações que levam ao sentimento de pertencimento (DESSEN, 2000).

Mas como podemos ultrapassar a fronteira da família e alcançar a rede social significativa do sujeito? De acordo com Sluzki (1997), na prática clínica podemos incluir algumas perguntas que ajudam a estabelecer as fronteiras dessa rede:

- Quem são as pessoas importantes da sua vida?
- Com quem você conversou ou se encontrou, nessa última semana?
- Quando você está com vontade de visitar alguém, para quem você liga?
- Com quem você se encontra regularmente?

Auxiliar a PVHA a identificar sua rede social significativa tem efeitos importantes tanto para os profissionais de saúde quanto para o sujeito. Essa identificação possibilita concretamente localizar pessoas e, se autorizado pelo usuário, acessar a rede com fins terapêuticos, visando o bem-estar do sujeito e sua adesão ao tratamento. Intervenções para o fortalecimento da rede social podem, inclusive, despertar redes de relacionamento do usuário que pareciam adormecidas.

Existe forte evidência de que uma rede social estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura e aumenta a sobrevida, ou seja, é geradora de saúde (SLUZKI, 1997, p. 67).

Nas instituições de saúde, a intervenção junto à família e à rede social deve ser realizada por equipe multiprofissional. Ações interdisciplinares, como reuniões de equipe, discussões de caso, extensão do atendimento ao usuário e família/rede social significativa, criação de grupos educativos e terapêuticos, além de visitas domiciliares, institucionais e na rua, podem contribuir para a melhor adesão do usuário ao tratamento e ao serviço.

Na ausência ou precariedade de vínculos significativos (família/rede social significativa), devem-se envolver outras instituições no atendimento. Nesses casos, e sempre que a equipe considerar necessário, é importante o estabelecimento de redes intra e intersetoriais , incluindo Centros de Apoio Psicossociais, Centros de Referência de Assistência Social, Conselhos Tutelares, organizações comunitárias, etc.

3.5 SUS e SUAS: intra e intersetorialidade na atenção integral

3.5.1 O SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) orienta-se pelos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade e pelos princípios organizacionais de descentralização e controle social da gestão, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (Lei n° 8.080, de setembro de 1990; Decreto n° 7.508, de junho/2011). De acordo com a concepção de Rede de Atenção à Saúde (RAS), expressa na Portaria nº 4.279, de dezembro de 2010, o SUS opera como uma malha de cuidado articulada de modo horizontal, integrada intra e intersetorialmente, da qual fazem parte Unidades Básicas, Hospitais, Ambulatórios, Maternidades, Serviços Especializados e outros, além de Centros de Referência em Assistência Social, Casas Lares, Albergues e outros.

Os serviços de saúde dispostos nessa perspectiva organizam-se a partir da Atenção Básica, que assume o papel de coordenadora do cuidado e opera como porta de entrada preferencial do usuário na rede, oferecendo uma diversidade de ações individuais e coletivas de promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. A Atenção Básica conta com Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), funcionando a partir da concepção de território e população adscrita, perfil da situação de saúde local e mapeamento de parcerias institucionais (escolas, associações comunitárias, conselhos). Também focaliza a produção de uma atenção à saúde caracterizada pela alta densidade tecnológica relacional, como a negociação do projeto terapêutico com o usuário e a interlocução com as comunidades frente aos riscos e vulnerabilidades coletivas.

Por sua vez, nos serviços de atenção especializada (SAE) estão inseridos os hospitais de pequeno, médio e grande porte, as policlínicas, os Centros de Testagem e Aconselhamento, os Centros de Referência, os Centros de Atenção Psicossocial, os hemocentros, os Centros de Especialidade Odontológica, entre outros, configurando pontos de atenção que ofertam um conjunto de procedimentos caracterizados por alta densidade tecnológica de equipamentos, exames, medicamentos, além da alta densidade tecnológica relacional.

Todas essas instâncias compõem um contínuo complementar que busca a oferta integral de cuidados ao usuário. A interlocução entre os pontos de atenção, por meio dos procedimentos de referência e contrarreferência, regulação e logística, alinhava a intrassetorialidade.

3.5.2 O SUAS

Sob outro aspecto, agora o da intersetorialidade, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) constitui uma política pública voltada ao atendimento de segmentos da população em situação de vulnerabilidade social.

O SUAS também opera com princípios orientadores de equidade, sustentabilidade, potencialização das capacidades das pessoas e efetividade da ação pública, organizando-se em diferentes níveis de proteção social, conforme disposto a seguir.

3.5.3 Proteção Social Básica

Tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, entre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). A Proteção Social Básica é desenvolvida nos CRAS – Centros de Referência da Assistência Social, mediante serviços continuados, considerados como "porta de entrada" dos usuários na Rede de Proteção Social.

3.5.4 Proteção Social Especial

É a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social em decorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

Todos esses contextos requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas, comportando encaminhamentos monitorados, apoios e processos que assegurem qualidade na atenção e efetividade na reinserção almejada. Os serviços de proteção especial mantêm estreita interface com o sistema de garantia de direitos, exigindo muitas vezes uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, o Ministério Público e outros órgãos e ações do Poder Executivo.

3.5.5 Proteção Social Especial de Média Complexidade

Constitui o atendimento às famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares não foram rompidos. Envolve maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e individualizada, com um acompanhamento sistemático e monitorado. Abrange as seguintes instâncias:

- Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS;
- Programa Sentinela: serviços de proteção social às crianças e aos adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual, bem como às suas famílias;
- Serviços específicos para pessoas idosas e pessoas com deficiência;
- Programa de erradicação do trabalho infantil.

3.5.6 Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Constitui-se nos serviços que oferecem atendimento a famílias e indivíduos em situação de grave violação de direitos, sem vínculos familiares e comunitários. Destina-se àqueles indivíduos que, por uma série de fatores, não contam mais com a proteção e o cuidado de suas famílias. Inclui as seguintes instituições:

- Albergues;
- Atendimento Integral Institucional (abrigos);
- Casa Lar;
- Família Acolhedora;
- Repúblicas;
- Moradias Provisórias;
- Casas de passagem;
- Organizações de base comunitária (associações de bairro, associações de mulheres, cooperativas).

Nessa perspectiva, quanto maior a integração entre saúde e assistência social, concretizada na interlocução entre as equipes profissionais e entre equipes e comunidade, maior a potência de resposta aos problemas vivenciados pelos usuários do SUS/SUAS. A equipe de saúde que conseguir olhar para a família e a rede social significativa como um recurso, a partir do acolhimento e da escuta ativa, certamente avançará na atenção integral às PVHA, além de contribuir para a melhora das relações entre todos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO – 9ª REGIÃO. **Legislação brasileira para o serviço social:** coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) assistente social/organização. 2. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo, 2006.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia**: teoria e pesquisa, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2000.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

SLUZKI, C. E. **A Rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

Capítulo 4

O sofrimento psíquico e os transtornos mentais em pessoas que vivem com HIV/aids

Ilustração: CP

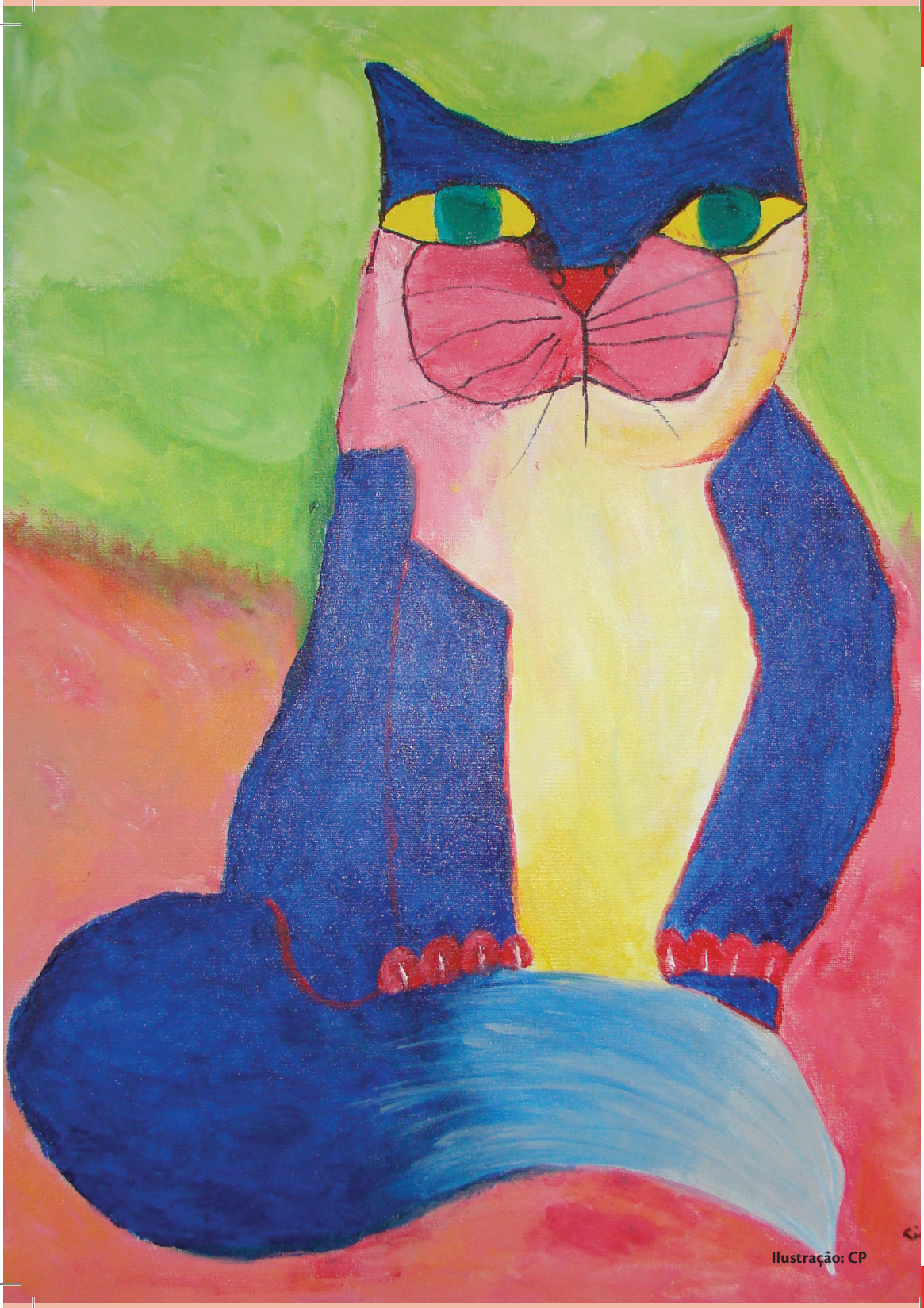


Ilustração: CP

Capítulo 4

O sofrimento psíquico e os transtornos mentais em pessoas que vivem com HIV/aids

Neste capítulo, serão analisados alguns dos sofrimentos psíquicos e dos transtornos mentais ou psiquiátricos que mais acometem PVHA, além de suas estratégias de abordagem e tratamento.

Os aspectos psíquicos associados à infecção pelo HIV vêm despertando interesse entre profissionais que atuam no campo da saúde mental. A infecção pode interferir na saúde mental dos usuários em virtude da ação direta do HIV no Sistema Nervoso Central (SNC), do possível desenvolvimento de patologias neuropsiquiátricas e de complicações psicológicas e psiquiátricas ocasionadas pelo diagnóstico e pelas repercussões sociais.

Sabe-se que o desenvolvimento de sofrimento psíquico e transtornos mentais em pessoas infectadas pelo HIV são mais frequentes do que na população geral. Estudos epidemiológicos mostram que a prevalência de transtornos mentais em PVHA pode chegar a 30% (HEAPHY et al., 2009; MEADE; SIKKEMA, 2005).

Alguns transtornos mentais que podem ocorrer em PVHA estão relacionados a depressão, ansiedade, *delirium*, demência, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (CAMPOS et al., 2008; BRASIL, 2008a; OWE-LARSSON et al., 2009). O desenvolvimento desses transtornos está associado à revelação diagnóstica da doença, à história pregressa de transtornos mentais e ao uso/abuso/dependência de álcool ou outras drogas. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de sofrimento psíquico e de transtornos mentais, estão os efeitos diretos do vírus, as manifestações oportunistas que acometem o SNC, a cronicidade e a gravidade da doença, os efeitos adversos causados pelo tratamento (como a lipodistrofia) e as limitações sociais e afetivas, a exemplo das dificuldades ligadas à manutenção das atividades profissionais,

aos relacionamentos sexuais e à decisão de ter ou não filhos (CHANDER; HIMELHOCH; MOORE, 2006a; KALICHMAN et al., 2007).

Cabe considerar que indivíduos com transtornos mentais parecem apresentar maior risco de se infectar pelo HIV do que a população geral. Pacientes com esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos, depressão, ansiedade, transtorno bipolar e abuso/dependência de álcool e outras drogas parecem estar mais vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV. Fatores tais como ter múltiplos parceiros sexuais com práticas sexuais desprotegidas aumentam o risco da transmissão do HIV e outras DST (MEADE; SIKKEMA, 2005; CAMPOS et al., 2008; WAINBERG et al., 2008). Um estudo multicêntrico realizado no Brasil com 2.475 pacientes psiquiátricos mostrou que a prevalência de infecção pelo HIV nesse grupo foi de 0,8%, superior à encontrada na população geral (0,6%) (GUIMARÃES et al., 2009).

4.1 Sofrimento psíquico no contexto do viver com HIV/aids

4.1.1 Revelação do diagnóstico

O diagnóstico da infecção pelo HIV é um momento crítico no cuidado às PVHA. Alguns fatores podem influenciar a reação do indivíduo após a revelação diagnóstica, como, por exemplo, a forma como o resultado é comunicado, a história de alterações psicopatológicas prévias, as experiências da pessoa em situações de adversidade e o nível de suporte social (GALANO, 2008; BRASIL, 2008b).

Um profissional, no momento da comunicação, deve ser afável, empático, esclarecer as dúvidas do usuário e orientá-lo sobre a melhor maneira de prosseguir em relação ao autocuidado. Essa conduta tende a minimizar o sofrimento das PVHA, engajando-as no tratamento e diminuindo as chances de uma desestruturação psíquica frente ao diagnóstico.

Todavia, o profissional de saúde também deve estar preparado para enfrentar reações de ansiedade e tristeza após a revelação diagnóstica. Sentimentos de culpa, autopiedade, medo e raiva podem aparecer. As PVHA podem sentir-se assustadas, manifestar medo da morte e apresentar dificuldade para falar com pessoas do seu convívio sobre suas experiências (MELO; MALBERGIER, 2006). A diminuição da autoestima, as limitações impostas pela doença e o abandono ou afastamento por parte dos familiares e amigos são alguns dos fatores que podem elevar o risco de desenvolver um transtorno mental.

Podemos observar alguns desses sentimentos nos relatos de usuários quando indagados sobre sua doença (FREITAS et al., 2008, p. 91):

"A aids é uma doença que deixa a pessoa magra e feia".

"É o fim da vida".

"Quem pega aids acabou".

"O que você pensa da aids? Morte".

4.1.2 Viver com HIV

Para alguns, o desejo de morrer pode aparecer logo após o conhecimento do *status* sorológico. Em outros casos, o desenvolvimento e a cronicidade da doença, os efeitos adversos da medicação, a desesperança por não haver cura e a imprevisibilidade acerca do futuro podem desencadear o desejo de morrer (SARI et al., 2009).

Em situações como essas, o profissional de saúde poderá deparar-se com usuários irritados, que choram com facilidade, ansiosos, com queixas e preocupações excessivas em relação à saúde física, que diminuíram suas interações sociais, que apresentam dificuldade em concentrar-se e entender algumas explicações sobre o tratamento. Além disso, queixas relacionadas a disfunções sexuais e dificuldades conjugais, profissionais ou acadêmicas também são frequentes.

Essas queixas podem estar associadas a alguns aspectos tais como: o início do tratamento antirretroviral, os efeitos adversos das medicações e coinfecções que podem favorecer o aparecimento desses sintomas, as limitações sociais e psicológicas que o usuário poderá encontrar após o diagnóstico e o desenvolvimento de algum transtorno mental (CIESLA; ROBERTS, 2001; OWE-LARSSON et al., 2009).

Identificar o problema e tratá-lo é muito importante. Sabe-se que o sofrimento psíquico e o desenvolvimento de transtornos mentais em PVHA podem acarretar prejuízos à adesão ao tratamento antirretroviral (SARI et al., 2009) e aumento do risco de transmissão da doença (BENTON, 2008; RABKIN, 2008; MOSACK et al., 2009). Estudos mostram que indivíduos com depressão, ansiedade generalizada e pânico apresentam quase três vezes mais probabilidade de não aderirem ao tratamento antirretroviral do que aqueles que apresentam outros transtornos mentais (TURNER et al., 2001; CHESNEY et al., 2003). Um estudo realizado no Brasil mostrou que, entre os usuários com má adesão, 35,8% tinham diagnóstico de ansiedade e 21,8% de depressão (CAMPOS; GUIMARÃES; REMIEN, 2008).

Para assegurar a saúde do usuário e a melhor abordagem para cada caso, é necessário distinguir as queixas associadas ao sofrimento psíquico das queixas associadas a um transtorno mental. Além disso, também é importante atentar

para o fato de que as queixas podem ser decorrentes de quadros orgânicos, do uso de alguns medicamentos ou de coinfecção.

4.2 Da tristeza à depressão: abordagem e manejo pela equipe de saúde

Atualmente, a depressão é considerada um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes no mundo. De acordo com a Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2004), estima-se que aproximadamente 5% da população geral apresentem depressão. Entretanto, a prevalência desse agravo pode variar de 5 a 47%, de acordo com as características da população; pessoas com doenças crônicas são as mais acometidas. Em indivíduos hospitalizados, a prevalência pode chegar a 40% (MAJ, 1996; FLECK, 2008). Além disso, as doenças oportunistas e o uso de álcool ou outras drogas podem aumentar o risco de o indivíduo desenvolver depressão (CIESLA; ROBERTS, 2001; MELLO; SEGURADO; MALBERGIER, 2009).

Um dos grandes desafios dos profissionais de saúde que atendem as PVHA é distinguir com precisão entre uma depressão clínica e a tristeza advinda das vivências, limitações e dificuldades de reestruturação pessoal. Essa distinção e o trabalho da equipe multiprofissional favorecerá o projeto terapêutico individual, mais adequado e eficiente.

Muitas vezes, a tristeza ou o humor triste são confundidos com a própria depressão. A tristeza é um sentimento que corresponde a uma resposta de frustração, decepção, perda, fracasso, entre outras situações de descontentamento. Pela tristeza, podemos demonstrar nossa insatisfação com os eventos da vida. O tempo de duração desse sentimento tende a ser curto e não compromete a capacidade do indivíduo de desempenhar suas funções cognitivas e relações interpessoais. Já a depressão é caracterizada por um conjunto de sintomas que acompanham o indivíduo por um período maior de tempo, ocasionando prejuízo na área ocupacional e no relacionamento com as outras pessoas (NARDI, 2006).

A seguir estão os critérios para o diagnóstico de depressão segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2004).

A depressão é caracterizada pela apresentação de 5 ou mais dos seguintes sintomas:

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias;
- Perda de interesse ou prazer (anedonia) em realizar quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias;
- Perda ou ganho de peso corporal significativo (mais de 5% no último mês);

- Prejuízo no sono (insônia ou hipersônia);
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva quase todos os dias;
- Baixa capacidade de concentração ou indecisão quase todos os dias;
- Pensamentos de morte, ideação suicida sem plano específico ou tentativa de suicídio.

Esses sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na função social ou ocupacional e estar presentes por pelo menos duas semanas, não devendo ser decorrentes de efeitos fisiológicos ou medicamentosos.

O **episódio depressivo** pode ser classificado como **leve, moderado ou grave.** Esta classificação varia de acordo com o **número, gravidade e tempo de apresentação dos sintomas** (APA, 2004).

Indivíduos com depressão geralmente apresentam perda de interesse e prazer em executar atividades tidas anteriormente como agradáveis. O desinteresse pode afetar tanto atividades complexas, como as profissionais, de lazer ou que envolvem encontro com amigos e familiares, quanto atividades simples e vitais, como, por exemplo, comer algo saboroso. Alterações no apetite compõem o quadro sintomatológico da depressão. O indivíduo pode tanto se queixar de falta de apetite, o que acarreta uma perda significativa de peso, quanto manifestar um desejo insaciável de alimentar-se, o que leva a um aumento de peso. De acordo com os critérios diagnósticos da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2004), a perda ou ganho de peso que configura um quadro depressivo deve ser superior a 5% do peso corporal.

O cansaço ou sensação de "falta de energia" também permeia os sintomas de depressão. A impressão é de que, ao realizar qualquer atividade, o esforço despendido é muito maior do que aquele de fato exigido pela tarefa. O indivíduo com depressão também pode apresentar sentimentos de culpa e redução na autoestima. O profissional poderá perceber reações negativas e pessimistas frente ao futuro e sentimentos de incapacidade e incompetência para realizar alguma atividade.

Outro sinal de depressão são as alterações no sono. Queixas relacionadas a insônia são frequentes em pacientes deprimidos. A insônia pode constituir tanto a dificuldade em iniciar o sono quanto a de permanecer dormindo. Preocupações, estresse, pensamentos recorrentes e dificuldade em "desligar" a mente das atividades cotidianas ou de situações difíceis por que o indivíduo esteja passando são alguns dos fatores que podem contribuir para a insônia (NARDI, 2006).

A insônia pode ser classificada como **insônia inicial** (ter dificuldade em iniciar o sono); **insônia intermediária** (acordar várias vezes durante a noite); ou insônia terminal (acordar antes do horário desejado). Indivíduos com depressão relatam com mais frequência insônias intermediária e terminal. Entretanto, nem todos os indivíduos com depressão apresentam insônia. O prejuízo no sono pode ser descrito como uma vontade excessiva de dormir e permanecer na cama ou passar a maior parte do tempo com sono (NARDI, 2006). A seguir estão algumas orientações que o profissional de saúde pode oferecer para melhorar a qualidade do sono do usuário.

Dicas para dormir melhor

- Mantenha horários regulares. Tente levantar-se e deitar-se sempre no mesmo horário.
- Não durma durante o dia. Se for fazer a sesta ou tirar uma soneca, não ultrapasse os 15 minutos.
- Evite ingerir refeições "pesadas", cafeína, nicotina e álcool antes de dormir.
- Evite televisão ou música alta.
- Não assista TV na cama e não leve o notebook para o quarto. Não tenha picos de concentração antes de dormir.
- Vá para cama apenas quando estiver com sono. Não espere o sono na cama. Se não conseguir dormir, levante e faça alguma atividade relaxante.
- Se a insônia estiver relacionada a algum problema ou ideias que não saem da cabeça, você pode levantar-se e anotar em um papel o problema e o que espera fazer para resolvê-lo no dia seguinte.
- Associe o seu quarto com um momento de relaxamento e sono.
- Durma num ambiente acolhedor. Um quarto confortável é um facilitador do sono.
- Vire seu colchão regularmente, elimine desníveis e rangidos, use lençóis e fronhas confortáveis, providencie um bom travesseiro (ou seja, aquele cuja altura seja igual à distância entre o pescoço e a parte externa do braço), tenha um despertador que lhe permita dormir sem a preocupação de perder a hora, garanta uma cortina que bloqueie a luz do ambiente externo, etc.
- Não vá para a cama assim que chegar do trabalho. Tome um banho quente, um chá de ervas sem cafeína e procure relaxar, para só então ir se deitar.
- Adote alguma atitude que você sabe que lhe ajudará a repousar, como, por exemplo, técnicas de relaxamento, meditação, exercícios respiratórios, etc. Existem CDs de sons da natureza (vento soprando,

chuva caindo, etc.) geralmente usados para compor ambientes para meditação, mas que também podem ajudá-lo a relaxar.

O indivíduo com depressão também pode apresentar problemas relativos à capacidade de concentração. Queixas ligadas à dificuldade de manter a atenção e memorizar informações, indecisão sobre tudo e susceptibilidade aumentada quanto à opinião dos outros são às vezes frequentes.

Vamos apresentar dois casos que podem ajudar a descrever a diferença entre tristeza e depressão.

Beatriz acaba de receber o diagnóstico positivo para o HIV. Nas consultas seguintes ao diagnóstico, o profissional observa que ela está muito chorosa, tem muitas dúvidas, sente-se indignada, manifesta sentimentos de culpa e até pensa que seria melhor se estivesse morta. Entretanto, o profissional observa que a paciente não falta e nem mesmo se atrasa para as consultas, mostrando-se interessada em entender o que deve e o que não deve fazer para se sentir melhor. Ao investigar a vida social e profissional/educacional de Beatriz, o profissional de saúde verifica que ela não abandonou suas atividades. No decorrer dos encontros, as queixas e o choro diminuem, dando lugar a sentimentos de esperança e dedicação aos cuidados com a saúde.

Nesse caso, parece que Beatriz apresentou um episódio claro de tristeza associada à revelação do diagnóstico, mas a situação melhora com o tempo e a usuária não desenvolve um quadro de depressão. Muitas vezes, a dificuldade em resolver os problemas advindos do diagnóstico e a incapacidade de ver perspectivas em relação à doença podem agravar os sentimentos de tristeza, ensejando o desenvolvimento de depressão.

Imaginemos, agora, a descrição de um caso de depressão com características semelhantes ao de Beatriz.

João acaba de receber a notificação do diagnóstico de HIV. Nas sessões subsequentes ao diagnóstico, o profissional observa que João está muito triste, chora com facilidade, perdeu 9kg nos últimos dois meses, queixa-se de insônia, tem muito sentimento de culpa e pensamentos de morte. Além da presença desses sintomas, o profissional nota que ele está faltando às consultas com certa frequência. Em uma reunião com a assistente social, o profissional descobre que, no mês anterior, João pediu demissão na empresa em que trabalhava há 10 anos. Sua companheira queixa-se da sua falta de autocuidado e desânimo para fazer atividades dentro e fora de casa.

No caso de João, a avaliação psiquiátrica é necessária, considerando-se a intensidade e a persistência dos sintomas. A abordagem e o manejo do caso devem ser realizados pela equipe multiprofissional, proporcionando um ambiente acolhedor e que favoreça a expressão do usuário acerca de seus sentimentos em relação a essa nova condição.

Vale lembrar que, ao realizar um diagnóstico de depressão, o profissional deve certificar-se de que os sintomas supracitados não são decorrentes de uma alteração orgânica ou medicamentosa. Alguns antirretrovirais (ARV) podem afetar o humor e causar náuseas, diarreia, cefaleia e alterações neurológicas, estando associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos, especialmente o efavirenz e a zidovudina (AZT). O quadro a seguir mostra alguns efeitos adversos dos antirretrovirais que podem ser confundidos com os sintomas de depressão (OLIVEIRA; COSTA; FONSECA, 2006).

Quadro 1 - Efeitos adversos dos antirretrovirais que podem mimetizar sinais e sintomas de depressão

ANTIRRETROVIRAL	EFEITOS ADVERSOS DE ARV QUE PODEM MIMETIZAR SINAIS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO
ABACAVIR	Perda de peso*
AMPRENAVIR	
DIDANOSINA	
ESTAVUDINA	
FOSAMPRENAVIR	
INDINAVIR	
NEVIRAPINA	
TENOFOVIR	
SAQUINAVIR	
EFAVIRENZ	Perda de peso* Fadiga Insônia ou sonolência Dificuldade de concentração Alterações no humor Alterações no sono
LAMIVUDINA	Perda de peso* Fadiga
RITONAVIR	
ZIDOVUDINA	
ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA	

* A perda de peso pode ocorrer em razão dos efeitos adversos: vômito, diarreia e falta de apetite.

Fonte: Oliveira, Costa e Fonseca, 2006.

Algumas drogas psicoativas podem ter efeito depressor, como, por exemplo, o álcool. Além disso, o abuso de substâncias pode estar associado a sentimentos de culpa e ressentimento. Um estudo realizado por Malbergier e Andrade (2000) mostrou que 26% dos usuários de drogas injetáveis (UDI) infectados pelo HIV que chegavam para tratamento da dependência tinham

depressão e 43% deles já haviam sofrido pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida.

As doenças oportunistas podem deixar o usuário mais vulnerável à tristeza e desesperança. A depressão é o diagnóstico mais frequente na interconsulta psiquiátrica em PVHA (CIESLA; ROBERTS, 2001).

A depressão ainda é subdiagnosticada em PVHA. Seus sintomas mais frequentes, como tristeza, desânimo, fadiga, dificuldade de concentração, prejuízos na memória, apatia, ansiedade, hipocondria e diminuição da libido muitas vezes são confundidos com os efeitos adversos dos medicamentos e com manifestações da própria doença, dificultando o diagnóstico diferencial.

Portanto, a avaliação dos sintomas de depressão deve ser criteriosa, sempre considerando-se o estágio da doença do HIV (aids). As entrevistas estruturadas (por ex., CIDI), os instrumentos diagnósticos específicos, as escalas de sintomas (por ex., Hamilton e Beck) e o conhecimento sobre a evolução clínica da depressão facilitam o diagnóstico e aperfeiçoam o tratamento (CUNHA, 2001; HAMILTON, 1959/1960; FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, 1975).

Além do uso de instrumentos, os profissionais devem ficar atentos à presença e evolução dos sintomas. Fatores como isolamento, abandono por parte da família e/ou do(a) companheiro(a) e dificuldades financeiras podem gerar intenso sofrimento psíquico e, em casos mais graves, ideação ou tentativas de suicídio (NARDI, 2006). Em pacientes com história anterior de depressão e tentativas de suicídio, a atenção deve ser redobrada. Os profissionais também devem ficar atentos a usuários que apresentam outras comorbidades psiquiátricas, como, por exemplo, transtornos de personalidade e esquizofrenia, ou fatores como uso de álcool e outras drogas, pois esses são aspectos que podem aumentar o risco de suicídio (LEWDEN et al., 2005).

Deve-se ter em mente que a depressão é uma patologia crônica e recorrente, e que a taxa de recidiva dos sintomas depressivos pode chegar a 80% (HOLLON et al., 2005), o que gera a necessidade de prover atendimento médico-psicológico prolongado.

4.2.1 Tratamento farmacológico da depressão

O tratamento farmacológico da depressão apresenta algumas particularidades em PVHA; um fator importante nesse contexto é a potencial interação entre os antidepressivos e os antirretrovirais.

Informações mais detalhadas sobre as interações farmacológicas na área de saúde mental e HIV/aids podem ser obtidas no Manual de Psiquiatria em HIV, publicado pelo Ministério da saúde, além das Recomendações para

Terapia Antirretoviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008 (BRASIL, 2000; 2002; 2008b).

O tratamento farmacológico combinado à psicoterapia mostra-se mais eficiente na adesão, na resposta ao tratamento e na redução e prevenção das recorrências de episódios de depressão do que o tratamento farmacológico isolado (HOLLON et al., 2005; FLECK, 2008). As intervenções psicoterápicas buscam apoiar o usuário no processo de identificar e trabalhar as situações relacionadas aos sintomas da doença e desenvolver um repertório de habilidades sociais que aumentem as fontes de prazer e de sucesso nas atividades cotidianas (MARTELL; ADDIS; JACOBSON, 2001; ABREU, 2006; POWELL et al., 2008).

4.3 Da ansiedade aos transtornos ansiosos

A ansiedade é uma característica biológica e natural do ser humano, que antecede momentos de perigo real ou imaginário. Sensações corporais como batimento cardíaco acelerado, mal estar epigástrico, medo intenso, aperto no peito e transpiração são alguns dos sintomas que caracterizam a ansiedade.

Os sintomas de ansiedade geralmente estão associados a situações que envolvem sensação de ameaça, medo, temor, escolhas ou grandes decisões acerca do futuro, ou seja, situações que coloquem o indivíduo em percepção de risco iminente. Em PVHA, as incertezas sobre a progressão da doença, seu curso clínico, temores relacionados à dor, sofrimento, alterações corporais, tratamento e morte podem gerar algum sintoma de ansiedade (CAMPOS et al., 2008).

Imaginemos um caso em que o usuário apresenta sintomas de ansiedade, mas que não evolui para um transtorno ansioso.

Joana, soropositiva há 5 anos, relata nas consultas que anda se sentindo um pouco ansiosa. O profissional de saúde que a atende pergunta-lhe como se sente. Joana relata sentir-se insegura e indecisa ultimamente, percebe o próprio coração acelerado, experimenta desconforto emocional e tem medo do que acontecerá no futuro. Durante a conversa, o profissional pergunta há quanto tempo ela se sente assim. Ela diz que o seu namorado a pediu em casamento há mais ou menos um mês e, desde então, os sintomas apareceram. Joana conta que quer muito se casar com o namorado, que é soronegativo e tem conhecimento da sorologia da noiva. Entretanto, sente muito medo do que possa vir a acontecer, especialmente em relação à possibilidade de transmissão sexual do HIV. Durante a consulta, o profissional conversa com Joana sobre seus medos e fantasias acerca do futuro, discutindo os prós e contras de sua decisão, ajudando-a a pensar no assunto. Na consulta seguinte, o profissional pergunta a Joana como tem-se sentido em relação aos sintomas de ansiedade e qual foi sua decisão em relação ao pedido de

casamento. Joana relata que sente-se melhor, decidiu casar-se e está "numa correria danada" com os preparativos para o casamento.

Observamos que no caso de Joana há uma situação real de mudança em sua vida. Os sintomas de ansiedade apareceram após a iminência de tomar uma decisão muito importante e desapareceram depois de tomada a decisão, sem acarretar prejuízo social e ocupacional.

Imaginemos agora um caso em que os sintomas de ansiedade evoluíram para um transtorno ansioso.

Carlos trabalha em uma empresa como técnico de informática há 10 anos. Desde que soube de sua sorologia para o HIV, há quatro anos, tem pedido com frequência para sair mais cedo do trabalho a fim de ir às consultas médicas. No início, seu chefe e colegas de trabalho não questionavam as saídas frequentes. Entretanto, apesar de as pessoas não saberem de sua sorologia, de um ano para cá ele começou a perceber que seus amigos já não estão mais tão próximos dele, não o convidam mais para almoçar e o chefe já não lhe passa mais trabalhos importantes. Essa situação o deixa bastante preocupado. Carlos sente muito medo de que os colegas descubram que ele é soropositivo e de que venha a ser demitido. Pensa nisso o tempo todo. Não consegue mais concentrar-se no trabalho e atrasa os prazos de entrega; os clientes reclamam do seu trabalho. Além disso, tem insônia, acorda com o coração disparado e vive com dor muscular. Aos domingos, já acorda irritado e não quer sair de casa. Não tem mais momentos de lazer com os familiares, os quais se queixam muito da maneira como Carlos os trata.

Observa-se que, no caso de Carlos, os sintomas evoluíram para um transtorno de ansiedade. Os sintomas permaneceram por quase um ano e lhe trouxeram prejuízos no trabalho e nas atividades de lazer.

Quando os sintomas de ansiedade tornam-se presentes na vida do indivíduo por mais de seis meses e geram prejuízo profissional e social, podemos estar diante de um quadro patológico (APA, 2004). A seguir apresentam-se os critérios para o diagnóstico do transtorno de ansiedade, segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2004).

Critérios para diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada (APA, 2004, adaptado).

1) A ansiedade é caracterizada por uma preocupação excessiva que se manifesta durante a maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos seis meses.
2) O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
3) A preocupação está associada com 3 ou mais dos seguintes sintomas:
   a) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele;

b) cansaço ou fadiga;

c) dificuldade em concentrar-se ou sensação de "branco" na mente;

d) irritabilidade;

e) tensão muscular;

f) perturbação no sono.

4) Os sintomas não são melhor explicados por outros tipos de transtorno de ansiedade, como TOC ou fobia social.

5) A ansiedade e os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na função social ou ocupacional.

6) Os sintomas não são decorrentes de efeitos fisiológicos ou medicamentosos.

Os transtornos ansiosos incluem o transtorno de pânico, fobias específicas ou fobia social, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático e ansiedade generalizada. A ansiedade generalizada é a patologia mais frequente, acometendo aproximadamente 8% da população geral (APA, 2004). A prevalência de transtornos ansiosos ao longo da vida, em indivíduos com HIV, pode chegar a 40% (APA, 2004; CAMPOS; GUIMARÃES; REMIEN, 2008). A prevalência de outros transtornos ansiosos como pânico, transtorno obsessivo compulsivo, fobia social e TOC são menos frequentes entre pessoas com HIV (ATKINSON; GRANT, 1994; JOHNSON et al., 2008).

Em PVHA, alguns antirretrovirais, especialmente o efavirenz, podem desencadear sintomas semelhantes ao da ansiedade (agitação, agressividade e diminuição da atenção).

4.3.1 Tratamento farmacológico da ansiedade

O tratamento farmacológico da ansiedade baseia-se no uso de antidepressivos e benzodiazepínicos; entretanto, a administração de psicotrópicos em PVHA deve ser cuidadosamente avaliada.

Abordagens psicoterápicas individuais e/ou grupais, que enfocam manejo da ansiedade e do estresse, técnicas de relaxamento, respiração e (auto) massagem mostram resultados significativos no tratamento da ansiedade e restabelecimento do bem-estar.

4.4 Transtornos psicóticos

A esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (esquizofreniforme, esquizoafetivo, delirante, psicótico breve, psicótico compartilhado, psicótico devido a uma condição médica geral, psicótico induzido por substâncias e psicóticos sem outra especificação) são caracterizados por alterações cognitivas, delírios e alucinações. O delírio é decorrente de ideias ou crenças

irreais ou irracionais, que podem estar relacionados a perseguição, mania de grandeza ou temas religiosos ou místicos. Por sua vez, as alucinações são caracterizadas pela percepção de estímulos que não existem. Geralmente, estão associadas aos cinco sentidos. Os usuários podem ouvir vozes (alucinações auditivas), enxergar pessoas ou vultos (alucinações visuais), sentir algo (frio, calor, dor, pressão) sobre seu corpo (alucinações táteis) ou perceber gostos (alucinações gustativas) e odores (alucinações olfativas) que não existem (APA, 2004).

A seguir estão os critérios diagnósticos de esquizofrenia, segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2004).

Critérios para diagnóstico de esquizofrenia (adaptado de APA, 2004)

1) Presença de dois ou mais dos seguintes sintomas:
   a) delírios;
   b) alucinações;
   c) discurso desorganizado;
   d) comportamento desorganizado ou catatônico;
   e) sintomas negativos, como embotamento afetivo.
2) Disfunção social e/ou ocupacional por um período significativo de tempo.
3) Sinais contínuos de perturbação por pelo menos 6 meses. Durante esse período, o usuário deve apresentar, por um mês, os sintomas descritos no item 1), que podem incluir sintomas prodrômicos ou residuais.
4) Os sintomas não são melhor explicados pelo transtorno esquizoafetivo e transtorno do humor.
5) A perturbação não é decorrente de efeitos fisiológicos do uso de substâncias ou por outra condição médica geral.
6) Pode haver relação com um transtorno invasivo do desenvolvimento.

Vale ressaltar que os quadros psicóticos podem complicar-se quando o usuário apresenta comorbidades relacionadas aos distúrbios do humor, ansiedade ou depressão (KAPLAN; SADOCK, 1997; APA, 2004).

A taxa de psicose em PVHA tende a ser maior do que na população geral, com prevalências que variam entre 0,5% e 15%. Os quadros psicóticos observados em PVHA ocorrem, com mais frequência, nas fases avançadas da doença. Seu desenvolvimento pode estar associado a doença psiquiátrica prévia, uso de substâncias psicoativas (álcool e/ou outras drogas), doenças autoimunes, lúpus eritematoso sistêmico, distúrbios endocrinológicos, distúrbios neurológicos, infecções e neoplasias do sistema nervoso central, além do uso de alguns antirretrovirais (ROBINSON-PAPP; ELLIOTT; SIMPSON, 2009; TENNILLE et al., 2009).

A seguir, os medicamentos que estão relacionados ao desenvolvimento de quadros psicóticos em PVHA (SEWELL, 1996, adaptado).

MEDICAMENTOS QUE PODEM OCASIONAR SINTOMAS PSICÓTICOS

ANTI-INFECCIOSOS

Aciclovir → Alucinações auditivas e visuais
Cefalosporinas → Paranoia
Dapsona → Alucinações
Etionamida → Alucinações
Isoniazida → Alucinações
Pentamidina → Alucinações
Tiobendazol → Alucinações
Zidovudina → Mania e psicose
Efavirenz → Psicose

ANTINEOPLÁSICOS

Vincristina → Alucinações visuais

OUTROS

Amantadina → Alucinações visuais
Barbitúricos → Alucinações
Corticosteroides → Alucinações

O tratamento dos transtornos psicóticos em PVHA não difere do tratamento na população geral, exceto pelo risco de interações medicamentosas e efeitos adversos dos neurolépticos. Os antipsicóticos mais utilizados são: halopendol, risperidona e olanzapina. Em pacientes que já desenvolveram um quadro psicótico, o uso do efavirenz deve ser cauteloso.

4.5 *Delirium* e demência

O *delirium* é caracterizado por perturbação na consciência e alterações cognitivas que se desenvolvem em um curto período de tempo. O início do quadro geralmente é abrupto e de curso flutuante, afetando o nível de consciência e a capacidade cognitiva. O *delirium* está associado a etiologia orgânica e já foi descrito em quadros de demência e na meningite asséptica (ou linfomonocitária), podendo desenvolver-se durante a soroconversão, com tendência à remissão completa.

A seguir estão os critérios diagnósticos para *delirium*, segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2004).

Critérios para o diagnóstico de *delirium* (adaptado de APA, 2004)

1) Perturbação da consciência, com redução na capacidade de direcionar, focalizar e manter a atenção.
2) Alteração na cognição ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é melhor explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.
3) A perturbação desenvolve-se em um curto período de tempo (de horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia.
4) Existem evidências, a partir da história do paciente e dos exames físicos ou laboratoriais, de que a perturbação é causada por consequências fisiológicas diretas de uma condição médica geral.

As PVHA hospitalizadas que apresentam hipóxia, desnutrição, meningite criptocócica, infecções sistêmicas, tumores ou abscessos intracranianos, distúrbios metabólicos, uso de agentes anti-infecciosos (como aciclovir, anfotericina-B e pentamidina) e de drogas psicotrópicas têm mais risco de desenvolver um quadro de delirium do que as PVHA que não apresentam essas patologias. O tratamento do *delirium* requer hospitalização, cuidados médicos imediatos e encaminhamento pelo profissional ou serviço de saúde (BREITBART et al., 1996; FERRANDO; FREYBERG, 2008).

O diagnóstico de *delirium* pode ser auxiliado pelo Miniexame do Estado Mental (Anexo A) – o "Mini-Mental State Examination" (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), – ou por eletroencefalograma (EEG).

A demência é caracterizada por múltiplos déficits cognitivos que incluem prejuízo de memória. A demência associada à aids (DAA), também denominada complexo demencial da aids ou encefalite subaguda, desenvolve-se por um dano ao SNC provocado diretamente pelo HIV.

Em geral, a demência desenvolve-se tardiamente, durante a evolução da aids, embora já tenha sido descrito um caso em que a infecção pelo HIV apresentou-se como um quadro demencial (DILLEY et al., 2005; WRIGHT et al., 2009).

Imaginemos um caso de demência em um paciente soropositivo há 18 anos:

Fábio, 45 anos, soropositivo há 18, começou a perceber que estava perdendo compromissos e esquecia o que tinha que fazer durante o dia. Em uma consulta de rotina, contou ao especialista que andava deprimido. Gostava de correr no final da tarde e começou a notar que suas pernas perdiam a força durante a atividade; finalmente, deixou de praticá-la.

Também estava indo muito mal na faculdade; não conseguia concentrar-se nas aulas nem entender o que o professor falava, e não era mais capaz de estudar sozinho. O médico diagnosticou-o com demência no estágio inicial.

Nota-se que a falta de concentração e a diminuição na força muscular dos membros inferiores foram sinais que levaram o médico a suspeitar da doença. O conhecimento dos sintomas e o uso de instrumentos puderam auxiliar no diagnóstico da doença na fase inicial.

As manifestações clínicas sugerem comprometimento predominantemente subcortical, caracterizado pelo prejuízo da memória e da concentração, lentificação, apatia, diminuição da iniciativa e tendência ao isolamento social. Outras manifestações, tais como depressão, irritabilidade, labilidade emocional e agitação ocorrem menos frequentemente. Os sinais motores mais costumeiros são prejuízos na coordenação motora, diminuição de força nos membros, hipertonia e hiperreflexia.

Os estágios da DAA variam de 0 (normal), 0,5 (suspeita ou subclínica), 1 (leve), 2 (moderada), 3 (grave) a 4 (fase final). Nessa classificação, as descrições clínicas vão desde ausência de prejuízo das funções cognitivas e motoras até prejuízos crescentes no trabalho e na capacidade de realizar as atividades do cotidiano, ou mesmo incapacidade intelectual importante (com dificuldade para acompanhar notícias ou sustentar um diálogo) e dificuldades motoras (por exemplo, necessitar de auxílio para andar). Na fase mais avançada, pode ocorrer afasia (impossibilidade de falar), paraparesia (redução de sensibilidade em membros inferiores) ou paraplegia (redução da força em membros inferiores) com incontinência urinária ou fecal (PRICE et al., 1988).

Vale ressaltar que quando o declínio cognitivo se dá gradativamente, esse sintoma pode ser decorrente do uso de álcool e outras drogas, presença de depressão, doenças oportunistas e outras comorbidades.

Estima-se que até 20% das pessoas com aids desenvolvam demência ao longo da doença; todavia, a prevalência desse agravo depende do início do tratamento antirretroviral, idade do usuário, anemia, sintomas constitucionais, depressão, déficits cognitivos e motores e coinfecções. Entretanto, o advento da TARV reduziu a incidência da DAA nos últimos 10 anos. Estudo realizado em São Francisco (EUA) mostrou que em 1991 a prevalência da demência era de 3,71%, tendo diminuído para 0,24% em 2003 entre pessoas com HIV (DILLEY et al., 2005). O uso do AZT e de outros antirretrovirais parece evitar o desenvolvimento de demência em PVHA (ATKINSON; GRANT, 1994; WRIGHT et al., 2009).

Como a ação direta do HIV sobre o SNC tem papel central na DAA, o tratamento antirretroviral deve ser estruturado com antirretrovirais que ultrapassem a barreira hematoencefálica, como ocorre com a zidovudina

(AZT) (CARVALHAL, 2003; WRIGHT et al., 2009). Além do AZT, a nevirapina ou o efavirenz são alternativas na estruturação de esquemas que atinjam concentrações terapêuticas no SNC (WRIGHT et al., 2009).

A TARV também contribuiu para um aumento na sobrevida de pacientes com DAA (KANDANEARATCHI; WILLIAMS; EVERALL, 2003). A mediana da sobrevida, após o diagnóstico de DAA, passou de 11,9 meses em 1993-1995 para 48,2 meses em 1996-2000, com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (DORE et al., 2003).

É importante destacar que, atualmente, a DAA tornou-se mais comum em usuários com contagem de LT-CD4+ mais elevada do que na era que antecedeu o surgimento dos esquemas ARV de alta potência.

Referências

ABREU, P. R. Behavior-analytical therapy of depression: an old or a new applied science? **Rev. psiquiatr. clín.**, Sao Paulo, v. 33, n. 6, p. 322-328, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR.** Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

ATKINSON, J. H.; GRANT, I. Natural history of neuropsychiatric manifestations of HIV disease. **Psychiatric clinics of North America**, Philadelphia, v. 17, p. 17-33, 1994.

BARRET, J. G. **Medical management of HIV infection**. Baltimore: Port City Press, 1998.

BENTON, T. D. Depression and HIV/AIDS. **Curr. psychiatry rep.**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 280-285, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica.** Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil:** análises, desafios e perspectivas. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para a terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS**. Brasília, 2000.

BREITBART, W. et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. **American journal of psychiatry**, Washington, v. 153, p. 231-237, 1996.

CABALLERO, J.; NAHATA, M. C. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of depression in adults with HIV. **Annals of pharmacotherapy**, Cincinnati, Ohio, v. 39, n. 1, p. 141-5, 2005.

CAMPOS, L. N. et al. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. **Cad. saude pública**, Rio de Janeiro, v. 24; Suppl. 4, s607-s6020, 2008.

CARVALHAL, A. S. **Resposta neurocognitiva e quantificação de RNA viral em líquor e plasma de indivíduos com demência associada ao HIV tratados com zidovudina, lamivudina e efavirenz**. 2003. Tese (Doutorado) – Disciplina de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CHANDER, G.; HIMELHOCH, S.; MOOER, R. D. Substance abuse and psychiatric disorders in HIV Positive Patients: Epidemiology and impact on antiretroviral therapy. **Drugs**, Auckland, Nova Zelandia, v. 66, n. 6, p. 769-789, 2006.

CHESNEY, M. A. et al. Na individually tailored intervention for HIV prevention: baseline data from the explore study. **American journal of public health**, Boston, v. 93, p. 933-938, 2003.

CIESLA, J. A.; ROBERTS, J. E. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. **American journal of psychiatry**, Washington, v. 158, p. 725-730, 2001.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DILLEY, J. W. et al. The decline of incident cases of HIV-associated neurological disorders in San Francisco: 1991-2003. **AIDS**, London, v. 19; n. 6, p. 634-635, 2005.

DORE, G. J. et al. Marked improvement in survival following AIDS dementia complex in the era of highly active antiretroviral therapy. **AIDS**, London, v. 17, n. 10, p. 1539-1545, 2003.

FERRANDO, S.; FREYBERG, Z. Treatment of depression in HIV positive individuals: a critical review. **Int. rev. psychiatry**, [S.l.], v. 20, p. 61-71, 2008.

FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of psychiatry research**, [S.l.], v. 112, p. 189-198, 1975.

FREITAS, M. I. F. et al. Projeto pessoas: práticas e representações de pessoas com transtornos mentais sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a AIDS e suas formas de prevenção. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e atenção às ISTs/AIDS na saúde mental no Brasil.** Brasília, 2008. cap. 7. p. 85-107.

GALANO, E. **Manual para assistência à revelação diagnóstica às crianças e jovens que vivem com o HIV/AIDS**. São Paulo, 2008. Programa Estadual DST/Aids CRT DST/Aids-SP

GUIMARÃES, M. D. et al. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. **Rev. bras. psiquiatr**., São Paulo, v. 31, n. 1, p. 43-47, 2009.

HAMILTON, M. Rating Scale for Depression. **Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry**, London, v. 23, p. 56-60, 1960.

HAMILTON, M. The Assessment of Anxiety States by Rating. **British journal of medical psychology**, Letchworth Herts, England, v. 32, n. 50-55, 1959.

HEAPHY, E. L. G et al. Impact of psychiatric and social characteristics on HIV sexual risk behavior in Puerto Rican women with severe mental illness. **Soc. psychiat. Epidemiol.,** Berlin, v. 24, p. 1043-1054, 2009.

HOLLON, S. D. et al. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? **J. clin. psychiatry.**, Memphis, Tenn., v. 66, n. 4, p. 455-68, 2005.

JOHNSON, W. D. et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. **Cochrane database of systematic reviews**, [S.l.], v. 16, n. 3, 2008.

KALICHMAN, S. C. et al. HIV/AIDS risk reduction counseling for alcohol using sexually transmitted infections clinic patients in Cape Town, South Africa. **J. acquir. immune defic. syndr.**, New York, v. 44, n. 5, p. 594-600, 2007.

KANDANEARATCHI, A.; WILLIAMS, B.; EVERALL, I. P. Assessing the efficacy of highly active antiretroviral therapy in the brain. **Brain pathology,** Zurich, v. 13, n. 1, p. 104-10, 2003.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LEWDEN, C. et al. Causes of death among human immunodeficiency virus (HIV)-infected adults in the era of potent antiretroviral therapy: emerging role of hepatitis and cancers, persistent role of AIDS. **International journal of epidemiology**, Oxford, v. 34, n. 1, p. 121-130, 2005.

LIPOWSKI, Z. J. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. **Gen. hosp. psychiatry**., New York, v. 8, p. 305-15, 1986.

MAJ, M. Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency virus (HIV) infection. **British journal of psychiatry**, London, v. 168, n. 30, p. 117-122, 1996.

MALBERGIER, A.; ANDRADE, A. G. Depressive disorders and suicide attempts in injecting drug users with and without HIV infection. **AIDS Care**, Abingdon, England, v. 13, n. 1, p. 141-150, 2000.

MARTELL, C. R.; ADDIS, M. E.; JACOBSON, N. S. **Depression in context:** strategies for guided action. New York: W. W. Norton, 2001.

MEADE, C. S.; SIKKEMA, K. J. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. **Clin. psychol. rev.**, Tarrytown, NY, v. 25, p. 433-457, 2005.

MELLO, V. A.; SEGURADO, A. C.; MALBERGIER, A. Depression in women living with HIV: clinical and psychosocial correlates. **Arch. womens ment. health**, [S.l.], v. 16, 2009. No prelo.

MELO, V. A.; MALBERGIER, A. Depression in women infected with HIV. **Rev. bras. psiquiatr**., São Paulo, v. 28, n. 1, p. 10-17, 2006.

MOSACK, K. E. et al. Influence of Coping, Social Support, and Depression on Subjective Health Status Among HIV-Positive Adults With Different Sexual Identities. **Behavioral medicine,** [S.l.], v. 34, n. 4, p. 133-144, 2009.

NARDI, A. E. **Questões atuais sobre depressão**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Lemos Editorial, 2006.

OLIVEIRA, A. M.; COSTA, L. F.; FONSECA, C. A. A farmáco-psiquiatria e as reações adversas no uso de antirretrovirais. **Revista eletrônica de farmácia**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 31-33, 2006.

OWE-LARSSON, B. et al. HIV infection and psychiatric Illness. **African jounal of psychiatry**, Johannesburg, v. 12, p. 115-128, 2009.

POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Rev. bras. psiquiatr.,** São Paulo, v. 30, sup. 2, p. S73-S80, 2008.

PRICE, R. W. et al. The brain in AIDS: central nervous system in HIV-1 infection and AIDS dementia complex. **Science**, New York, v. 239, p. 586-592, 1988.

RABKIN, J. G. Depression high among HIV-positive patients: rates are more than five times greater. **Curr. HIV/AIDS rep**., Atlanta, v. 5, n. 4, p. 163-71, 2008.

ROBINSON-PAPP, J.; ELLIOTT, K. J.; SIMPSON, D. M. HIV-related neurocognitive impairment in the HAART era. **Curr. HIV/AIDS rep**., Philadelphia, v. 6, n. 3, p. 146-52, 2009.

SARI, L. et al. A review of HIV antiretroviral adherence and intervention studies among HIV-infected youth. **Tropics in HIV Medicine**, San Francisco, v. 17, n. 1, p. 14-25, 2009.

SEWELL, D. D. Schizophrenia and HIV. **Schizophrenia bulletin**, Rockville, Md., v. 22, p. 456-473, 1996.

TENNILLE, J. et al. Elicitation of cognitions related to HIV risk behaviors in persons with mental illnesses: implications for prevention. **Psychiatr. rehabil. j.,** Boston, v. 33, n. 1, p. 32-37, 2009.

TURNER, B. J. et al. Effects of drugs abuse and mental disorders on use and type of antiretroviral therapy in HIV- infection person. **J. gen. intern. med.**, Philadelphia, v. 16, n. 9, p. 625-633, 2001.

WAINBERG, M. L. et al. HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. **Word psychiatry,** Milan, v. 7, n. 3, p. 166-173, 2008.

WILLEY, C. A. Pathology of neurologic disease in AIDS. **Psychiatric clinics of North America**, Philadelphia, v. 17, p. 1-15, 1994.

WRIGHT, E. et al. The internation HIV dementia scale is a useful screening tool for HIV-associated. **Curr. opin. neurol.,** Philadelphia, v. 22, p. 315-320, 2009.

Capítulo 5

Possibilidades da atenção integral às PVHA

Ilustração: MBS

Ilustração: MBS

Capítulo 5

Possibilidades da atenção integral às PVHA

Neste capítulo, serão abordadas as intervenções orientadas à saúde mental que os Serviços de Atenção Especializada em HIV/Aids (SAE) e os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) podem estruturar e implementar em sua rotina de trabalho.

É importante ressaltar que o caráter estigmatizante e crônico da soropositividade, ao lado de eventuais efeitos adversos do tratamento, são aspectos que aumentam a vulnerabilidade na esfera emocional e psicológica de PVHA (ALMEIDA; LABRONICI, 2007; CFP, 2008).

Assim, pautar a atuação da equipe de saúde pelo acolhimento e pela clínica ampliada potencializa a observação, a identificação — mediante a escuta ativa e o processo de vinculação — e o apoio ao usuário na atenção à saúde integral.

5.1 Sofrimento psíquico não é transtorno mental

Conforme enfatizado nos Capítulos 2 e 4, sofrimento psíquico não é transtorno mental, assim como ausência de doença mental não é sinônimo de saúde mental. Reitera-se que o desenvolvimento de ações de cuidado voltadas à saúde física e mental nos SAE tem por base os princípios do SUS: equidade, universalidade, integralidade, interdisciplinaridade e humanização (BRASIL, 2004), e deve ser orientado pela concepção multidimensional e complexa do processo saúde-doença, que não restringe nem limita o conceito de saúde a aspectos biológicos e físicos (CFP, 2008; REIS, 1999), caracterizando-se como promoção da saúde mental e prevenção de sofrimento psíquico.

Quanto à oferta de atividades no campo da saúde mental, três possibilidades podem ser configuradas:

a) Ações de promoção e prevenção direcionadas a todos os usuários do serviço;

b) Ações de cuidado específicas, realizadas por profissionais como psicólogos e psiquiatras ou por profissionais da equipe capacitados para realizar intervenções diante de demandas identificadas;

c) Ações desenvolvidas por outros serviços da rede especializada em saúde mental do SUS, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II ou III, Infantil e Álcool e Drogas, entre outros dispositivos de cuidado.

As ações configuradas nos itens a) e b) devem ser favorecidas pelo SAE em suas intervenções individuais e coletivas, e serão descritas no decorrer deste capítulo. Para as possibilidades indicadas no item c), cabe destacar que a política brasileira de saúde mental tem propiciado a constituição de uma rede de serviços para o atendimento a pessoas com diagnósticos de transtornos mentais graves, a qual deve ser articulada pelo SAE no sentido do apoio matricial à elaboração de projetos terapêuticos. Nessa perspectiva, ainda que o SAE conte com equipe composta por profissionais psicólogos e psiquiatras, a interlocução com a rede de saúde mental do município (CAPS, Serviços de Residências Terapêuticas - SRT, Centros de Convivência e Cultura, Hospitais Gerais) é fundamental. Essa temática será debatida no Capítulo 7.

É oportuno indicar, ainda, que a qualidade do acompanhamento do usuário com diagnóstico de HIV e transtorno mental grave implica, entre diversos fatores, e para além da articulação com os serviços especializados em saúde mental, a construção de estreita relação com Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Centros de Atendimento Odontológico, Centros de Referência em Assistência Social e Hospitais Gerais, visando à corresponsabilidade institucional do cuidado e a vinculação do usuário ao atendimento integral. Aqui figuram as articulações intrasetoriais (por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência previstos no SUS) e as intersetoriais, construídas a partir das perspectivas locais do território (escolas, ONG, associações comunitárias, centros de vivência).

O conceito de clínica ampliada – abordagem centrada em pessoas reais e suas existências concretas, considerando-se a doença como parte desse contexto e incentivando-se a autonomia e a capacidade de autocuidado dos usuários (CAMPOS; AMARAL, 2007) – é referencial para o debate das modalidades de atendimento oferecidas pelo SAE, o que aponta para o impacto dessas ações sobre a saúde mental do usuário sob dois aspectos fundamentais, analisados a seguir.

5.2 Efeitos terapêuticos das ações de saúde e referenciais teórico-metodológicos

Diversas ações disponibilizadas nos SAE, como acolhimento, avaliação psicossocial e grupos de adesão e convivência, podem ter efeitos terapêuticos em relação às PVHA, cumprindo papel preventivo ao abordar aspectos

da soropositividade que possam ocasionar, por exemplo, preocupações, ansiedade, medo, tristeza. Os atendimentos que proveem escuta ativa e não se limitam a focalizar aspectos da saúde física podem repercutir favoravelmente na esfera emocional e psicológica dos usuários.

Cabe enfatizar que tais ações, ainda que provoquem efeitos terapêuticos sobre a saúde mental, não se configuram como psicoterapia. Psicoterapia é uma intervenção que utiliza métodos e técnicas psicológicas com finalidades específicas, tais como autoconhecimento, melhoria nos relacionamentos interpessoais e tratamento de transtornos mentais (depressão ou ansiedade, por exemplo). A busca pela psicoterapia é uma necessidade alavancada por motivos diversos ao longo da vida do usuário, o qual deve ser encaminhado para profissional especializado e capacitado mediante formações específicas.

Os referenciais teórico-metodológicos que norteiam as práticas profissionais, especialmente de psicólogos e psiquiatras, tendem a ser diversificados em função de sua formação e qualificação específicas. Essa diversidade deve ser respeitada, pois reflete o estado da arte da ciência psicológica e dos enfoques teórico-epistemológicos. Estudos têm indicado que o vínculo e a confiança estabelecida entre profissional de saúde e usuário são mais relevantes para a eficácia terapêutica do que a orientação teórica adotada pelo profissional (INGERSOLL; HECKMAN, 2005).

5.3 Descontinuidade *versus* continuidade no processo de cuidado

Há situações em que a avaliação psicológica e/ou psiquiátrica é realizada por solicitação da família ou por indicação da equipe, mas a intervenção nem sempre acontece.

O encaminhamento prescritivo é uma situação frequente, configurando-se quando o profissional identifica a necessidade de atendimento psicológico ou psicossocial e decide realizar o encaminhamento, entretanto, sem discutir o procedimento com o paciente. A fragilidade na construção do projeto terapêutico em conjunto com o usuário gera falta de entendimento ou não reconhecimento da resolução tomada pelo profissional de saúde: *por quê, para quem e para quê fui encaminhado?* A probabilidade de não adesão à terapêutica ou ao encaminhamento é altíssima, o que favorece a perda de possibilidades de atenção oportuna e de criação de vínculo, aumentando, assim, as vulnerabilidades do usuário.

O momento e as condições em que aparecem as dificuldades psicológicas e/ou emocionais apresentadas durante a avaliação médica e psicossocial são peculiaridades que demandam intervenções e encaminhamentos distintos, visando a uma abordagem e resolução efetivas. Carece definir se as dificuldades psicológicas e/ou emocionais apresentadas pelo usuário

configuram-se a partir do diagnóstico e estão associadas ao viver com HIV/aids, ou se foram agravadas por essa condição, ou, ainda, se datam de um momento anterior à descoberta da soropositividade. A título de exemplo, uma PVHA com um quadro de ansiedade atual e que apresenta histórico de transtornos de ansiedade ao longo da vida adulta, incluindo tratamento psiquiátrico e psicológico, pode demandar condutas médicas e psicossociais diferentes daquela cujo quadro de ansiedade é o primeiro episódio na vida, como consequência do diagnóstico de infecção pelo HIV.

Em algumas situações, o modo como se estrutura o processo de trabalho, os arranjos cotidianos de distribuição de tarefas e as responsabilidades entre a equipe de saúde, ou, ainda, as falhas nas formas de comunicação entre a equipe e entre equipe e usuário podem gerar descontinuidade na atenção e comprometer a integralidade do cuidado. Veja-se o exemplo a seguir: após o processo de avaliação, o psicólogo conclui pela ocorrência de depressão e apresenta o diagnóstico ao usuário, negociando com este a importância do atendimento psicológico semanal. Afirma que telefonará na semana seguinte para agendar o próximo atendimento, mas não efetiva o acordo. A falta de contato do psicólogo e a própria depressão colaboram para que o usuário não volte a procurar o serviço – abala-se o vínculo e a relação de confiança. A expectativa frustrada do apoio profissional provoca rupturas no processo de cuidado, aumentando a vulnerabilidade do usuário, pois na medida em que este se sente desassistido, o quadro depressivo pode agravar-se, com efeitos negativos sobre o autocuidado, a adesão e a qualidade de vida.

As ações oferecidas podem repercutir positivamente na saúde mental, desde que sejam respeitadas as necessidades do usuário e a continuidade do processo de cuidado. Elas propiciam melhor compreensão sobre a enfermidade e o tratamento, além de auxiliar a constituição de um espaço para a comunicação entre profissional e usuário, estimulando a expressão de sentimentos e pensamentos acerca da soropositividade e das dimensões da vida afetadas por essa condição.

5.4 Modalidades de intervenção em serviços especializados em HIV/aids

Há toda uma diversidade de intervenções ou (inter)ações passíveis de serem ofertadas no SAE, que se configuram como potentes ferramentas para produzir repercussões sobre a saúde mental dos usuários, sendo didaticamente descritas em três grandes categorias: atendimento individual, atendimento de casal ou família e atendimento de grupo.

Convém lembrar que não se pretende esgotar, nesta publicação, a gama de ações que podem ser realizadas, já que a composição das equipes, o arranjo organizacional e a especificidade de formação dos profissionais ampliam ou

reduzem as alternativas de atividades a serem desenvolvidas. Além disso, ressalta-se que os projetos terapêuticos para PVHA terão configurações diversas a depender do quadro clínico do usuário, das possibilidades de atuação da equipe e da capacidade instalada (disponibilidade de espaços de atendimento, consultórios, salas para trabalho em grupo, etc.), bem como da adesão do usuário às modalidades de atendimento.

1) Atendimento individual

Os atendimentos individuais desenvolvidos pela equipe multiprofissional nos SAE podem ser ofertados a todos os usuários e configuram-se pelo acolhimento, aconselhamento pré e pós-testagem, aconselhamento reprodutivo, atividades de orientação, atendimento individual com foco em adesão, avaliação psicológica ou psicossocial, entre outros. Os atendimentos caracterizados como tratamento apontam para as intervenções sociais, psicológicas e/ou psiquiátricas, acompanhamento psicoterapêutico, interconsulta, etc.

Os atendimentos individuais são ofertados com maior frequência nas unidades de saúde e parecem configurar-se como preferenciais em contextos de enfermidade crônica com características estigmatizantes, como o HIV/aids, tendo em vista a garantia de sigilo e confidencialidade acerca da condição do usuário e dos conteúdos trabalhados. Aspectos de ordem operacional — como a facilidade em negociar a agenda de atendimento (dias e horários) — também favorecem a adesão a atendimentos individuais.

É imperativo assinalar que o atendimento individual, em qualquer modalidade, requer foco centrado no usuário, de modo a garantir atenção exclusiva do profissional aos aspectos subjetivos e às questões pessoais, resguardando a privacidade e favorecendo a elaboração de projetos terapêuticos singulares.

> No contexto das ações em saúde mental, o atendimento individual é uma ação direcionada para dificuldades psicossociais, psicológicas e/ou emocionais da PVHA, com níveis diversos de gravidade e comprometimento, sempre pressupondo um enfoque centrado no usuário, em suas questões sociais e subjetivas.

2) Atendimento de casal ou família

O atendimento de casal efetiva-se quando a parceria sexual participa da intervenção. Ao longo da vida, os casais tendem a fazer revisões de sua relação, discutir suas dificuldades e conflitos, reorganizar papéis cotidianos. Diante do advento de uma doença crônica, as necessidades de rever a relação podem ser evidenciadas; no caso do HIV/aids, dada a possibilidade de transmissão sexual do agravo, questões diversas impactam a conjugalidade e a vivência da sexualidade.

A abordagem aos casais implica especificidades, considerando os casos em que ambos são soropositivos ou quando há sorodiscordância. Casais sorodiscordantes relatam com frequência reações de ansiedade e medo de infectar a parceria sexual soronegativa, o que pode acarretar prejuízos importantes à qualidade da vida sexual. Questões relativas aos direitos reprodutivos também costumam constituir demandas desses casais (POLEJACK; COSTA, 2002).

Nessa modalidade de atendimento, uma condição que influencia a problemática em questão é a constituição da parceria conjugal antes ou após o diagnóstico de HIV. Nos casos em que a parceria se encontrava estabelecida antes do diagnóstico, são mais frequentes sentimentos de mágoa, ressentimento e culpabilização, dúvidas sobre a fidelidade conjugal ou sobre a orientação sexual do parceiro(a), redução do desejo sexual e medo de (re)infecção pelo HIV nas relações sexuais.

Assim, as demandas para o atendimento de casal são diversas, exigindo maior ou menor número de atendimentos para a abordagem de temas como a adoção de práticas sexuais seguras, escolhas reprodutivas e desejos de maternidade e paternidade, adaptação ao diagnóstico e ao viver com HIV, problemas na vivência da sexualidade do casal ou de um dos parceiros, relação com as famílias de origem ou com a rede social, entre outros.

Um preceito de ordem ética de grande relevância deve ser considerado nessa modalidade de intervenção: o consentimento prévio de ambos para que o atendimento de casal se realize, incluindo o compromisso de manter o sigilo das informações. Caso uma das parcerias não concorde com o atendimento de casal, o profissional deve respeitar a decisão, trabalhando para elucidar os motivos e razões da recusa.

O atendimento à família no contexto do HIV/aids prevê que pessoas do relacionamento familiar ou aquelas com quem o usuário mantenha relações sociais significativas sejam alvo de abordagem, configurando atendimentos bastante diversos em função das demandas apresentadas pelo usuário e sua rede. O número de pessoas atendidas pode variar dependendo da questão a ser trabalhada, da vinculação dos membros e do próprio contexto familiar e social do usuário. Outro aspecto é que a consulta pode incluir ou não o usuário, além de requerer os mesmos cuidados éticos anunciados anteriormente, a depender dos consentimentos, sigilo e das questões-alvo da intervenção.

São comuns os atendimentos com foco educativo, que objetivam favorecer o apoio e o cuidado da família e/ou rede social à PVHA e discutir posturas preconceituosas e de discriminação, mediante a partilha de informações que melhorem a compreensão sobre a soropositividade, as formas de transmissão, o tratamento e os aspectos do viver com HIV/aids. Muitas vezes, esse tipo de atendimento é breve e pode ocorrer em apenas um encontro.

Outro tema frequente refere-se ao modo como os familiares podem constituir-se em suporte social efetivo, auxiliando o usuário em aspectos sobre os quais ele esteja apresentando dificuldades. Um exemplo é a adesão ao tratamento e ao autocuidado, ocasião em que a família pode receber atendimento conjunto com o usuário para negociar condutas cotidianas que favoreçam a adesão. Um familiar poderá atuar mais ativamente mediante a concordância do usuário, em relação a lembrar e monitorar o uso dos medicamentos, sendo coparticipante do processo de cuidado (BRASIL, 2008; POLEJACK, 2001).

Atitudes de preconceito e discriminação, infração de direitos humanos e desrespeito à autonomia do usuário no convívio familiar também são temas frequentes durante o atendimento. Nesses casos, a partir das queixas relatadas, a abordagem à família deve ser precedida de convites para o atendimento, feitos muitas vezes de forma individual, no intuito de aproximar os familiares da equipe de saúde. Aplicam-se aqui os princípios de acolhimento, escuta ativa e vínculo, de modo a favorecer a participação ativa dos membros da família.

O profissional de saúde deve considerar também as necessidades de apoio apresentadas pela própria família. O conhecimento de um novo diagnóstico ou as alterações na condição de saúde de um dos membros pode trazer impacto emocional ou sofrimento psíquico para os demais. Diante dessa situação, o familiar passa a ser o foco da intervenção, tornando importante garantir um espaço de escuta e acolhimento dos seus sentimentos, dúvidas e necessidade de apoio.

3) Atendimento de grupo

O desenvolvimento de atividades em grupo apresenta algumas vantagens em relação aos atendimentos individuais, sob o aspecto de saúde pública (WHITE; FREEMAN, 2003):

a) As interações entre os integrantes podem favorecer o estabelecimento de vínculos mútuos, fortalecendo a rede de apoio dos usuários;

b) Pode haver um componente terapêutico quando um participante se identifica com outro que está vivenciando uma dificuldade semelhante;

c) Há também o componente preventivo, quando ocorre empatia, compreensão e aprendizado diante de experiências vivenciadas por um participante e por outro não;

d) Pode-se dar atenção a um número maior de pessoas em um espaço de tempo similar ao do atendimento individual, o que diminui os custos da intervenção.

A maior vantagem do trabalho em grupo é o intercâmbio de experiências entre os pares que vivenciam desafios e dificuldades semelhantes, além da perspectiva de fortalecimento do sentimento de pertencimento e do apoio social.

As intervenções em grupo podem variar quanto ao número de encontros, carga horária da atividade, regularidade (frequência semanal, quinzenal, mensal), aspectos teórico-metodológicos e pedagógicos e características dos participantes (grupos homogêneos ou não).

Outra característica dos grupos refere-se à possibilidade ou não da entrada de participantes ao longo de sua realização. A modalidade que permite a entrada contínua de participantes caracteriza um grupo aberto, ou seja, as pessoas podem entrar e sair dele quando quiserem. Um grupo fechado inicia-se com os usuários que se inscreveram e aderiram à atividade, não permitindo a entrada de novos participantes no seu transcorrer. A primeira modalidade pode ser exemplificada por alguns grupos de adesão que realizam encontros quinzenais, em que a presença dos participantes depende do seu interesse e disponibilidade. Assim, algumas pessoas passam a frequentar o grupo com regularidade quinzenal, outras comparecem de forma espaçada, outras, ainda, participam de uma sessão e não retornam mais. Essa característica não deve representar um dificultador para o alcance dos objetivos do grupo, desde que os profissionais que conduzem a atividade levem em conta a rotatividade de pessoas ao planejar a sequência de ações.

Na segunda modalidade, os participantes têm conhecimento de que o grupo funcionará com determinada composição e que nenhum novo participante poderá entrar após o início das atividades. A modalidade de grupo fechado tende a propiciar maior coesão e vinculação entre os participantes se comparada a grupos abertos. Um exemplo podem ser os grupos para pessoas soropositivas com lipodistrofia, realizados no formato oficina, com previsão de seis encontros semanais, com duas horas de duração cada, oferecido para dez pessoas mediante inscrição prévia.

Desafios para a realização de atividades de grupo podem advir de questões do ponto de vista do usuário, dos profissionais e da equipe. No que tange aos usuários, um desafio para a adesão às atividades coletivas em HIV/aids são os aspectos estigmatizantes que ainda afetam as PVHA (BRASIL, 2008). Muitas recusam-se a participar de atividades coletivas, com receio da quebra de sigilo ou por medo de encontrar pessoas conhecidas. Para minimizar essa dificuldade, critérios e cuidados éticos quanto ao sigilo dos conteúdos trabalhados no grupo devem ser pactuados entre os participantes. Deve-se atentar, ainda, a que o convite e a sensibilização visando ao atendimento em grupo respeitem o momento e a preparação do usuário para engajar-se na atividade.

Os desafios do ponto de vista dos profissionais da equipe englobam a fragilidade quanto ao preparo técnico suficiente para a condução ou facilitação dos grupos ou a falta de espaço físico adequado à atividade, além da escassez do tempo necessário para a sua realização. Considerando esses aspectos, devem ser implementadas estratégias para minimizar tais limitações, permitindo maior oferta de atividades coletivas nos SAE.

A atividade em grupo permite a

> constituição de ambiente de motivação para o tratamento pelo compartilhar de desafios e pela busca de alternativas para superá-los. Permite a construção de vínculos, de acolhida, de respeito às diferenças e de reforço da autoestima e do autocuidado. (BRASIL, 2008, p. 99).

5.4.1 Modalidades de grupos

Sem a intenção de esgotar a gama das ações em grupo que os serviços podem implementar, vamos descrever algumas atividades de caráter mais geral e que tendem a ser mais frequentes em SAE, considerando grupos de pessoas em diferentes contextos de vulnerabilidade psicológica ou psicossocial.

- Grupos de adesão

Dificuldades de adesão ao tratamento e aos cuidados podem estar associadas a sentimentos de apreensão, culpa, ansiedade, negação da soropositividade e depressão. Outras dificuldades podem estar no âmbito social, como o uso da TARV no ambiente de trabalho, desemprego, contextos de muita pobreza e de exclusão. Assim, propiciar espaços de escuta, diálogo e reflexão, permitindo a identificação dos motivos da não adesão e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e superação, pode reduzir os sentimentos negativos e o estresse associados a essas dificuldades, com efeitos positivos sobre a saúde mental.

Os grupos de adesão são habitualmente abertos e conduzidos por profissionais da própria equipe ou de ONG, sendo o tema adesão ao tratamento uma prioridade. Tal como definido no Manual de Adesão ao Tratamento para PVHA (BRASIL, 2008), "a abordagem da adesão em grupo é uma prática que se fundamenta no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte, e sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemáticas individuais ou coletivas que estejam prejudicando a adesão ao tratamento" (pág. 98).

- Roda de conversa

É uma estratégia de base comunitária que se configura em espaços de diálogo, em geral com grupos abertos (as pessoas podem sair ou entrar a todo momento), e tendem a ser realizados com frequência mais espaçada. Seus objetivos podem abarcar a discussão de temas como adesão, sexualidade,

direitos reprodutivos, lipodistrofia, entre outros. Os serviços podem definir previamente os calendários das rodas de conversa, incluindo temas específicos e divulgando-os aos usuários, a fim de estimular a participação destes.

Rodas de conversa flexíveis e pontuais podem favorecer a participação de pessoas que receiam atividades coletivas, eventualmente estimulando a presença dos usuários em outras modalidades de grupos no futuro. Podem ser conduzidas por profissionais dos serviços ou por integrantes de ONG.

- Grupo de terapia comunitária

A terapia comunitária pode ser descrita como

> um instrumento que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. A Terapia Comunitária se propõe a cuidar da saúde comunitária em espaços públicos, valorizando a prevenção, entendendo que prevenir é, sobretudo, estimular o grupo a usar sua criatividade e construir seu presente e seu futuro a partir de seus próprios recursos (INSTITUTO SER, 2010).

Uma característica da terapia comunitária é que a cada encontro trabalha-se um tema específico que emerge do próprio grupo, proposto por um ou mais participantes. A "situação-problema", apresentada por alguém e escolhida pelo grupo, é o ponto de partida da terapia. O animador procura estimular e favorecer a partilha de experiências, possibilitando a construção de redes de apoio social. A pergunta que desencadeia a reflexão no grupo é: "Quem já viveu algo parecido e o que fez para resolver a situação?"

Em seguida, promove-se a partilha de experiências, mostrando as possíveis estratégias de superação de dificuldades e sofrimentos do cotidiano e permitindo que a comunidade encontre nela própria as soluções para os problemas que a pessoa, a família e os serviços públicos não foram capazes de resolver isoladamente. Assim, cada encontro encerra-se em si mesmo, não implicando continuidade de participação nos encontros subsequentes.

A realização de grupos com base no referencial da terapia comunitária ganha espaço crescente nos serviços de saúde do SUS. Sua aplicação exige formação específica do facilitador na condução da atividade. Considerando as características do referencial teórico-metodológico da terapia comunitária, qualquer usuário pode participar desses grupos, não havendo, a princípio, critérios de exclusão.

- Grupos de ajuda mútua

Grupos de ajuda mútua caracterizam-se pelo intercâmbio recíproco e voluntário de recursos e serviços para o benefício das partes envolvidas. São grupos homogêneos no sentido de que seus participantes passam pelo mesmo

sofrimento ou vivenciam condições de saúde ou situações de vida semelhantes (BARROS, 1997). O número de grupos com esse referencial vem aumentando no campo da saúde e também na área do HIV/aids, especialmente no âmbito das organizações não governamentais, gerando contribuições de grande relevância na abordagem de questões diversas que afetam dimensões da vida das PVHA.

De modo geral, a condução dessa modalidade efetiva-se a partir de seus integrantes, visando, entre diversos objetivos, favorecer a troca e o intercâmbio de experiências, melhorar o nível de conhecimento sobre HIV/aids, propiciar relacionamentos e incrementar a rede de apoio social. Considerando que essa modalidade é organizada e conduzida pelas próprias PVHA, a atividade pode constituir-se em espaço de empoderamento e de fortalecimento da autonomia.

- Atividades de sala de espera

As atividades de sala de espera podem abarcar uma grande diversidade de formatos, tendo em vista aspectos específicos dos serviços de saúde e da equipe. Enquanto os usuários aguardam atendimento, as atividades são desenvolvidas de modo breve e dinâmico (entre 20 a 60 minutos), pontualmente e com foco em temas específicos (não há sequenciamento de encontros).

Essas atividades otimizam o tempo que o usuário passa no serviço, produzem educação em saúde e sensibilizam o público para a participação em outras modalidades de atividades coletivas ou mesmo individuais.

Pelas suas características, é comum a abordagem de temas educativos em saúde, não necessariamente focados em agravos, podendo-se lançar mão de materiais ou recursos audiovisuais como cartilhas, vídeos e filmes. Temas como direitos dos usuários, questões de saúde geral, alimentação e nutrição podem ser desenvolvidos em sala de espera. Um aspecto a ser observado é que, como a ação acontece sem o prévio consentimento do usuário, questões de ordem ética são muito importantes e devem ser consideradas, evitando-se "forçar" o usuário a participar. Posturas como deixar a palavra livre, respeitando aqueles que quiserem ficar em silêncio ou mesmo retirar-se do ambiente, são fundamentais.

Como a equipe de saúde pode implementar essas ações?

As modalidades de atendimento no campo da saúde mental ofertadas no SAE, seja de forma individual ou para casais, famílias e grupos, especialmente as que exigem qualificação específica, variam a partir das necessidades e perfis apresentados pelos usuários e a partir da formação e disponibilidade dos profissionais da equipe. Diante de eventuais limitações, esforços devem ser empenhados para que a equipe melhore sua qualificação e sinta-se à vontade na implementação das atividades. Algumas alternativas nessa direção merecem destaque:

1) Propiciar ou organizar atividades de educação permanente em saúde, tendo em vista a qualificação de profissionais da equipe para intervenção em saúde mental e a prática de discussão acerca das limitações e potenciais identificados no trabalho coletivo cotidiano;
2) Garantir a constituição de equipes multiprofissionais, com a inserção de psicólogos, assistentes sociais e médicos psiquiatras;
3) Oferecer apoio matricial por meio de supervisão em saúde mental para integrantes da equipe, a partir da contribuição e consultoria de profissional especializado, podendo este ser externo à instituição;
4) Consolidar parcerias com outros serviços da rede de saúde do município, organizações não governamentais e universidades em condições de prover atendimento em saúde mental;
5) Realizar reuniões periódicas para discussão de casos e troca de experiências de forma ética, garantindo o sigilo das informações apresentadas.

A construção do projeto terapêutico singular (PTS), também conhecido como projeto terapêutico individual, é considerada um exemplo de como a equipe pode implementar as ações de saúde mental, e, por que não dizer, de saúde integral para os usuários, sejam eles grupos, famílias ou indivíduos.

A elaboração do PTS exige uma ampla avaliação do usuário, considerando-se as dimensões biológica, psicológica e social em toda a sua singularidade, além do conhecimento da rede de apoio, que deve ser resultado de discussão coletiva da equipe multidisciplinar, com suporte matricial, quando necessário. É um mecanismo indicado para situações mais complexas, constituindo uma variação da discussão de casos clínicos.

O PTS favorece a atuação integrada da equipe e valoriza outros aspectos além do diagnóstico e tratamento medicamentoso do usuário, a partir das opiniões de todos os profissionais envolvidos no cuidado, auxiliando a compreensão do sujeito e suas demandas específicas e a definição de propostas de ações. Além disso, o PTS permite que os vários olhares e saberes sobre o mesmo usuário sejam potencializados na formação de estratégias de cuidado, dentro das necessidades e possibilidades de adesão do próprio usuário.

Promover a interdisciplinaridade de fato e contribuir para a eficácia das intervenções implica facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, respeitar as diferenças e acolher as diversidades, assim como propiciar o compartilhamento de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática, conforme as singularidades de cada projeto terapêutico. Ainda que a construção do PTS desenvolva-se de forma compartilhada entre a equipe e entre equipe e usuário, vale ressaltar que o usuário deve contar com um profissional de referência – aquele com quem desenvolve o melhor vínculo e uma relação de confiança. Este profissional deve orientar as mudanças na

condução do processo de cuidado e auxiliar o usuário nos encaminhamentos necessários. Assim, são inúmeras as possibilidades e modalidades de ações para a promoção da saúde mental e integral das PVHA. A decisão acerca de qual intervenção se configura como a mais apropriada para cada usuário, família ou grupo deve ser discutida entre os integrantes da equipe e negociada com o usuário, tornando consistente e eficaz a condução do caso no contexto da integralidade.

Referências

AJUDA mútua. In: WIKIPÉDIA. Disponível em: <www.pt.wikipedia.org/wiki/apoio_mútuo>. Acesso em: 20 fev. 2010.

ALMEIDA, M. R.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 63-274, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/26.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2012.

BARROS, C. A. S. M. Grupo de auto-ajuda . In: ZIMERMAM, D. E.; OSARIO, L. C. (Org.). **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 107-108.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil:** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/aids.** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Humanização:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

CAMPOS, G. W. S. C. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. C.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). **Referências técnicas para a atuação do psicólogo nos Programas de DST e aids**. Brasília, 2008.

INGERSOLL, K. S.; HECKMAN-STONE, C. J. Patient-clinician relationships and treatment system effects on HIV medication adherence. **AIDS and Behavior**, New York, v. 9, p. 89-101, 2005.

INSTITUTO SER. **Terapia comunitária.** Disponível em: <www.institutoser.com.br/ApresentacaoCanal.aspx?rpt=143>. Acesso em: 20 fev. 2010.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, discriminação e AIDS. **Cidadania e Direitos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS [Online], 2001. (Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, 1). Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2012.

POLEJACK, L. **Convivendo com a diferença:** dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para o HIV. Brasília: Universidade de Brasília, 2001. Dissertação de Mestrado não-publicada.

POLEJACK, L.; COSTA, L. F. Aids e conjugalidade: o desafio de com(viver). **Impulso**: revista de ciências sociais e humanas, Piracicaba, SP, v. 13, p. 131-139, 2002.

REIS, J. **O Sorriso de Hipócrates:** a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Veja, 1999.

WHITE, J. R.; FREEMAN, A. S. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos.** São Paulo: Roga, 2003.

Capítulo 6

Cuidado em equipe

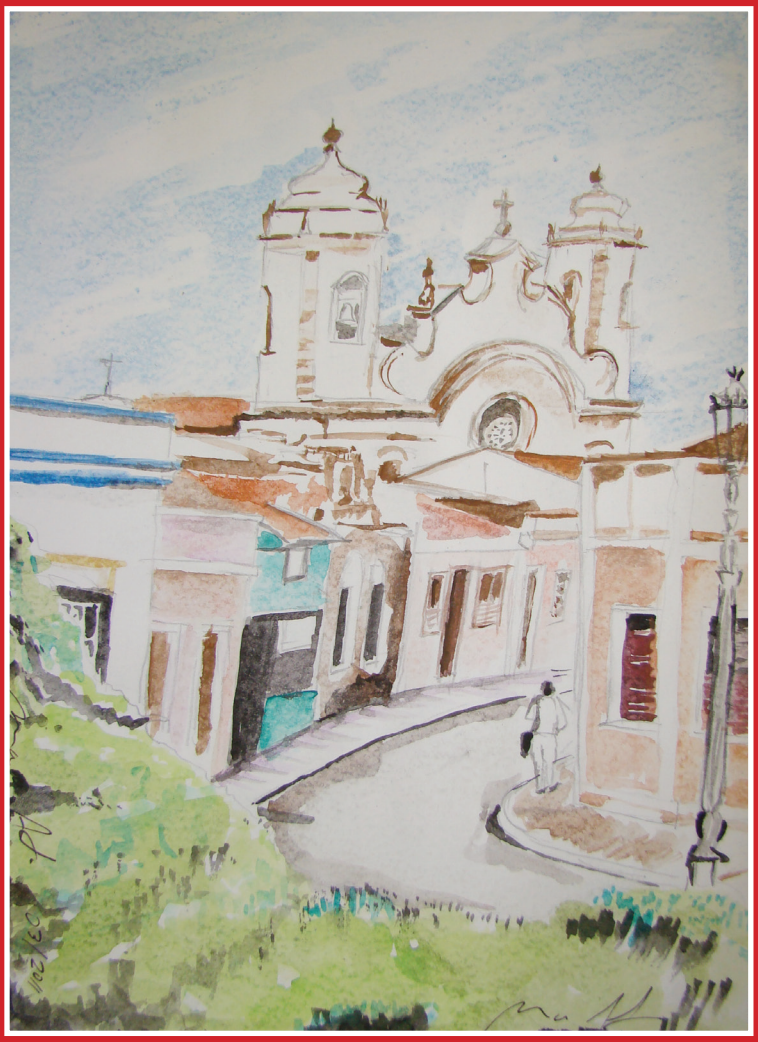


Ilustração: Marco Antonio

Ilustração: Marco Antonio

Capítulo 6

Cuidado em equipe

Nos capítulos anteriores, foi proposta a reflexão sobre os diferentes aspectos da atenção à saúde na interface HIV/aids e saúde mental. As duas condições e suas interações impulsionam a repensar as dimensões do cuidado, rever o papel da equipe e investir em políticas públicas que priorizem a qualidade da atenção.

Ao longo das últimas décadas, o HIV/aids e a saúde mental suscitaram a subjetividade e a complexidade do processo saúde-doença e das diferentes dimensões que precisam ser consideradas nas práticas dos profissionais de saúde. A maneira como o profissional lida com o usuário é orientada pela concepção que se tem acerca do processo saúde-doença, tornando muitas vezes difícil separar sentimentos e valores pessoais da prática profissional. Mas seria este o melhor caminho? Deve-se separar aquilo que somos daquilo que fazemos?

Pelo contrário. O papel profissional faz parte daquilo que somos, sentimos e pensamos enquanto sujeitos, e reconhecer esse aspecto compõe a atuação profissional, assim como a vivência profissional enriquece a vida pessoal e amplia a visão de mundo.

Para o senso comum, cuidar da saúde significa "prestar atenção ou dirigir intervenções a um indivíduo ou a um grupo de maneira a envolver um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de determinado tratamento" (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009, p. 219). Mas será que é só isso? A complexidade do processo saúde-doença faz emergir várias reflexões sobre as diferentes dimensões do cuidado e dos atos em saúde. Cuidar também significa respeitar valores, acolher diversidades, considerar sentimentos e ampliar a escuta.

O cuidado em saúde depende fundamentalmente da qualidade do vínculo estabelecido. Vários autores mostram que o resultado de um processo

terapêutico é decididamente influenciado pela qualidade da interação profissional-usuário, mesmo quando se dispõe de diagnóstico e prescrição de tratamento competente (TOURETTE-TURGIS; REBILLON, 2000; 2002; MORAES; ONGARO apud TEIXEIRA, 2006; STRAUB, 2007), ou seja, o trabalho em saúde precisa considerar as dimensões sociais e emocionais, além da dimensão biológica.

Logo, não é possível falar em vínculo sem falar em uma relação, e esta só é possível se existirem pelo menos dois sujeitos. Nesse caso, estamos falando de uma relação entre profissional de saúde (e sua equipe) e usuário. Ambos são sujeitos nessa relação e, como tais, precisam ter consideradas suas dimensões subjetiva e emocional. O vínculo é construído em uma relação, por meio do afeto, da subjetividade, da capacidade de se colocar no lugar do outro e respeitar suas emoções, crenças, opções, ideias e sentimentos. Para o profissional de saúde, sem dúvida alguma, os conhecimentos técnicos são importantes, mas o vínculo é o maior instrumento de trabalho.

Assim, convidamos a refletir sobre os aspectos da saúde mental na atuação profissional, a importância do trabalho em conjunto e algumas estratégias para fortalecer a equipe, além do cuidado com o profissional de saúde.

6.1 O sofrimento psíquico do profissional de saúde: como cuidar do profissional

As circunstâncias ligadas ao viver com HIV/aids e as questões suscitadas a partir do sofrimento psíquico e dos transtornos mentais causam impacto no profissional de saúde. As situações de vida compartilhadas pelos usuários geram sofrimento e sentimentos de impotência, insegurança, medo e dúvida diante da melhor conduta a ser tomada. Esse sofrimento pode levar também o profissional a adoecer.

Além disso, as relações entre os profissionais da equipe podem criar ambientes de trabalho que fortalecem ou fragilizam o profissional no enfrentamento do cotidiano e desses sofrimentos. Vários estudos buscam compreender melhor o impacto do estresse em profissionais cujas atividades demandam um envolvimento emocional (GIL-MONTE; PEIRÓ; VALCÁRCEL, 1998; GIL-MONTE, 2002; BORGES; ARGOLO; BAKER, 2006; CARLOTTO, 2002). Nas últimas três décadas, um dos problemas mais estudados em saúde do trabalhador é a chamada síndrome de *burnout*. Segundo Maslach (1994), esse quadro é desenvolvido em resposta a fontes crônicas de estresse emocional e interpessoal no trabalho. O termo foi descrito pela primeira vez em 1974, pelo psiquiatra Herbert J. Freudenber, e inicialmente vinculava a síndrome a experiências de esgotamento que tinham como principal causa os aspectos individuais. Vários pesquisadores interessaram-se pelo assunto e ao longo dos anos o conceito foi ampliado; atualmente, entende-se a síndrome de *burnout* como "um processo que

se desenvolve na interação de características do ambiente de trabalho e características pessoais" (BORGES et al., 2002, p. 191).

Nesse sentido, trata-se de um problema que atinge, principalmente, profissionais que atuam em ambientes onde há dificuldades de comunicação entre a equipe e pouco acolhimento da subjetividade do trabalhador. Existem vários estudos que descrevem essa síndrome em profissionais da saúde e da educação, mas o problema não está restrito a esses contextos. O exercício dessas profissões implica uma relação com o usuário permeada de ambiguidades, como conviver com a tênue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente no cuidado com o outro (BORGES et al., 2002).

Para Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (1998), em Gil-Monte (2002), as manifestações mais comuns dessa síndrome estão relacionadas à ideia de fracasso profissional, incluindo atitudes negativas acerca do papel profissional (falta de realização pessoal no trabalho), aliada à sensação de esgotamento emocional e a atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas com as quais se trabalha (despersonalização do outro). As principais consequências do burnout seriam um processo de alienação, desumanização e apatia, ocasionando problemas de saúde, absenteísmo e intenção de abandonar a profissão.

Deixar de se importar com os sentimentos e com o sofrimento do outro é sinal de adoecimento do profissional.

Mas como prevenir esse adoecimento? Como cuidar de quem cuida, em meio a tantas outras demandas?

Há que se pensar em caminhos diversos, que vão desde a valorização do profissional, com amplas ações na área de formação e recursos humanos, até pequenas atividades de apoio possíveis em cada serviço. Atentar para os sentimentos e comportamentos causados pelas dificuldades e desgaste no trabalho, fazer uso de criatividade e flexibilidade diante das adversidades do cotidiano, desenvolver uma atitude reflexiva e solidária nas relações entre a equipe, além de buscar apoio institucional e/ou profissional, são medidas que fortalecem as relações e protegem do estresse e do adoecimento. Nem sempre é fácil trabalhar em equipe, mas a equipe tem um papel fundamental na criação de contextos mais saudáveis de trabalho.

Pensar a saúde mental desse trabalhador, do ponto de vista da gestão e das políticas públicas, implica considerar os aspectos descritos (BORGES et al., 2002; BRASIL, 2007), mas também favorecer infraestrutura e condições adequadas de trabalho, enfrentar a precarização dos vínculos trabalhistas, a falta de profissionais e a sobrecarga de atividades, promover a educação permanente das equipes, entre outros.

Vamos pensar mais sobre isso.

6.2 Trabalho em equipe interdisciplinar: desafios e caminhos

A atuação em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre intervenções técnicas e a interação de agentes. Entretanto, a produção teórica sobre a temática da equipe mostra que há predominância da abordagem técnica, em que o trabalho do profissional é apreendido como um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades (DESLANDES; MITRE, 2009; PEDUZZI, 2001; TEIXEIRA, 2006).

O usuário que busca o serviço traz consigo, além do problema de saúde, sua dimensão subjetiva e sua história de vida, as quais têm influência sobre o processo saúde-doença e precisam ser consideradas na produção de saúde. Entretanto, o modo fragmentado como se organiza o processo de trabalho não favorece a compreensão integral do usuário, já que cada profissional é responsável por uma parte das tarefas. Segundo Merhy (2003), formou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, uma ilusória associação entre qualidade no atendimento e a solicitação de exames, medicamentos e consultas especializadas. As discussões sobre as possibilidades de organizar os processos de trabalho de forma centrada no usuário ficam em segundo plano, constituindo uma das principais questões a serem enfrentadas para a mudança dos serviços de saúde.

A importância do trabalho interdisciplinar para a qualidade da atenção em saúde vem sendo discutida e reforçada por vários autores, os quais apontam diferentes vantagens para o profissional e para o usuário (TEIXEIRA, 2006; BRASIL, 2008). Para compreender melhor as formas de organização que favorecem a interdisciplinaridade, discutiremos agora alguns conceitos importantes.

A disciplinaridade pode ser entendida como relativa a uma área homogênea de estudo, com fronteiras bem delimitadas, como, por exemplo, a Psicologia, a Enfermagem, a Medicina, a Nutrição, levando a uma noção de identidade que perpetua e reatualiza constantemente as regras.

A multidisciplinaridade implicaria uma justaposição de diversas disciplinas. Não pressupõe, necessariamente, trabalho em equipe e coordenação. Por exemplo, podemos compor um serviço com profissionais de diferentes formações que atendem aos mesmos usuários, mas que não estabelecem um processo de trabalho conjunto e integrado.

Por sua vez, a interdisciplinaridade propõe a superação das fronteiras disciplinares, de modo a transformar a visão de mundo, de nós mesmos e da realidade, com o propósito de extrapolar a visão disciplinar, ampliar o campo de interdependência e mediar a forma de ver e agir no mundo.

O trabalho em equipe interdisciplinar surge como parte da resposta decorrente de um novo modo de ver, pensar e agir em saúde frente aos desafios apresentados por várias doenças, sendo conceituada

> pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas; desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada (COSTA, 2007, p. 109).

Um bom exemplo de atuação interdisciplinar é o desenvolvimento de um projeto terapêutico individual, considerando que os cuidados necessários podem ir além do que em uma ou outra disciplina, normalmente, se entende como forma de tratar.

A interdisciplinaridade é um convite à criação de um novo campo de saber conjunto e coletivo, no qual o desafio é transformar ações fragmentadas em um trabalho integrado, visando o melhor cuidado do outro e de si mesmo (SAINTRAIN; VIEIRA, 2008).

Pensar na atuação de uma equipe interdisciplinar é considerar um conjunto de categorias profissionais, com formações específicas e arcabouços teóricos diferenciados, que contribuem com os respectivos conhecimentos técnicos para a saúde do usuário. É preciso lembrar que são todos sujeitos e atores, em um processo de cuidado construído a partir das relações. Mais do que médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e auxiliares, trata-se de sujeitos, de pessoas que trazem sentimentos, experiências, vivências e visões de mundo que interagem para além do conhecimento técnico. Porém, raras vezes a equipe considera o desafio de discutir a amplitude da realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde (PEDUZZI, 2001).

Assim, para dar conta desse primeiro desafio, é preciso conhecer o papel de cada um na equipe e respeitar os limites de atuação para propor as trocas necessárias entre os diferentes profissionais. É fundamental que cada profissional conheça as funções e os objetivos de toda atuação, buscando estratégias para possibilitar a comunicação entre os membros da equipe, usuários e familiares. Nem sempre o papel de cada profissional está claramente definido na condução de um caso. Diante disso, é importante que sejam criados espaços de troca de experiências e informações e que cada profissional compartilhe com o outro sua proposta de atuação frente à situação colocada.

O segundo desafio é implementar estratégias que facilitem a comunicação entre a equipe e entre a equipe e os usuários. Segundo Deslandes e Mitre (2009), é preciso compreender que os processos de comunicação vão além da emissão e compreensão de um conteúdo informativo. Nesse sentido, é fundamental desenvolver um espaço de troca de informações, experiências,

sentimentos e emoções que possa permitir opiniões contrárias, mas que mantenha como objetivo principal o reconhecimento e o respeito à fala do outro e a tentativa de compreensão da sua visão de mundo. A autora destaca, ainda, a importância desse aprendizado comunicacional, traduzido no desejo de conhecer a história, motivações, aspirações e expectativas do outro.

> O desafio colocado é o do reconhecimento, aprendizagem, negociação com o outro que não é nosso espelho, mas um outro, imbuído do tríplice estatuto de: indivíduo-detentor de direitos; sujeito-detentor de capacidade de autonomia para fazer escolhas; pessoa-detentora de estoque cultural que lhe confere uma identidade de referência do seu grupo social de pertencimento (DESLANDES; MITRE, 2009, p. 647).

O terceiro desafio é ampliar a escuta ativa e o acolhimento entre os membros da equipe, descritos no Capítulo 3. Escutar significa permitir que o outro se expresse, que compartilhe o que pensa e o que sente. Mas como pensar o acolhimento e a escuta ativa dentro da equipe? Pode-se exemplificar com a possibilidade de incluir aspectos relacionados aos sentimentos e reações dos profissionais nas discussões de casos, além das questões técnicas implicadas.

6.3 Estratégias para cuidado em equipe

A Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta princípios norteadores que valorizam a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, tomando trabalhadores e usuários como parceiros em um processo de cuidado em saúde. Por meio de vários dispositivos, busca fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade (BRASIL, 2004).

Conforme já vimos nos capítulos anteriores, a PNH lança mão dos conceitos de clínica ampliada, acolhimento e grupalidade, que se propõem a embasar as práticas em saúde, auxiliando a reflexão sobre o trabalho em equipe.

O conceito de clínica ampliada fundamenta o trabalho em equipe e a forma de estar em relação com o serviço, com os usuários e com a própria equipe. É importante perceber que a ampliação do conceito de atendimento clínico se inicia pela mudança na forma de estabelecer a relação com usuários e colegas de equipe, valorizando a construção dos vínculos como formas de intervenção e cuidado em saúde. Já o acolhimento deve representar uma postura nas relações e não um lugar ou um momento no fluxo de atendimento. Nesse sentido, é importante que comecemos a exercitar essa postura acolhedora com nossos colegas de equipe, procurando conhecer e respeitar suas ideias e sentimentos e colocando-nos à disposição para compartilhar os nossos.

A grupalidade é construída a partir do estabelecimento de relações e construção dos vínculos. Não é possível construir vínculos sem afeto e não é possível nutrir afeto sem conhecer algo ou alguém. É preciso lembrar que muitas vezes convivemos mais tempo com os colegas de equipe do que com alguns grupos familiares ou sociais e às vezes não sabemos nada sobre o outro. Investir nessa aproximação, na construção de espaços de escuta e de cogestão é investir não só na qualidade do serviço e da assistência que prestamos ao usuário, mas principalmente na qualidade das relações e na saúde da própria equipe.

> Grupalidade é uma experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza (BRASIL, 2004, p. 41).

6.4 Possibilidades para organização da rotina dos serviços

Apresentamos algumas formas de organização das rotinas da unidade que, além de facilitar o cuidado e a formação de vínculo com o usuário, também beneficiam fundamentalmente a saúde mental da equipe cuidadora.

Cada serviço tem uma realidade, um tipo de demanda e uma forma de a equipe se organizar e funcionar. Portanto, as sugestões abaixo devem ser consideradas de acordo com as necessidades de transformação e a realidade de cada equipe. Podem ser implementadas aos poucos e devem ser entendidas como estratégias práticas que facilitam a organização da equipe para ação coletiva.

6.4.1 Processo de acolhimento

Torna-se importante que a equipe esteja preparada para:

- Trabalhar com flexibilidade de agendas, incluindo a possibilidade de remarcação e encaixe dos usuários para atendimento prioritário;
- Definir prioridades de atendimento: quando é necessário que um usuário seja priorizado no seu serviço? De acordo com o tipo de necessidade apresentada, ter claro o tempo máximo que o usuário pode esperar antes de sua consulta.
- Modificar o horário de atendimento de acordo com o perfil dos usuários (horário estendido). Essa atitude facilita o acesso ao serviço e beneficia a equipe, na medida em que gera melhores resultados no cumprimento das metas e eleva as condições de saúde da população atendida.

6.4.2 Reuniões de equipe

Importante passo para a organização do trabalho coletivo, que valoriza o cuidado direcionado também à equipe, é a implementação de espaços de troca e diálogo permanentes.

Segundo Campos (2000, p. 183),

> reunião é um espaço de diálogo, e é preciso que haja um clima onde todos tenham direito a voz e opinião. [...] Criar um clima fraterno de troca de opiniões, associado à objetividade nas reuniões, geralmente exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe.

As reuniões devem seguir uma periodicidade estabelecida entre a equipe, sendo em geral semanais ou quinzenais, pois isso faz com que todos os profissionais possam se preparar para propor as discussões que acharem mais pertinentes. Ter um cronograma estabelecido facilita a organização das tarefas cotidianas, a fim de que toda equipe esteja presente nas reuniões.

Os encontros podem ter caráter científico (atualizações, leituras e discussão em conjunto) e/ou de troca de experiências (discussão de casos, compartilhamento de condutas). Apesar dessa divisão teórica sobre o formato das reuniões, é possível que uma única reunião tenha seu tempo dividido entre os diferentes temas. É importante também que os profissionais envolvidos com cada assunto ou caso a ser discutido tenham a oportunidade de preparar suas apresentações, pois isso melhora o processo de discussão do grupo.

Aprofundar as discussões sobre a importância do sigilo e do cuidado ético nas atividades diárias torna-se importante ao considerarmos a dimensão subjetiva dos trabalhadores envolvidos. Além disso, quando há compartilhamento de casos, é fundamental que a equipe esteja atenta para a continuidade da assistência a esses usuários, a despeito de diferentes informações que possam já ter sido trocadas entre os profissionais, ou do plano desenvolvido previamente pela equipe.

6.4.3 Projeto terapêutico singular

Toda prática em saúde está permeada por uma dimensão "cuidadora" que objetiva produzir processos de fala e escuta, relações intercessoras com o mundo subjetivo do usuário e como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético e articulação de saberes para compor projetos terapêuticos (MERHY apud TEIXEIRA, 2006 p. 48).

Conforme apresentado no capítulo anterior, as discussões para construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) podem ser excelentes oportunidades para a valorização dos profissionais da equipe

de saúde. A percepção e o reconhecimento de que todos têm relevância no processo – mesmo que, em determinados momentos, alguns membros da equipe possam exercer um papel de maior protagonismo e criatividade do que outros – é aos poucos reforçada pela interdependência entre todos na equipe e, também, pela importância da articulação dos diversos recursos de intervenção de que cada profissional dispõe.

Para que as reuniões de discussão do PTS funcionem, é necessário um clima favorável ao diálogo, em que todos aprendam a falar e ouvir (inclusive críticas), a partir das dificuldades e limitações de cada um e da equipe, atentando para que as questões institucionais de hierarquia não impeçam a liberdade de expressão. Só assim será possível pensar em novos caminhos de atuação e promoção da saúde. O processo de matriciamento também configura uma alternativa para potencializar o trabalho das equipes profissionais, a partir da supervisão continuada dos casos em atendimento, a qual pode ser conduzida por profissionais da própria equipe ou convidados de outros serviços de referência. A interlocução pode ajudar na compreensão de um tema específico e auxiliar a elaboração do PTS. Na medida em que a equipe consegue perceber seus limites e dificuldades – condição essencial de aprendizado e superação – ela pode pedir ajuda e transformar esse espaço em um processo de formação permanente. Trabalhar com o modelo de interconsultas, facilitando a comunicação entre os profissionais que acompanham um mesmo usuário, também pode ser mais uma alternativa para a equipe.

Como vimos, existem muitas possibilidades que podem ser criadas e/ou exploradas para melhorar a relação entre os membros da equipe e entre equipe e usuário. Toda pessoa que escolhe trabalhar na saúde carrega o compromisso e o desejo de fazer a diferença na vida de alguém. Com pequenas mudanças, podemos alcançar grandes resultados, lembrando sempre que fortalecer a equipe também é uma forma de cuidado.

Referências

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. de; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 218-224, 2009.

BARROS, C. Grupos de Auto-Ajuda. In: ZIMERMAN, D.; OSORIO, L. **Como trabalhamos grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 107-117.

BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T.; BAKER, M. C. S. Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: dois momentos em uma maternidade pública. **Psicologia**: reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 34-43, 2006

BORGES, Livia Oliveira et al . A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia**: reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2010. doi: 10.1590/S0102-79722002000100020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/aids**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/Aids**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

BUCHABQUI, Jorge Alberto; CAPP, Edison; PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. **Rev. bras. educ. med. [online]**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 32-38, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2010. doi: 10.1590/S0100-55022006000100006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARLOTTO, Mary Sandra. A síndrome de Burnout e o trabalho docente. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 7, n. 1, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2010. doi: 10.1590/S1413-73722002000100005.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental [online]**, Barbacena, MG, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2010.

CUNHA, G. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GIL-MONTE, P. R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. **Psicologia em Estudo**, Maringa, PR, v. 7, n. 1, p. 3-10. 2002.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M.; VALCÁRCEL, P. Influencia de las variables de caráter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: um estudio en una muestra de

profesionales de enfermería. **Revista de psicología social aplicada**, Valencia, ES, v. 6, n. 2, p. 43-63, 1998

LEGO, S. Psicoterapia de grupo com pessoas infectadas pelo HIV e com os que lhes prestam cuidados. In: KAPLAN, H.; SADOCK, B. J. (Org.). **Compêndio de psicoterapia de grupo.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 390-396.

LIEBERMAN, M. Grupos de Auto-ajuda. In: KAPLAN, H.; SADOCK, B. J. (Org.). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 42-50.

MASLACH, C. Stress, burnout, and workaholism. In: KILBURG, R.; NATHAN, P. E.; THORESON, R. W. (Org.). **Professionals in distress**: issues, syndromes, and solutions in psychology. Washington: American Psychological Association, 1994. p. 53-75.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 15-35.

PEDUZZI, M. A Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

POLEJACK, L. **Convivendo com a diferença:** dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para o HIV. Brasília: Universidade de Brasília, 2001. Dissertação de Mestrado não-publicada.

POLEJACK, L. Projeto Com-Vivência: trabalhando com casais sorodiferentes para HIV/Aids. In: MAKSUD, I. et al. (Org.) **Conjugalidade e Aids:** a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABIA, 2002, p. 27-36.

POLEJACK, L.; COSTA, L. F. Aids e conjugalidade: o desafio de com(viver). **Impulso**: revista de ciências sociais e humanas, Piracicaba, SP, v. 13, p. 131-139, 2002.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciênc. e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2010. doi: 10.1590/S1413-81232008000400008.

STRAUB, R. **Psicologia da Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

SUELY, Ferreira Deslandes; ROSA, Maria de Araujo Mitre. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP, v. 13, supl.1, p. 641-649, 2009.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto contexto – enferm**., Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2010. doi: 10.1590/S0104-07072005000300012.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.

TOURETTE-TURGIS, C.; REBILLON, M. **Accompagnement et suivi des personnes sous traitement antiretroviral.** Paris: Comment-Dire, 2000.

TOURETTE-TURGIS, C.; REBILLON, M. **Mettre en place une consultationd'observance aux traitements contre le VIH/sida**: de la théorie à la pratique. Paris: Comment-Dire, 2002.

Capítulo 7

O desafio da atenção em rede: integrando políticas, programas e ações

Ilustração: Lafayette

Ilustração: Lafayette

Capítulo 7

O desafio da atenção em rede: integrando políticas, programas e ações

7.1 Sobre a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, cujas diretrizes estão fundamentadas na Lei nº 10.216/2011, ganhou reconhecimento internacional pelo seu caráter inovador. Seu principal objetivo é a reestruturação da assistência psiquiátrica no país, substituindo o modelo centrado na atenção hospitalar pelo modelo de atenção territorial e de base comunitária. Nesse modelo, destaca-se o protagonismo e a autonomia dos usuários, sua corresponsabilidade com gestores, trabalhadores e familiares, em prol da melhoria da qualidade de vida e das relações afetivas e sociais.

Para sua efetiva implementação, é necessária a expansão de uma rede de atenção substitutiva, com foco no cuidado responsável e na reintegração social e familiar. Esse processo de reestruturação da assistência em saúde mental envolve transformações de práticas, saberes, valores e paradigmas culturais e sociais.

7.2 Como fazer acontecer esse processo no dia a dia?

Nos capítulos anteriores, foram apresentados alguns conceitos que integram as diretrizes da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e que são fundamentais para haver a transformação na prática. Falar de atenção humanizada é, necessariamente, falar de escuta ativa. O profissional deve estar atento para questões que vão além da doença e do diagnóstico, considerando a história de vida, os sonhos, os medos, as relações afetivas, familiares

e sociais daquele que sofre e que busca atenção e cuidado. O exercício da escuta ativa deve ser compreendido como essencial para a elaboração de um **projeto terapêutico singular**, que implica a concepção de um sujeito com participação ativa em seu tratamento e acompanhamento, com ênfase no respeito à sua autonomia e ao exercício de sua cidadania.

Ao se falar de **interdisciplinaridade**, introduz-se o conceito de construção coletiva, com o intercâmbio de conhecimento e de experiências entre profissionais, sem hierarquia de saberes. Quanto maior a diversidade da formação dos profissionais e o número de espaços para que essas trocas se estabeleçam, maior a possibilidade de uma atenção integral. Trata-se da conjugação de diferentes olhares, experiências e saberes voltados para a construção de uma prática que responda às reais necessidades do sujeito.

Esse conceito remete a outros de igual importância, como intersetorialidade e corresponsabilidade, que não se traduzem em tarefa fácil, pois implicam a atuação de forma compartilhada e a divisão de responsabilidades, em que se faz necessária a definição clara de papéis, além da pactuação de compromissos.

Na prática, são necessários contatos pessoais e institucionais, a partir de visitas, reuniões e encontros, para conhecer e reconhecer os profissionais e os serviços prestados pelos potenciais parceiros; além disso, é possível e necessária a articulação para discussão conjunta de casos com outras áreas e, muitas vezes, a reorientação do projeto terapêutico.

7.3 Como se constitui a atenção em saúde mental?

A atenção em saúde mental é realizada por diversos serviços e dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diversas modalidades - I, II, III, Infantil e Álcool e Drogas (Anexo B), os ambulatórios de saúde mental, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais, os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento mental e com necessidades de cuidado decorrentes do uso de álcool e drogas (SHRad) e os Centros de Convivência, bem como as iniciativas de geração de trabalho e renda e as ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2004).

Recentemente, por meio da Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial, que tem por objetivo a criação, ampliação e articulação de diferentes pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Nessa rede, os CAPS têm um papel estratégico para a reforma psiquiátrica, com o objetivo de oferecer atenção em saúde mental à população do território ao qual se vinculam, realizando o acompanhamento clínico e a promoção de

ações de reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O CAPS caracteriza-se como um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O diferencial na forma de atendimento nos CAPS é a atenção com enfoque psicossocial, que considera os usuários como protagonistas de seu tratamento, respeitando a peculiaridade de cada um e favorecendo o exercício de sua cidadania. A assistência não se limita ao transtorno mental ou à doença, mas tem como foco o sujeito e a busca pela atenção à saúde integral de seus usuários.

Além dos CAPS, existem outros dispositivos de atenção em saúde mental. Os leitos de atenção integral nos CAPS III, nos Hospitais Gerais e nos Serviços Hospitalares de Referência, além das unidades de acolhimento que funcionam com o objetivo de suporte às crises, evitando as internações e reinternações em hospitais psiquiátricos.

No tocante à linha de cuidados para pessoas usuárias de álcool e outras drogas e seus familiares, além dos CAPSad e dos leitos reservados para os cuidados emergenciais e de curta duração nos Hospitais Gerais e nos SHRad, há o trabalho desenvolvido por equipes multidisciplinares dos Consultórios na Rua. A perspectiva da redução de danos está presente nas ações, tanto nos serviços, como em campo.

Para a reintegração social de pessoas com transtornos mentais, egressas de longas internações em Hospitais Psiquiátricos (HP), há o programa De Volta para Casa, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial, e, ainda, os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar de pessoas cujos laços sociais e vínculos familiares precisam ser restabelecidos.

Os Centros de Convivência e Cultura, as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda da Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária e as Associações de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental são dispositivos que objetivam promover a inclusão social, a ampliação da autonomia e a melhoria das condições de vida, renda, cultura, lazer e educação das pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e seus familiares.

Também são desenvolvidas ações de Saúde Mental na atenção primária em saúde, acompanhando o modelo de rede de cuidado de base territorial

e atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas, além de diversas formas de sofrimento psíquico.

Uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves é atendida na atenção básica (queixas psicossomáticas, depressão, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc).

O apoio à atenção básica é realizado pelas das equipes de matriciamento, que visam a oferecer suporte técnico em saúde mental com ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Essas atividades também podem ser realizadas a partir da aproximação entre os profissionais que atuam, por exemplo, nos CTA e nos serviços de saúde mental.

As equipes dos serviços de Saúde Mental são compostas por profissionais de diferentes formações: psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores/professores e outros, bem como por profissionais de nível médio, tais como técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. A questão da horizontalidade das equipes e da convivência de diversos saberes impõe-se na rotina dos serviços e deve refletir uma forma de funcionamento em que não haja um saber específico dominante.

O acolhimento aos usuários, o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais, que tenham como foco a reabilitação psicossocial, o compartilhamento dos espaços, a criação de respostas inovadoras para problemas inesperados, a ambiência, a garantia dos direitos, o respeito à diferença, o enfrentamento do estigma, a escuta ativa são premissas que devem nortear o trabalho das equipes.

O projeto terapêutico, bem como a frequência dos usuários aos serviços e dispositivos terapêuticos, dependerá de variáveis como o grau de comprometimento/sofrimento psíquico e a rede de apoio social e familiar estabelecida, entre outras, contando sempre com a participação do usuário na construção desse projeto. O importante é ter como meta o maior grau possível de autonomia para o usuário, em um processo de construção/reconstrução dos laços sociais.

Muitas vezes, o trabalho realizado pela equipe do CAPS será o de desconstrução da busca pelo tratamento. No entanto, essa desconstrução não implica um descompromisso com quem procura esse atendimento. É imprescindível que a equipe se comprometa, nos casos em que isso seja necessário, com o encaminhamento do usuário a outros serviços, como as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Serviços de

Atenção Especializada, Centros de Testagem e Aconselhamento, etc., de forma que estes possam acompanhar e atender as reais necessidades da pessoa em sofrimento. Logo, todo aquele que chega ao serviço será escutado e terá sua demanda valorizada, mas não necessariamente essa demanda será traduzida em inserção no serviço.

7.4 Os serviços especializados em HIV/aids

Os **Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)** são serviços de saúde que têm como missão promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis e à prevenção destas e das demais DST. Suas ações têm como prioridade os segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.

Para a promoção do acesso da população às suas atividades, é importante que os CTA funcionem em período integral (manhã e tarde) e, quando possível, em horário estendido (à noite ou nos finais de semana).

Os CTA deverão oferecer à população os exames necessários para diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B, C e D. Todos os CTA devem utilizar, além da metodologia de testagem tradicional, o teste rápido como método para diagnóstico do HIV. A implantação do teste rápido diagnóstico nos CTA deverá contribuir, sobretudo, para a ampliação do acesso de grupos mais vulneráveis ao HIV ao diagnóstico da infecção.

O aconselhamento é uma ação de prevenção que permite a atenção individualizada e singular, além de representar um importante componente do processo de diagnóstico do HIV, da sífilis e das hepatites virais. Sua realização, na prática dos CTA, não deve estar restrita aos momentos pré e pós-testagem, nem ao atendimento às pessoas que buscam o diagnóstico. O aconselhamento antes da testagem deve ser oferecido a todos os usuários dos CTA. Fazem parte desta etapa o acolhimento, o estabelecimento do vínculo, o mapeamento de situações de vulnerabilidade e a orientação sobre o teste. É direito dos usuários optar pela realização ou não do procedimento de aconselhamento pré-teste, independentemente da metodologia diagnóstica utilizada, seja esta rápida ou convencional. Isso não significa suprimir o acolhimento e o diálogo sobre a motivação do teste, a metodologia a ser utilizada e as expectativas do resultado. Para os CTA que ofertam diferentes modalidades de testagem, é prerrogativa do usuário a decisão pelo método a ser utilizado.

Considerando-se a necessidade de manejar adequadamente as reações dos usuários frente ao diagnóstico, bem como de reiterar as orientações preventivas, todas as entregas de resultados de exames realizados nos CTA, independentemente de seus resultados, devem ser acompanhadas de aconselhamento pós-teste individual.

Na atenção às pessoas vivendo com HIV e aos portadores de hepatites virais, são atribuições dos CTA: a realização de encaminhamento resolutivo dos casos para os serviços de referência, com estabelecimento de mecanismos que busquem garantir também a contrarreferência; o acompanhamento dos usuários no período que se sucede ao diagnóstico, quando estes ainda não estiverem sendo acompanhados nos serviços de referência, de modo a contribuir para um melhor processo de assimilação e significação da nova condição sorológica e para a adesão aos cuidados e tratamentos; a realização de ações de aconselhamento para casais soropositivos e sorodiscordantes.

A avaliação de vulnerabilidades específicas para o HIV e as hepatites B e C, relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, deve ocorrer em todas as ações desenvolvidas pelo serviço. Os CTA devem abordar a questão na perspectiva da redução de danos e adequar as orientações preventivas, no momento do aconselhamento, conforme o tipo de droga utilizada. Os kits para redução de danos, cuja composição deve ser ajustada de acordo com a realidade de uso de drogas do contexto em que o CTA está inserido, assim como outros insumos essenciais – preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante – devem estar disponíveis no serviço e nas ações extramuros.

Os CTA devem reconhecer-se na rede de saúde e participar de esferas de discussão e decisão, como as comissões e conselhos de saúde locais. O diálogo permanente das equipes dos CTA com as demais equipes de saúde, seja da atenção básica ou especializada, contribui para a consolidação da atenção integral em saúde.

Por seu acúmulo de experiência e conhecimento, os CTA podem contribuir para a capacitação de profissionais de saúde e outros atores, em temas como aconselhamento e outros, definidos conforme suas habilidades.

Os **Serviços de Atenção Especializada (SAE)** são unidades ambulatoriais de atenção integral às PVHA.

A equipe multiprofissional deve contar, minimamente, com médico clínico treinado e/ou infectologista, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, assistente social e psicólogo.

O serviço deve caracterizar-se pela facilidade de acesso, tanto dentro do espaço geográfico do município (considerando malha viária e distribuição da população, entre outros fatores), quanto dentro da própria unidade de saúde (o que implica boa sinalização e fácil locomoção, entre outros fatores).

As atividades do serviço devem estar voltadas para a atenção integral, a cargo de equipe multiprofissional, priorizando-se o atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo às pessoas com DST/HIV/aids e hepatites virais. As principais atividades do SAE são as seguintes:

- Ações de prevenção e qualidade de vida, incluindo: oferta do diagnóstico das DST/HIV/aids, com aconselhamento pré e pós-teste individual e/ou coletivo; oferta de insumos de prevenção em geral, com incentivo ao uso de preservativos; promoção de ações para redução de danos como abordagem aos usuários de álcool e drogas; avaliação de risco para profilaxia da exposição sexual; oferta de atividades voltadas para a adesão ao tratamento; promoção de ações em sala de espera; promoção de ações voltadas à qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA); promoção de ações de Saúde Mental pela equipe multiprofissional, com foco na humanização do atendimento, acolhimento do usuário e escuta ativa dos profissionais; abordagem de parceiros e oferta de testes diagnósticos para os sorodiscordantes; oferta de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C.
- Assistência clínica e psicossocial às pessoas vivendo com HIV/aids, individual e/ou coletiva, incluindo: construção de Projetos Terapêuticos Singulares (com a participação do usuário); realização de planejamento familiar, incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV no planejamento da reprodução, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos das PVHA; realização da abordagem clínica e laboratorial inicial; indicação de profilaxias primárias e secundárias para infecções oportunistas (IO) e DST; indicação e manejo de terapia ARV, incluindo prevenção e monitoramento de eventos adversos e reconhecimento e manejo de falhas terapêuticas; diagnóstico clínico e laboratorial e manejo de comorbidades; realização de Prova Tuberculínica; manutenção de referências estabelecidas para realizar preenchimento facial como tratamento da lipoatrofia; acompanhamento psicológico (individual ou em grupo, com incentivo ao autocuidado); profilaxia pós-exposição sexual e ocupacional; oferta de orientações necessárias em legislação em saúde (para pessoas vivendo com HIV/aids) e assistência social.
- Manutenção de referências para serviços de apoio diagnóstico, laboratoriais e outros, assegurando a realização de contagem de células CD4/CD8, quantificação de carga viral e exames de genotipagem, assim como outros exames pertinentes à assistência.
- Oferta de assistência nas situações de acidente ocupacional e violência sexual, ou manutenção de referência estabelecida para esses casos.
- Oferta de assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo as referências e contrarreferências organizadas pela RAS.
- Oferta de atenção integral às DST.

- Oferta de atenção integral aos portadores de HV, a depender da organização da Rede de Atenção à Saúde local, incluindo assistência clínica e laboratorial.
- Realização de ações de vigilância epidemiológica relacionadas às DST, aids, hepatites virais e coinfecções.

Nos SAE, são considerados insumos essenciais: preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, ARV (caso haja uma Unidade de Dispensação de Medicamentos - UDM associada), insumos para profilaxia e tratamento das infecções oportunistas e das DST, kits para redução de danos e materiais educativos.

Os **Centros de Referência e Treinamento (CRT)** são unidades de referência para a atenção integral às pessoas com DST/HIV/aids e para a multiplicação dos conhecimentos, informações técnicas, capacitação das equipes de saúde e assistência em diversas subespecialidades.

A equipe mínima de profissionais para os CRT deverá ser composta por médicos infectologistas, com pelo menos um médico de referência em genotipagem; médico ginecologista e obstetra; enfermeiro; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; assistente social; psicólogo; nutricionista; cirurgião-dentista. Nas regiões em que haja demanda, recomenda-se a inclusão de um médico pediatra na equipe multiprofissional.

A partir da recomendação de que os CRT realizem o preenchimento facial, de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria Conjunta SAS/SVS nº 01, de 20 de janeiro de 2009 (BRASIL, 2009), deve-se incluir na equipe um médico dermatologista e/ou cirurgião plástico capacitado para realização desse procedimento.

Idealmente, a equipe expandida necessária à realização das atividades de referência do serviço pode contar, ainda, com fisioterapeuta, fonoaudiólogo e profissional de educação física.

As atividades desenvolvidas nos Centros de Referência e Treinamento são, além das mesmas realizadas pelos SAE, as seguintes:

- Acompanhamento do pré-natal da gestante com HIV;
- Prevenção e tratamento das afecções odontológicas;
- Abordagem nutricional para prevenção e tratamento de eventos adversos;
- Avaliação física e aconselhamento para a prática de exercícios físicos.

A partir de tais considerações, pode-se verificar que as atividades de atenção às PVHA são todas organizadas no sentido equipe-usuário, de modo que o cuidado não deve ser centrado apenas no médico.

Este é um dos grandes desafios dos CRT, além de conseguirem estabelecer-se em uma efetiva Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tal rede deve pautar-se em arranjos de ações e de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, busquem garantir a integralidade do cuidado.

A RAS tem por objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Tais considerações podem ser melhor esclarecidas por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Destaca-se que a formação e operacionalização dessa Rede de Atenção se dará por meio dos próprios profissionais de saúde; no caso, os profissionais dos SAE.

Em seu cotidiano, a equipe deve reconhecer os fluxos de encaminhamento de usuários e a rede de atenção à saúde de que dispõe, tais como:

- CAPS I, II e III
- CAPSi
- CAPSad, CAPSad III
- Leitos Hospitalares
- Serviços de Residências Terapêuticas
- Unidades de Acolhimento
- Atenção Primária em Saúde
- CTA

Outras redes de apoio com as quais os SAE devem se relacionar, tais como ONG, instituições de ensino e formação profissional, igrejas ou outros espaços de manifestações religiosas, cooperativas e centros de cultura, são também de grande importância para a integração das PVHA.

O envolvimento do profissional em todas essas atividades pode parecer complexo, mas é fundamental para a atenção integral às PVHA. É importante que cada profissional busque capacitar-se, em sua área de atuação, sobre as especificidades do cuidado às PVHA, e socialize seu saber com a equipe, nas discussões de caso e trocas de experiências.

7.5 Fortalecendo parcerias

Cabe lembrar que tanto os serviços especializados em DST/HIV/aids como os serviços de saúde mental precisam estar inseridos em uma rede articulada de atenção à saúde que se proponha a oferecer um *continuum* de cuidados. Assim, as parcerias entre Programas de Saúde, em especial com os serviços de atenção às DST, aids e hepatites virais, vêm contribuir de forma fundamental para a promoção de uma assistência integral de qualidade e inclusiva.

A articulação fortalecida entre os serviços que compõem a rede de atenção favorecerá a troca de informações e orientações quanto ao manejo e aos cuidados específicos que a clientela demanda. Esse cuidado poderá ser realizado nos próprios serviços, sejam eles dirigidos aos agravos decorrentes do HIV/aids ou àqueles decorrentes de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas, assim como por outros serviços dos diferentes programas, fortalecendo, dessa forma, uma atenção realmente integral e integrada.

A colaboração entre a Coordenação de Saúde Mental e o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais já se dá há algum tempo, como, por exemplo, na reunião de esforços para a incorporação da estratégia de redução de danos dirigida aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de saúde em geral, nos serviços especializados em DST e aids e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Outro exemplo de colaboração entre as áreas é o apoio, por meio de editais conjuntos, a projetos de organizações não governamentais, universidades e secretarias estaduais e municipais. Um desses editais possibilitou a realização do Projeto PESSOAS (Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional), uma parceria de sucesso que teve por objetivos determinar a prevalência desses agravos entre pessoas atendidas em hospitais psiquiátricos e em serviços substitutivos (CAPS); descrever seu perfil sociodemográfico, de comportamento, situação de risco e de atenção à saúde; e avaliar a estrutura dos serviços (hospitais e CAPS).

Esse estudo apontou importantes questões para a reflexão dos gestores, apresentando também subsídios para a implantação de ações específicas tanto para a Coordenação de Saúde Mental quanto para o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Entre essas questões inclui-se a necessidade de desenvolver ações e programas de educação sexual, de prevenção às DST/aids e de capacitação dos profissionais das duas áreas programáticas, considerando as peculiaridades e vulnerabilidades da pessoa que apresenta transtorno mental, garantindo uma atenção integrada e integral a partir de parcerias entre os respectivos serviços e investindo em um sistema de referência e contrarreferência realmente efetivo.

Tais ações são norteadas por princípios comuns às duas áreas: acolhimento, inclusão social, garantia dos direitos, intersetorialidade, enfrentamento do estigma e da discriminação.

Outra interface importante deve ser estabelecida com a Atenção Primária em Saúde, a qual demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população; necessita, em suma, de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva.

Contar com a proximidade da comunidade é condição fundamental para se criar um clima favorável ao vínculo entre o serviço de saúde e a população-alvo. Assim, a Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária desse sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2008).

O NASF deve ser constituído por equipes formadas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios das Equipes de Saúde da Família (ESF) no qual o NASF está cadastrado.

A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criam espaços de discussão para a gestão do cuidado. Dessa maneira, o NASF não se constitui em porta de entrada do sistema para os usuários, mas em apoio às equipes de saúde da família, e tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado que se pretende dispensar à saúde da família.

A própria metodologia priorizada no funcionamento dessa estratégia de saúde implica a necessidade de articulação com outros pontos de atenção em saúde e de compreensão do usuário dentro da sua integralidade.

7.6 Como enfrentar o desafio da articulação?

Para enfrentar o desafio de melhorar a articulação, alguns passos apresentam-se como estratégicos:

1- Realizar o reconhecimento do território, ou seja, mapear a rede de serviços, programas e iniciativas oriundas tanto de ações governamentais quanto da sociedade civil disponível. Esse (re)conhecimento permitirá lançar mão de todos os diferentes recursos disponíveis, por ocasião da construção dos projetos terapêuticos individuais.

2- Articular os pontos da rede a partir de visitas em que seja possível o compartilhamento de informações e experiências e a apresentação das ações desenvolvidas, visando às possíveis pactuações.

3- Buscar atualização técnica, propor cursos de formação e atualização, estágios em serviço, conhecer peculiaridades dos usuários de cada serviço e região, atentar para as características culturais e sociais do território.

4- Estabelecer fluxos para que a parceria seja efetiva, funcionando como referência para outros serviços.

Considerando que a saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção da qualidade de vida, o desafio de articular diferentes setores na resolução de problemas é uma estratégia que se traduz pela intersetorialidade.

E o que é, afinal, a intersetorialidade?

A intersetorialidade como prática de gestão permite a criação de espaços compartilhados entre instituições e diferentes setores que atuam na produção da saúde (educação, trabalho e emprego, habitação, cultura e outros). Permite considerar o cidadão na sua totalidade, suas necessidades individuais e coletivas, formulando e implementando políticas públicas que tenham impacto positivo sobre a saúde da população. Dessa forma, a intersetorialidade garante a integralidade das ações, pois sua prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência dos serviços.

Portanto, todos, em especial os profissionais da saúde, desempenham um importante papel no enfrentamento do estigma e da discriminação, alterando sentidos e significados até então cristalizados na sociedade.

Atualmente, o Ministério da Saúde tem investido esforços no sentido de fortalecer o SUS, como, por exemplo, por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990; 2011), que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Objetiva-se dar maior transparência à gestão do SUS, orientando a definição de responsabilidades quanto aos serviços e ações de saúde, a conformação das regiões de saúde e o aprimoramento das relações interfederativas por meio da instituição do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), como mecanismo de fortalecimento do Pacto pela Saúde, na perspectiva de garantia de efetividade do direito à saúde do cidadão.

Esse Decreto é uma ferramenta que tem como objetivo principal propiciar a articulação efetiva dos serviços de saúde. Assim, a consolidação dessa estratégia e o enfrentamento diário dos desafios pelos trabalhadores da saúde possibilitam que o SUS se concretize como direito universal à saúde dos cidadãos brasileiros.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SAS/SVS nº 01, de 20 de janeiro de 2009**. Dispõe sobre as Unidades de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador de HIV/aids. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fff5a4004b541294b576b7af8fded4db/Portaria_01_SAS_SVS_2009.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**, Republicada em 04 de Março de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>. Acesso em: 11 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

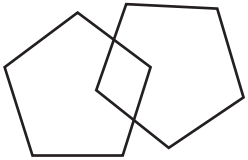
BRASIL. Presidência da República. **Decreto Federal Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 11 out. 2011.

Anexos

Ilustração: Vivian Lee

Ilustração: Vivian Lee

Anexo A – Miniexame do Estado Mental (MMSE)

Questões	Pontos
1. "Qual é o ano? A estação (ou metade do ano)? O dia? O mês?"	5
2. "Onde estamos: estado? País? Cidade? Bairro ou hospital? Andar?"	5
3. "Nomeie três objetos" (p. ex, carro, vaso, janela), levando 1 segundo para cada. Depois, peça ao paciente que os repita para você. Repita as respostas até o indivíduo aprender as 3 palavras (5 tentativas).	3
4. Setes seriados: "Subtraia 7 de 100; subtraia 7 desse número"; etc.	5
Faça um intervalo após 5 respostas. Alternativa: "Soletre MUNDO de trás para a frente".	
5. Peça ao paciente que nomeie os 3 objetos aprendidos na questão 3.	3
6. Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2
7. Peça ao paciente que repita: "Nem aqui, nem ali, nem lá".	1
8. Peça ao paciente que obedeça a seguinte instrução: "Pegue o papel com sua mão direita. Dobre-o ao meio com as duas mãos. Coloque o papel no chão".	3
9. Peça ao paciente para ler e obedecer o seguinte: "Feche os olhos".	1
10. Peça ao paciente que escreva uma frase de sua escolha.	1
11. Peça ao paciente que copie o seguinte desenho: 	1
Escore total (máximo: 30 pontos)	

Fonte: Folstein et al., 1975, Bertolucci et al., 1994

Anexo B – Tipos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

CAPS I – Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes
• Para atendimento diário a usuários, em sua população de referência, com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. • Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira.
CAPS II – Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
• Para atendimento diário a usuários, em sua população de referência, com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. • Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. • Pode ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas.
CAPS III – Municípios com população acima de 200.000 habitantes
• Para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes, transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. • Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. • A partir da publicação da Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, os CAPS III também poderão ser específicos para usuários de crack, álcool e outras drogas, denominando-se, nesses casos, CAPSad III.
CAPSi – Municípios com população acima de 200.000 habitantes
• Para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. • Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. • Pode ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas.
CAPSad – Municípios com população acima de 100.000 habitantes
• Para atendimento diário a usuários de álcool e drogas, com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. • Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. • Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. • Pode ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas.

Obs.: para a implantação dos serviços poderão ser considerados outros critérios, além do populacional, como, por exemplo, os critérios epidemiológicos.

Fonte: Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.

Apêndice A – As Oficinas de Arte do CRT-DST/ Aids de São Paulo

As ilustrações que compõem este volume foram produzidas nas Oficinas de Arte destinadas aos portadores de HIV/aids matriculados no Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids de São Paulo. As Oficinas de Arte iniciaram-se em 1997, como uma proposta interdisciplinar entre o Serviço de Psicologia e o Serviço Social.

Atualmente, as oficinas estão divididas em dois grupos: a Oficina de Pintura em Tela e a Oficina de Aquarela. Ambas são realizadas no atelier do Museu Lasar Segall e contam com a coordenação de psicólogas, assistente social e artistas plásticas voluntárias, em parceria com o Museu. Localizado próximo à Instituição, o Museu proporciona um ambiente mais adequado à atividade e é muito valorizado pelos usuários do serviço, como espaço de arte e cultura.

Para participar das oficinas, os usuários precisam apenas demonstrar interesse pela atividade, não sendo necessário nenhum conhecimento prévio acerca de qualquer técnica artística. Também não há critérios de exclusão.

O objetivo dessas atividades é fundamentalmente terapêutico, utilizando as técnicas de arte e pintura para promover um maior e melhor equilíbrio psíquico, melhora da autoestima, criatividade, socialização, reinserção social e geração de renda.

O trabalho é realizado semanalmente, em sessões de 2 horas e meia de duração; cada oficina envolve cerca de doze participantes e a proposta inicial é de que o usuário produza uma imagem por meio de reprodução ou criação própria, tendo sua criatividade estimulada.

Qualquer usuário adulto pode frequentar as oficinas. Os interessados são incluídos em uma "lista de espera" e são chamados à medida que as vagas vão surgindo.

Ao longo do ano, além das atividades semanais, são realizadas exposições das obras produzidas em diversos espaços do CRT e de outras instituições. As obras expostas são colocadas à venda e o dinheiro é integralmente destinado aos seus autores. Também são promovidas visitas monitoradas a exposições nos museus da cidade de São Paulo para aprimoramento técnico e cultural, além de outras atividades que estimulem a socialização do grupo.

As obras produzidas também são utilizadas na ilustração de diversos materiais de publicação e divulgação do CRT.

Considera-se que os objetivos propostos são atendidos na medida em que os usuários percebem um maior reconhecimento de seu potencial, seja durante a elaboração, produção ou conclusão da obra. Vale ressaltar que a construção simbólica é tida como mais importante que o resultado final.

A técnica e o processo grupal são facilitadores para que conteúdos internos sejam expressos tanto pela arte como pela forma verbal entre os integrantes, estimulando uma melhor troca entre eles.

A presença de profissionais da Saúde Mental é essencial para o funcionamento das oficinas. Seu papel é o de estarem atentos ao processo e intervirem, quando necessário, em situações de eventuais dificuldades e comportamentos que podem surgir tanto durante a realização da atividade quanto na relação intra e interpessoal, atuando como mediadores de conflitos. Atualmente, as profissionais que coordenam a oficina são: Fabiana Lo Bello, Laura H. Bugamelli e Marisa F. Nakae.

As artistas plásticas voluntárias Lenira Lopez Romero e Rosa Higasi também desempenham um importante papel, não somente pelos seus conhecimentos técnicos e artísticos, mas também pela disponibilidade pessoal demonstrada nesse trabalho.

Anotações:

Anotações:

Anotações:

Anotações:

Anotações:

Anotações: