Neide Emy Kurokawa e Silva

Comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais na
perspectiva do cuidado em saúde

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Neide Emy Kurokawa e

Comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais na perspectiva
do cuidado em saúde / Neide Emy Kurokawa e Silva. -- São Paulo, 2009.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo.

Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Descritores: 1.Parceiros sexuais 2.Comunicação 3.Síndrome de
imunodeficiência adquirida/diagnóstico 4.Assistência à saúde

USP/FM/SBD-039/09

"Tem que se estabelecer alguma legislação para eu não prejudicar nem o paciente e nem prejudicar o profissional de saúde."

"Na hora que chega uma gestante, que tem um parceiro, que ela está mantendo relação sexual e não contou ainda que ela tem o vírus. Qual é a minha responsabilidade? Eu tenho que convocar esse parceiro imediatamente? Eu tenho que falar assim: você vai trazer ele aqui e eu vou contar? Ou eu tenho que dar um tempo prá ela contar? Se ela não contar, existe esse tempo pré-determinado, que eu tenho que chamar esse parceiro, convocar e falar?"

"Eu acho que essa estratégia de notificar, quando se pensa em ter uma arma e tal, pode parecer um caminho, entre haspas, mais fácil, e aí às vezes as pessoas pedem isso. Alguns profissionais pedem isso como sendo mais fácil: um manual! Como fazemos? Damos um prazo? E aí, vamos lá? E aí fica mais fácil que negociar. Porque negociar é difícil. Tentar ir desconstruindo junto e trabalhando. É difícil. E as pessoas às vezes acham que vai ser mais fácil ter uma receita."

"Você espera que quando dá um resultado que dá tanto problema, a pessoa vai ser capaz de introjetar esse resultado e além disso planejar de contar pro parceiro ou prá parceira; sair de lá e contar? É claro que não! E a longo prazo, como é que faz?"

(Excertos de depoimentos de participantes da pesquisa)

A todas as pessoas que queiram participar dessa discussão.

Oração ao Tempo

(Caetano Veloso)

És um senhor tão bonito quanto a
cara do meu filho

Tempo Tempo Tempo Tempo,
vou te fazer um pedido

Tempo Tempo Tempo Tempo

Compositor de destinos, tambor de
todos os ritmos

Tempo Tempo Tempo Tempo
entro num acordo contigo

Tempo Tempo Tempo Tempo

Por seres tão inventivo e
pareceres contínuo

Tempo Tempo Tempo Tempo és
um dos deuses mais lindos

Tempo Tempo Tempo Tempo

Que sejas ainda mais vivo no som
do meu estribilho

Tempo Tempo Tempo Tempo
ouve bem o que te digo

Tempo Tempo Tempo Tempo

Peço-te o prazer legítimo e o
movimento preciso

Tempo Tempo Tempo Tempo
quando o tempo for propício

Tempo Tempo Tempo Tempo

De modo que o meu espírito
ganhe um brilho definido

Tempo Tempo Tempo Tempo
e eu espalhe benefícios

Tempo Tempo Tempo Tempo

O que usaremos pra isso fica
guardado em sigilo

Tempo Tempo Tempo Tempo
apenas contigo e comigo

Tempo Tempo Tempo Tempo
E quando eu tiver saído para
fora do círculo

Tempo Tempo Tempo Tempo
não serei nem terás sido

Tempo Tempo Tempo Tempo

Ainda assim acredito ser
possível reunirmo-nos

Tempo Tempo Tempo Tempo
num outro nível de vínculo

Tempo Tempo Tempo Tempo

Portanto peço-te aquilo e te
ofereço elogios

Tempo Tempo Tempo Tempo
nas rimas do meu estilo

Tempo Tempo Tempo Tempo

AGRADECIMENTOS

A todos os trabalhadores dos serviços especializados em DST e Aids. Aos companheiros do SAE Santana. Foram as suas inquietações que inspiraram e foram a razão de ser dessa empreitada.

A todos aqueles que gentilmente me concederam as entrevistas e participaram dos grupos. Obrigada pela riqueza do material empírico, propiciada pelos depoimentos, e também pela generosidade em facilitar os encontros, pelo tempo despendido, pelo "bis" quando a gravação pifou...

Ao embrião da minha retomada acadêmica, o NEPAIDS, grande responsável pelas inspirações e reflexões "onírico-conceituais" (e práticas) dessa trajetória.

Aos companheiros do grupo de estudos "Gadamer" que, entre leituras e não leituras, discussões parcimoniosas e calorosas, tem representado um importante exercício de aproximação à hermenêutica filosófica.

À minha querida família, pelo colinho, pela cumplicidade e pela paciência com minhas ausências. Obrigada pela presença redobrada de vocês!

Além do carinho familiar, nem tenho palavras para agradecer a Gabriela, pelo apoio decisivo nas providências e desespero da última hora, de entrega

da tese; à Indira e à Ilka pelos "help", especialmente com as traduções; à Naoe e ao Renato, pelos almoços de domingo.

Ao meu companheiro de todas as horas, inclusive os de "reclusão": Cá, muito obrigada!

Às minhas amigas Ângela, Janete, Luzia C., Magda, Márcia, pelo estímulo, pelo carinho, pelas broncas, pelos palpites, pelos plantões cobertos. E, especialmente, pela amizade!

À minha amiga e cúmplice de jornada, Luzia, com a qual pude compartilhar todos os momentos dessa estrada: cada descoberta, cada atrapalhão, cada desespero, cada choro, cada risada e cada alegria.

Aos amigos que continuaram sendo meus amigos mesmo com meus "furos", minhas atrapalhções e meus sumiços. No fundo, no fundo, sei que torciam por mim!

A todos aqueles que viabilizaram a transformação do projeto em tese.

Ao José Ricardo, meu orientador desde sempre e para sempre. Pela sua generosidade, paciência, carinho e amizade. Quero expressar meu imenso respeito e afeto por você.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	1
II. COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV NO CONTEXTO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: A NOTIFICAÇÃO DE PARCEIROS EM PAUTA	7
1. SOBRE A IDÉIA DE "POLÍCIA DA CAMA"	7
2. BASES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DA NOTIFICAÇÃO DE PARCEIROS	11
3. BREVE HISTÓRICO SOBRE A NOTIFICAÇÃO DE PARCEIROS: DA SÍFILIS À AIDS	17
III. ENTRE DIREITOS HUMANOS E CRIMINALIZAÇÃO: TENSIONAMENTOS ÀS PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV A PARCEIROS SEXUAIS	23
IV. QUESTÕES ÉTICAS SOBRE O DEVER DE COMUNICAR E O DIREITO DE SABER.....	32
V. CONTROLE DA DOENÇA E ASSISTÊNCIA AO PACIENTE: UMA "DUPLA" TAREFA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE? À GUIA DA NOSSA TESE.....	38
VI. OBJETIVOS.....	44
1. OBJETIVO GERAL	44
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
VII. METODOLOGIA.....	45
1. QUADRO TEÓRICO	45
1.1 - <i>A dialógica do Cuidado como ponto de partida</i>	47
1.2 - <i>Esfera Pública</i>	54
1.2.1 - Desenvolvimento da Esfera Pública em Hannah Arendt.....	54

1.2.2 - Esfera Pública em Habermas	61
2. TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA	67
2.1 - <i>Racionalidade Comunicativa</i>	69
2.2 - <i>Ação comunicativa</i>	72
2.3 - <i>Mundo da vida e sistema</i>	78
2.4 - <i>Ética discursiva – aspectos morais da ação comunicativa</i>	83
2.5 - <i>“Para o uso pragmático, ético e moral da razão prática”</i>	87
2.5.1 - Uso pragmático da razão prática	88
2.5.2 - Uso ético da razão prática	89
2.5.3 - Uso moral da razão prática	91
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	100
VIII. PLANO DE ANÁLISE	111
IX. ASPECTOS ÉTICOS	113
X. RESULTADOS	114
1. IMPORTANTE, MAS “EM BAIXO DO TAPETE”. ENTRE A INVISIBILIDADE E A PUBLICIZAÇÃO	117
1.1 - <i>Assistência</i>	118
1.2 - <i>Vigilância</i>	127
1.3 - <i>CNAIDS</i>	130
2. HORIZONTES NORMATIVOS QUE INFORMAM AS PREOCUPAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: SOBRE A TEMATIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV A COMUNICANTES SEXUAIS.....	136
2.1 - <i>Notificação de Parceiros: regras para “estrangeiro” ver</i>	140

2.2 - <i>Entre indagações e indignações: modos de se apropriar da noção de integralidade. A moralidade em pauta</i>	145
3. NEM OMISSÃO, NEM INVASÃO. ESTRATÉGIAS E DESAFIOS PARA LIDAR COM A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HIV A PARCEIROS SEXUAIS	157
3.1 - <i>A ameaça</i>	160
3.2 - <i>A campanha</i>	163
3.3 - <i>O conselho</i>	166
3.4 - <i>A cumplicidade</i>	169
4. A "MANIPULAÇÃO" OU GESTÃO DO ESTIGMA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	178
5. A AMPLIAÇÃO DO REPERTÓRIO DISCURSIVO COMO UMA POSSIBILIDADE DE RESPOSTA AO ESTIGMA	187
XI. DE VOLTA AO PONTO DE PARTIDA: DIREITOS HUMANOS, HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E CUIDADO. CONSIDERAÇÕES FINAIS	192
XII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	199

RESUMO

Silva NEK. *Comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais no contexto da atenção à saúde*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 211 p.

A denominada "resposta brasileira à epidemia de aids" é exemplar pelas suas políticas e iniciativas públicas, incitando continuamente a emergência de desafios à atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV. Um deles diz respeito a uma questão polêmica, ainda que pouco debatida no cenário nacional: a comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais de pessoas soropositivas. Por um lado, essa questão evoca a responsabilidade pelo controle da cadeia de transmissão do HIV. Por outro, há a preocupação com o bem estar psicossocial do paciente em suas relações afetivo-sexuais, conjugais e familiares. O objetivo do presente trabalho foi apreender, através dos discursos de sujeitos envolvidos nessa prática, como essas distintas lógicas - de uma perspectiva coletiva, informada pelos pressupostos da Saúde Pública e de uma tônica no indivíduo e suas singularidades - são operadas e articuladas nas práticas de comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, em serviços de saúde especializados em DST/aids, do Município de São Paulo. Trata-se de estudo qualitativo, orientado pelos discursos de profissionais de saúde, de membros da Comissão Nacional de Aids, de técnicos em vigilância epidemiológica e pacientes, captados através de grupos, focal e educativo, e de entrevistas individuais em profundidade, com roteiro semi-estruturado, entre 2007-2008. A base teórica para interpretação dos discursos combina

aportes conceituais sobre a Esfera Pública e a Teoria da Ação Comunicativa (Habermas), e sobre o Cuidado (Ayres). A comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais apresenta-se como uma questão que, embora importante, não alcança esferas de debates públicos com os diferentes atores sociais envolvidos. Na prática, a lógica epidemiológica não se materializa nem é almejada sob a forma de ações clássicas da vigilância epidemiológica, como a busca de comunicantes. São valores implicados em seus pressupostos, contrastados com aqueles das esferas privadas e íntimas, que parecem tornar problemática a comunicação de diagnóstico de HIV ao parceiro sexual. Dentre as estratégias utilizadas pelos profissionais, oscila-se entre a ameaça (de cunho policialesco) e a cumplicidade (que trata a comunicação como um problema íntimo). O principal foco dessas iniciativas é minimizar o estigma que cerca o portador do vírus. Da amplitude das interpretações e proposições que consideram o estigma nas práticas de saúde, vislumbra-se que a sua ativa problematização nas situações concretas da atenção pode ser um caminho possível e prático para o seu enfrentamento, por meio da criação de repertórios argumentativos. Esse modo peculiar de fazer face ao estigma pode deslocar as perspectivas, higienista e de regulação jurídica, para horizontes normativos técnica, ética e politicamente relevantes para integrar comunicação de diagnóstico de HIV ao parceiro sexual e atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV.

Descritores: 1.Parceiros sexuais 2.Comunicação 3.Síndrome de imunodeficiência adquirida/diagnóstico 4.Assistência à saúde

SUMMARY

Silva NEK..*Disclosure of HIV infection to sexual partners in the comprehensive care context* [thesis] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 211 p.

The Brazilian response to the AIDS epidemic outstands for its policies and public initiatives, continuously stimulating the challenges for the healthcare of people living with HIV to come out. One of them refers to a polemic issue, yet little debated in the national agenda: the HIV disclosure to sexual partners of HIV positive people. This question claims for the responsibility over HIV transmission control. On the other hand, the patient's psychosocial well-being in their sexual-affective, marital and family relationships raises concern. The objective of the present study was to understand, based on the discourses of the subjects involved in this practice, how these distinctive logics – the collective perspective based on Public Health concepts and the emphasis on the individual and their singularities – are managed in the practices of disclosing HIV infection to sexual partners in STD/AIDS specialized clinics in the city of São Paulo. A qualitative study was carried between 2007-2008 out with health professionals, members of Brazil's AIDS Program, surveillance technicians and patients who participated in focus and education groups and answered individual in-depth interviews, both oriented by a semi-structured guide. Public Sphere/ Communicative Action Theory (Habermas) and Comprehensive Care (Ayres) were the theoretical framework of the analysis. HIV disclosure to sexual partners constitutes an issue that, despite relevant,

does not reach the public debate domains with the different social actors involved. In practice, the epidemiology logic is neither materialized, nor desired in terms of classic surveillance practices, such as the contact tracing. The contrast of assumptions between public and private spheres seems to be a barrier to HIV disclosure to the sexual partner. The strategies adopted by professionals range from threatening (acting as if they were the “police”) to complicity (the disclosure is managed as an intimate matter). The main focus of these initiatives is to minimize the stigma towards the seropositive person. From the great variety of interpretations and propositions about stigma in health practices, the constitution of argumentative repertoires that actively question the stigma in concrete situations may be a possible and practical way of facing it. This peculiar way of approaching stigma may change hygienist and law regulated perspectives into normative horizons that are technical, ethical and politically relevant to integrate HIV disclosure to sexual partners and care of people living with HIV.

Descriptors: 1. Sexual partners; 2. Communication; 3. Acquired immunodeficiency syndrome/diagnosis; 4. Delivery of health care

I. INTRODUÇÃO

O Brasil vem respondendo a muitos dos desafios da epidemia de aids, entre eles, o acesso ao tratamento, a disponibilização gratuita de medicamentos específicos para a doença; a criação de protocolos para o tratamento às pessoas infectadas pelo HIV; a distribuição de insumos de prevenção – de preservativos a *kits* de redução de danos a usuários de drogas injetáveis; chegando a conferir uma certa “identidade” a essas iniciativas, conhecidas como “resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids”.

Contribui para este panorama a existência no país do Sistema Único de Saúde - SUS, previsto na Constituição (Brasil, 1988), que preconiza a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade na atenção à saúde.

Em sintonia com os princípios do SUS, identificam-se ainda dois importantes movimentos que têm fundado as políticas e práticas de saúde voltadas para a atenção às pessoas vivendo com HIV: os preceitos dos Direitos Humanos e as proposições da Humanização da Saúde.

Cada um desses movimentos tem histórias, aspirações e alcances próprios, mas, na interface com a aids, consideram as especificidades da doença, tanto as biológicas quanto as suas implicações sociais e econômicas, além das particularidades individuais. Os Direitos Humanos, no plano social mais amplo, almejam a garantia de direitos às pessoas soropositivas, na condição de cidadãos e de portadores de uma doença marcada pelo preconceito, estigma e discriminação sociais (Ventura, 2005).

A humanização da assistência, no âmbito dos serviços de saúde, visa a integralidade das ações, particularmente no tocante às interações entre profissionais e usuários (Oliveira et al., 2005).

Sob esse privilegiado pano de fundo, onde convergem os princípios do SUS, dos Direitos Humanos e da Humanização da Assistência, o cotidiano da assistência à saúde apresenta questões, cujos encaminhamentos, ora se aproximam, ora se distanciam desse horizonte e, ao fugirem do domínio estritamente técnico, não encontram soluções protocoladas.

Uma situação dessa natureza, que atravessa e confronta o campo da prevenção, da vigilância em saúde e, *stricto sensu*, da assistência, diz respeito à comunicação do diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais de pessoas soropositivas, em especial, no âmbito da ação dos profissionais de saúde.

No Brasil, ainda que pulverizada e com debates incipientes, a preocupação com a questão da comunicação do diagnóstico de HIV aos parceiros pode ser captada em alguns veículos, como os Manuais de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999; 2006), que fazem menção ao tema em suas recomendações sobre fluxos de atenção ao portador de doenças sexualmente transmissíveis em geral.

Ainda dentre as iniciativas governamentais, embora não abordando especificamente a questão das parcerias sexuais no contexto do HIV, tem

sido dada especial atenção ao controle da sífilis congênita, para o qual estão previstos, no caso da gestante com diagnóstico de sífilis, o tratamento do parceiro, através da abordagem sindrômica, independentemente de testagem; ou a solicitação de testagem ao parceiro, concomitantemente ao da gestante (Duarte, 2007; SES, 2007, 2008).

A temática da comunicação do diagnóstico aos parceiros sexuais também se faz presente nas consultas dos profissionais de saúde acerca do quê fazer diante das dificuldades e/ou recusas dos seus pacientes em revelarem seus diagnósticos de HIV aos parceiros sexuais. Alguns exemplos dessas dúvidas dos profissionais podem ser encontrados em uma página da internet, de uma organização não governamental brasileira¹ ou então dentre os pareceres da Câmara Técnica da Ética e da Cidadania de DST/Aids do Paraná².

Na mídia, o jornal O Estado de São Paulo também dedicou espaços para assuntos afins, como reportagens sobre o uso de serviços de internet para avisar parceiros de pessoas soropositivas para o HIV, que não conseguem, não querem ou não podem fazê-lo pessoalmente, ou sobre decisão judicial, inédita no Brasil, de condenação de um portador do HIV, por homicídio intencional, por ter mantido relacionamento sexual, sem que a parceira tivesse conhecimento da situação (Leite, 2007).

¹ Sociedade Viva Cazusa, Fórum Científico HIV & Aids, atualmente fora do ar. <http://www.hiv.org.br/>

² Parecer 4/94, da Câmara Técnica da Ética e Cidadania de DST/Aids do Paraná.

A Folha Online³ lançou, entre os dias 11 e 19 de junho de 2007, enquete dentre os leitores com a pergunta: *“Em sua opinião, alguém que contamina intencionalmente uma pessoa com o vírus HIV deve ser julgado por assassinato?”*. Embora sem valor estatístico, como alertado pelo próprio veículo, 10.539 leitores responderam a essa enquete, dos quais 88% responderam “sim” (Murta, 2007).

Dentre outros conselhos corporativos de profissionais da área de saúde, os Conselhos de Medicina (Federal e Regionais) têm se posicionado explicitamente acerca dos comunicantes sexuais de pacientes portadores do HIV (em especial, o Parecer CFM 14/1988 e a Resolução CFM 1.359/1992, revogada pela Resolução CFM 1.665/2003), evidenciando os princípios da justa causa e do dever legal nos debates sobre a confidencialidade.

É possível vislumbrar, a partir dessas pequenas tomadas, que a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais enseja leituras a partir de diferentes perspectivas. Do rompimento da cadeia de transmissão do HIV ao rompimento de relacionamentos conjugais, incluindo a geração ou agravamento de situações de violência, além da ameaça à relação de confiança (entre os parceiros e entre os profissionais e os pacientes), parecem ser muitos os desafios para os profissionais de saúde, ao lidarem com esse tema na cena assistencial.

Cada um dos acentos que se pretende para a temática enseja o recurso a diferentes terminologias, como revelação de diagnóstico, busca de

³ Jornal online do Grupo Folha, que veicula o jornal Folha de São Paulo.

comunicantes, notificação de parceiros sexuais, as quais apresentam distinções, ainda que sutis.

A revelação de diagnóstico parece afinar-se com a idéia de divulgação de algo que é secreto, uma confidência (Houaiss, 2002), no caso, a situação sorológica para o HIV, remetendo ao sentido de *gestão de um segredo*, no contexto privado da conjugalidade, sem um compromisso primeiro com a saúde, seja individual ou coletiva, ou, mais especificamente, com a presença do risco de infecção pelo HIV.

A busca de comunicantes sexuais consiste num mandado estatal, conduzido por funcionário da saúde pública (Adams e Saavedra, 1998), e, embora sua preocupação também tenha o caráter público, de quebrar a cadeia de transmissão do HIV, não é sinônimo de Notificação de Parceiros, como detalhado adiante.

Para o contexto das práticas de saúde, do modo como se pretende abordar o assunto, pareceu mais oportuna a expressão *comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais*, ressaltando, por redundante que seja, os aspectos *comunicacionais* do processo.

Embora o debate sobre a questão dos parceiros sexuais, em quaisquer dos âmbitos acima mencionados, seja ainda tímido no Brasil, circunscrito talvez às vozes dispersas dos profissionais nos ambulatórios ou pulverizados em outras temáticas, presencia-se certo tensionamento, especialmente no contexto do HIV e das práticas de saúde, que merece ser

evidenciado e compreendido, sob o pano de fundo (e os horizontes) da resposta brasileira à epidemia de aids.

Como um primeiro movimento nessa direção, tentaremos esboçar alguns dos principais discursos sobre a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, valendo-nos de experiências brasileiras e internacionais, no sentido de situar a questão e delimitá-la como objeto de nossa investigação.

Para localizar esses discursos, valemo-nos de três grandes eixos que têm organizado os debates, nacionais e, sobretudo internacionais, sobre os parceiros sexuais e a comunicação de diagnóstico de HIV, quais sejam: a Vigilância Epidemiológica; os Direitos Humanos e tipificação da transmissão de HIV como crime; e as questões éticas.

II. COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV NO CONTEXTO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: A NOTIFICAÇÃO DE PARCEIROS EM PAUTA

1. Sobre a idéia de “polícia da cama”

Algumas ações de saúde dirigidas à questão dos comunicantes sexuais lembram as estratégias adotadas pela chamada polícia médica (Santos et al., 2006), calcada numa concepção higienista de Saúde Pública, ensejando a sugestiva expressão, de “polícia da cama”⁴.

A idéia de polícia médica remonta aos primórdios da Saúde Pública na Europa do final do século XVIII, detalhadamente descrita por Rosen (1978) e Foucault (1979).

Na Alemanha setecentista, a Saúde Pública caracteriza-se como uma medicina de estado, para intervir na vida do médico e do cidadão comum da cidade. O pano de fundo é o processo de unificação alemã, que obrigava o Estado a reforçar seu poder central, atuando não só na política econômica como em outras atividades essenciais à população.

⁴ Essa expressão foi localizada no título de um artigo, o qual não foi consultado diretamente. Potterat, JJ, Muth, SQ, Muth JB. Partner notification early in the AIDS era: misconstruing contact tracers as bedroom police. In: Margolis, E, ed. *Aids Research/Aids Policy: Competing Paradigms Of Science And Public Policy*, 1998; 6:1-15.

Já na França, as ações de Saúde Pública são impulsionadas pelo fenômeno da urbanização das grandes cidades, principalmente de Paris, constituindo o que Foucault chama de medicina do espaço urbano, que é motivada pela necessidade de organizar o corpo da cidade de forma coerente, homogênea, sob um poder único e disciplinar. O objetivo é sanear os espaços das cidades, regulamentando a localização de cemitérios e hospitais, arejando as ruas e construções públicas e isolando áreas “miasmáticas”⁵.

Na Inglaterra, a Saúde Pública começa a organizar-se predominantemente como uma “medicina da força de trabalho” e tem por foco a saúde do proletariado pobre, com o sentido instrumental de manter a mão de obra apta à produção (Foucault, 1979).

O espectro da polícia médica alcançava os mais recônditos espaços da vida, inclusive os íntimos, com vistas ao bem estar da comunidade. Incluía dados estatísticos, hospitais militares, doenças epidêmicas e *venéreas*. Além disso, também visava proteção às grávidas, saúde infantil, alimentação, vestuário e recreação das crianças. Num outro pólo, também interferia maciçamente na higiene das moradias e na limpeza pública.

Todos esses acontecimentos aliam-se ao movimento de medicalização do espaço social, fundada no naturalismo médico e legitimada pelo seu estatuto científico. Segundo Birman (2005), p. 12:

⁵ Antes das descobertas da microbiologia, supunha-se que havia uma emanção responsável pelas doenças infecciosas e epidêmicas.

Combater as epidemias e as endemias, esquadrihando o espaço urbano com dispositivos sanitários, constituiu-se como estratégia dominante da saúde pública. As razões do Estado, enfim, que tornou as condições de saúde de sua população como sua riqueza maior, constituíram-se como o grande suporte para a construção dos dispositivos da saúde pública.

Paim & Almeida Filho (1998), destacam que as propostas da polícia médica

estabelecem a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação social, desta forma remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política. Além do discurso *político*, essa fase incorpora um outro, identificado com a chamada *higiene*. A higiene compreende o "conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual, produzindo um discurso sobre a boa saúde, francamente circunscrito à esfera moral". (p. 302, grifos nossos).

Somando-se às suas bases morais ou jurídico-políticas, a Saúde Pública firmou-se, na Modernidade, através de outro discurso, o "científico". Ocorre uma redução instrumental e objetivante na apreensão do espaço público da saúde, subordinada a uma leitura tecnopragmática do conhecimento científico, divorciada das especificidades e necessidades dos indivíduos e populações. (Ayres, 1997).

Enraizado nesse contexto e a partir da premissa de que um eficiente controle dos comunicantes sexuais poderia ser igualmente eficiente no controle da epidemia, alguns países vêm implementando uma estratégia denominada Notificação de Parceiros. Embora pouco difundida no Brasil, é

uma prática utilizada nos programas de controle de doenças sexualmente transmissíveis, com o objetivo de identificar parceiros sexuais ou de compartilhamento de seringas, de pessoas com diagnóstico de DST, buscá-los e informá-los sobre a sua exposição, oferecendo suporte para que eles possam ser aconselhados, testados e tratados, se for o caso.

Mesmo levando em conta que a prática de Notificação de Parceiros não integra diretamente o conjunto de ações da resposta brasileira à epidemia de aids, essa tem sido uma estratégia privilegiada de intervenção na área da saúde, destacadamente nos Estados Unidos. Para a nossa realidade, o exame dessa estratégia pode servir como um fecundo contraponto para pensar as questões práticas envolvendo a comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais, no contexto dos serviços de saúde, a partir dos seguintes argumentos:

- Atentando para as especificidades locais, o exame dessa estratégia pode nos fornecer pistas que contribuirão na identificação das potencialidades e limites de iniciativas semelhantes, no trabalho dos profissionais de saúde.
- Por seu grau de formalização na Saúde Pública, cujos investimentos e debates, ainda que controversos, remontam a epidemia de sífilis, no século XIX, a Notificação de Parceiros tem acumulado avaliações e críticas das mais variadas vertentes,

podendo subsidiar nossas considerações sobre a ação dos profissionais de saúde frente aos casos de comunicação de diagnóstico a parceiros sexuais.

- Considerando, ainda, o seu caráter normativo, a Notificação de Parceiros, no contexto da Vigilância Epidemiológica, pode ir ao encontro das expectativas dos profissionais de saúde, de disporem de uma referência que oriente suas práticas nas situações de comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais.

A seguir, buscaremos detalhar a prática da Notificação de Parceiros, tanto nos seus aspectos conceituais e normativos, quanto aos entendimentos, dilemas e proposições que inspira, com o intuito de situar e delimitar as questões práticas que inspiram o nosso trabalho.

2. Bases conceituais e operacionais da Notificação de Parceiros

Embora a estratégia da Notificação de Parceiros estenda-se às parcerias de compartilhamento de seringas para uso de drogas injetáveis, focalizaremos as parcerias sexuais, pois, ainda que sob a mesma denominação e objetivos gerais, conformam distintos objetos de investigação, em relação às bases, aos arranjos e aos vínculos de um e

outro tipo de parceria, interessando-nos, aqui, aqueles relativos às conjugalidades.

A Notificação de Parceiros, no contexto da Saúde Pública e da Vigilância Epidemiológica, é também caracteristicamente uma responsabilidade governamental, empreendida por autoridades de Saúde Pública, que guarda o sentido de “avisar” alguém sobre o risco potencial de infecção, com o objetivo formal de reduzir esse risco (CDC, 1998). Além da identificação, localização e comunicação, típicas da busca de comunicantes, também incorporara as ações de aconselhamento aos parceiros notificados (Gostin & Hodge, 1998).

Afora a interrupção da cadeia de transmissão, como preocupação da Saúde Pública, Matheus et al. (2007), destacam outro objetivo para a Notificação de Parceiros, o clínico, cuja preocupação é prevenir a reinfecção do paciente-índice.

De um modo geral, as descrições sobre essa estratégia consistem na entrevista com o paciente infectado, chamado *caso-índice*, o qual divulga voluntariamente os nomes e as localizações de parceiros sexuais - os *comunicantes*, passados e presentes. Esses comunicantes são buscados e, quando possível, são notificados de sua exposição potencial à infecção. As autoridades de saúde não informam o nome do caso-índice ao comunicante, a fim de preservar a confidencialidade do paciente. Frequentemente são oferecidos tratamento médico e aconselhamento individual aos

comunicantes quando da notificação. Para os comunicantes que estiverem infectados, o processo é refeito, identificando os contatos sexuais adicionais.

Via de regra, a Notificação de Parceiros pode ser realizada utilizando-se uma ou mais combinações das seguintes ações:

- *Patient referral (derivación por pacientes)*: O paciente-índice é encorajado a contatar sua parceria sexual, aconselhando-a a procurar um serviço médico. Esse processo pode ser acompanhado por profissionais de saúde que orientam o paciente sobre a importância de buscar o comunicante, oferecendo-lhe o suporte necessário para a iniciativa (como o oferecimento de cartões com endereços e telefones dos serviços).
- *Provider referral (derivación del prestador de salud)*: O profissional de saúde, responsável pelo paciente-índice, pode realizar a notificação do comunicante, preservando o sigilo quanto ao nome do paciente-índice.
- *Conditional referral (derivación por contrato ou derivación condicional)*: O profissional de saúde, responsável pelo paciente-índice, levanta os nomes dos parceiros sexuais deste último, mas estimula que o próprio paciente notifique seu(s) comunicantes, estabelecendo ou combinando um prazo para que isso ocorra. No

final desse prazo, caso o(s) comunicante(s) não procurem o serviço de saúde, a notificação é feita pelo profissional de saúde.

Para controlar os comunicantes contatados, são utilizados cartões contendo duas partes: uma (parte A), fica retida na unidade que o preencheu, com informações sobre o paciente e sobre o parceiro; outra (parte B), é entregue ao paciente-índice que, por sua vez, a repassa ao(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais), com mensagem solicitando o comparecimento do comunicante ao serviço de saúde. O serviço de saúde considera o contato efetivado quando o comunicante entrega a parte B do cartão, ocasião em que tem início a abordagem de orientação, testagem e acompanhamento do mesmo.

Uma das únicas referências brasileiras encontradas acerca da operacionalização de ações similares à Notificação de Parceiros, o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST (Brasil, 2006), preconiza uma variação dos métodos acima descritos, para a comunicação dos parceiros:

- *Comunicação por cartão* (como já mencionado).
- *Comunicação por aerograma*. Utilizada caso os comunicantes não atendam à *comunicação por cartão* em um prazo de 15 dias ou o paciente-índice não queira entregar os cartões.

- *Comunicação por busca ativa.* Essa modalidade é acionada quando todos os recursos disponíveis forem esgotados. Deve ser realizada “de acordo com a disponibilidade de recursos humanos e materiais” (p. 27, MS, 2006).

Do ponto de vista do protocolo, a Notificação de Parceiros parece contar com passos bem planejados, prevendo os limites, as responsabilidades e as ações para a sua execução. Entretanto, essa prática tem ensejado muitas controvérsias e debates e tem sido alvo de questionamentos, inclusive quanto ao seu lugar na Saúde Pública, sobretudo no controle de comunicantes no contexto da aids.

Com o intuito de captar os debates em torno da Notificação de Parceiros, foi feita uma aproximação inicial da literatura sobre Notificação de Parceiros, que indicou um considerável volume de publicações em periódicos acadêmicos, sites especializados (governamentais e não-governamentais) e mesmo na imprensa, majoritariamente nos Estados Unidos e Inglaterra, explorando o tema sob diversos enfoques.

Do levantamento realizado na base Medline (atualizado em 10.03.2008), cruzando os termos “partner”, “notification”, “HIV”, foram encontradas 169 referências, publicadas nos últimos dez anos e distribuídas em 74 periódicos, de 19 países, maciçamente do hemisfério norte.

Periódicos especializados em doenças sexualmente transmissíveis, norte-americanos e ingleses foram os que mais publicaram artigos sobre o

tema: Sexually Transmitted Diseases (EUA, 24 artigos); International Journal STD AIDS (Inglaterra, 11 artigos); e Sexually Transmitted Infections (Inglaterra, 11 artigos). Sete periódicos específicos sobre aids, também dos referidos países, somaram 38 artigos.

Tais artigos ressaltam a importância do controle da transmissão do HIV, seja a favor, contra, ou contemporizando ambas as posições em relação à Notificação de Parceiros, de um modo geral, a partir das seguintes temáticas:

- a) Avaliação da eficácia e aceitabilidade da prática de Notificação de Parceiros. Apresentação de trabalhos sobre número de comunicantes contatados, testados, diagnosticados através dessa estratégia; custo x efetividade (comparando custos de diagnóstico e tratamento precoce e tardio, impactos sociais e econômicos); avaliação de médicos e pacientes.
- b) Comparação entre as clássicas estratégias de Notificação de Parceiros (patient referral, provider referral e conditional referral).
- c) Propostas de novas tecnologias para a Notificação de Parceiros, como uso de Internet; utilização de modelos de redes sociais; utilização de vídeos em salas de espera.

- d) Apontamento e análise de questões éticas e legais acerca da Notificação de Parceiros (confidencialidade, sigilo, Direitos Humanos, deveres e obrigações dos profissionais e pacientes).
- e) Alerta e discussão de possíveis conseqüências negativas da Notificação de Parceiros, como o favorecimento de situações de estigma e violência doméstica, especialmente em decorrência de questões de gênero.

Cada uma dessas temáticas é fruto de concepções, valores e horizontes, envolvendo não apenas diferentes atores, como também remete a distintas doenças sexualmente transmissíveis, distintos momentos da Saúde Pública e da Vigilância em Saúde, distintos lugares e contextos sociais e culturais. Nesse sentido, é possível identificar dois importantes marcos na história da Notificação de Parceiros: como estratégia para o controle da sífilis e para o controle da aids, a seguir descritos.

3. Breve histórico sobre a Notificação de Parceiros: da sífilis à aids

A busca de comunicantes sexuais remonta à formalização do controle das doenças sexualmente transmissíveis, notadamente a sífilis, originando-se na regulamentação da prostituição na Europa. Suas primeiras referências

datam da segunda metade do século XIX, na Europa, e de 1930, nos Estados Unidos (Gostin & Hodge, 1998).

Na Inglaterra, o crescimento na incidência de doenças sexualmente transmissíveis nas forças armadas motivou, em 1864 e 1866, a promulgação dos "Contagious Disease Acts", que tinham as profissionais do sexo como os principais alvos das medidas de controle, incluindo o confinamento das mesmas. Referidas leis foram revogadas depois de campanhas por reformas sociais (Cowan et al., 1996).

Em 1916, a alta incidência de sífilis e gonorréia levou o governo britânico a recomendar que o tratamento de DST tivesse acesso livre e aberto, garantindo a confidencialidade do atendimento. Tal recomendação foi colocada em prática apenas em 1942, como uma emergência nacional, ocasião em que a prevenção e, particularmente, a busca de comunicantes sexuais foram reconhecidas como importantes estratégias no controle das DST. Essa regulamentação foi revogada em 1947, com o final da guerra e a idéia de que haveria queda na incidência de gonorréia e sífilis, permanecendo apenas a busca de comunicantes, por recomendação do Ministro da Saúde (idem).

Nos Estados Unidos as profissionais do sexo também foram alvo das primeiras incursões que tentavam conter a epidemia de sífilis, no século XIX. Elas eram inspecionadas e deveriam ter um registro público na cidade. Aquelas afetadas por DST eram remetidas ao Social Evil Hospital até que fossem certificadas como curadas. Em Illinois, o Comissariado de Saúde,

além de promover a hospitalização dessas mulheres, colocava cartazes em suas casas com a inscrição: "SUSPEITAS DE DV⁶" (Gostin & Hodge, 1998).

Nesse espírito, as indústrias também aderiram ao controle da sífilis. Gostin & Hodge (1998), apontam que em 1899 a Companhia Minnesota de Ferro elaborou um sistema completo de exames regulares entre as profissionais do sexo que trabalhavam nos salões localizados na propriedade da companhia. As mulheres infectadas eram tratadas e proibidas de atender clientes. Estes, quando suspeitos de contaminação por DST, eram orientados a consultar um médico e expulsos da casa de prostituição até que sua condição fosse verificada. Quando os homens suspeitos consultavam os médicos, estes eram inquiridos sobre a casa que freqüentaram e sobre os nomes das mulheres que poderiam tê-los infectado. Essa rudimentar investigação resultava em queixa contra os salões da companhia e o exame médico das mulheres suspeitas.

Thomas Parran, nomeado por Franklin Roosevelt como Cirurgião-Geral⁷ em 1936, é uma referência histórica na busca de comunicantes nos EUA, conhecido como o "arquiteto do Programa Federal Anti-Venéreo", em especial, contra a sífilis. Ele defendia o *screening* dos casos, a notificação dos parceiros das pessoas infectadas, o tratamento compulsório e o isolamento das fontes de infecção, quando necessário (Gostin & Hodge, 1998; Cowan et al., 2007).

⁶ Doença Venérea

⁷ Autoridade máxima de Saúde Pública, nos Estados Unidos

Os esforços de Parran com relação à epidemia de sífilis marcaram a primeira vez em que, nos Estados Unidos, o levantamento de casos e a busca de comunicantes foram aplicados a doenças sexualmente transmissíveis em escala nacional.

Congruente com a idéia de "polícia sanitária", o combate à sífilis e a busca de comunicantes tinham como pano de fundo a proteção das forças armadas norte-americanas, no curso da I Guerra Mundial. Embora o alvo fossem as profissionais do sexo, Gostin & Hodge (1998) chamam a atenção para o fato de que a regulamentação da prostituição, ocorrida na ocasião, teria menos a ver com o controle das doenças venéreas e mais com a correção das injustiças sofridas pelas "inocentes" parceiras sexuais que não tinham consciência de seus riscos.

Seja impulsionada diretamente pelo combate à sífilis, seja pelas subjacentes motivações morais dessa estratégia, tem-se como horizonte uma normatividade que contemporizava o espírito higienista da época com imposições políticas nacionais. Do desempenho na guerra dependiam os desígnios da nação; e uma doença que dizimava os exércitos precisava ser contida. Ao mesmo tempo, era preciso responder às injustiças sofridas pelas *inocentes vítimas* das doenças venéreas.

A agressiva campanha de Saúde Pública, incluindo a busca de comunicantes e o advento e disponibilização da penicilina, vieram a controlar a sífilis, uma das maiores epidemias da história⁸.

Um novo capítulo na história das doenças sexualmente transmissíveis é aberto quando a Síndrome da Imunodeficiência Humana, na trilha da sífilis, recolocou para a sociedade os desafios de uma doença infecciosa de relevância e magnitude públicas, oriunda de uma das mais íntimas esferas da vida dos indivíduos: as relações sexuais e conjugais.

Com a aids, reemergiram também as questões sobre sigilo e confidencialidade no atendimento ao paciente e, no seu bojo, a notificação de parceiros sexuais volta à pauta, com acirrados discursos, contra e a favor dessa prática.

Ao “velho” debate, entretanto, acrescentaram-se algumas especificidades em relação à aids, conforme apontado em manual editado pelo CDC, “HIV Partner Counseling and Referral Services”, em 1998. Dentre suas recomendações, o manual alerta para as especificidades da aids em relação às demais DST, como: as suas diferentes características epidemiológicas, biológicas e clínicas; o fato de não ter cura e de ser importante fonte de estigma e discriminação, o que potencializaria o impacto negativo da Notificação de Parceiros (CDC, 1998).

⁸ Em que pese o fato de que ainda hoje a sífilis continue sendo motivo de preocupação para as autoridades sanitárias, daquele e de outros países como o Brasil, onde ainda são registrados casos de sífilis congênita (Brasil. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2007*. Ano IV no. 1 - 27ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006. 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2007).

Migra-se de uma perspectiva estritamente voltada para o controle da doença, do final do século XIX e início do XX, para outra, que procura contemplar os diferentes contextos sociais e necessidades individuais, investindo em abordagens e recursos para fazer face aos mesmos.

A Notificação de Parceiros, embora concebida como um dispositivo técnico no contexto da Vigilância em Saúde, é tensionada a aglutinar uma série de outras exigências, advindas das mais diferentes esferas da vida, como se depreende dos próprios manuais de orientação dessa prática, editados pelo CDC. Todos enfatizam a sua importância ao mesmo tempo em que destacam os cuidados a serem observados, tendo em vista as possíveis consequências negativas quando da sua realização. Ou seja, as pretensões da Notificação de Parceiros, com procedimentos bem delimitados e com vistas a finalidades pontuais, parece ser colocada “em suspenso” para abrir-se à incorporação de outras pretensões, para além daquele caráter instrumental original.

Se, por um lado, essa abertura a novas pretensões privilegia a incorporação de discursos como os dos Direitos Humanos, por outro, presencia-se também a proliferação de leituras que enquadram o problema em termos judiciais, mais especificamente, criminalizando a não revelação de diagnóstico de HIV, seja pelo portador, seja pelo profissional de saúde.

A seguir, ainda com o intuito de perscrutar os tensionamentos às práticas de comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, nos deteremos nesse debate, que emerge no contexto da epidemia de aids.

III. ENTRE DIREITOS HUMANOS E CRIMINALIZAÇÃO: TENSIONAMENTOS ÀS PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV A PARCEIROS SEXUAIS

A UNAIDS⁹, programa patrocinado por dez órgãos das Nações Unidas, cuja missão global é liderar, fortalecer e apoiar uma ampla resposta à epidemia de HIV/aids, tem lançado diretrizes que abordam direta ou indiretamente a Notificação de Parceiros, merecendo destaque três desses documentos: "Opening Up the HIV/AIDS epidemic – Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling & appropriate use of HIV case-reporting", UNAIDS, 2000^a; "The role of Name-Based Notification in Public Health and HIV Surveillance", UNAIDS, 2000^b; "Criminal Law, Public Health and HIV Transmission – A Policy Options Papers", UNAIDS, 2002.

A leitura desses documentos sugere a preocupação com os aspectos éticos e legais da Notificação de Parceiros, numa tentativa de conciliar princípios da Vigilância Epidemiológica e dos Direitos Humanos.

Nos Estados Unidos não há um sistema federal de Notificação de Parceiros, mas o Centers for Disease Control and Prevention – CDC, destina recursos aos departamentos de saúde locais para essa atividade. Em contrapartida, os estados devem implementar os programas de Notificação

⁹ Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/Aids

de Parceiros, em acordo com o preconizado por aquele órgão, o que nem sempre deve ser fácil, considerando especificidades regionais, que levam a práticas variadas.

Com esse diagnóstico, o CDC implantou o que chamou de “Partner Notification Support Services – PNSS”, o qual inclui, além da tradicional busca de comunicantes, a testagem, o tratamento médico e o aconselhamento. Além dessas atividades, o PNSS prevê uma abrangente estratégia de treinamento de profissionais para que os mesmos possam avaliar cada situação individual (CDC, 1997).

Só na página eletrônica do CDC estão disponíveis dez manuais com diretrizes para orientar programas voltados às doenças sexualmente transmissíveis, sendo que um deles destina-se exclusivamente ao HIV, propondo normatizações para Serviços de Aconselhamento de Parceiros, que têm como alvos as pessoas infectadas pelo HIV, seus parceiros e comunidades afetadas. Nesse manual são previstos alguns princípios para guiar o atendimento em Notificação de Parceiros para as doenças sexualmente transmissíveis. Para o HIV, em particular, são propostos o acesso contínuo ao aconselhamento a cada novo parceiro e o acesso ao diagnóstico e tratamento. Para as DST de modo geral são arrolados os seguintes princípios (CDC, 1998):

- voluntariedade
- confidencialidade

- base científica
- culturalmente apropriado
- ser componente de um sistema integral de prevenção
- diversificação de referências
- oferta de referências e serviços
- análise e uso de dados dos serviços destinados aos parceiros
- aconselhamento e suporte
- aconselhamento centrado no cliente
- incorporação de novas tecnologias

Mesmo diante das exaustivas proposições dos manuais do CDC e das preocupações da UNAIDS, depara-se com situações práticas em que as mesmas não se realizam, levando, no limite, ao recurso a instrumentos legais já existentes na maior parte dos estados norte-americanos, alvos de muitas polêmicas, inclusive quanto ao estatuto legal dos mesmos. Esses instrumentos referem-se ao “dever de avisar”, ou seja, ao dever de notificar pessoas sabidamente em risco, e à “prerrogativa de revelar”, no sentido de amparar o profissional, quando da necessidade da quebra da confidencialidade.

Os referidos órgãos levantam questões e preocupações políticas, de um lado, com base na garantia e promoção dos Direitos Humanos (UNAIDS), e, de outro lado, preocupações operacionais, fundadas numa

complexa estrutura institucional (CDC), implementada por estados como Nova Iorque.

Todos propõem um leque de possibilidades que pode mudar o sentido mais tradicional, verticalizado, da Saúde Pública, em prol de ações e infraestrutura que, paralelamente ao cumprimento de seu papel de controlar a epidemia, preserve a confidencialidade do paciente.

Com o advento da aids, o trato da Notificação de Parceiros parece deslocar-se da preocupação imediatamente coletiva de intervenção no espaço público (em que muitas vezes os fins justificavam os meios), presenciado na epidemia da sífilis, para respostas da Saúde Pública, hoje tentando contemporizar referida preocupação com a responsabilização individual e a discricionariedade na aplicação das regras.

É claro que tal deslocamento ocorre num contexto social, cultural e político mais complexo, mas cabe destacar a importância do movimento presenciado, sobretudo nos primeiros anos da emergência da aids, em que práticas mais autoritárias de Saúde Pública, como a listagem de contatos homossexuais de homens gays e bissexuais, foram contestadas por segmentos sociais, como ativistas gays e grupos de defesa de liberdades civis, mudando o cunho das estratégias de Notificação de Parceiros.

Além desses movimentos¹⁰, pelo menos mais dois canais que demarcam o espaço público moderno, a mídia e o direito, são responsáveis

¹⁰ Vale lembrar a importância dos movimentos sociais na política de atenção às pessoas soropositivas no Brasil. Entretanto, a história desses movimentos não foi mencionada aqui,

pela veiculação de argumentos pró ou contra a estratégia de Notificação de Parceiros.

Matérias como a do jornal *Newsday*, de 1985, tensionavam as decisões governamentais sobre a Notificação de Parceiros. A identificação nominal de comunicantes sexuais gays e bissexuais chegou a ser taxada como "Orwelliana"¹¹ e comparada às listas utilizadas pelos nazistas para levar judeus às câmaras de gás (Bayer & Toomey, 1992).

Por outro lado, se a mídia serviu para pressionar as autoridades a reverem o que consideravam práticas agressivas de Notificação de Parceiros, ela também teria incitado medidas consideradas coercitivas. Sobre esse último aspecto, Webber (2004), ironiza sobre a *curiosa* coincidência entre a mudança de política do CDC em relação à Notificação de Parceiros, ao implantar o programa "Prevention for Positives"¹² após uma publicação no *Indianápolis Star*, criticando o binômio confidencialidade x proteção na revelação de diagnóstico de HIV, matéria essa seguida por outras, que evidenciavam a transmissão intencional do HIV.

Ao lado de reportagens sensacionalistas sobre casos de pessoas soropositivas que intencionalmente infectavam os parceiros sexuais ou de

por estarmos focalizando os debates em relação à estratégia de Notificação de Parceiros, estranha ao nosso contexto.

¹¹ O termo diz respeito ao adjetivo "orwellian", referindo-se à obra de George Orwell, descrevendo situações, idéias e condições sociais desfavoráveis ao bem estar de uma sociedade livre.

¹² Estratégia lançada pelo CDC, em 2003, focalizada na mudança de comportamento, sexual e de compartilhamento de seringas, de portadores do HIV, sob o lema de que "pessoas vivendo com HIV podem ser parte do problema, mas devem ser parte da solução".

compartilhamento de seringas¹³, o New York Times, em 2003, publicou matéria com o sugestivo título de "HIV Secrecy is Proving Deadly", a propósito de uma obra publicada na ocasião, denominada "Mortal Secrets: Truth and Lies in the Age of AIDS"¹⁴ (Klitzman & Bayer, 2003).

Refratário à estratégia do CDC, *Prevention for Positives*, Webber (2004), chama a atenção para a disseminação de leis nos estados norte-americanos, que enquadram como crime expor voluntariamente alguém ao risco de contrair o HIV. O autor considera que a iniciativa do CDC pode expor pacientes ao risco de sofrerem processos criminais, podendo também inibir a cooperação dos mesmos na identificação e busca de comunicantes.

Quanto à influência do direito nas ações de Saúde Pública, notadamente no caso norte-americano, uma das discussões que parece ocupar o centro dos debates sobre a Notificação de Parceiros diz respeito à avalanche de leis, visando proteger, penalizar ou gerar obrigações a portadores do HIV, profissionais e serviços de saúde.

Um primeiro contraponto em relação à proliferação de leis que obrigam à realização da Notificação de Parceiros diz respeito ao entendimento da mesma como sendo coercitiva. A respeito, a organização American Civil Liberties Union publicou um relatório repudiando práticas

¹³ No Brasil, Luiz Mott também chama a atenção para essa "onda". Mott, L. A transmissão dolosa do HIV-Aids: relatos na imprensa brasileira. *Impulso. Revista de Ciências Sociais e Humanas*. 2002. 32:157-174.

¹⁴Klitzman, R; Bayer, R. *Mortal Secrets: Truth and Lies in the Age of AIDS*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press, 2003.

consideradas de caráter coercitivo (Adams & Saavedra, 1998). Embora favorável à Notificação de Parceiros, defende que essas iniciativas têm que ser voluntárias, sobretudo porque não são bem sucedidas¹⁵ quando feitas sob coerção.

Outra objeção ao acento e à proliferação de dispositivos legais e criminais em torno da Notificação de Parceiros é que elas mais inibiriam do que contribuiriam para o exercício de direitos, utilizando como alvo a já mencionada proposição do CDC, denominada "Prevention for Positives".

Webber (2004), também autor dessa crítica, pondera que, ao identificar nominalmente pacientes soropositivos e seus parceiros, muitos deles poderiam ser expostos a enquadramentos criminais, ao admitirem o uso de drogas ou práticas sexuais anais ou orais, consideradas ilegais em muitos estados norte-americanos¹⁶.

A tônica na criminalização da não-comunicação de diagnóstico de HIV reflete-se nas legislações que punem a "exposição voluntária", presentes em 31 estados norte-americanos. Tal tendência, registrada, sobretudo entre 1996 e 1999, foi motivada pela onda de publicidade sobre múltiplos casos de transmissão de HIV por uma única pessoa, particularmente no Missouri e em Nova Iorque (Shriver et al., 2000).

¹⁵ A partir de critérios de eficácia-efetividade epidemiológicos

¹⁶ O sexo anal e oral são considerados como sodomia, prevista como crime em 21 estados norte-americanos (Webber, 2004)

A par desse panorama da situação nos Estados Unidos, observa-se um recrudescimento do discurso da criminalização da transmissão do HIV, evidenciado no último Congresso Internacional de Aids, ocorrido em 2008, no México.

Países como Canadá e França também já têm tipificado a transmissão do HIV como crime, gerando debates acalorados. Um exemplo da extensão do debate foi a criação, em 2003, de uma entidade denominada *Femmes Positives*, na França, que congrega cerca de sessenta membros e luta para que seja reconhecida a responsabilidade das pessoas que transmitiram o HIV, tendo ciência do seu status sorológico. Segundo a presidente dessa associação “é preciso impedir os indivíduos que nos contaminaram de continuarem a por em perigo a vida das pessoas. Nós não estamos exigindo que eles sejam necessariamente condenados a penas de prisão, mas eles precisam seguir obrigatoriamente um tratamento. “Além disso, eles devem poder contar com uma assistência social e psicológica” (Benkimoun, 2005).

Não podemos ainda falar em deslocamento do discurso dos Direitos Humanos para o da criminalização, mas talvez essa profusão de legislações incriminando pessoas soropositivas para o HIV, acusadas de transmitirem o vírus, não passe alheia às práticas de saúde, merecendo mesmo ser evidenciadas e objeto de escrutínio público.

As considerações acima dizem respeito, sobretudo a uma história norte-americana de Notificação de Parceiros, afinada, sem dúvida, com

reorientações mais amplas da Vigilância Epidemiológica e da Saúde Pública, embora tensionadas por preocupações acerca das responsabilidades, das prerrogativas e dos deveres, cujo tratamento, ao mesmo tempo em que evoca os Direitos Humanos, tem enquadrado a questão na linguagem jurídico-criminal.

O terceiro discurso que conforma a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais diz respeito ao plano ético e moral, a respeito do qual discorreremos a seguir.

IV. QUESTÕES ÉTICAS SOBRE O DEVER DE COMUNICAR E O DIREITO DE SABER

Nos Estados Unidos (nossa referência para pensar a Notificação de Parceiros), diferentemente do Brasil, as ações de saúde, sanitárias e assistenciais, implicam responsabilidades distintas, de órgãos e profissionais de saúde. Desse modo, os profissionais dos serviços de saúde se ocupam da atenção individual (ou clínica), cabendo aos funcionários dos Departamentos de Saúde as ações de Saúde Pública e, no seu bojo, as de vigilância.

A referida separação de papéis poderia nos induzir a acreditar que os profissionais de saúde da assistência estariam, assim, isentos de um dos aspectos mais polêmicos da Notificação de Parceiros, qual seja, a questão da confidencialidade, envolvendo a relação direta entre o profissional e o paciente.

Vale uma aproximação ao conteúdo desse debate, mais uma vez tendo por referência a prática de Notificação de Parceiros, para melhor apreender os impasses criados aos serviços e aos profissionais de saúde, em situações envolvendo a não divulgação do diagnóstico de HIV a parceiros sexuais.

A confidencialidade parece ser um dos motes centrais das controvérsias sobre a Notificação de Parceiros e alguns autores (Gostin &

Hodge, 1998; Bayer & Toomey, 1992; Massachusetts, 2002), alegam que grande parte dos conflitos advém de uma leitura equivocada, que confunde as responsabilidades dos médicos e dos Departamentos de Saúde Pública, as quais, respectivamente, ancoram-se ou no imperativo moral do *dever de avisar terceiros sabidamente em risco*; ou na *busca de comunicantes*, como uma estratégia para controle da epidemia.

A propósito, Bayer & Toomey (1992), argumentam que cada um desses entendimentos tem histórias, problemas práticos e dilemas éticos próprios:

O profissional de saúde, no contexto da assistência individual, estaria sujeito ao *dever moral de avisar* as pessoas em risco de contrair HIV, mesmo sem o consentimento de seus pacientes soropositivos, quando estes se negam a revelar seus status sorológicos aos parceiros. Já a Notificação de Parceiros, visando o controle da doença, não estaria ancorada nesse *dever moral* do profissional, mas muito mais na cooperação do paciente, que informa voluntariamente o departamento de saúde sobre seus parceiros sexuais, os quais são notificados sobre a exposição ao HIV, sem que a identidade do caso-índice seja revelada.

A proteção da saúde pública não implicaria, então, abrir mão da proteção da confidencialidade. "Ao contrário, a proteção da confidencialidade foi uma pré-condição para realizar os objetivos da Saúde Pública" (idem, p. 1158).

Sob tal lógica, os autores discordam da visão corrente de que a Notificação de Parceiros expressa o conflito entre princípios fundados na lei e na ética, ou seja, o direito à privacidade e o dever dos profissionais de saúde de avisarem terceiros em risco, argumentando que cada um deles diz respeito a distintas práticas: do atendimento clínico individual e dos departamentos de Saúde Pública.

Argumentam que no *set* clínico o sigilo profissional e o direito à confidencialidade estão previstos em códigos de ética profissionais e trazem o caso paradigmático, conhecido como *Tarasoff x Regents*, da Universidade da Califórnia, que abriu precedente para que a questão da confidencialidade fosse tomada não apenas como um princípio ético, mas como uma obrigação legal.

Em breves linhas, o caso diz respeito a um jovem indiano chamado Prosenjit Poddar, graduando da Universidade da Califórnia, em Berkeley, na década de 60. Lá ele se apaixonou por Tatiana Tarasoff, que não correspondeu aos seus sentimentos. Essa rejeição desencadeou severas crises emocionais em Poddar, que procurou atendimento de um psicólogo, na própria Universidade. Em uma das sessões, o rapaz disse ao terapeuta sobre sua intenção de matar Tatiana e, a partir dessa informação, o profissional alertou a polícia do campus, relatando que Poddar sofria de esquizofrenia paranóica. Poddar foi detido e logo após liberado, com base no parecer de um psiquiatra, que alegava não haver motivo para prisão.

Nesse meio tempo, Tatiana encontrava-se fora do país e, quando retornou, foi assassinada por Poddar.

Ao desconhecerem o risco ao qual Tatiana estava submetida, seus pais processaram a polícia do campus, os profissionais de saúde e a universidade e a decisão do julgamento abriu jurisprudência para que a prerrogativa do *privilégio* passasse a ser tomada como um *dever legal* de avisar terceiros em risco.

Uma das interpretações subsequêntes é de que esse dever não geraria uma obrigação, mas uma permissão para que o profissional de saúde quebre o sigilo quando seus pacientes se recusam a informar suas parceiras “inocentes e expostas”¹⁷ ao HIV, a respeito de sua situação sorológica.

A esse “desdobramento” no entendimento sobre Notificação de Parceiros, soma-se também o dever de os pacientes comunicarem seus parceiros, o que, a exemplo do que ocorre com os profissionais de saúde, pode implicar obrigações legalmente impostas às pessoas sabidamente infectadas pelo HIV.

Não obstante essa distinção de responsabilidades, de tempos em tempos os debates sobre a confidencialidade e a prática da Notificação de Parceiros como um todo voltam à cena. Desde Thomas Parran, cada vez

¹⁷ Essa expressão foi encontrada com certa recorrência, sobretudo em relação às mulheres, parceiras de indivíduos infectados pelo HIV. Mesmo considerando as particularidades de cada idioma, ela nos alerta sobre pressupostos morais subjacentes à Notificação de Parceiros.

que ocorre um aumento do número de casos de DST, a Notificação de Parceiros é pautada, recebendo maiores investimentos para sua realização e gerando debates, protestos e tentativas de adequá-la aos diferentes interesses e atores.

Nos Estados Unidos, essa situação ocorreu com a sífilis, em 1961; a gonorréia, em 1972; a clamídia, em 1985 (CDC, 1987¹⁸ apud Bayer & Toomey, 1992). No caso da aids, além dos investimentos no início da epidemia, a Notificação de Parceiros foi revigorada com o advento de tratamento para a doença através dos medicamentos antiretrovirais. Segundo os pesquisadores, essas drogas teriam maior eficácia se administradas no início da doença, justificando uma nova ofensiva na busca de comunicantes (Adams & Saavedra, 1998).

No contexto da aids, esse “revigoramento” da prática de Notificação de Parceiros parece ter incorporado um trânsito maior de questões atinentes à confidencialidade, tornando por vezes muito tênues os limites entre as responsabilidades de diferentes segmentos da saúde na comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais.

Desse modo, embora pareça clara a distinção entre as responsabilidades dos atores no processo de Notificação de Parceiros, nem sempre os textos consultados e a própria prática sugerem essa compreensão, transparecendo deslocamentos entre trabalho clínico e

¹⁸ CDC, documento não publicado, 30 de abril de 1987.

sanitário, que confundem os contextos específicos de atuação dos profissionais da assistência e da Vigilância Epidemiológica.

Um veículo de comunicação do Departamento de Saúde de Massachusetts dá conta dessa dificuldade, ao dizer que “mesmo que o dever de avisar justifique a notificação, muitos médicos recorrem ao Departamento de Saúde para essa tarefa.” (Massachusetts, 2002).

Também chama a atenção o caso dos conselheiros de saúde, ligados a clínicas de DST, na Inglaterra: cabendo a eles o aconselhamento, a educação em saúde e o trabalho de prevenção, presencia-se uma mudança de ênfase nos seus trabalhos, da Saúde Pública para a atenção individual. Ao que parece, esses conselheiros têm encontrado dificuldades em conciliar o papel de *aconselhadores*, de perspectiva individual, não-diretiva, com o de agentes da Saúde Pública, o que parece, de certo modo, ameaçar o alvo original da Notificação de Parceiros¹⁹ (Cowan et al., 1996).

Diante do panorama esboçado, que tomou como fio condutor a perspectiva da estratégia de Notificação de Parceiros, a qual tem suscitado discursos acalorados nos locais onde vigora, é de se indagar sobre as suas interfaces no cenário da nossa resposta brasileira à epidemia de aids.

¹⁹ Embora os autores relatem essa dificuldade para casos de DST, excluindo-se os de HIV.

V. CONTROLE DA DOENÇA E ASSISTÊNCIA AO PACIENTE: UMA "DUPLA" TAREFA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE? À GUISA DA NOSSA TESE

Não contemplada diretamente na resposta brasileira, a temática dos comunicantes sexuais foi até aqui tomada a partir do debate internacional já em curso. Para o nosso contexto, poderíamos considerar as nossas especificidades a partir do sistema de saúde, da cultura, do sistema judiciário, dos códigos de ética profissionais.

Elegemos delimitar o problema de investigação tendo como contraponto o nosso sistema de saúde, movidos que fomos pelas indagações acerca do "quê fazer" dos profissionais de saúde e inspirados pelos dilemas do contexto norte-americano, acima mencionados, sobre as distintas responsabilidades envolvidas na Notificação de Parceiros – nos planos, coletivo e individual.

A questão que se nos apresenta diz respeito ao fato de que no Brasil tais responsabilidades não cabem a distintas instâncias. Desde o processo que remonta à chamada Reforma Sanitária, as ações de vigilância em saúde são primordialmente de responsabilidade do nível local, ou seja, as unidades de assistência seriam responsáveis pela coleta, tratamento e análise das informações coletadas, permitindo o planejamento e gestão a partir da mesma.

Vimos que, não obstante alguns autores reputarem as críticas quanto à confidencialidade em relação à Notificação de Parceiros como uma “falsa questão”, por se tratarem de distintas responsabilidades – dos Departamentos de Saúde e dos profissionais, na prática, essa iniciativa não se compartimentaliza com tanta facilidade.

Postula-se que essa dificuldade possa ser potencializada no nosso contexto de atenção à saúde, já que não contamos com esse aparato à parte, que dê conta da questão dos comunicantes sexuais, cabendo essa “dupla tarefa”, com todos os dilemas próprios a cada finalidade (pública e individual), ao profissional de saúde que atua diretamente na assistência.

O modelo de atenção à saúde, consagrado pelo Sistema Único de Saúde, prevê diretrizes tanto ao nível da saúde coletiva quanto da assistência individual. Para situar nossa tese, elegemos a noção de integralidade, como mote para perscrutarmos as indagações dos profissionais de saúde.

Embora não constando literalmente da Constituição Brasileira, de 1988, a *integralidade* se faz presente em seu texto, ao prever a promoção, a proteção e a recuperação da saúde como um dever do Estado. Na ocasião, a integralidade tinha o caráter mais amplo, de um princípio geral em torno do qual diversos setores e correntes políticas aglutinaram seus esforços em favor do ideário do Movimento Sanitário e mais tarde do Sistema Único de Saúde.

Nessa perspectiva, Mattos (2001) propõe discutir a integralidade, não a partir de uma definição do termo, mas dos seus usos ou dos seus sentidos, para reconstrução da crítica que a eles subjaz. Para isso, ele elege três sentidos afetos à integralidade: como um traço da boa medicina; como um modo de organizar as práticas de saúde; sob a forma de políticas especiais.

Afeta à noção de integralidade, encontramos uma derivação desta, que diz respeito à Programação em Saúde, no contexto da integração médico-sanitária:

a programação é compreendida como uma tecnologia de organização do trabalho assistencial, que busca realizar, no âmbito da atenção primária, a chamada integração médico-sanitária, isto é, um tratamento articulado e mutuamente enriquecedor das necessidades assistenciais objetivadas no plano individual e aquelas objetivadas no plano coletivo em que as primeiras estão consubstanciadas. (Schraiber, 1993, apud Ayres, 1995)

Considerando essa característica da atenção à saúde, de articular os planos individual e coletivo, imporia-se sobre um mesmo espaço assistencial e sobre um único profissional ou equipe, a dupla tarefa de dar conta tanto das dimensões individuais da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais quanto das suas dimensões propriamente coletivas.

A ação do profissional de saúde, nos serviços de atenção à saúde de pessoas com HIV, é tensionada por exigências morais, legais, sanitárias, assistenciais, as quais podem conflitar entre si. O compromisso de deter a

cadeia de transmissão do HIV, através dos procedimentos da Vigilância Epidemiológica, incluindo a busca dos comunicantes sexuais, pode, por exemplo, ameaçar o vínculo entre profissionais e pacientes ou mesmo desencadear situações de violência. Entretanto, ao não notificar uma pessoa sabidamente em risco de contrair o vírus, esta poderia perder a oportunidade de se engajar em relações sexuais protegidas e vir a ser infectada.

A partir da compreensão dessa nossa especificidade como pano de fundo, tem-se como hipótese o tensionamento decorrente da existência de duas lógicas informando a participação dos serviços de saúde, na comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais: de uma atenção com foco nas singularidades do indivíduo, derivada de uma perspectiva clínica, e uma intervenção com vistas ao plano coletivo, de controle da cadeia de transmissão do HIV, como função clássica da Vigilância Epidemiológica.

Considerando que na prática tais lógicas não são operadas na radicalidade de seus pressupostos, mas articuladas segundo conjuntos de critérios que justificam as diferentes tomadas de posição, a presente investigação buscará movimentar-se no sentido de explorar tais articulações, seja na concretude das intervenções já em curso, seja na potencialidade de acordos sobre as mesmas, considerando os diversos atores do processo de comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais.

O Brasil vem tentando construir, inspirado no ideário da Reforma Sanitária, um modelo de Vigilância em Saúde, cuja própria denominação,

anteriormente “Vigilância Epidemiológica”, é fruto da ambição por um novo modelo assistencial, que possa articular os vários níveis de prevenção e os vários níveis de organização da atenção à saúde, incluindo a formulação de políticas, planejamento e programação de ações intersetoriais (Teixeira & Paim, 2000).

Nesse sentido, vale ainda indagar sobre as possibilidades e limites de se traduzir e pautar a discussão sobre Notificação de Parceiros Sexuais no âmbito do sentido mais amplo, de Vigilância em Saúde, por contraste ao sentido estrito de busca de comunicantes sexuais.

Em outros termos, a questão nuclear que se propõe como ponto de partida da investigação indaga sobre as pretensões de validade que informam as experiências e horizontes acerca da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, nos serviços de saúde, considerando a dupla dimensão, clínica e sanitária, da assistência.

Em que pese o “espírito” da polícia médica pairar ainda hoje sobre as práticas de saúde em geral, os horizontes dos projetos da Saúde Pública muito se diversificaram com a inclusão, embora difícil, de outros atores na formulação de suas políticas, no bojo das conquistas democráticas, em especial na América Latina, observadas a partir da década de 80. Como apontam Paim & Almeida Filho (1998), observa-se uma participação ainda não suficiente “para garantir a *publicização* (isto é: controle público das políticas e práticas institucionais dos respectivos Estados) dos seus

aparelhos e mesmo das suas burocracias” (p. 306), incluindo a formulação dessas políticas.

Não obstante já ter sido incorporada no jargão do senso comum, a chamada “crise da saúde pública”, seja em relação ao modelo de financiamento do setor saúde, seja em relação ao modelo assistencial ou mesmo dos seus paradigmas (Ayres, 2001), pretende-se tomá-la, aqui, no sentido de possibilidade de abertura para o debate, incorporando os diferentes setores da sociedade, inspirando-se no próprio processo de construção da proposta do Sistema Único de Saúde, no Brasil.

VI. OBJETIVOS

1. Objetivo Geral

Compreender, a partir dos discursos de sujeitos envolvidos no processo de comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, como as distintas lógicas - de uma tônica no indivíduo e suas singularidades e de uma perspectiva coletiva, informada pelos pressupostos da Saúde Pública - são apreendidas, operadas e articuladas nas práticas de serviços de saúde especializados em DST/aids, do Município de São Paulo.

2. Objetivos Específicos

1. Apreender os valores e experiências práticas que informam os discursos sobre comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais.
2. Identificar as estratégias utilizadas para operar a questão dos parceiros sexuais e como são organizadas e justificadas.
3. Identificar como as práticas envolvendo os comunicantes sexuais são apreendidas em suas dimensões clínica e epidemiológica e como se articulam no cotidiano da atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV.

VII. METODOLOGIA

1. Quadro Teórico

Eleger referenciais teóricos que possam servir de fio condutor na busca de respostas aos *quê fazer* em relação à comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, no contexto das práticas de saúde, é uma tarefa delicada, especialmente quando a literatura disponível gira principalmente em torno da eficácia e efetividade na captação e seguimento de comunicantes sexuais, tanto para justificar quanto para criticar a sua realização.

Como já enunciado, a temática proposta na investigação foi inspirada em *sujeitos concretos em situação problemática*, e o desafio que se apresenta é justamente orientar as práticas no tocante à comunicação de diagnóstico de HIV envolvendo parceiros sexuais, não no sentido de disponibilizar roteiros de *como proceder*, mas que propicie uma reflexão e um norte para esse fazer.

Diante dessa ambição, a escolha do referencial teórico procurou inspirar-se no quadro conceitual que vem sendo desenvolvido pelo Professor José Ricardo Ayres, que articula autores como Heidegger, Habermas e Gadamer com o campo das práticas de saúde.

Da complexidade e extensão das obras dos autores que compõem o referido quadro teórico, detivemo-nos em alguns aspectos, cujos recortes possam nos auxiliar a compreender a questão da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais nos contextos investigados.

Um primeiro passo nesse sentido será abordar a noção de Cuidado, como pano de fundo para as demais referências que deverão compor o nosso arcabouço teórico.

1.1 - A dialógica do Cuidado como ponto de partida

Abundantemente utilizado no campo da saúde, especialmente da Enfermagem (como Silva & Zago, 2001; Vila & Rossi, 2002), o termo *cuidado* assume aqui características peculiares: embora também valorizando as dimensões não-técnicas da atenção à saúde, busca o sentido existencial, heideggeriano, contido em *Ser e Tempo*²⁰, que tem como inspiração a alegoria de Hígino.

Para a construção de sua *ontologia fundamental*, do sentido do ser, Heidegger (2004) criou uma linguagem com vocabulário próprio (o que representa um desafio extra para a sua tradução, do idioma alemão para o português) e um deles diz respeito à distinção entre *existenciário* e *existencial*; o primeiro referindo-se ao ente, que é delimitado factualmente, e o segundo, ao ontológico, evocando o processo de constituição ontológica de homem, ser humano e humanidade.

Conforme Ayres (2004^c),

Com a sua fenomenologia hermenêutica e sua analítica existencial, Heidegger, especialmente em *Ser e Tempo* (1996), convida a pensar o modo de ser dos humanos como uma contínua concepção/realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto onde estão imersos, antes e para além de suas consciências, e aberto à capacidade de transcender essas contingências e, a partir delas e interagindo com elas, reconstruí-las. A temporalidade da existência, isto é, as experiências de passado, presente e futuro não são senão

²⁰ Heidegger, M. *Ser e Tempo*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2004.

expressão desse estar projetado e projetando que marca esse modo de ser (do) humano – o futuro sendo sempre a continuidade do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que vislumbramos se realizar. É isso que autoriza Heidegger, em *Ser e Tempo*, a nomear como Cuidado o ser do humano, numa referência a essa "curadoria" que este está sempre exercendo sobre a sua própria existência e a do seu mundo, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras (p. 21).

Essa apreensão do Cuidado como um *modo-de-ser* do humano contrasta com a idéia de uma ação ou iniciativa pontual e circunstancial das relações imediatas *entre* indivíduos, focalizando a condição de compartilhamento de um mundo que forja a existência de todos e cada um (Ayres, 2004^b).

Não se restringindo ao tratamento, cura ou controle, o Cuidado, ao guardar essa perspectiva existencial, aponta um sentido para além daquele meramente instrumental das práticas de saúde. Assim, cuidar não se esgota na aplicação de técnicas para intervir em objetos. Cuidado é *tratar que seja*.

No esforço de dar maior inteligibilidade ao conceito no campo particular da saúde, Ayres (2004^b), propõe nove princípios que informam o modo de ser do Cuidado: *movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não causalidade e responsabilidade*.

Grosso modo, poderíamos dizer que a aproximação das práticas à idéia de Cuidado implicaria reconhecer, construir, investir, indagar sobre os

modos de existência desses princípios nas ações. Como alerta o próprio autor, não se trata de verificar a ocorrência ou não desses princípios mas, sobretudo, propiciar o enriquecimento da compreensão sobre aquilo que se quer aproximar, no nosso caso, das práticas de saúde envolvendo a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais.

No plano ontológico, vista como *modo-de-ser no mundo*, a atenção à saúde evidencia a “situação simultaneamente contingente e transcendente da condição humana” (idem, p. 74), do diálogo no qual já estamos imersos nessa condição. O “ser-aí” heideggeriano, engendra mutuamente o mundo e seu sujeito, este último compreendido a partir do caráter ontológico de sua identidade/si, ou seja, dessa identidade construída a partir da experiência da alteridade, de ser sempre e imediatamente “o outro de cada um” (Ricoeur, 1991²¹, apud Ayres, 2001).

No plano comunicacional, contrastando com as idéias de sujeito, indivíduo e subjetividade, destaca-se o caráter intersubjetivo dessa atenção, o caráter “imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (Ayres, 2001, p. 158).

Ao indagar sobre *qual seria a experiência que colocaria os seres humanos em contato uns com os outros, levando-os a reconhecerem a si mesmos a cada vez e sempre*, Ayres (2001) traz à cena a linguagem e ao fazê-lo, chama-nos a atenção para uma arraigada prática dentre nós,

²¹ Ricoeur P. *O si mesmo como um outro*. Campinas(SP): Papirus; 1991.

profissionais de saúde, de tomar distintamente os *sujeitos-profissionais* e os *sujeitos-pacientes*.

É como se entre ambos houvesse um vazio, “como se cada sujeito saísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse em alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, para se encontrar e buscar a saúde” (idem, p. 161). O diálogo subsumiria-se, então, às nossas expectativas de que o paciente possa aderir às nossas propostas, gerando ideais de sucesso baseados nessa adesão. Nesses termos, a não-adesão é tomada como um fracasso: nosso, em comunicar, ou dos pacientes, em compreender.

Derivam desse raciocínio as idéias de êxito técnico e sucesso prático, também trabalhadas pelo Professor José Ricardo Ayres. O êxito técnico nas práticas de saúde corresponde aos resultados objetivos de intervenções e de controle, visando estados de saúde, sejam individuais ou coletivas, desenhados de antemão. Já o sucesso prático é apreendido numa perspectiva contrafática, ou seja, de aspirações cujos valores são resgatados “a partir do momento, e na exata medida, em que estas são obstaculizadas, negadas por alguma experiência concreta. Isto é, elas são percebidas justamente porque foram negadas e, ao o serem, mostraram-se fundamentais (Ayres, 2005, p. 551).

Ao se configurarem como Cuidado, as intervenções de saúde não se limitam aos estados de saúde visados de antemão nem aos meios para se alcançá-los. Desse modo, se tomarmos a comunicação de diagnóstico de

HIV a parceiros sexuais estritamente na moldura das intervenções de Saúde Pública e da Vigilância Epidemiológica, indagamos sobre as possibilidades de uma prática tão afinada com a racionalidade técnica e instrumental, ser apreendida como Cuidado, aquela *Razão generosa*, que reconcilia “a arte tecnocientífica do tratar e a construção livre, justa e solidária de uma Vida Boa” (idem, 2003).

Não notificar um parceiro sexual comumente se colocaria como um fracasso: do serviço de saúde, que não cumpriu sua responsabilidade sanitária; do paciente soropositivo, que não entendeu a importância de revelar seu diagnóstico ao parceiro. Desde a perspectiva da dialógica do Cuidado, há que se perceber um diálogo maior do que *esse inoperante pequeno diálogo* (idem, 2001), o qual às vezes insistimos em reproduzir.

Não se pretende, com isso, abrir mão da importância do *êxito técnico* de controlar a disseminação do vírus, mas de afiná-lo à idéia mais abrangente de *sucesso prático*, identificado “as aspirações cotidianas dos usuários dos serviços, relacionadas à saúde, mas também e especialmente à vida de forma mais ampla, ao bem viver de modo geral, como Cuidado (Ayres, 2004^a, Oliveira et al., 2005).

Dentro da sua multiplicidade de sentidos e de usos o cuidado costuma ser reduzido ao momento clínico, individual, da atenção. Nesse sentido, indaga-se ainda sobre as possibilidades de se compatibilizar esse compromisso clínico com aqueles da Saúde Coletiva, sob a perspectiva do Cuidado. Seriam eles excludentes? Como a comunicação de diagnóstico de

HIV a parceiros sexuais poderia ser tratada pelos serviços de saúde, a partir dessa referência?

Para nos guiar nas questões acima podemos nos pautar por um outro modo de aproximação da questão do cuidado, que é a sua compreensão como *categoria reconstrutiva* (Ayres, 2004^a). Se há uma normatividade social que impele a Saúde Pública a intervir no controle da transmissão do HIV, por meio de dispositivos da Vigilância Epidemiológica, aposta-se na possibilidade de conciliar esse compromisso com outros valores e horizontes, capazes de resgatar, para além do êxito técnico, o sucesso prático nas ações de saúde.

Considerando nosso intento, de refletir sobre as práticas de saúde envolvendo a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, o exercício reconstrutivo consistiria em colocar sob regime de validação a idéia de êxito técnico - baseado em comunicantes notificados e chances de interrupção da cadeia de transmissão do vírus, incorporando também a noção de sucesso prático.

Essa idéia de compatibilização de diferentes interesses particulares, como aventado, ocorre a partir da Modernidade, com a conformação da moderna esfera pública. Por um lado, essa perspectiva, que inaugura a Saúde Pública atual, tem como objetivo um bem que é comum a todos, por outro, acaba "justificando" e estabelecendo determinadas relações de subordinação, a exemplo da polícia médica que, como dito, utilizava

medidas de controle que invadiam todos os pólos da vida, inclusive os íntimos, em nome de uma causa pública.

A crítica a esse tipo de subordinação surge do fato de que ela se baseia no pressuposto de que procedimentos racionais baseados exclusivamente na ciência e passíveis de controle técnico poderiam ser capazes de construir a Vida Boa.

Segundo tal raciocínio, a questão dos comunicantes sexuais subsumiria-se ao seu controle, pela via dos dispositivos da Vigilância Epidemiológica, remetendo as questões “outras” relativas aos contextos e desdobramentos dessa iniciativa para uma esfera íntima, sem legitimidade pública.

Não sendo esse o nosso mote, parece oportuno trazer ao nosso quadro o conceito de esfera pública, como desenvolvida por Arend (2000), e Habermas (2003^{a, b}), tomando-a como “ação social”, baseada na interação entre sujeitos.

Embora haja diferenças entre os conceitos de espaço público definidos por Arend (2000), e Habermas (2003^{a, b}), ambos apostam no princípio da *publicidade* – entendido como o domínio do que é público – como fundador da democracia e é nesses termos, ainda que numa perspectiva “microsocial”, que se pretende situar a questão das parcerias sexuais e a comunicação do diagnóstico de HIV.

1.2 - Esfera Pública

1.2.1 - Desenvolvimento da Esfera Pública em Hannah Arendt

Ao examinar o que é específico e o que é genérico na condição humana, Arendt (2000), trata o "mundo de homens ou de coisas feitas pelos homens" - a *vita activa*, através do estudo de suas três atividades fundamentais: o labor, o trabalho e a ação. O labor é assinalado pela necessidade; o trabalho, pela produção, mas apenas a ação "se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria", correspondendo à condição humana de pluralidade.

Segundo a mesma autora "todas as atividades humanas são condicionadas pelo fato de que os homens vivem juntos; mas a ação é a única que não pode sequer ser imaginada fora da sociedade dos homens" (p. 31). "A ação, na obra de Hannah Arendt, é uma das categorias fundamentais e representa não só um "medium" da liberdade, enquanto capacidade de reger o próprio destino, como também a forma única da expressão da singularidade individual" (Lafer, 2000, p. 345). Sua preocupação era com a *res publica*, portanto, para ela, a liberdade era a liberdade pública, de participação democrática e não aquela identificada com o ideário moderno e privado de não-interferência (idem).

Ao lado da ação, Arendt (2000) resgata também o poder da palavra, dizendo que "tudo o que os homens fazem, sabem ou experimentam só tem

sentido na medida em que pode ser discutido” (p. 12). Na condição de sua pluralidade, os homens que “vivem, se movem e agem neste mundo só podem experimentar o significado das coisas por poderem falar e ser inteligíveis entre si e consigo mesmos” (p. 12).

Sua concepção de esfera pública remete para o sentido aristotélico de política, o *bios politikos*, constituído pela ação (práxis) e o discurso (lexis). Na pólis grega - seu parâmetro para as considerações sobre a esfera pública – a ação é subordinada ao discurso, “o ser político, o viver numa polis, significava que tudo era decidido mediante palavras e persuasão, e não através de força ou violência” (p. 35).

Na Grécia antiga, esfera privada e esfera pública possuíam uma delimitação bem demarcada: na primeira, os homens viviam juntos por força de suas necessidades e carências; à segunda, correspondia a liberdade, localizada no plano político.

A pólis diferenciava-se da família pelo fato de que seus membros se relacionavam como iguais, ao passo que a família era baseada na desigualdade, onde o chefe da família e seus membros e escravos tinham papéis e poderes diversos. A liberdade não se coadunava com a sujeição às necessidades da vida nem ser comandado ou mesmo comandar. A pensadora chama ainda a atenção para o fato de que o conceito de igualdade significava viver entre pares e lidar somente com eles, diferentemente do sentido atual, relacionado à justiça. “Ser livre significava

ser isento da desigualdade presente no ato de comandar, e mover-se numa esfera onde não existiam governo nem governados” (p. 42).

As esferas pública e privada têm alterado o seu significado e a sua importância para a vida do indivíduo e do cidadão, ao ponto de torná-los quase irreconhecíveis. (idem, p. 47). A partir da Modernidade a idéia de público transita para a de *social*, palavra de origem romana, que, ao perder o sentido político original, configura uma esfera híbrida, na qual os interesses privados, do reino das necessidades, saem do resguardo da privacidade e se manifestam como fenômeno que diz respeito a todos, sendo objeto de preocupação e de resoluções. Por sua vez, o *público* cede o espaço da argumentação e da liberdade àquele no qual são “ensaiadas respostas técnicas para as urgências vitais”, num quadro onde emergem as mais diversas estratégias bio-políticas de controle sobre as populações (Caponi, 1999, p. 12).

O sentido de privado, de privacidade, nos antigos, era de “estado no qual o indivíduo se privava de alguma coisa, até mesmo das mais altas e mais humanas capacidades do homem” (Arendt, 2000, p. 48), ou seja, a esfera pública política. A *privação* não mais diz respeito ao sentido atual de *privativo*, identificado, nos dias de hoje, com o individualismo moderno e com a função primordial de proteger aquilo que é *íntimo*.

A intimidade passa a ter lugar, não como oposto de esfera política, mas como o outro lado da esfera social, com a qual mantém laços estreitos e mais autênticos. Através do pensamento de Rousseau, a intimidade

emerge como uma rebelião, "não contra a opressão do estado, mas contra a insuportável perversão do coração humano pela sociedade" (idem, p. 48).

Na leitura de Arendt, Rosseau interpreta o indivíduo moderno e o mergulho no subjetivismo de sua vida emocional como resultado dessa "rebelião do coração". Para esse autor, haveria um nivelamento das exigências sociais, nas bases da família, isto é, a sociedade exige que seus membros ajam como se fossem membros de uma enorme família. Isso implicaria a concordância e obediência a uma única opinião e um único interesse, encarnada no chefe da família, com vistas a evitar uma possível desunião entre os membros de sua casa (idem, p. 49).

Curiosamente, para a ótica moderna, na pólis grega a esfera pública era o espaço onde se exercia a individualidade, como "único lugar em que os homens podiam mostrar quem realmente e inconfundivelmente eram" (idem, p. 51), sob uma base acirradamente agonística, onde "cada homem tinha constantemente que se distinguir de todos os outros, demonstrar, através de feitos e realizações singulares, que era o melhor de todos" (idem, p. 51).

O lugar por excelência da individualidade era o espaço público, onde os iguais deveriam sistematicamente, através da ação e do discurso, persuadir os demais sobre a relevância das suas idéias e da sua participação na polis. Com a transformação do espaço público numa grande família, a individualidade viu-se seriamente atingida. Assim, "a moderna

descoberta da intimidade parece constituir uma fuga do mundo exterior como um todo para a subjetividade interior do indivíduo” (idem, p. 79).

Essa configuração de sociedade tem como fator decisivo a exclusão da possibilidade de ação, antes inerente ao lar doméstico. “Ao invés da ação, a sociedade espera de cada um dos seus membros certo tipo de comportamento, impondo inúmeras e variadas regras, todas elas tendentes a normalizar os seus membros e fazê-los comportarem-se, a abolir a ação espontânea ou a reação inusitada” (idem, p. 50).

Arendt (2000) demarca a diferença entre *agir* e *comportar-se* e é nessa distinção que se baseia a moderna ciência da economia, a qual surgiu concomitantemente à sociedade, tendo como principal instrumento a *estatística*, tida como ciência social, por excelência. Nesses termos, postula que do raciocínio estatístico são excluídos os eventos raros; sua validade se justifica quando se lida com grandes números e com longos períodos de tempo. Entretanto, “politicamente, isto significa que quanto maior é a população de qualquer corpo político, maior é a probabilidade de que o social, e não o político, constitua a esfera pública”. (idem, p. 52).

Nessa linha, *feitos* e *comportamentos* também são contrapostos. Os feitos ou eventos estão inscritos como ocorrências raras na vida do dia-a-dia e na história, enquanto que os comportamentos, apoiados no pensamento estatístico, são validados através de leis, cujos horizontes não seriam um ideal científico inócuo, mas um ideal político.

Caponi (1999), num interessante artigo²², recorre à distinção entre público e privado construída por Arendt para analisar a emergência de um surto epidêmico, que atinge uma cidade inteira, mudando radicalmente a vida de seus habitantes. A partir da obra literária de Camus, *"A Peste"*, Caponi fala na fluidez dos limites entre público e privado no contexto de uma epidemia, em que estatísticas e homogeneidade, por um lado, concorrem com intimidade e resistência, por outro, como "espaço de fuga" que busca e afirma a condição humana.

Talvez seja no "borrado", entre o social e o íntimo, que as questões relativas à comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais estejam inscritas, sobretudo quando vista pela ótica das pessoas soropositivas. Além do silêncio, todos os arranjos construídos com vistas a ocultar um diagnóstico carregado de desdobramentos sociais, dos quais o estigma parece ser englobante, podem ser interpretados como "espaço de fuga", para que suas vidas e histórias não se reduzam às finalidades instrumentais de controle da epidemia.

Feita as considerações sobre espaço público contida no trabalho de Hannah Arendt, vale recolocar nossas pretensões, ao trazer esse conceito ao nosso quadro teórico, de propor uma via que situe o debate brasileiro acerca das práticas de saúde envolvendo a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e que possa nos dizer sobre o potencial de

²² A autora recorre à obra de Albert Camus para analisar os fatos ocorridos na cidade de Oran, na perspectiva dos sujeitos atingidos pela peste e como eles pensam sua existência pública ou privada, seus vínculos íntimos e sociais.

incorporação e legitimação de outros planos, além daqueles referentes à esfera da intimidade.

Partilha-se da idéia de que o espaço público como locus de proposições, discussões e argumentações propicia que finalidades técnicas e aspirações outras possam ser evidenciadas e debatidas, conformando práticas de saúde democraticamente deliberadas.

Como já pontuado, embora não discordem sobre a questão da publicização no espaço público, Arendt e Habermas acentuam distintamente essa matriz teórica, enredando suas discussões por caminhos também distintos. Enquanto para Arendt o espaço público é instância da realização plena da condição humana, mediante as atividades fundamentais da *vita activa*, Habermas enfatiza, a partir do estudo da esfera pública burguesa, o potencial democrático e de racionalização do poder nele presentes (Habermas, 2003^a) e no seu fluxo comunicativo (idem, 2003^b).

Trataremos, a seguir, de evidenciar a construção habermasiana acerca do espaço público, a partir da qual, mesmo consideradas as inflexões teóricas do conceito no seu programa de pesquisa, se movimentará o exame dos discursos sobre os parceiros sexuais e a comunicação de diagnóstico de HIV.

1.2.2 - Esfera Pública em Habermas

Gurza Lavalle (2005) e Lubenow (2007) apontam diversas questões referentes à tradução, à incorporação e à adequação da categoria *esfera pública*, a começar pela tradução do termo alemão *Öffentlichkeit* para “public sphere”. Ao lado da polissemia e do de uso indiscriminado dos termos “espaço público”, “esfera pública”, “público”, “publicidade”, há que se considerar os contextos históricos que demarcaram e transformaram o significado desses termos.

Se nos aventurarmos na constelação de substantivos e adjetivações associados ao campo semântico da categoria esfera pública, verificaremos usos lingüísticos contrastantes e até contraditórios: “no castelhano do século XVIII, *publicana* e *publique* conotavam a mulher e a casa pública, a prostituta e o bordel, enquanto à mesma época as *public house* (*pubs*) inglesas remetiam a lugares de encontro e convivência pública (...) No latim, *público* significava simultaneamente tornar propriedade pública, confiscar e deixar a perder ou motivar a ruína de algo.” (Gurza Lavalle, 2005, p. 40).

O próprio Habermas (2003^a) chama a atenção para a multiplicidade de significados concorrentes quando se fala em “público” e “esfera pública”. “Público” pode fazer referência, por um lado, à acessibilidade (local público); coisa estatal; por outro, à publicidade; opinião pública. O autor salienta que até o final do século XVIII, na Alemanha, a expressão esfera pública era inusitada. A partir desse período é que ela “se constituiu, assumindo a sua

função; ela pertence especificamente à ‘sociedade burguesa’ que, na mesma época, estabelece-se como setor da troca de mercadorias e de um trabalho social conforme leis próprias” (idem, p. 15).

A categoria esfera pública em Habermas, acompanhando a sua trajetória intelectual, pode ser apreendida particularmente a partir de três de suas obras: Mudança Estrutural da Esfera Pública, Direito e Democracia – entre facticidade e validade e A Constelação Pós- Nacional. Para os nossos objetivos, deteremo-nos mais diretamente nas duas primeiras.

Sua idéia de “publicidade” ancora-se no sentido normativo, kantiano, de “uso público da razão”, ou seja, de mediação entre política e moral, podendo participar do espaço público “todo aquele que sabe se utilizar publicamente de sua razão” (idem, p. 129). Assim, o Esclarecimento deve ser intermediado pela publicidade, sendo o Esclarecimento o próprio uso público da razão, que permite a exposição pública da verdade. Se a razão não é publicizada, a verdade não aparece à luz do dia. O controle pragmático da verdade se dá através da opinião pública, em especial, do consenso público, do público de pessoas privadas pensantes.

Para situar a esfera pública burguesa, objeto de sua primeira incursão no tema da *esfera pública*, Habermas também faz uma recuperação da sua emergência na Grécia antiga, a exemplo de Arendt, acentuando a nítida divisão entre a esfera pública (polis), que era comum aos cidadãos livres, e a esfera privada (oikos), particular a cada indivíduo e pertencente ao mundo doméstico.

Já na Idade Média a contraposição entre público e privado se dissipou, mas havia um conceito de "representação", vinculando "pessoa" à "autoridade", enquanto representação pública de autoridade, que funcionava como um "status".

É com o advento da Modernidade que o projeto de racionalização do poder, por parte de uma esfera pública burguesa, provoca a decadência da representatividade pública e traz a "razão pública" como a única fonte legítima do poder.

Assim, na Modernidade, surge uma esfera pública autônoma, de discussão e raciocínio público, que aos poucos se separava do Estado e cuja representatividade pública diferia da fase anterior (representação). O novo sistema social tem como instituições estruturantes o Estado e o mercado e a esfera pública surge como instituição mediadora entre Setor Privado (entendido como sociedade civil e espaço íntimo da pequena família) e a Esfera do Poder Público (o Estado e a Corte).

Nesses termos, a sociedade civil

compõe-se de movimentos, organizações e associações, os quais captam os ecos dos problemas sociais que ressoam nas esferas privadas, condensam-nos e os transmitem, a seguir, para a esfera pública política. O núcleo da sociedade civil forma uma espécie de associação que institucionaliza os discursos capazes de solucionar problemas, transformando-os em questões de interesse geral no quadro de esferas públicas (Habermas, 2003^c, p. 99)

Gurza Lavallo (2002) sintetiza o modelo habermasiano de esfera pública nos seguintes termos:

- Localiza-se no processo histórico da emergência do social como âmbito simultaneamente privado e público, com uma esfera política cada vez mais sensível à opinião pública.
- Configura-se como esfera institucional de interação no interior das camadas de livres proprietários e entre elas e o poder.
- Apresenta um sentido programático, como potencial para a concretização do ideário político da modernidade.

Sobre esse último aspecto, o mesmo autor apresenta "três forças ou vetores de universalização presentes na publicidade burguesa:

- Resgate do princípio universal da igualdade no plano da participação. A esfera pública não foi regida por cláusulas de hierarquia ou de prestígio social, e sim por uma solidariedade horizontal entre indivíduos contrapostos ao poder, ainda que representados por pessoas privadas, possuidoras de propriedades, mas que se reputavam representativas dos interesses da sociedade.

- Substituição das hierarquias pelo exercício do raciocínio e da concorrência de argumentos com pretensões de validade.
- Cristalização da sua legitimidade como depositária da força democratizadora da razão, imprimindo o princípio da publicidade no funcionamento das instituições políticas, como condição *sine qua non* da democracia.

A partir do século XX essa estrutura de esfera pública burguesa foi entrando em declínio até o seu desaparecimento e no plano social mais amplo, a esfera pública passa a ser dominada por um poder que obstaculiza a publicidade, que Habermas diagnostica como colonização do espaço público pela lógica sistêmica, instrumental.

Esses “caminhos” fazem Habermas chegar a uma concepção de esfera pública não mais no contexto da mediação entre sociedade civil e Estado, mas no quadro teórico da teoria da ação comunicativa e no conceito dual de sociedade, como sistema e mundo da vida e da teoria da democracia.

Segundo Lubenow (2007), observa-se um deslocamento da busca de uma base institucional para a esfera pública para a de estruturas argumentativas, das pretensões de validade implícitas nos processos de comunicação. Isso significa que o potencial normativo para a esfera pública não é buscado no conjunto de instituições situadas no tecido social, mas

numa rede de comunicação e articulação de fluxos comunicativos, na qual a formação da opinião e da vontade vem a público²³.

Desta feita a esfera pública é compreendida como uma *caixa de ressonância*, onde os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados,

como se fosse uma "estrutura comunicacional enraizada no mundo da vida através da sociedade civil. (...) Na perspectiva de uma teoria da democracia, a esfera pública tem que reforçar a pressão exercida pelos problemas, ou seja, ela não pode limitar-se a percebê-los e a identificá-los, devendo, além disso, tematizá-los, problematizá-los e dramatizá-los de modo convincente e eficaz, a ponto de serem assumidos e elaborados pelo complexo parlamentar. (Habermas, 2003^c, p. 91)

Embora esse arcabouço tenha como mote uma teoria da democracia, a construção teórica da esfera pública habermasiana parece-nos particularmente fecunda posto que ela pode nos ajudar a problematizar os sentidos e alcances de discursos acerca da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais. Em outras palavras, compreender como esse assunto pode vir a ser (ou já é) tematizado pelos diversos atores envolvidos no debate deste assunto, conformando-se como opinião pública.

Para uma melhor elucidação acerca da discursividade implícita no conceito de esfera pública, passaremos a traçar um esboço sobre a Teoria da Ação Comunicativa, a obra de maior envergadura de Habermas.

²³ Há controvérsias quanto ao entendimento dessa transição – cf. Lubenow (2007), p. 112

2. Teoria da ação comunicativa

Para desenvolver a Teoria da Ação Comunicativa, Habermas recorre à releitura crítica de muitos autores, entre eles: Weber, Mead, Durkheim, Parsons, Marx, Lukács, os Frankfurtianos e muitos outros, o que, ao menos num primeiro momento, torna bastante árida a tarefa de apreender do seu programa aquilo que mais contribuiria para os propósitos da nossa investigação.

Nesse sentido, em alguns momentos foi preciso recorrer à intermediação de alguns de seus estudiosos, dentre eles, a pensadora Bárbara Freitag, que nos alerta (e de certa forma nos conforta) sobre a “tradição filosófica e científica alemã, que sempre resistiu à tentação de seguir os itinerários mais fáceis” (Freitag, 2005, p. 36²⁴).

Segundo essa mesma autora, a Teoria da Ação Comunicativa, na releitura dos autores eleitos por Habermas, assume uma função heurística do “tipo ideal”, já que o diálogo com esses autores parece servir para a corroboração de teses já antecipadas provisoriamente na Introdução (idem, p. 38).

Para apresentar a sua teoria, Habermas propõe-se a focalizar três campos temáticos interligados:

²⁴ Segundo a autora, “para realizar essa tarefa, Habermas não poupa esforço, nem seus, nem do leitor. Autor e leitor percorrem, no decorrer dos dois volumes, um labirinto temático com múltiplos corredores e ramificações, em que ambos parecem perdidos, precisando fazer um esforço excepcional para restabelecer as conexões, lançar luz no escuro, ou achar uma saída. O acesso a novos patamares do conhecimento (quando se dá) é alcançado depois de um verdadeiro ‘calvário do espírito’”.

- Desenvolver um conceito de racionalidade comunicativa capaz de fazer frente às reduções cognitivo-instrumentais da razão:

- existência de um *telos* de compreensão mútua dentro da comunicação lingüística;
- universalidade do conceito de razão comunicativa, aplicável às condições sociais e às situações de interação.

- construir um novo conceito de sociedade em dois níveis, integrando os paradigmas do mundo da vida e sistema:

propondo um conceito de verdade não restrito à dimensão da razão instrumental, do pensamento objetivante, considerando verdadeiras também os juízos prático-morais e estéticos.

- propor uma teoria da modernidade que permita a análise das patologias sociais do presente:

deslocando o entendimento pessimista, weberiano, da *gaiola de ferro*, que aprisiona os homens, para uma interpretação não fatalista da modernidade, baseado

num conceito menos pretensioso de razão, consciente de seus limites, operando sem coações, mas a partir da *força do melhor argumento*, como única alternativa à violência.

Da sua vultuosa proposta, tentaremos recortar aqueles que mais diretamente possam contribuir com a construção de nossa tese.

2.1 - Racionalidade Comunicativa

Segundo Habermas, a razão é entendida desde o Iluminismo, especialmente no século XVIII, a partir do seu poder para reorganizar o mundo humano: o princípio da autoridade é questionado e deslocado para os próprios poderes humanos, sendo os homens os próprios *condutores* de seus destinos. Para Abrão (1999), a razão que, desde Platão, tem as luzes como metáfora, foi a grande palavra de ordem desse século.

Dentre suas características, destaca-se a motivação para uma “revisão geral”, na qual valores eram contestados, reavaliados, substituídos e muitas vezes recriados, e, nesse sentido, a *crítica* teve papel preponderante (idem).

Na Alemanha, o Iluminismo apresentou contornos distintos do caráter revolucionário que teve na França, onde o choque entre os princípios universais da razão e a realidade política exigiam uma solução violenta.

Entretanto, foi na Alemanha, através de Kant, que o crivo da crítica, como recusa das verdades ditadas por autoridades, é levado ao extremo, quando esse pensador coloca a própria razão sob julgamento, procurando estabelecer os limites e possibilidades do conhecimento, único meio do homem alcançar a maioria, livrando-se de todas as tutelas, obscurantismos e superstições.

Em Kant, "a crítica assume um sentido preciso e se torna uma atitude sistemática" (idem, p. 306) e através do seu método, conhecido como *crítico*, Kant pretendeu sintetizar as duas correntes filosóficas fundamentais da modernidade: o racionalismo e o empirismo. Esse pensador vislumbra um sujeito capaz de transformar a sociedade através da sua razão e vontade, à semelhança de Deus; dotado de faculdades de conhecer, querer e julgar, ou seja, dotado de razão.

Tendo como um dos propulsores a crítica ao caráter utópico dessa idéia kantiana de constituição perfeita e com a finalidade de possibilitar um diálogo permanente entre a teoria social e as novas ciências sociais empíricas, é fundada a *Escola de Frankfurt*, filiada à chamada Teoria Crítica.

A Teoria Crítica não se voltou "apenas para o conhecimento, mas para a própria realidade das condições sociais capitalistas", visto que "o comportamento crítico tem sua fonte na orientação para a emancipação relativamente à dominação vigente" (Nobre, 2004, p. 41).

Desse diagnóstico, foi fundado o Instituto para a Pesquisa Social de Frankfurt, cujo objetivo era proceder a um exame crítico da sociedade, em

geral, e em seus aspectos econômicos, culturais e de produção de conhecimento, a partir de uma perspectiva marxista renovada, isto é sem estar presa ao historicismo ou ao materialismo e tendo como última meta de seu programa unir teoria e prática. Os principais representantes da primeira geração foram: Theodor Adorno, Marx Horkheimer, Herbert Marcuse e Walter Benjamin. Jürgen Habermas, assim como Karl-Otto Apel, fazem parte da segunda geração de pensadores ligados a essa escola.

Habermas, assim como os contemporâneos da segunda geração da Escola de Frankfurt, não perde de vista a temática da Teoria Crítica, mas propõe uma reformulação da mesma, com vistas a superar seus déficits quanto à “fundamentação normativa”, “seu conceito de verdade e sua relação com as disciplinas científicas” e “sua subestimação das tradições democráticas e constitucionais de um Estado legal”, aspectos que paralisaram a análise crítica da razão instrumental dos teóricos da primeira geração (Aragão, 2002; Bolzan, 2005;).

Assim, a razão recebe um novo tratamento, através do conceito de *racionalidade comunicativa*, que aposta no giro paradigmático de uma nova compreensão de mundo, dando continuidade ao antigo debate, agora com novos acentos (Habermas^f, 2003).

Dentro dessa nova compreensão, a linguagem assume papel central em razão de seu intrínseco *telos* comunicativo, isto é, de sua inerente vocação para promover o entendimento entre indivíduos linguisticamente competentes. Segundo Aragão (2002):

O argumento de Habermas é o de que, mesmo que se possa utilizar a linguagem para mentir, enganar ou levar os outros a realizarem atos que os beneficiem ou os prejudiquem, isto é, mesmo que a linguagem possa ser instrumentalizada para outros fins que não a obtenção de entendimento, tem-se que admitir que, se este objetivo original não pudesse ser alcançado, nenhum dos seus outros usos seria possível. (p. 108)

Ao focalizarmos a discursividade da esfera pública, ressaltamos o aspecto pragmático da linguagem postulado por Habermas, ou seja, o uso que os atores sociais fazem dela, como forma de comunicação. Dessa perspectiva, toda ação humana é baseada num modo de se posicionar no mundo, num modo de estar no mundo, que é lingüisticamente mediado. Em outras palavras, o modo como a linguagem se estrutura nos dá acesso ao modo como se organizam as ações humanas.

Linguagem e ação são os elementos que qualificam a racionalidade comunicativa, que se constitui através do *medium* lingüístico, como meio regulador do comportamento e do entendimento mútuo e manifestando-se, no cotidiano, sob a forma de *ação comunicativa*.

2.2 - Ação comunicativa

Habermas recorre à moderna filosofia da linguagem e à teoria dos atos de fala ("speech acts", de Austin e outros) para postular a existência de três dimensões características de um proferimento lingüístico:

- locucionária: expressão de um estado de coisas
- ilocucionária: realização de uma ação enquanto se expressa um estado de coisas
- perlocucionária: produção de efeitos sobre o ouvinte ao realizar um ato de fala.

Das relações do sentido ilocucionário com o propósito perlocucionário dos atos de fala Habermas divide os tipos de ação social, distinguindo a ação comunicativa, na qual o efeito procurado pelo falante é o livre e autêntico entendimento sobre algo, e a ação de tipo teleológico, em que o falante procura apenas causar no ouvinte algum efeito ou reação desejados.

Assim, superando uma concepção estritamente representativa de linguagem, Habermas, com seu “giro lingüístico-pragmático”, ultrapassa a dimensão unilateral, cognitiva, da razão, incluindo também suas funções regulativas e expressivas, características do seu próprio *medium* realizador, isto é, da própria linguagem.

Subjacente a esse “giro”, o autor propõe a *pragmática universal*, cuja função é “identificar e reconstruir condições universais de possível compreensão mútua.” (Habermas, 2002). Nesse sentido,

o uso comunicativo de expressões lingüísticas não serve apenas para exprimir intenções de um falante, mas também para representar estados de coisa (ou supor sua existência) e estabelecer relações interpessoais com uma segunda pessoa. Nisso se espelham os três aspectos do entender-se/com

alguém/a respeito de algo. O que o falante quer dizer com uma expressão vincula-se tanto com o que é literalmente dito quanto com a ação com a qual deve ser visto o dito. Há então uma relação tripartite entre a significação de uma expressão e (a) o que se quer dizer com ela, (b) o que se diz nela e (c) a forma de sua aplicação na ação de fala. Com seu ato de fala, o falante procura se entender a respeito de algo com um ouvinte. (Habermas, 2004, p. 107)

A ação comunicativa contrapõe-se à ação estratégica

porque o que empresta às ofertas contidas nos atos de fala uma força racionalmente motivadora é o nexó estrutural que existe entre o significado de um proferimento, suas condições de validade, a pretensão de validade levantada em relação ao que é dito e as razões mobilizadas para o resgate discursivo dessa pretensão (Habermas, 2002, p. 130)

Nesse ponto, o autor propôs o que chamou de “situação ideal de fala”, idéia reguladora acerca das condições requeridas para produzir consensos (telos comunicativo buscando efeito comunicativo). Essas regras exigem simetria de posições entre os atores, para que todos tenham iguais chances de expressarem suas recusas ou assentimentos em relação às pretensões de validade; e exclusão de todos os interesses e coações que possam restringir as suas participações.

Referidas condições não correspondem a um fenômeno empírico, nem tampouco a um constructo racional:

A situação de fala ideal não é um fenômeno empírico, nem tampouco um simples constructo, mas uma suposição que fazemos inevitavelmente quando entramos em discursos. Esta

suposição pode ser contrafática, mesmo que não seja necessariamente contrafática. Entretanto, quando é feita contrafaticamente, ela constitui uma ficção que opera ativamente no processo de comunicação.” (Habermas²⁵ apud Siebeneichler, 2003, p. 104)

O que genericamente denominamos *atores* de uma situação de fala implica a existência de um falante que se comporta como um *eu* (ego), que faz um proferimento acerca de algo no mundo, a outros interlocutores ou a si mesmo, para o qual busca o assentimento de outro eu (alter). Alter, por sua vez, vai reagir à afirmação de ego com um “sim” ou um “não”, aceitando o proferimento de ego como verdadeiro ou rejeitando-o, como falso. A linguagem passa a assumir a dimensão de uma ação social quando alter reage ao proferimento de ego, estabelecendo uma relação entre atores sociais através da fala.

Quanto às funções para a linguagem, dependentes dos diversos contextos em que pode ser utilizada, elas podem ser assim sintetizadas (Aragão, 2002, p. 112):

1. Função cognitiva: para formular asserções acerca do mundo objetivo.
2. Função apelativa: permite usar sentenças para dirigir solicitações a destinatários, subdividindo-se em regulativas (reconhecimento intersubjetivo de normas sociais que irão

²⁵ Ibidem, *Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns*, Frankfurt/a.M. Ed. Suhrkamp, 1984, p. 180

pautar o comportamento dos membros do grupo) e imperativas (os atores sociais utilizam a linguagem com a intenção de que determinados estado de coisas esperado seja alcançado no mundo objetivo).

3. Função expressiva: visa tornar conhecidas as experiências pessoais do falante.

A par dessas funções, Habermas (2002) distingue diferentes tipos de ação social, por referência às suas relações com a *base de validade do discurso*, que parte da idéia de que

qualquer pessoa que aja segundo uma atitude comunicativa deve, ao efetuar qualquer tipo de ato de fala, apresentar pretensões de validade universal e supor que estas possam ser defendidas. (p. 12).

Para participar de um processo que almeje o entendimento, deverão ser apresentadas as seguintes pretensões de validade:

1. Compreensibilidade: a expressão deve ser inteligível, para que os atores possam compreender-se uns aos outros.
2. Verdade: a argumentação deve ser baseada em afirmações aceitáveis como expressão da realidade, de forma que o ouvinte possa compartilhar o conhecimento do falante.

3. Correção: o discurso deve ser aceitável frente às normas e valores que orientam o ouvinte.
4. Autenticidade: o ouvinte deve receber o ato de fala como uma legítima expressão do sujeito falante.

Vale lembrar que as pretensões de validade não podem ser reduzidas à perspectiva do falante, posto que:

formam o ponto de convergência do reconhecimento intersubjetivo por parte de todos os participantes. Elas desempenham um papel pragmático na dinâmica que perpassa a oferta do ato de fala e a tomada de posição do destinatário em termos de 'sim/não'. (Habermas, 2002^b).

Se a ação comunicativa é fundada em processos que levam ao estabelecimento de consensos, Habermas (2002^b), nos lembra que, ao estar sujeita à referida tomada de posição expressa por "sim/não", qualquer proposição, no caso do agir comunicativo, assume o risco do dissenso, sempre embutido no próprio mecanismo de entendimento, implicando grandes custos, aos quais são postas alternativas como:

(...) simples trabalhos de reparo; a suspensão ou olvido de pretensões de validez controversas, o que traria como consequência o definhamento do solo comum de convicções compartilhadas; a passagem para discursos muito dispendiosos, cujo desenlace é incerto e cujos efeitos são problemáticos; a quebra da comunicação ou, finalmente, a passagem para o agir estratégico. (p. 85)

Com essa consideração, Habermas introduz a sua apreensão do conceito de mundo da vida, concebido da tradição fenomenológica de Husserl.

2.3 - Mundo da vida e sistema

Segundo Habermas, é a experiência que alimenta o risco de dissenso, posto que são elas que

quebram a rotina daquilo que é auto-evidente, constituindo uma fonte de contingências. Elas atravessam expectativas, correm contra os modos costumeiros de percepção, desencadeiam surpresas, trazem coisas novas à consciência. Experiências são sempre *novas* experiências e constituem um contrapeso à confiança. (Habermas, 2002^b, p. 85)

Com esse pressuposto, o autor traz à tona dois fenômenos complementares, que são o *familiar* e o *surpreendente*, e a partir da idéia de mundo da vida, diz que "o risco do dissenso do entendimento lingüístico, que está à espreita em todo lugar, é recolhido, regulado e represado na prática cotidiana" (idem, p. 86). Dessa forma, o mundo da vida seria responsável pela absorção dos riscos e pela proteção da retaguarda de um consenso de fundo.

No mundo da vida os processos comunicativos se dão de modo aproblemático, ou seja, há um acordo "de fundo" que sustenta as práticas comunicativas. Trata-se de um conjunto de referências prévias de sentidos,

pressupostas nos processos comunicativos, sob a forma de tradições culturais.

Por essa via, a prática comunicativa cotidiana não chega ao nível da problematização, "fugindo à crítica e à pressão desenvolvida pela surpresa das experiências críticas, porque vive de um adiantamento de validade, proporcionado por certezas consentidas preliminarmente, ou seja, por certezas do mundo da vida". (idem, p. 89)

Caracterizam o mundo da vida:

- A certeza imediata: que carrega o paradoxo de um saber ao mesmo tempo importuno e desapercibido e, não obstante, deficiente. "Certezas absolutas permanecem inabaláveis até o momento em que se decompõem de maneira brusca, pois elas não representam nenhum tipo de saber, no sentido estrito da falibilidade". (idem, p. 92).
- A força totalizadora: imposta pelos limites da situação comum de fala, desde um mundo intersubjetivamente compartilhado, entrelaçando e entrecruzando os mundos vitais habitados coletivamente como texto e contexto.
- Holismo: os componentes do saber encontram-se emaranhados, à mercê de experiências problematizadoras.

Com essas três características, o mundo da vida carrega a paradoxal função de terreno, de representante concreto da contingência, que “levanta um muro” contra surpresas que provêm da experiência. Se a partir do mundo da vida os diferentes aspectos da vida social podem ser questionados e redefinidos, tendo nele a possibilidade de entendimento entre os sujeitos, o sistema de referência que indica quais aspectos desse mundo reclamam um novo acordo pode ser formalmente dividido em três categorias: mundo objetivo; mundo social e mundo subjetivo:

o sujeito pode relacionar-se com algo que tem lugar ou pode ser produzido no mundo objetivo; com algo que é reconhecido como devido a um mundo social compartilhado por todos os membros de um coletivo; ou com algo que os outros atores atribuem ao mundo subjetivo do falante, ao qual este tem acesso privilegiado. (Habermas, 2003^e, p. 170-171)

Os tipos puros de ação orientada ao entendimento representam somente casos limites, já que as manifestações comunicativas estão inseridas ao mesmo tempo em diversas relações com o mundo.

A ação comunicativa se baseia em um processo cooperativo de interpretação em que os participantes se referem simultaneamente a algo no mundo objetivo, no mundo social e no mundo subjetivo, mesmo que tematicamente seja evidenciado apenas um desses três componentes. (idem, p. 171)

Toda situação apresenta um horizonte dentro do mundo da vida e esse horizonte se desloca quando são questionadas: a verdade das

afirmações feitas por um locutor ou a validade das normas e de sua interpretação ou ainda a veracidade dos desejos e intenções exteriorizadas por ele.

A esse questionamento Habermas também chama de tematização, sendo o tema o "fragmento do mundo da vida", que tem alguma validade questionada e necessita de entendimento.

Se aspectos cognitivos-instrumentais do mundo da vida podem ser tematizados sob o registro da verdade, os critérios que permitiriam aos participantes de uma situação de comunicação tematizar conteúdos prático-morais e prático-estéticos dizem respeito a pretensões de validade de correção ou justeza das normas e da autenticidade ou veracidade das expressões subjetivas.

Do conceito de mundo da vida, Habermas delinea dialeticamente o conceito de sistema, os quais possibilitam distinguir duas formas de integração social: a via do entendimento entre os agentes a partir de tematizações oriundas do mundo da vida e a estratégica, que dispensa a regulamentação consensual.

A concepção de sistema é essencial para circunscrever a modernidade, no processo que Habermas denominou de "colonização do mundo vivido por mecanismos de integração sistêmicos", onde ocorre uma intensificação da complexidade das estruturas sistêmicas.

Habermas denuncia inicialmente os mecanismos de "dinheiro" e "poder" como responsáveis por essa colonização do mundo da vida e, mais

tarde, traz à tona os mecanismos da ciência e da técnica, que se estabeleceram como princípios acríticos e como atividades legitimadoras dos sistemas econômicos e políticos vigentes, proporcionalmente a despolitização dos indivíduos. Referidos mecanismos, da ciência e da técnica, são pregnantes na área da saúde, bastando flagrar os alcances da autonomização da dimensão tecnológica de suas práticas, que chega a prescindir dos próprios sujeitos às quais se destinam!

A perspectiva dual de sociedade (de mundo da vida e sistema) tem o sentido de permitir um olhar globalizante sobre a sociedade, que assegure tanto os processos de reprodução material como de reprodução simbólica pela cooperação e pelo consenso dos seus membros.

Socorrendo-nos de excertos do próprio autor e de comentadores, tivemos a intenção de evidenciar aspectos da obra de Habermas que nos parecem importantes na compreensão da ação dos profissionais de saúde e como eles procuram entender-se, entre si e com os pacientes, acerca da comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais.

Se o êxito técnico aponta relações entre objetos ou entre sujeitos e objetos sobre as quais podemos intervir, o sucesso prático pressupõe a relação entre sujeitos, que buscam entender-se sobre algo. Ao ser evidenciada como uma questão para a qual os consensos existentes estão sendo questionados, sob os registros da vigilância epidemiológica ou da confidencialidade, espera-se que os profissionais de saúde possam posicionar-se a respeito, publicizando seus argumentos até alcançarem

acordos sobre a temática da comunicação de parceiros sexuais. Assim, como um último conceito a compor nosso quadro teórico, traçaremos a perspectiva habermasiana sobre alguns dos pressupostos do discurso, contido na *Ética do Discurso*, evidenciando o caráter moral do processo argumentativo propriamente dito.

2.4 - Ética discursiva – aspectos morais da ação comunicativa

Considerando a centralidade do conceito de discurso na obra habermasiana, vale extrair algumas das explicações contidas na nota do tradutor, na obra *“Consciência Moral e Agir Comunicativo”*.

Em que pese a polissemia da palavra, em português e em seus correspondentes nas línguas latinas em geral, *discurso* parece conotar apenas o aspecto lógico-conceitual e argumentativo, sem nenhuma implicação intersubjetiva. Habermas introduz *“Diskurs”* como um termo técnico para referir-se a comunicação, fala ou discurso destinado a fundamentar as pretensões de validade das opiniões e normas (Habermas, 2003^d)²⁶.

A argumentação, como base do discurso, possui uma estrutura geral, que pode ser definida em cinco etapas (Aragão, 2002, p. 123):

²⁶ Cf. Nota Preliminar do Tradutor

- a afirmação de uma asserção problemática que ergue certa pretensão;
- o estabelecimento do fundamento pelo qual a pretensão vai ser colocada;
- a indicação de uma regra de inferência pela qual o fundamento é obtido;
- a busca das evidências de diferentes tipos que possam dar suporte ao fundamento e, se necessário
- a modificação ou restrição da pretensão de validade erguida.

Ao questionar as aspirações de validade embutidas na comunicação cotidiana, o discurso pode problematizar as afirmações sobre fatos, relativos ao mundo dos objetos, conformando um *discurso teórico*. Quando a validade e a justeza das normas sociais que regulamentam a vida social são questionadas, falamos em *discurso prático*. Segundo Freitag (2005):

Nesse processo argumentativo, em que cada afirmação precisa ser justificada, cada julgamento defendido e reafirmada a validade das regras em questão, prevalece unicamente o critério do melhor argumento, capaz de obter a aprovação dos membros do grupo. Ambas as formas do discurso [teórico e prático] pressupõem interlocutores competentes e verazes, atuando em situações dialógicas ideais, livres de coação. (p. 102)

No contexto do discurso prático, Habermas propõe a *ética discursiva*, que se inspira no imperativo categórico de Kant, substituindo o critério último da moralidade defendida por esse pensador, pelo processo argumentativo, que se fundamenta na "lingüisticidade" dos conteúdos normativos.

Para situar a escolha de Habermas, é preciso lembrar as duas tradições éticas mais importantes do Ocidente: a clássica, aristotélica, e a kantiana. As éticas clássicas referem-se a questões da vida moral em geral, afeta à "vida boa", à "felicidade" (Aristóteles) ou o "bem comum" (Tomás de Aquino). Já a ética kantiana, desenvolvida, sobretudo na Crítica da razão prática, discorre sobre uma metafísica dos costumes, onde a vontade é orientada pela razão (Freitag, 1997). Para Kant, as regras morais são leis que a razão estabelece para todos os seres racionais, no contexto de regras absolutas (universais).

Contrastando a moral do dever e da justiça formal e a moral da felicidade, Hegel postulava que a complexidade do fenômeno ético impediria a separação entre esses dois tipos de fundamentação porque as éticas girariam em torno do bem comum, da solidariedade, da justiça e da felicidade.

Habermas considera essa posição de Hegel no sentido de justificar a sua opção por Kant, ao assumir "um conceito cognitivista estreito e fraco da moral"²⁷, que se refere a questões práticas, a conflitos no nível da ação, que

²⁷ No sentido de não aspirar contribuições substanciais próprias, configurando-se desde uma perspectiva cognitivista.

podem em princípio ser decididas através da argumentação, portanto, de modo consensual” (Siebeneichler, 2003, p. 140).

Vale ressaltar que ao lado de um conjunto de princípios fundadores da Ética do Discurso, ela não é puramente formal, ao apreender a condição de extrema vulnerabilidade da pessoa, articulando-se nos princípios da justiça e da solidariedade.

A justiça se obtém buscando, através dos processos argumentativos conduzidos pelos integrantes do discurso prático, a norma que defenda a integridade e invulnerabilidade da pessoa humana. Esse objetivo ou valor (buscado processualmente) só se efetiva no grupo social que, através da solidariedade recíproca, assegura o bem-estar de todos. A dignidade da pessoa só pode ser realizada no grupo que concretizar o respeito mútuo e o bem-estar de cada um, assim como a autonomia do sujeito depende da realização da liberdade e da solidariedade de todos. (Freitag, 2005, p. 103)

Se o sujeito moral kantiano, seguindo seu dever, define monologicamente as leis a serem, os participantes de um discurso prático elaboram dialogicamente os princípios universalizáveis, sob a Ética do Discurso, à base de critérios de justiça, correção e verdade.

No procedimento argumentativo, todos os integrantes do discurso participam, todas as vontades subjetivas são expressas, todas as críticas e ponderações são consideradas, todas as consequências práticas são antecipadas e todos os efeitos colaterais de uma possível ação, pesados. O novo princípio regulador, a norma universal que também será a máxima moral de cada um, não é um dado *a priori*, mas o resultado último de um longo processo argumentativo viabilizado pelo discurso prático. (idem, p. 103)

A Ética do Discurso permite deslindar a moralidade implícita nos discursos oferecendo parâmetros para a compreensão dos aspectos normativos que fundam as práticas de saúde envolvendo a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais.

Para melhor orientar essa compreensão, trazemos uma síntese de um texto produzido por Habermas, em que analisa os tipos de argumentação subjacentes ao uso pragmático, ético e moral da razão prática e onde se evidencia seu entendimento acerca da moral e da ética.

2.5 - “Para o uso pragmático, ético e moral da razão prática”²⁸

A razão prática, em Habermas, refere-se à capacidade de fundamentar racionalmente ações e decisões não restritas ao sentido ilocutório do “ter de” ou do “dever”, mas associadas ao conceito de *vontade*. Recorrendo às clássicas questões da ética clássica: *como devo comportar-me, que devo fazer?*, Habermas chama a atenção para o fato de que “esse “dever” guarda um sentido não-específico enquanto o respectivo problema e o aspecto sob o qual deve ser solucionado não sejam determinados mais de perto” (p. 4). Para tanto, propõe-se a diferenciar o uso da razão prática conforme os modos pragmático, ético e moral de formular a questão.

Fazendo uso dos próprios exemplos do autor, esboçaremos alguns excertos do referido texto, para delinear cada um dos usos da razão prática:

²⁸ Título original do texto apresentado na Conferência do mês (IEA/USP), em outubro de 1989.

2.5.1 - Uso pragmático da razão prática

*O que fazer quando uma bicicleta usada
diariamente estraga?*

- Exige uma decisão racional entre diferentes possibilidades de ação, frente a uma tarefa que “temos de” solucionar, se quisermos alcançar uma meta determinada.
- Nossa vontade já está estabelecida faticamente por desejos e valores; ela só está aberta a outras determinações no que concerne a alternativas quanto à escolha dos meios ou quanto à fixação de metas.
- Trata-se unicamente de utilizar técnicas apropriadas para o planejamento da ação.
- A reflexão prática transcorre no horizonte da racionalidade de fins, com a meta de encontrar técnicas, estratégias ou programas adequados.
- Não há uma relação interna entre razão e vontade. Recomendações técnicas ou estratégicas tiram sua validade do saber empírico no qual se apóiam. Sua validade é independente da decisão do receptor em adotar as indicações para a ação.

2.5.2 - Uso ético da razão prática

*Escolher entre fazer um curso superior de administração
de empresas e preparar-se para ser teólogo*

- Quanto mais a questão disser respeito às nossas orientações ou inclinações, mais ela se aproxima do problema de saber que vida se gostaria de ter e isso significa saber: que tipo de pessoa se é e, ao mesmo tempo, se gostaria de ser.
- Decisões triviais ou fracas sobre a preferência não exigem fundamentação; ninguém pede a si ou a outros justificativas pelas marcas de automóveis ou que tipo de polôver prefere.
- A compreensão de si envolve dois componentes: a gênese da história da própria vida e os componentes normativos do ideal do eu.
- O sentido imperativo de proposições como "tens de seguir uma profissão que te dê a sensação de ajudar outras pessoas" pode ser entendido como um "dever" que não depende de fins e preferências subjetivas.
- A razão prática, nesse sentido, tem como objetivo não apenas o possível e o que é adequado a fins, mas também o bom.

***Conseguir dinheiro pela via da dissimulação de
fatos relevantes***

- Se nos ativermos unicamente ao possível êxito dessa manobra, estaremos nos guiando pelo uso pragmático da razão. Agora, quem problematiza a licitude desse ponto de vista levanta a questão de saber se todos poderiam querer que, em meu lugar, qualquer pessoa agisse segundo a mesma máxima.
- Questões éticas não exigem uma ruptura completa com a perspectiva egocêntrica: elas referem-se ao *télos* de minha vida.
- Outras pessoas, outras histórias de vida e esferas de interesse ganham significado apenas na medida em que estejam unidos ou entrelaçados à minha identidade, à minha história de vida e à minha esfera de interesse no âmbito de nossa forma de vida partilhada intersubjetivamente.
- A vida que é boa para mim toca também as formas de vida que nos são comuns.
- Nos discursos ético-existenciais, razão e vontade determinam-se mutuamente, de modo que permanecem inseridas no contexto que se torna tema deles.

2.5.3 - Uso moral da razão prática

*Aplicar uma pequena fraude numa sociedade
anônima de seguros*

- Aquilo que de minha perspectiva é igualmente bom para todos residiria de fato no interesse igual de todos apenas se minha identidade e meu projeto de vida refletissem uma forma de vida universalmente válida.
- Nesse caso a máxima “não faças a ninguém aquilo que não queres que te façam”, é justa apenas se todos puderem querer que ela seja seguida por cada um em situações comparáveis, rompendo com o egocentrismo dessa “regra”.
- Apenas uma máxima capaz de universalização a partir da perspectiva de todos os envolvidos vale como uma norma que pode encontrar assentimento universal.
- O sentido imperativo do “dever” não é dependente nem de preferências ou fins subjetivos, nem da meta, para mim absoluta, de uma vida boa, uma vida de êxito ou não-malograda. O que se “deve” fazer ou o que se “tem de” fazer possui o sentido de que é *justo* e, portanto, de que é dever agir desta maneira.
- Só podem encontrar assentimento fundamentado aquelas sugestões de norma que expressam um interesse comum de todos

os envolvidos. Nessa medida, as normas fundamentadas discursivamente fazem valer a um só tempo duas coisas: o conhecimento daquilo que a cada momento reside no interesse geral de todos e, também, uma vontade geral que apreendeu em si, sem repressão, a vontade de todos.

Em síntese, o *terminus ad quem*, os discursos correspondem:

- **No discurso pragmático:** à recomendação de uma tecnologia adequada ou de um programa exeqüível.
- **No discurso ético:** ao conselho para a orientação correta na vida, para a realização de um modo pessoal de vida.
- **No discurso moral:** à compreensão sobre a solução justa de um conflito no âmbito do agir regulado por normas.

Ao situar os diferentes usos da razão prática – pragmático, ético e moral -, sintetizados nos excertos acima, Habermas chega a um ponto, ao menos para os nossos propósitos, de fundamental importância, que diz respeito à aplicação das normas, instruída pela razão prática.

A razão prática, sob o registro do imperativo categórico de Kant, coincide com a moralidade apenas enquanto instância examinadora de normas, o que se dá de modo descontextualizado, de situações de certa forma padronizadas.

Habermas reconstrói essa noção, argumentando que:

Toda fundamentação de norma tem de operar sob as limitações normais de um espírito finito; portanto, ela não pode *a fortiori* tomar já explicitamente em consideração todos aqueles sinais que caracterizam as constelações do caso particular imprevisto. Por esse motivo, a aplicação da norma exige uma elucidação argumentativa de seu próprio direito. (p. 16)

Por isso, validações morais *categóricas* podem chocar-se com “a integridade ferida da dignidade humana, a recusa de reconhecimento, o interesse negligenciado, a diferença negada”, “podendo ocultar e abrigar um mero interesse capaz de impor-se” (p. 17). Ao denunciar essa falsa universalidade, Habermas justifica o porquê da importância dos movimentos sociais e das lutas políticas, como catalisadores das vozes excluídas.

A passagem do “*que devo fazer?*” para “*que devemos fazer?*”, é uma inflexão decisiva nesse constructo habermasiano. O autor alerta que “não se trata de uma mudança de perspectiva da interioridade do pensamento monológico para o espaço público do discurso, mas de uma alteração na posição do problema: o que altera é o papel no qual o outro sujeito se encontra” (p. 17).

Trata-se de substituir “o outro”, como oponente, pela argumentação de um “outro” com vontade própria, insubstituível. E isso coloca uma nova maneira de interpretar o problema da busca conjunta de metas coletivas e

da regulamentação da vida em comum, onde confluem a vontade dos agentes e as contingências das pluralidades de contextos.

Ao enunciarmos a incidência de duas lógicas nas práticas de saúde envolvendo a comunicação do diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais, procuramos situar essa distinção no bojo do espaço público moderno, marcado pela autonomização das diferentes esferas da vida. É esse pano de fundo que possibilita a "convivência" de interesses públicos e privados, convivência essa, por vezes, submetida a relações de dominação.

Na área da saúde referida relação se expressa comumente na primazia da instrumentalidade e no controle técnico das ações. A via da vigilância epidemiológica, por meio da busca de comunicantes ou da Notificação de Parceiros, parece traduzir esse ímpeto controlista, tendo sido esquadrinhada, a fim de propiciar elementos para a sua crítica.

Se hoje há consenso quanto à possibilidade de transmissão do HIV no contato sexual desprotegido, por meio da legitimação do discurso científico, há que se repensar, inclusive, na possível eficácia instrumental de estratégias como a Notificação de Parceiros ou a tipificação da transmissão do vírus como um crime.

No contexto do espaço público moderno, as pretensões eminentemente técnicas, instrumentais, de controle da epidemia, encontram importantes tensionamentos, especialmente pela via dos direitos, ora valorizando as dimensões mais universais dos Direitos Humanos, ora valorizando os sujeitos privados desse espaço. Cabe melhor compreender

esses tensionamentos, indagando sobre suas exigências práticas, sujeitos envolvidos, valores e horizontes almejados, trazendo-os *a público*, na perspectiva discursiva acima apontada.

Sob os constructos habermasiano e do Cuidado, a tarefa que se impõe é o exame das práticas de saúde que informam a comunicação do diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais, tendo como desafio apreender as possibilidades comunicativas entre as duas lógicas que presidem essas práticas, da saúde coletiva e da clínica, ou seja, como ação baseada em valores compartilhadamente construídos e legitimados.

A proposição de um método que nos guiasse nessa investigação considerou a abordagem teórica acima traçada, merecendo ainda algumas considerações acerca do entendimento sobre o *método* propriamente dito.

O sentido moderno e hegemônico do método é “trilhar um caminho cognitivo de maneira tão consciente que se torna possível refazê-lo sempre (...). Metódico é poder-seguir sempre de novo o caminho trilhado e é isto o que caracteriza o proceder da ciência” (Gadamer, p. 61).

Entretanto, fica claro que na investigação aqui proposta não se busca evidências nem demonstrações que nos digam sobre a aplicabilidade desta ou daquela estratégia para a comunicação dos parceiros sexuais. Igualmente, não se trata de identificar e controlar variáveis que possam indicar medidas de sucesso ou insucesso dessas práticas.

As questões até aqui enunciadas foram enquadradas no campo de investigação das ciências humanas em saúde, privilegiando, no nosso caso,

a incorporação dos aspectos valorativos da investigação, oriundos de uma questão prática da atenção às pessoas vivendo com HIV.

Segundo Gadamer (2002), p. 50, "a fecundidade do conhecimento das ciências do espírito parece mais próxima à intuição do artista do que ao espírito metodológico da investigação". Essa passagem faz parte de uma longa e profunda reflexão desenvolvida por esse autor, da qual podemos apreender, dentre tantas lições, o fato de que, diferentemente das ciências da natureza, em que o investigador mantém um distanciamento de seu objeto, as chamadas "ciências do espírito" nos colocam como participantes ativos do processo e dos resultados de nossa investigação. Nesse caso, a "verdade" não se desvincula do sujeito cognoscente: "o conhecimento próprio das ciências do espírito tem em si sempre um quê de autoconhecimento" (idem, p. 53).

Ao mesmo tempo em que a Teoria da Ação Comunicativa, à qual pretendemos aqui recorrer, nos fornece um recurso para apreender ações sociais, há que se distinguir, conforme alerta o próprio Habermas, os conceitos básicos da *ação social* e a *metodologia* da compreensão das ações sociais, por serem assuntos interdependentes, mas distintos.

Os distintos modelos de ação pressupõem, cada um deles, distintas relações do ator com o mundo; e estas relações com o mundo não somente são determinantes dos aspectos da racionalidade da ação, como também da racionalidade da interpretação dessas ações por um intérprete. (Habermas, 2003^d, p. 147).

A referência gadameriana aponta a impossibilidade de se desvincular a “verdade” do sujeito cognoscente, o que nos parece especialmente importante, por considerar o “duplo” lugar da pesquisadora, como tal e como profissional de saúde, convivendo cotidianamente com a temática da investigação proposta. Isso permite que o seu “pertencimento” direto com o objeto da pesquisa não seja tomado como empecilho metodológico.

Habermas faz ressalvas a esse modo de participação do pesquisador, o qual, embora também assumindo a posição de ator no processo comunicativo, realiza-o diferentemente dos atores diretamente implicados na ação, ao concentrar-se exclusivamente no processo de entendimento. Mesmo o observador participante, cuja presença ativa introduz inevitavelmente mudanças na cena original, cumpriria “funções auxiliares”, ao ter intenções de ações próprias (Habermas, 2003^d, p. 162-163).

Entretanto, o autor considera o fato de que o intérprete, pela sua pré-compreensão da situação, participa virtualmente do processo de entendimento dos atores, embora comumente não fazendo parte da mesma, ao que Habermas atribui ser uma “imparcialidade negociada”.

Opondo-se às correntes que buscam a positivação das ciências sociais, Habermas aposta na dimensão hermenêutica da pesquisa, embora também vulnerável às tentativas de objetivação.

Há distintos entendimentos e usos acerca da hermenêutica, elaborados por diferentes autores e Habermas (2003^f), posiciona-se do seguinte modo:

Toda expressão dotada de sentido – seja um proferimento (verbal ou não verbal), um artefato qualquer como, por exemplo, um utensílio, uma instituição ou um documento – pode ser identificada, numa perspectiva bifocal, tanto como uma ocorrência observável, quanto como a objetivação inteligível de um significado. Podemos descrever, explicar ou prever um ruído que equivalha ao proferimento vocal de uma frase falada, sem ter a menor idéia do que esse proferimento significa. Para captar (e formular) seu significado, é preciso participar de algumas ações comunicativas (reais ou imaginadas) no curso das quais se empregue de tal modo a frase mencionada que ela seja inteligível para os falantes e ouvintes e para os membros eventualmente presentes da mesma comunidade lingüística (p. 39-40) (grifos nossos).

Assim, na perspectiva hermenêutica, o intérprete não “dá” significado às coisas observadas, mas deve explicitar o significado “dado” de objetivações, só compreendidas a partir de processos de comunicação. (Habermas^f, 2003).

Ao privilegiar o caráter intersubjetivo desses processos de comunicação, a abordagem qualitativa, sintonizada com preocupações das ciências humanas, permite explorar diferentes realidades, enfatizando os significados das ações e relações humanas, não apreensíveis em equações, médias ou procedimentos estatísticos. Para Minayo (1996), a investigação qualitativa é a que melhor se coaduna ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos, justificando, assim, nossa escolha por esse tipo de abordagem. Por isso, um dos caminhos eleitos para se perscrutar as práticas de saúde envolvendo a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais foi a apreensão dos discursos de

sujeitos que protagonizam essas práticas, como elucidado na próxima seção.

3. Procedimentos Metodológicos

Com o intuito de captar depoimentos – daqueles da assistência àqueles que influenciam a formulação de políticas no campo da aids, foram entrevistados profissionais de saúde, diretamente ligados à assistência; membros da Comissão Nacional de Aids – CNAIDS, e técnicos de Vigilância em Saúde. No pólo dos usuários dos serviços de saúde o acesso aos seus discursos deu-se por intermédio de observação de um grupo educativo. Também foi feita a análise de atas de reuniões da CNAIDS no sentido de buscar pautas que se reportassem à temática da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais.

O locus privilegiado da investigação foi o Município de São Paulo, particularmente em relação aos profissionais de saúde, todos vinculados a serviços especializados em DST/Aids. Embora não generalizável para o contexto brasileiro, acreditamos que a realidade destes serviços é de certa forma um indicador do que tende a acontecer em outras localidades do país, especialmente nas diversas regiões metropolitanas. Isto porque, historicamente, São Paulo tem tido um papel de laboratório e modelo da chamada *resposta brasileira* (Grangeiro et al., 2006). Assim, tanto a complexidade e diversidade do que acontece aqui é expressão do que ocorre, em diferentes graus e proporções, nas diversas partes do país, como as respostas que se vão produzindo aqui tendem a se estender também para as demais regiões.

A opção pelos serviços de saúde municipais considerou o fato de que os demais serviços existentes na cidade (CRT, Casa da Aids, Emílio Ribas), por sua natureza, têm sido campos de pesquisa por excelência, o que poderia condicionar discursos mais estruturados em relação ao tema, o que não era nossa pretensão.

A CNAIDS é um órgão que foi criado em 1986, com a finalidade de assessorar tecnicamente o Programa Nacional de DST e Aids. É composta por representantes dos diferentes segmentos da sociedade civil, dentre eles, de pessoas vivendo com HIV; da comunidade científica; de organizações não-governamentais; do governo. Embora seja uma instância não deliberativa, esse órgão vem tendo importante papel na formatação das ações governamentais na luta contra a aids (Brasil, 2003), como as campanhas nacionais de prevenção à aids e a questão das patentes de medicamentos específicos para a doença.

As reuniões periódicas da CNAIDS são registradas em atas, algumas das quais estão disponibilizadas no site do Programa Nacional de DST e Aids²⁹.

Considerando que a questão da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, no contexto das práticas de saúde, está tradicionalmente afeta à vigilância epidemiológica, através da estratégia de busca de comunicantes, foram identificados depoentes deste segmento, com

²⁹ Foram consultadas 38 atas disponibilizadas no site, do período entre 11/03/1998 a 26/10/2005. último acesso: 25/12/2008. <http://www.aids.gov.br/main.asp?Team={7E11FF27-EC0E-4445-A726-B81AC9BA5458}>

experiências, local (Programa Municipal de DST e Aids) e nacional (Programa Nacional de DST e Aids).

Em síntese, para a produção do material empírico do estudo utilizou-se a combinação das seguintes estratégias para captar os discursos dos informantes: entrevistas em profundidade, grupo focal e grupo educativo. O recurso a essas técnicas parece apropriado para acessar tanto discursos oriundos de experiências individuais, quanto aqueles que emergem do debate em torno do tema, o que pode ser especialmente fecundo quando se pretende evidenciar as dinâmicas intersubjetivas da comunicação (Minayo, 1996).

O número total de participantes das entrevistas individuais não foi estipulado a priori, como usual em estudos qualitativos, sendo definido ao longo do processo de pesquisa, segundo critério de suficiência, isto é, quando do julgamento de que o material empírico permitiria traçar um quadro compreensivo da questão investigada. A preocupação central foi focalizar o tema em estudo sob várias perspectivas e pontos de vista, permitindo não só certa reincidência das informações como também aquelas consideradas ímpares (*idem*).

Julgou-se que esse quadro compreensivo foi alcançado ao término de dois grupos, um focal e um educativo e de dezessete entrevistas.

Para as entrevistas e grupo focal, recorreu-se a roteiros semi-estruturados (Anexo I), tendo como roteiro a idéia e a estrutura proposta para o trabalho com *cenas*, como apresentado por Paiva (1999), inspirada,

sobretudo no psicodrama pedagógico e no construtivismo. O eixo estruturador das narrativas é o cotidiano e o contexto dos participantes, que tem como ponto de partida a lembrança de situações vividas ou conhecidas. A partir da eleição de uma delas, a cena foi explorada³⁰, seguindo um roteiro que abrange questões sobre: Onde se dá a cena? Quem está presente, direta ou indiretamente? O que estão fazendo (falas, gestos, expressões)? Como é o cenário (disposição de objetos, móveis, pessoas)? Quando se dá a cena (lugar no tempo)? Horizontes (como seria – ou poderia ser).

O recurso à cena pode facilitar a mobilização de conteúdos normativos, proposicionais e, especialmente, expressivos relativos ao tema, partindo das experiências significativas dos participantes.

O grupo focal foi realizado no dia 03/04/2007 e contou com a participação de 7 profissionais de saúde, oriundos de 5 serviços municipais de DST/aids, que responderam ao convite realizado após apresentação do projeto no grupo de interlocutores de pesquisa do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo³¹. Além desses, também participaram um estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e sua orientadora, pelo fato dos mesmos desenvolverem trabalho sobre o tema naquela instituição. O grupo foi moderado pela pesquisadora,

³⁰ A exploração diz respeito às possibilidades de, ao modo do psicodrama, trocar as posições, o sexo, a idade, os contextos dos atores da cena.

³¹ A área de Pesquisa do DST/AIDS Cidade de São Paulo é um setor voltado para a normatização e acompanhamento de pesquisas externas desenvolvidas na rede especializada municipal e para o incentivo e formação de novos pesquisadores dentro da própria rede. Para tanto, ela conta com um grupo de interlocutores de pesquisa, composto por um funcionário de cada unidade de saúde especializada em DST/Aids.

contando com 3 auxiliares, também pesquisadoras e trabalhadoras em serviço de saúde especializado em DST/Aids, para o registro da discussão, além da gravação do seu conteúdo.

O acesso aos profissionais de saúde para as entrevistas foi feito inicialmente através de contato com as gerências dos serviços de saúde, aos quais foi apresentado o projeto (bem como à equipe). Os primeiros informantes para as entrevistas individuais foram indicados pelas gerências, compatibilizando a disponibilidade e o interesse pela temática da investigação. Os demais foram indicados através do processo de snow-ball, sob os mesmos critérios. O principal critério de inclusão para participar da pesquisa foi o envolvimento direto na assistência, circunscrevendo-se a profissionais assistentes sociais, psicólogos, médicos ou enfermeiros, considerando ser essa a composição básica de uma equipe multidisciplinar em todos os serviços de saúde especializados em DST/Aids.

As entrevistas individuais tiveram início em 30/10/2006 e foram concluídas em 19/09/2008, cada uma demandando cerca de uma hora e meia de duração, em média.

Os serviços especializados em DST/Aids do Município de São Paulo apresentam uma relativa homogeneidade quanto à composição da equipe, serviços oferecidos, histórico de criação e de formação dos profissionais no “trabalho com aids”, sendo eleitos dois desses, para a realização das entrevistas. O principal critério para essa escolha foi o modo de evidenciar as questões atinentes à comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros

sexuais: ou como uma questão presente para a equipe de profissionais como um todo ou circunscrita aos profissionais de saúde, individualmente.

Na verdade, tal critério foi definido no decorrer do processo de aproximação aos serviços de saúde, quando se vislumbrou a existência de algumas distinções nos discursos dos profissionais acerca da temática proposta. No campo que será denominado A, a questão da comunicação de diagnóstico ao parceiro sexual ou é tratada isoladamente pelos profissionais ou merece a atenção de diferentes profissionais da equipe, caso a caso, mas sem uma discussão multiprofissional com vistas a estabelecer consensos mais gerais. Por sua vez, no campo B, os primeiros contatos coincidiram com um momento em que a equipe estava se mobilizando para a discussão do tema, objetivando debater os possíveis encaminhamentos para os problemas oriundos dessa questão.

Os técnicos em vigilância foram convidados a partir da experiência, passada e/ou presente, em posição estratégica em estruturas de programas de aids (local e nacional, conforme já pontuado), além da disponibilidade para integrar a pesquisa, sendo que dois deles tinham formação em medicina e um em nutrição. Já os membros da CNAIDS foram selecionados a partir das suas inserções nessa esfera, dois como representantes da comunidade científica (representando universidades) e um do ativismo.

Após uma entrevista piloto com um usuário do campo A, que não mostrou potenciais para enriquecer o material empírico, decidimos, na ocasião, pela exclusão desse segmento a investigação. Entretanto, houve

um contato direto com um grupo de pacientes desse mesmo serviço, não previsto originalmente, que se mostrou muito rico aos propósitos da pesquisa. Durante a fase de campo foi desencadeada, no campo A, a criação de um grupo de discussão (grupo educativo) com mulheres, por iniciativa de uma médica ginecologista, visando uma conversa sobre as dificuldades para a revelação do diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais (passados, presentes e potenciais). Essa profissional, que foi uma de nossas depoentes, e ciente do objeto da pesquisa, convidou-nos a observar a atividade. Assim, com o seu consentimento, bem como das participantes e da psicóloga que auxiliaria na coordenação do grupo, essa iniciativa passou a incorporar o campo.

O acesso a esse segmento, através da observação, permitiu captar situações ímpares, cujas questões do roteiro de entrevista não se mostraram tão promissoras.

Foram observadas duas sessões, sendo que na primeira compareceram 5 mulheres e na segunda, 3, das dez convidadas pela médica, segundo experiências bem ou mal sucedidas de comunicação do diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais. O objetivo era permitir uma troca de experiências que propiciasse a reflexão sobre o assunto, fortalecendo-as e motivando-as a falar sobre suas sorologias com os parceiros. Como uma das estratégias para nortear a condução do grupo recorreu-se ao exercício de alteridade propiciado pelo recurso a *cenar*.

Com exceção de uma mulher, que havia contraído o vírus do marido, as participantes que tinham parceiros não haviam comunicado seus status sorológicos a eles. Aquelas que não tinham parceiros não vislumbravam essa possibilidade de comunicação, alegando preferirem ficar sozinhas a terem que revelar essa situação. Abaixo, sintetizamos o perfil das participantes, cujos nomes reais foram substituídos por fictícios:

Quadro 1. Perfil das participantes do grupo educativo.

Nome	Data nasc.	Ano Diagnóstico	Profissão	Parceiros		Revelado
				Sim/ Não	Status HIV	Sim/ Não
Januaria	09/02/64	2006	Empregada domestica	S	?	N
Cristina	28/11/57	2004	Do lar	S	HIV+	S
Madalena	02/09/66	2005	Analista Crédito	N	-	-
Greta	12/07/67	2002	Balconista	S	?	N
Baía	31/10/59	2004	Professora	N	-	-
Monique	10/06/45	1996	advogada	N	-	-

Os integrantes do campo também tiveram seus nomes reais substituídos por fictícios e o quadro abaixo sintetiza as suas participações no processo.

Quadro 2. Participantes por campo, por estratégia utilizada.

	Entrevistas em profundidade		Grupo focal		Grupo educativo
	Nome	Formação/ profissão	Nome	Formação/ Profissão	Nome
Serviços de Saúde	(A) Clara Miguel Lia Irene Bebel Carolina Barbara	Médica Médico Assistente Social Psicóloga Médica Enfermeira Médica	Maria Bebel Chico Adelaide Lourival Marieta Elza Anne Bethania	Fonoaudióloga Medica Estudante Nutricionista Terap.ocupac. Professora Enfermeira Psicóloga Fisioterapeuta	Januária Cristina Madalena Greta Baía Monique
	(B) Sílvia Olívia Fernando Luiza	Educ.Saúde Psicóloga Médico Assistente Social			
CNAIDS	Pedro Mario Baden	Cientista Cientista Ativista			
Vigilância	Miucha Glauber David	Nutricionista Médico Médico			
Total	17		9		5

Por fim, vale esclarecer algumas palavras e expressões, passíveis de duplas interpretações e que foram abundantemente utilizadas no decorrer da narrativa que se empreenderá daqui por diante:

A primeira demarcação diz respeito à palavra *paciente*. Não obstante as restrições ao seu uso, por conta do possível sentido restrito de uma condição de quem espera, aguarda *passivamente* alguma atenção, optamos por também recorrer a essa palavra, alternando-a com *usuário* e com as expressões *pessoas soropositivas* ou *pessoas vivendo com HIV*. Todas terão, no nosso texto, o sentido identificar um sujeito situado num contexto, que passa pela soropositividade para o HIV, mas, sobretudo incorpora horizontes para além dos limites físicos e operacionais dos serviços de saúde.

Algumas palavras como *discurso* e *moral* são marcos conceituais da construção habermasiana, como se depreende do quadro teórico acima traçado. Entretanto, em alguns momentos, tais palavras foram utilizadas em seu uso corrente, por exemplo, quando nos referimos aos *discursos dos profissionais de saúde*, querendo expressar a narrativa dos mesmos em relação a algum tema, ou quando aludimos os *aspectos morais* da prática profissional, por contraste às dimensões propriamente técnicas dessa prática.

A tônica na expressão “comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais” já foi justificada anteriormente, valendo reiterar a

pretensão de contrastá-la com a idéia de “revelação” ou “busca de comunicantes”, cujas apreensões clássicas buscamos ampliar.

Feitas essas considerações, delimitaremos o plano de análise que guiou a interpretação do nosso material.

VIII. PLANO DE ANÁLISE

O material apreendido foi tratado numa perspectiva hermenêutica, isto é, trabalhado de modo compreensivo/interpretativo, buscando-se identificar eixos de significação organizadores dos discursos acerca dos fatos, ações, valores, crenças e sentimentos relacionados às experiências vividas de revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais, interpretando-os à luz do quadro teórico esboçado.

PLANO DE ANÁLISE		
Categorias	Questões	Objetivos Específicos
Cuidado - êxito técnico - sucesso prático	<p>Que valores e horizontes pautam as práticas e/ou as questões atinentes à comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais?</p> <p>Que <i>encontros</i> são possíveis na e a partir da prática de comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais?</p>	<p>Apreender os valores e experiências práticas que informam os discursos sobre comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais</p>
Mundo da vida/Sistema - ação comunicativa - ação instrumental	<p>Quais são as estratégias utilizadas para realizar a NP?</p> <p>Quais as possibilidades e limites das práticas de NP?</p>	<p>Identificar as estratégias utilizadas para operar a questão dos parceiros sexuais e como são organizadas e justificadas.</p>
Espaço Público Saúde Pública - integralidade	<p>Como são incorporadas e articuladas as dimensões clínicas e sanitárias das práticas de saúde envolvendo a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais?</p>	<p>Identificar como as práticas envolvendo os comunicantes sexuais são apreendidas em suas dimensões clínica e epidemiológica e como se articulam no cotidiano da atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV.</p>

IX. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e à Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, tendo sido aprovado em ambas instâncias (Anexo V). As entrevistas foram precedidas de leitura, explicações e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia de que os nomes dos informantes serão substituídos por outros, fictícios, não sendo divulgados sob nenhum pretexto.

Todas as entrevistas, bem como a transcrição das mesmas, foram feitas pela própria pesquisadora. Ao final de cada uma delas, o informante recebeu cópia da transcrição, em papel ou por via eletrônica, conforme manifestação prévia, com a possibilidade de revisá-lo. Alguns informantes, após a leitura do material da entrevista, indicaram retificações que foram acatadas e incorporadas ao texto.

Finalmente, a investigadora colocou-se à disposição para apresentação e debate dos resultados da pesquisa aos participantes da pesquisa.

X. RESULTADOS

Dos discursos apreendidos na busca bibliográfica acerca da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, notadamente do contexto norte-americano, aos discursos dos informantes da pesquisa, observou-se tanto continuidades quanto descontinuidades: continuidades quanto ao tipo de preocupações levantadas; descontinuidades se levarmos em consideração a magnitude dos debates, os investimentos no trato da questão e a participação dos atores, pela via da Notificação de Parceiros, no âmbito da saúde.

Vale registrar que, ao menos nos serviços especializados envolvidos na investigação, a identificação de parceiros sexuais não conta nem com um fluxo³² nem com instrumentos formais para facilitar a sua realização, como ocorre com a Ficha de Notificação de Hepatites Virais, que contém campo específico para arrolar os comunicantes. Segundo um dos depoentes, ligado à Vigilância Epidemiológica, a explicação para tal fato é que a aids, nos primórdios, era considerada doença aguda, levando o portador a óbito em pouco tempo e, portanto, não era objeto de seguimento. Assim, nos ambulatorios especializados, os parceiros sexuais podem ser evidenciados em diversas etapas ou espaços da atenção, na dependência da iniciativa

³² Os participantes desconheciam o fluxo para o trato dos comunicantes sexuais de casos de DST, contido nas recomendações do Ministério da Saúde.

dos profissionais de saúde ou quando os próprios pacientes fazem referência a eles.

No processo de atenção à saúde nos ambulatórios especializados, o reconhecimento ou a referência a parceiros sexuais, conforme apreendido nos depoimentos dos entrevistados, pode ocorrer: a) no serviço de Aconselhamento e Testagem, quando da pré ou pós-testagem, já que o formulário de atendimento prevê essa informação; b) durante as consultas individuais, pelos diferentes profissionais desses serviços, ocasião em que se podem perguntar diretamente aos pacientes sobre a existência ou não de parceiros; c) como parte de um roteiro "pessoal" de atendimento do próprio profissional, que pode solicitar essa informação de antemão; d) surgindo fortuitamente durante as consultas ou e) através do registro dessa informação em prontuário, ficando na dependência da iniciativa individual de cada profissional. Tanto quanto a coleta das informações sobre parcerias, as suas atualizações não seguem fluxo definido.

Em que pese a pertinência da sua aplicação, se se quisesse incorporar a questão dos comunicantes nos processos de trabalho da vigilância epidemiológica da aids, encontrar-se-ia limites já no tocante à identificação dos contactantes: as recomendações são ignoradas e, além disso, as informações acerca de parceiros sexuais nem sempre são obtidas, às vezes necessitando de muitos encontros para virem à tona, dependentes de uma "relação de confiança entre pacientes e profissionais", segundo uma das informantes (Bebel).

Em meio a esse cenário, na primeira tarefa da investigação, de situar a questão da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, no contexto das práticas de saúde, deparamos, como já antevisto, com uma tímida tematização do assunto, encetada principalmente pelos profissionais de saúde, como apresentado a seguir.

1. Importante, mas “em baixo do tapete”. Entre a invisibilidade e a publicização

Ao considerar que a publicização, na acepção habermasiana, permitiria a construção e disponibilização de repertórios a partir dos quais os profissionais poderiam pautar suas práticas, examinaremos inicialmente os potenciais das falas acerca da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais quanto à publicização do tema.

Dos depoimentos dos participantes das entrevistas, pode-se dizer que a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais não é uma situação considerada alheia ou aproblemática para os serviços de saúde, mas a sua *tematização* no escopo de uma esfera pública política transita entre a referida “timidez” e a invisibilidade.

Com base na Teoria da Ação Comunicativa, toma-se a tematização como o questionamento de algum ou de alguns dos planos de validade que conformam as práticas de saúde envolvendo a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais. Todos os depoentes relataram que a questão do conhecimento do status sorológico pelos comunicantes sexuais já foi abordada de alguma maneira em seus respectivos espaços de atuação, notadamente a partir de casos-problema, embora com ênfases e potenciais para tematização distintos, conforme veremos adiante.

1.1 - Assistência

Dentre os profissionais da assistência, é possível observar uma modalidade de tratamento do problema da comunicação aos parceiros sexuais condicionada à tentativa de resolução de casos pontuais, a qual, mesmo envolvendo mais que um profissional isolado, tende a configurar ações justapostas de diferentes profissionais, ao modo de uma "equipe-agrupamento" (Peduzzi, 1996). O modo clássico de trabalho da equipe-agrupamento são os encaminhamentos, ou seja, ao julgar que determinado problema não lhe compete, o profissional o transfere a outro, sem que haja uma articulação entre os saberes e fazeres de cada um dos trabalhadores envolvidos com o caso (Peduzzi, 1996, 1998; Silva et al., 2002)³³.

Como já diagnosticado por Silva et al. (2002), essas modalidades de trabalho em equipe visam buscar a integralidade das ações, tão cara no campo da aids, e comum nos discursos dos profissionais dos serviços estudados:

Eu acho que é a sensação de todos. No fundo no fundo, aqui, diante de um problema como esse, do HIV, é a sensação de que ninguém consegue tudo sozinho. As pessoas não dão conta sozinhas, dentro da sua caixinha, prá resolver os problemas das pessoas que chegam aqui. Então, tem horas que eu vejo, eu me coloco dessa maneira e vejo outros profissionais de outras áreas se colocando dessa maneira: - 'olha, vem pensar comigo! Porque não ta dando, sozinho eu

³³ Nessa perspectiva, a "equipe-agrupamento" tem como contraparte a "equipe-integração", configuração na qual o trabalho é operado de modo articulado e integrado, segundo objetos, finalidades e instrumentos planejados conjuntamente.

não estou conseguindo! Por várias razões!' Aí fica mesmo uma interdependência, que nós conversamos, nós trocamos. Cada um dando um pouco. (Irene).

Destacamos a seguir o trecho de um dos depoimentos, que ilustra tanto um momento de trabalho justaposto, sob a forma de "encaminhamento", quanto outro, de discussão coletiva, na tentativa de se chegar a um termo em relação a um caso sobre comunicação de diagnóstico:

Esse é um pepino dentro da unidade: É uma senhora de 52 anos, casada há 30 anos, uma filha de 23 e acho que um filho de 21. Ela teve uma relação fora do casamento e ta com HIV. E ela chora, chora, chora! A gente conversa: '- a gente não sabe a sorologia do seu marido. Como é que você sabe se o seu marido não teve outras parceiras também?'. '- Não, se ele tivesse alguma coisa com alguém, ele iria usar camisinha! Você não conhece o meu marido! Meu marido é muito certinho. Meu marido faz as coisas tudo certinho!'. E ela chora, chora, chora. Já faz 3 meses, ela já ta na Psicologia, a infecto ofereceu ajuda em todos os sentidos, ela ta no Aconselhamento, mas ta muito difícil. Ela ta vendo a vida dela, de uma senhora, dona de família, desestruturada (...) Na verdade, ela tá na Psicologia agora. Ela passou no Aconselhamento, a princípio. A médica pediu ajuda. *Normalmente ta dentro desse processo: médico infectologista e Aconselhamento. Normalmente isso resolve! Quando tem alguma complicação vai prá atendimento de Psicologia.* E esse caso foi até discutido em *reunião clínica*. Quanto tempo dar prá ela, entendeu? Faz-se uma concessão prá ela ou não se faz? Então a gente ta discutindo isso. Mas é uma coisa que ainda não foi encontrada uma solução! (Maria).

Observa-se, no trecho acima, uma preocupação com a singularidade do caso, inicialmente tratado no âmbito do trabalho de cada profissional,

mas que em dado momento tensionou a necessidade de uma discussão coletiva, no caso, sob a forma de “reunião clínica”, como mencionado pela depoente, ensejando a interpretação de que esta seja um espaço para tratamento de questões problemáticas, ainda que focalizada no caso.

Seja de modo justaposto ou articulado, cabe reter a idéia de que aqui a tematização gira em torno do caso e de sua resolução, mormente a partir da consumação da ciência do diagnóstico de HIV aos comunicantes sexuais.

Ainda no pólo dos profissionais da assistência, foi identificado um outro modo de apreensão da questão e a necessidade de se discutir coletivamente as dificuldades de lidar com as recusas dos pacientes em revelarem seus diagnósticos de HIV aos parceiros sexuais.

Nesse modo, a pauta não girava em torno de um caso específico, mas emergiu como um tema propriamente dito, a partir da demanda de um médico, recém chegado no ambulatório e que, sobretudo ao participar do grupo de gestantes, deparou-se com situações de não-comunicação do diagnóstico aos parceiros sexuais.

O grupo de gestantes³⁴ parece ser um espaço que propicia a emergência dessa informação porque, segundo uma das depoentes, “seja

³⁴ Segundo uma das depoentes, a criação do grupo de gestantes, nos moldes em que se configura, visou atender a “grande cobrança do Programa [Mãe Paulistana + Controle da Transmissão Vertical] com relação a cada minuto da gestante (...) Teve que se amarrar a uma série de coisas. Coitada, se ela deixar de aparecer em uma consulta ou em um grupo, já estamos baixando na casa dela no dia seguinte. Mas, assim, o grupo é prá discutir desde falar pro parceiro, como é que vai fazer no Hospital, que não vai dizer que é HIV, amamentar, como lidar com o vizinho (...) esse tipo de coisa, que elas colocam como dificuldade...”. A compulsoriedade da participação no grupo, nesse caso, parece propiciar a emergência de diferentes temas, inclusive sobre a comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais.

qual for o profissional, fica o tempo todo perguntando se está com parceiro, se ele sabe, se ele é positivo, se é negativo, quando ele fez o último exame, se ta usando preservativo” (Silvia).

O referido médico, ao externar suas preocupações e indagações em relação ao problema, encontrou ressonância por parte dos demais profissionais, os quais vinham tratando o assunto de forma isolada e pontual. A descrição desse contexto pode ser sintetizada a partir das seguintes falas:

De alguma forma, era assim: era uma preocupação, mas era uma preocupação entre profissionais. Nós aqui do acolhimento, do aconselhamento, de repente, a gente diz: ‘-olha, a Fulana ta [infectada pelo HIV] e o parceiro não sabe. Ou ela não trouxe o parceiro para fazer o teste... Agora, o que eu acho que foi o estopim, foi a preocupação do Fernando, de buscar auxílio... Os médicos tinham preocupação. Não é que eles não tinham. Não posso afirmar, mas eles achavam que essa preocupação era só deles. Ou eles achavam que as outras pessoas estavam se preocupando, então eles não precisavam se preocupar. Que às vezes a gente acha isso... Vamos supor: eu não preciso me preocupar porque ela [paciente] vai passar pela psicóloga e a psicóloga vai pensar que não precisa se preocupar porque vai passar pelo médico... (Silvia)

Embora fosse uma situação que já incomodava os profissionais, as indagações do médico recém chegado, somadas àquelas da equipe, propiciou o reposicionamento do tratamento da questão, de “casos particulares” para a idéia de “tema” a ser debatido coletivamente, com a expectativa implícita de se regular a condução de problemas semelhantes.

Teve o caso de uma gestante que veio no sétimo mês de gestação. Ela ficou sabendo que era portadora [de HIV] e ela não queria contar pro companheiro. Ele é casado e não deu o endereço prá ela(...) Só que na primeira saída ela já engravidou. Engravidou de gêmeos. E aí a gente ficou convencendo ela a contar prá ele. Prá mim, ela falou que contou. Pro Fernando ficou a dúvida se ela contou ou não (...) A gente não sabe quem é essa pessoa [companheiro], ela não sabe aonde ele mora, ela não tem endereço ou ela não quer contar prá gente! Então, a gente não tem como estar falando e a única forma foi pressionando ela a contar prá ele. Mas prá mim, ela fala que contou. Não sei se por medo ou o quê. Pro médico ficou a dúvida. Aí a gente começou a discutir a respeito disso. O Fernando é o infecto novo, que veio prá cá, acho que faz uns meses que ele tá aqui. É um *ótimo médico, é super preocupado*, ele era residente lá no Emilio Ribas e lá eles discutiram essa questão. Lá eles eram proibidos de fazer a revelação do diagnóstico pro parceiro. E o preceptor achava que quem tinha que contar era o paciente. Então, eles não tinham momentos de discussão a respeito disso. E ele trouxe essa questão prá cá. (...) Eu sei que quando uma doença é fatal, você tem a obrigação de estar contando pro parceiro. Já que a pessoa, o portador, não quer contar. Como fazer isso? Entendeu? Então isso é uma coisa que a gente começou a levantar e aí eu falei pro Fernando, inclusive a forma que a gente fazia e aí ele me contou a outra questão lá do Emilio, que era uma angústia dele, não poder falar pro parceiro. (...) E a gente ficou nessas dúvidas, do que é ético, do que não é ético, de que forma a gente tem que estar atuando prá fazer essa revelação. Não houve essa discussão ainda. A gente levou prá fazer na reunião clínica, que é mensal aqui no posto. (...) Eu acho que à medida que todo mundo sentar e discutir, tanto a parte técnica quanto a parte médica, discutir como é que a gente pode estar resolvendo isso aí, acho que talvez a gente possa estar direcionando.... (Luiza)

O depoimento acima exemplifica o processo de tematização de uma situação, até então imersa nos fazeres cotidianos, cujos questionamentos não chegavam a ultrapassar os limites de cada caso apresentado como problemático. As preocupações do médico (Fernando) com o problema já se

faziam presentes em seu período de residência médica, quando discordava da orientação do seu preceptor, de que a revelação do diagnóstico ao parceiro caberia apenas ao paciente. No novo serviço de saúde ele teve a oportunidade de expressar sua posição junto à equipe e a sua demanda coincidiu com um momento em que a equipe passava por experiências mal sucedidas com outros médicos que o antecederam, os quais se recusavam a prestar o atendimento nos moldes esperados:

No ano passado eu queria até sair [do serviço de saúde] por causa de problema de médico. A gente não tinha médico. Tinha médico que dispensava paciente. Daí eles mandavam prá Psicologia, para conversar com o paciente porque o paciente tinha ataque (...) Como houve troca de médicos muito grande, ficava três meses, daí saía! Ficava um ano... O último médico, este que quase eu tive um ataque, ele não queria atender paciente. Ele marcava no cartão e falava pro paciente que era prá voltar outro dia! Então foi uma tortura. (Olivia)

A avaliação que a equipe fazia sobre os antecessores de Fernando contrastava com aquela feita a ele e ao seu trabalho, como se deduz dos adjetivos atribuídos ao seu desempenho, destacados em excerto anterior, que talvez tenham lhe conferido certa "legitimidade" pela equipe. Assim, considerando os atores - médico recém-chegado e equipe -, alguns *encontros* parecem ter propiciado essa tematização.

Por um lado, Fernando questionava a validade da norma veiculada pelo seu preceptor, no hospital em que fez a residência médica; por outro, esse questionamento serviu de convite para que todas as ações em torno da

comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, desenvolvidas até então por essa equipe, fossem também colocadas sob regime de validação: o até então inquestionado, ao menos coletivamente, passou a ser tematizado pela equipe.

Guardadas as devidas perspectivas e contextos, ao pautar o assunto, a equipe conferiu uma publicidade ao assunto que, embora não necessária e diretamente interferindo nas decisões políticas ou administrativas sobre a matéria, podem propiciar o debate no sentido de, como já anunciado, criar repertórios de ações em suas práticas de saúde, por sua vez submetidas à validação dos pacientes e, quiçá, dos seus parceiros sexuais.

Por insuficiência ou inexistência de foros que permitam a discussão do tema pelos profissionais que atuam na assistência, o problema da revelação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais acaba “ecoando” em outras instâncias e um dos depoentes, técnico de Vigilância em Saúde, fez um relato a respeito:

A gente sempre discute isso [comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais] quando fazemos as oficinas de vigilância, nos cursos básicos de Vigilância Epidemiológica (...) Treinamento para o pessoal que está nas unidades, trabalhando com vigilância, seja em SUVIS, seja em unidade de saúde mesmo. Nesse treinamento específico para HIV, essa questão é sempre tratada. E nesses treinamentos é que vêm esses exemplos que eu te falei. Que eu tomei conhecimento. De pessoas que tiveram grandes dificuldades e que o serviço se viu diante dessa situação que eles não sabiam como resolver e essa angústia era compartilhada nesses treinamentos. Porque eles estavam sempre buscando

respostas na própria unidade e às vezes aproveitavam fora, para compartilhar. E sempre foi muito polêmico. (Glauber)

Não obstante a expectativa inicial dos profissionais pareça ser a busca de soluções, mais que de discussões, fica subentendido que espaços como o desse treinamento sobre vigilância de aids, embora não específico para a matéria, têm servido para a emergência de diferentes questões e argumentações, expressando diferentes horizontes para as práticas assistenciais. Ainda sobre o surgimento do tema por ocasião dos cursos sobre vigilância o mesmo informante continua:

Tem pessoas que se manifestam daquela forma mais policialesca da Medicina Preventiva, lá dos idos anos da polícia médica, e outros, já mais sensíveis para essa questão de respeitar o direito do paciente, definindo como e quando vai ser feita a revelação. Mas aí fica essa polêmica e a gente fica tentando chegar a um certo consenso e, no geral, a gente acaba optando por insistir que se faça todo o possível para que o paciente se convença da importância. (...) Mas muitos mencionam que já tinham tentado de todas as formas e que mesmo assim o paciente não quis e não trouxe [o parceiro]. E aí vem sempre aquela história. De se o serviço deve, nesse caso, ter mesmo uma ação mais autoritária de dar um prazo. E aí eu já vi pessoas darem esse exemplo. De que dão um prazo, informando que se até aquele prazo o parceiro não for convocado, o serviço vai convocar. E aí entra a questão de se isso é possível ou não é. (...) Me parece que nos casos mencionados [a convocação] não foi feita, mas também não se revelou. Aí ficou aquela falha do serviço estar diante da situação de exposição e não intervir. É uma decisão difícil. (Glauber)

A descrição desse espaço parece indicar elementos favoráveis a um compartilhamento mais amplo da questão entre os participantes do curso,

mas a ênfase recai sobre o quê fazer, descuidando da forma como se poderia decidir compartilhadamente esse fazer, iniciativa fundamental para ampliar a publicidade do debate, no sentido habermasiano:

Nos processos públicos de comunicação não se trata, em primeiro lugar, da difusão de conteúdos e tomadas de posição através de meios de transmissão efetivos. A ampla circulação de mensagens compreensíveis, estimuladoras da atenção, assegura certamente uma inclusão suficiente dos participantes. Porém, as regras de uma prática comunicacional, seguida em comum, têm um significado muito maior para a estruturação de uma opinião pública. (Habermas, 2003, p. 94)

A opinião pública, nesses termos, refere-se a uma categoria de ciência política, para compreender a sociabilidade burguesa, nas sociedades modernas, ou seja, diz respeito a um plano muito mais amplo do que o aqui almejado. Entretanto, parece-nos possível e pertinente reter a idéia de uma *apropriação* da estrutura discursiva propriamente dita, ampliando-se as chances de identificar exigências e condições de validade para os discursos/ações relativas à comunicação de diagnóstico.

Na perspectiva apontada pelo autor, faltaria a esse espaço, bem como àqueles configurados pelos profissionais da assistência nos serviços especializados, um dos principais qualificadores da opinião pública, qual seja, as propriedades procedimentais de seu processo de criação: no afã de respostas, os participantes dos debates não estabelecem as “regras” da discussão e o quadro agonístico das disputas argumentativas perdem-se em si mesmas e das possibilidades de consensos.

1.2 - Vigilância

Essa situação não se mostrou diferente no contexto da Vigilância Epidemiológica, dessa feita, especialmente sobre um procedimento inerente a essa prática, a *busca dos comunicantes*. Os discursos dos depoentes desse segmento, nas trilhas das preocupações que polemizam os debates em torno da Notificação de Parceiros Sexuais, incorporam as peculiaridades no trato da aids, ressaltando a questão da confidencialidade. Esse tipo de preocupação soaria estranho nos idos tempos da sífilis, de “caça aos comunicantes” ou, na atualidade, em relação a patologias como as hepatites, cujo Programa, segundo uma técnica entrevistada, “não tem nenhum pudor e nenhuma dificuldade de colocar isso [busca de comunicantes] em prática” (Miucha).

Assim como a inexistência de campos para a identificação dos comunicantes nas Fichas de Notificação de casos de aids, a tradicional estratégia de busca de comunicantes, no contexto do HIV, parece ter sido ignorada nas práticas de atenção à saúde, a partir de um certo acordo pressuposto de que a confidencialidade deve ser protegida. Deduz-se essa afirmação a partir do depoimento de uma das entrevistadas:

A busca de comunicantes é uma ação da Vigilância que, quando colocada para outras doenças, é muito mais fácil de lidar. Não gera polêmica você imaginar um surto de Hepatite numa escola, Hepatite viral tipo A, e você ir atrás para conter isso. Uma meningite bacteriana, uma leptospirose, dengue.

Agora, quando colocado para o HIV gerou essa [polêmica] que se mantém até hoje! Como aplicar esse jeito de fazer convocação de comunicantes, que era o jeito tradicional, no contexto do HIV? Então, é uma questão muito mal discutida, não profundamente discutida. Se hoje a gente conversasse com um profissional de cada um dos quinze serviços (de aids) ou pegasse um de cada região, você vai ver que tem jeitos diferentes (de lidar com a situação). A pessoa até sabe que ela não pode abrir totalmente! Isso eu acho que já tá meio que disseminado. Eu não posso abrir para esse comunicante que esse serviço é um serviço de aids! Eu não posso chegar desse jeito! Como eu chegaria no caso da tuberculose! Já tem um imaginário aí do entendimento do que é isso, da contaminação. No caso da aids, eu acho que [...] tem essa proteção inicial de não abrir! Mas *eu arriscaria dizer que não é feito, já que é tão complicado, já que eu não posso falar de aids, eu não posso carimbar, não posso mandar cartinha*, já que no carimbo eu tenho que... *tudo tem que ser muito nebuloso, então deixa essa questão.* (Miucha)

É possível subentender do depoimento acima que, ao tratar-se de um tema polêmico, por conta da confidencialidade, a questão das parcerias sexuais é tornada invisível, a exemplo de outros temas denominados *sensíveis*, que permeiam as práticas de saúde, como a violência doméstica ou a incorporação dos usuários de drogas nos serviços de saúde (Lima et al., 2007).

Nesse caso, o princípio da confidencialidade, amparado, justificado e legitimado pelos mais importantes instrumentos no campo do direito e da ética, ao ser mal interpretado, parece obstaculizar o fluxo de informações, argumentos, propostas, enfim, o debate acerca da questão dos comunicantes sexuais no contexto do HIV.

No âmbito da resposta brasileira à epidemia de aids, referido princípio tem sido tomado em sua radicalidade, mas os limites e restrições, especificamente em relação à prática da busca de comunicantes de casos de HIV e aids, tem sido pouco debatida, deslizando no limbo de uma pobre tematização, desprovida de crítica no sentido discursivo, ou seja, não explicitada e não submetida à regimes de validação quanto à verdade, correção e autenticidade dos argumentos que a sustentariam.

Denota-se certa divergência nas práticas e pressupostos que justificam ou não a busca de comunicantes, nas ações de Vigilância Epidemiológica da aids e de outras patologias. Entretanto, tal divergência parece não ir além das “demarcações de posições”, mas aparentemente pouco se tem avançado em discutir os fundamentos das semelhanças e diferenças entre as diversas práticas de vigilância, assim como suas implicações para incorporação de novas tecnologias.

E eu lembro também da questão do banco de sangue, que hoje tem uma divisão entre [Programa] de Aids e Hepatite. A *Hepatite* não tem nenhum pudor e nenhuma dificuldade de colocar isso [convocação de comunicantes] em prática. E passando pelas mãos de profissionais do nível regional. Não é nem daquele profissional da rede! E uma pessoa que é responsável pela Vigilância da Hepatite, uma médica, reiteradas vezes ela dava um toque pro povo da Aids – que os programas são distintos hoje -, dizendo que as pessoas têm agradecido por essa comunicação ter chegado! ‘Então, tá vendo? Vocês estão errados de não ir pelo mesmo caminho’.
(Miucha)

Como dito, o reconhecimento da complexidade da questão não tem sido suficiente para mobilizar um processo discursivo com os vários atores sociais, de modo a orientar as práticas profissionais e o debate sobre os comunicantes sexuais. O assunto tem sido, no máximo, postergado, sem ressonância nas esferas políticas:

No ano passado nós trabalhamos uma portaria, que ela se chamava Portaria da Abordagem Consentida. Por que a gente fez isso? A gente fez isso porque houve muita reclamação da sociedade civil com relação à forma como o serviço de saúde abordava as pessoas que não compareciam para buscar os resultados do exame e principalmente aquelas que estavam com o tratamento em curso e que abandonavam o tratamento. Então, chegava o serviço de saúde, ligava para a pessoa ou ligava para a família da pessoa e às vezes acaba fazendo um tipo de comunicação que a pessoa não queria. (...) Então a gente tentou elaborar junto, sempre junto com o pessoal da sociedade civil, um documento que tá publicado, uma portaria que a gente chama de Abordagem Consentida. (...) Então a pessoa diz como [e se] ela quer ser abordada (...) E aí, nesse documento [Abordagem Consentida], ficou faltando a parte que nós não completamos e ficamos de fazer posteriormente, que é a parte do parceiro. O cara deu positivo? Como é que eu trabalho essa abordagem do parceiro? Então, essa é uma *segunda parte* que a gente considera mais complicada... (David)

1.3 - CNAIDS

Na CNAIDS, que é um fórum privilegiado para o debate público da questão da comunicação, no sentido de demandar e influenciar decisões políticas e administrativas, a pauta mais próxima da temática dos

comunicantes sexuais, no contexto do HIV, parece ter ocorrido em 1999³⁵, quando da reformulação do Código Penal, a partir de um projeto, que propunha a caracterização da transmissão do HIV como crime hediondo³⁶.

Como as atas das reuniões não puderam ser acessadas na totalidade, podendo implicar imprecisão na informação acima indicada, o roteiro de entrevista dos depoentes do “segmento CNAIDS” previu um item que os incitava a lembrarem discussões sobre a temática das parcerias sexuais. Observou-se que, em meio a outras pautas, a questão dos comunicantes sexuais parece não ter sido destacada a ponto de suscitar lembranças significativas nos entrevistados, nem mesmo o citado debate em torno da criminalização. Um antigo membro da Comissão pontua:

Acho que faz bastante tempo [que se discutiu sobre a transmissão do HIV]... eu nem vou me lembrar de detalhes. Porque eu não sei, nem me lembro mais quantas vezes foi pautada... se foi uma vez só... Não estou me lembrando de detalhes... (Pedro)

Em seguida, esse mesmo membro recorda que, no bojo da discussão sobre o Consentimento Informado, ao se pretender trazer à tona a questão da busca de parceiros sexuais, ela foi rechaçada:

A discussão sobre parceria, ela foi *retirada*. Não cabia de jeito nenhum pensar em fazer uma resolução com autorização para se buscar parceiros. (idem)

³⁵ CNAIDS – Comissão Nacional de Aids. Ata no. 46, reunião de 26 de maio de 1999.

³⁶ Projeto de Lei no. 130/99, apresentado na Câmara Federal pelo Deputado Enio Bacci (PDT/RS)

Essa posição dá outra versão àquela já relatada de que o assunto sobre comunicantes sexuais seria discutido “*numa segunda parte*”. Conforme o depoimento acima, essa temática “*foi retirada*” da pauta sobre Abordagem Consentida, ilustrando como o assunto não tem alcançado, em esferas como a CNAIDS, o peso que parece ter nos discursos dos profissionais da assistência.

As questões, como colocadas pelos profissionais de saúde, não chegam ao palco da CNAIDS ou não têm repercutido nos debates. É interessante pontuar uma fala justificando o porquê dos comunicantes sexuais não fazerem parte da ordem do dia das discussões da CNAIDS:

Essa questão de notificação de parceiro sexual, ela nunca foi polêmica, como você mesmo me mostra e pontuou em uma ata. E a conclusão foi por não acatar a proposta do Ministério da Justiça, de considerar crime hediondo [a transmissão do HIV] (...) os membros, sobretudo aqueles que são de ONG, da comunidade científica, se mostraram frontalmente contra por não ter qualquer justificativa científica que garantisse a importância. (...) eu fui frontalmente contra e hoje continuo contra, como epidemiologista, sem aspectos de caráter ideológico, de estigma, de preconceito de proteção de determinado grupo (Baden)

O discurso acima sugere que o tema foi discutido na CNAIDS com sustentação em argumentos de natureza eminentemente técnica, sendo desqualificada a importância, neste caso, de outros aspectos de caráter prático-moral (ideologia, estigma, proteção social etc.), ao menos na visão deste cientista. Já na perspectiva de um outro membro da CNAIDS, ativista,

o aspecto da proteção de direitos foi dominante na emergência do tema, circunscrevendo-se a discussão a casos que implicavam violação de direitos ou não cumprimento de obrigações. Segundo ele, o assunto sobre os comunicantes sexuais sempre foi discutido como “tema transversal” na CNAIDS, via de regra, a partir de denúncias de usuários ameaçados pelos profissionais de saúde.

Na mesma linha, quando a temática dos comunicantes sexuais veio à tona, por ocasião da discussão sobre a Abordagem Consentida, as argumentações dos atores envolvidos também giraram em torno do registro dos “deveres e direitos”:

Então, isso [discussão sobre comunicantes sexuais] foi uma reivindicação não só dos movimentos sociais, como também dos profissionais de saúde. Porque o que se colocou é que o paciente às vezes ficava querendo processar o serviço de saúde porque o serviço de saúde, de forma intempestiva, contou pro parceiro. E às vezes os parceiros queriam processar o serviço de saúde porque o serviço de saúde não contou que aquela pessoa tava doente. (...) Já aconteceu de muitos processos no Brasil que o cara, o paciente de aids, morreu de aids e o parceiro nunca soube. (Glauber)

A dificuldade em se estabelecer critérios ou regras para orientar as práticas de saúde, envolvendo a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, parece reforçar o recurso a parâmetros do Direito, mais precisamente, judiciais. Nesses termos, um outro informante faz uma avaliação da razão pela qual julga que o governo não tenha pautado nem se posicionado sobre o problema dos comunicantes sexuais:

o governo nunca teve um interesse em tirar uma posição firme sobre isso porque seria uma posição que, de um lado e de outro, deixaria o governo numa situação constrangedora (...) esse era um vespeiro que o governo realmente não queria tentar tirar mel não! (...) O governo até se posicionou em muitos momentos, fora da CNAIDS, em defesa da questão dos Direitos Humanos, mas dentro da CNAIDS nunca teve nada fechado! (Mario)

Se a ótica dos direitos, notadamente dos Direitos Humanos, serve como baliza para políticas e práticas de saúde, a sua apreensão restrita à legalidade de seus preceitos, rouba a oportunidade de se alcançar legitimidade dentre os atores do processo, sejam os profissionais da assistência, da vigilância ou da sociedade civil, ou seja, do *uso público da razão*, tal como postulado por Habermas.

Depreende-se do exposto que, não obstante a unanimidade sobre a importância e a necessidade de que os comunicantes sexuais sejam informados sobre suas exposições ao HIV, o debate é ainda incipiente, distante ainda de configurar-se como esfera pública ancorada nas estruturas argumentativas do discurso.

Entretanto, a falta de discussões específicas pelos diferentes atores sociais, que se submetem à força de um melhor argumento, a fim de alcançar consensos sobre a questão dos comunicantes sexuais, não significa a negação da sua relevância. Daí a importância de se compreender melhor esse processo e os horizontes que o informam, já que tal panorama pode nos dizer muito sobre a própria construção da resposta brasileira à

epidemia de aids e sobre os desafios impostos ao cotidiano da assistência às pessoas vivendo com HIV.

2. Horizontes normativos que informam as preocupações dos profissionais de saúde: sobre a tematização da comunicação de diagnóstico de hiv a comunicantes sexuais

A par da nossa escolha de se tomar o assunto dos comunicantes sexuais, sob o prisma das ações dos profissionais e das distintas lógicas que as informam, cabe perscrutar as críticas que fazem dessa questão, *uma questão*, no contexto das práticas de saúde.

Relembrando, o pano de fundo que vem abrigando a questão dos comunicantes de doenças transmissíveis como um problema para os serviços de saúde, ao menos no cenário internacional, seriam os riscos de sua propagação à população e seus possíveis impactos sociais e econômicos.

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, historicamente, a Notificação de Parceiros afinou-se inteiramente com esse tipo de preocupação, mas, no quadro da aids, como também já apontado, alguns dos pressupostos que justificavam a sua realização passaram a ser confrontados a partir do levantamento de outras questões relacionadas ao tema.

Do mesmo modo, nossos informantes assumem posições ora mais, ora menos radicais em relação a cada um dos argumentos que tematizam a divulgação do diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais, muitas vezes justapondo-os em seus discursos.

Incitados a sintetizar, em uma palavra, a temática da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, os participantes do grupo focal expressaram-na como: *angustiosa, difícil, complexa, complicada, 'que barra', paradoxal, responsabilidade, conquista, confiança*.

Referidas qualificações são permeadas por indagações e também por indignações diante de situações de não revelação do diagnóstico às parcerias sexuais, cujas críticas afinam-se com o debate internacional já em curso, acerca da Notificação de Parceiros, ainda que desconhecida no Brasil, na sua formalidade.

Vale ressaltar que, embora os conteúdos dos discursos possam estar sintonizados com esse debate, os atores que os protagonizam não são tão distintos quanto aqueles do cenário norte-americano, posto que na multiplicidade de ponderações sobre o tema, diferentes contextos favorecem o destaque, ora de uma, ora de outra consideração, não raras vezes, num mesmo discurso, de um mesmo depoente.

Interessando-nos particularmente as possíveis inquietações dos profissionais de saúde, que estariam submetidos a pelo menos duas exigências: da ordem da Saúde Pública, com foco no controle da doença, e da ordem da assistência, incorporando pressupostos do cuidado às necessidades individuais, detivemo-nos nas suas falas, buscando apreender questões que motivariam essas inquietações (e indignações).

Desde essa premissa, poderia postular-se que uma das fontes do desassossego dos profissionais estaria localizada nos seus compromissos

com a integralidade das ações de saúde, que importaria, ainda que parcialmente, a dupla tarefa de olhar as questões clínicas e epidemiológicas que envolvem o paciente soropositivo para o HIV, o parceiro e a revelação do diagnóstico.

Antes que se possa argüir sobre o *sentido* de integralidade que aqui se adota, faremos uma breve explanação acerca de uma noção cara ao entendimento sobre integralidade e que assume contornos próprios, no quadro da teoria da ação comunicativa, a fim de possibilitar uma melhor compreensão sobre as inquietações dos profissionais de saúde quanto à comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais.

Com o intuito de dar inteligibilidade ao termo *integralidade*, Mattos (2001), recorre à noção de “imagem objetivo”, segundo ele,

usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido (p. 41).

A partir dessa noção, o autor enfatiza o caráter polissêmico da integralidade, valendo transcrever um trecho de sua explanação:

... a imagem objetivo nunca é detalhada. Ela não se confunde com um projeto altamente específico, que indica as nuances que a configuração futura sonhada terá. Ao contrário, ela sempre é expressa através de enunciados gerais. Por exemplo, voltando para a

imagem objetivo que moveu o movimento sanitário, ela propõe a descentralização, sem se preocupar em detalhar se ela assumiria a forma de uma municipalização radical, ou se chegaria ao nível dos serviços; ela fala em participação popular, sem especificar as formas pela qual tal participação se constituiria. As imagens objetivos funcionam como tal exatamente por abarcar várias leituras distintas, vários sentidos diversos. Exatamente por isso ela pode, num certo momento, aglutinar em torno dela atores políticos que comungam de indignações semelhantes, mesmo que tenham projetos específicos distintos. (p. 41-42)

Essa leitura acerca da pluralidade de sentidos das imagens objetivos é particularmente fecunda para os nossos propósitos, de compreender uma temática cuja problematização está em pleno curso, motivada e movimentada por diferentes “imagens objetivos”.

Afinada com essa idéia e aproximando-se mais do referencial habermasiano, apresenta-se a noção de horizonte normativo como orientador das questões que se tornam problemáticas no mundo da vida e que merecem ser discursivamente colocadas sob regime de validação:

uma inescapável referência ética e moral que orienta qualquer formação discursiva, e que especialmente nos discursos que visam à regulação da vida social, é elevada à condição problemática, isto é, reclama ativamente processos de validação intersubjetiva, de legitimação social (Ayres, 2005, p. 550)

Nesse sentido, a resposta brasileira à epidemia de aids tem como horizonte normativo dominante a incorporação de valores que tomam os indivíduos vivendo com HIV como sujeitos plenos, cujas necessidades não

se limitam ao controle da infecção, isto é, que devem receber uma atenção integral à sua saúde.

Tecido esse aparte sobre o que queremos reter da noção de integralidade, voltaremos aos nossos pressupostos sobre a “dupla” tarefa dos profissionais, começando pelo exame de como a perspectiva epidemiológica da comunicação de parceiros é incorporada pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, a estratégia de Notificação de Parceiros será paradigmática.

2.1 - Notificação de Parceiros: regras para “estrangeiro” ver

Ao esquadrihar os depoimentos, na busca de fragmentos que nos dessem pistas sobre o modo de captar e lidar com exigências de cunho epidemiológico, advindas da questão dos comunicantes sexuais, e que justificassem iniciativas e intervenções dos serviços de saúde, deparamo-nos com esparsas menções a esse tipo de preocupação, sugerindo que a tematização dessa questão não se dava privilegiadamente por essa via.

Uma primeira intuição nesse sentido despontou por ocasião do grupo focal, quando o tema da estratégia de Notificação de Parceiros foi apresentado para discussão. Relatamos a seqüência de falas que se sucederam após breve explanação da coordenadora do grupo, sobre a existência e o modo de funcionamento dessa estratégia nos Estados Unidos:

Não existe, tipo, cadastrar [comunicantes sexuais]. Eu, pelo menos, desconheço. Falam que nossa vigilância não é tão vigilante assim, como nos países desenvolvidos. (Elza)

Achei um absurdo o dia que você comentou³⁷ [sobre Notificação de Parceiros]. É experiência muito americana. Essa coisa de tirar a responsabilidade. É uma frieza. (Maria)

Não é só americana. Outros países europeus, como a Noruega, já fazem essa notificação. Sou favorável a esse tipo de abordagem. Porque você notificando, você interrompe essa cadeia de infecção. Você se preocupa com o paciente, mas esquece que *esse paciente pode transmitir para pelo menos mais 5 pessoas*. (Chico)

Incomodado com o rumo do debate, no qual o grupo, de um modo geral, criticava a estratégia de Notificação de Parceiros, a tentativa de intervenção do estudante provocou um tumulto dentre os participantes, visivelmente indignados com a sua posição. As manifestações foram tão turbulentas que o esforço para organizar a discussão foi infrutífero, prejudicando tanto a possibilidade de debate quanto o registro e transcrição do processo.

O impacto dessa declaração fez com que ela fosse lembrada como o fato mais marcante do grupo focal, segundo Bebel, uma participante que também concedeu entrevista individual. Ao mesmo tempo em que criticou a posição do estudante, ela trouxe à tona a dimensão privada a ser respeitada no processo de comunicação do diagnóstico, envolvendo parceiros sexuais.

³⁷ Essa profissional havia tomado conhecimento do conteúdo do projeto de pesquisa, inclusive sobre a estratégia de Notificação de Parceiros, em ocasião anterior, quando da apresentação do projeto na reunião de interlocutores de pesquisa do Programa Municipal de DST/Aids.

Acho que foi a questão do rapaz, aquele estudante de Medicina, eu não lembro se era quarto ou quinto ano, que ele estava colocando a questão, eu não lembro em que país, não sei se na Inglaterra, Estados Unidos, da obrigação do serviço público entrar em contato com o parceiro, a ponto de revelar isso, de estar passando essa informação. Acho que essa *invasão de privacidade* aí... acho que é um ponto para discussão. Mas me chamou a atenção, tipo, um rapaz jovem, quarto, quinto ano de faculdade. Início, não tem questão formada, a maturidade profissional para colocar uma idéia tão agressiva dessa forma. Foi um impacto. Eu já tinha ouvido falar isso, mas a ponto de você estar num grupo, numa mesa de discussão... uma pessoa tão jovem, entendeu, e ele colocar isso de uma forma tão agressiva (...) acho que às vezes as pessoas implantam idéias na cabeça de jovens e eles levam isso adiante. Sem maturidade. (Bebel)

Do episódio do estudante, em particular e da discussão do grupo focal, de um modo geral, destaca-se a preocupação com abordagens verticalizadas, que desconsiderem o caráter processual, necessário às ações visando a comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais:

Se isso [Notificação de Parceiros] for implantado aqui, vai acontecer o que já acontece. Vamos nos livrar do peso da angústia, com esses casos que a gente não consegue conduzir; a gente vai se livrar da dor de carregar essa situação. Vai transferir a responsabilidade prá outra autoridade (...) a gente pode falar da lei e mostrar uma oportunidade dele falar assim, assim, assim. Não do jeito absoluto: *ou dá ou desce! Nada pode ser assim.* (Elza)

Das entrevistas individuais, outro depoimento deixa entrever ressalvas em tratar a questão nos moldes sanitários da Notificação de Parceiros, embora não rechando totalmente a sua aplicação, posto que ensaia possibilidades operacionais para a sua realização:

Eu estou imaginando aqui na nossa unidade. Quem faria isso [buscar e notificar parceiros], eu não consigo imaginar. É, eu não consigo imaginar. Teria que ser alguém estranho à nossa unidade! Teria que ser a polícia mesmo ou a promotoria, sei lá! Um órgão externo ao nosso serviço (...) um órgão de justiça ou policial, alguém que tivesse essa retaguarda. Porque, daqui, eu acho impossível alguém fazer isso. Nosso serviço se equipando para fazer isso? Acho impossível! (Miguel)

Sem entrar no mérito sobre a eficácia, efetividade ou pertinência da estratégia de Notificação de Parceiros, a inquietação do estudante, em relação à cadeia de transmissão do HIV, não foi levada em consideração no julgamento dos profissionais que participaram tanto do grupo focal quanto das entrevistas individuais, que passaram ao largo ou mesmo ignoraram a sua argumentação, fundada no discurso epidemiológico.

Além de estranha à cena assistencial, a incorporação de ações atinentes à Saúde Pública, como é o caso da busca de comunicantes ou da Notificação de Parceiros, lato senso, obedeceria a critérios "locais":

Esse sistema [Notificação de Parceiros] funciona na Alemanha, na Suíça porque são alemães, são suíços. Aqui no Brasil, não funciona! (Maria)

Você falou dessa experiência dos Estados Unidos. Eles vão em cima, eles investigam, eles comunicam todos os parceiros. Eu acho que deveria ser assim. Mas eu acho que aqui no Brasil é difícil fazer isso. O brasileiro é meio desconfiado. Ele leva as coisas muito no pessoal. Ele não tem esse espírito de sociedade. Esse espírito coletivo. É muito individualista. Por incrível que pareça! (...) ele pensa no quintal dele. Ele não tá nem aí pro vizinho (...) *Eu acho que aqui no Brasil é difícil fazer isso.* Eu acho que é impossível. Acho que isso não vai acontecer! (Miguel)

Ao considerar as possíveis objeções quanto ao “individualismo” ou a “desconfiança” do brasileiro, essa última citação presume elementos culturais que obstaculizariam a recepção de uma estratégia como a Notificação de Parceiros no Brasil. A idéia de obstáculo, entretanto, não corresponderia à recusa da proposta em si. Pelo menos no depoimento em pauta, questionam-se as bases para a implementação e não o conteúdo ou pressupostos dessa estratégia.

Pode-se dizer que, no caso da comunicação de diagnóstico aos parceiros, a integração da assistência individual às preocupações típicas da Saúde Pública, tão cara no nosso sistema de saúde, acaba acentuando uma lógica que privilegia a idéia de autonomia e liberdade individuais:

Cada um é responsável pela sua saúde. Se não usam camisinha, ele sabe onde está se metendo. Mas a preocupação é também com a saúde da população. Mas a equipe tende a não contar [o diagnóstico de HIV ao parceiro], por querer respeitar o problema dela (Lourival)

Vale lembrar que, ao delinear o quadro acima, não se pretende subsumir as tarefas sanitárias à busca de comunicantes ou à Notificação de Parceiros, mas lembrá-las como exemplos de iniciativas nessa direção, de preocupação com bases coletivas. Também não se vislumbra que essa integração se materialize e seja esgotada na ação de um único profissional, o que seria um equívoco na apreensão do ideal de integralidade nas ações de saúde.

Ao postularmos a hipótese de que a comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais apresenta-se como um problema para as práticas de saúde, na medida em que sobrepõe as lógicas individual e coletiva no mesmo espaço assistencial, pressupúnhamos o pano de fundo da integralidade das ações de saúde como elemento de tensão nas ações dos profissionais.

A análise do material indica que a lógica coletiva se faz presente sob a forma de um *ideal* acerca da correção de iniciativas visando intervenções junto aos parceiros sexuais. A integralidade, nesse sentido, é tomada de modo peculiar, visto que referida lógica é vislumbrada, mas não efetivada em ações comumente atribuídas as iniciativas de Saúde Pública, como é o caso daquelas afetas à vigilância epidemiológica. A apropriação do modelo de integralidade é feita de modo a focalizar um outro *sentido* ou *horizonte*, desta feita, centrado no paciente.

2.2 - Entre indagações e indignações: modos de se apropriar da noção de integralidade. A moralidade em pauta

Como visto, as estritas ações de controle dos comunicantes sexuais, embora levadas em conta, não são efetivadas nas cenas assistenciais, mas os relatos indicam uma considerável incorporação de discursos e práticas atinentes à integralidade, com foco no paciente e na sua relação com o profissional de saúde.

Dos alvos e do arcabouço que conformam a resposta brasileira à epidemia de aids, os profissionais de saúde parecem eleger aqueles que dizem respeito ao trato direto com o paciente, na particularidade de cada caso, pelo menos no que tange aos tensionamentos criados a partir da informação de que esse paciente não revelou seu status sorológico ao parceiro sexual.

O exame da particularidade de cada situação permite integrar os aspectos biomédicos tradicionais da atenção a outros elementos da vida - social, privado ou íntimo - na cena assistencial e esse tipo de prática implica julgar cada situação a partir do contexto que se apresenta, no caso, ensejando distintos modos de problematizar a não revelação do diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais.

Do ponto de vista técnico, o controle da transmissão do HIV seria o principal objetivo da intervenção, o que parece não ocupar prioritariamente os discursos e, sobretudo, as ações dos profissionais. Contra esse pano de fundo, a omissão da informação sobre o diagnóstico ao parceiro sexual é o que proporciona a tematização da questão, a partir dos julgamentos morais³⁸ empreendidos pelos profissionais.

Na particularização dos casos, o comunicante sexual - como parte de uma díade conjugal, como indivíduo claramente identificado ou, ainda, como um sujeito genérico, é, de certo modo, "retirado" da cena assistencial, pelo

³⁸ Lembrando-se que o termo "julgamento moral", aqui, diz respeito ao contraste às considerações com base em argumentos "técnicos".

menos no concernente a iniciativas diretamente voltadas a ele, visando controlar a cadeia de transmissão.

Dessa forma, a tematização da questão parece originar-se, sobretudo nos planos normativos fundados no caráter ético, do *dever de avisar* e/ou do *direito de saber*, deduzidos literalmente de falas surgidas no grupo focal, como: “*ele tem o direito de não fazer o exame, o problema é ele não saber*” [da exposição ao HIV], num flagrante descolamento do sentido sanitário, em favor de valores morais em torno da comunicação do diagnóstico.

No campo dos deveres e das responsabilidades, preocupam tanto aqueles imputados aos pacientes quanto aos profissionais de saúde:

E chegou uma hora que a gente falou: olha, é uma questão de crime! Se você não contar, vamos dizer, você pode estar transmitindo uma doença que pode matar, sem ele saber. É considerado crime! Você pode ser presa por isso! (Olivia)

Até que ponto isso não é criminoso? Meu próprio, de não tomar algum tipo de decisão. Entendeu? (Fernando)

Tem-se um cenário onde são contrapostos diferentes princípios, valores e normas remetidos a diferentes atores da situação de comunicação de diagnóstico de HIV e a questão do *quê fazer* é evidenciada, desde uma auto-compreensão do profissional e dos seus ideais, que configuram expectativas normativas acerca do que seria *bom* do ponto de vista ético, através de padrões de conduta que correspondam às melhores saídas a seguir.

Também nessa perspectiva, um dos nossos interlocutores trouxe de forma contundente o binômio indagação-indignação do profissional de saúde frente às situações em que os comunicantes sexuais não são avisados da exposição ao HIV, inclusive, provocando o agendamento de uma reunião junto à equipe e gerência, como já mencionado, exclusivamente para discussão do tema.

O que eu devo fazer? Qual o meu posicionamento diante disso? Eu finjo que é um filme, uma novelinha das 7, 8 horas, um conto? E finjo que não foi comigo? Então, essas coisas me atormentam. Eu não tenho resposta prá isso. Eu não sei como me comportar. E até hoje não consegui ver nada escrito que me responda o que que eu tenho que fazer. Não tem! (...) a gente tem que tomar uma providência com relação a isso. Não é só pegar o *kitzinho*, o coquetelzinho e enfiar na mão de quem chega com o diagnóstico, o que é muito prático. HIV não é só isso! É muito além disso! Não sei se sou eu que tenho desconhecimento disso, tanto que eu solicitei reuniões aqui no Centro pra falar sobre este tema... então... eu não sei se é desconhecimento meu próprio, mas eu estou tentando buscar até aonde vai minha responsabilidade, até aonde a gente pode mudar isso daí, mas eu acho que o próprio serviço como um todo se redime só escrevendo num papel: oriento comunicar parceiros. Só que eu acho que não vai só até aí. Acho que vai muito além, muito além! Porque você vai correndo um sério risco... uma gama, uma série de pessoas: colocar crianças no mundo com risco, impossibilitar o tratamento pra outras pessoas, deixar essa certa pessoa com uma angústia completa e com sentimento de culpa e uma série de outras conseqüências, que isso envolve. (Fernando)

A indagação se manifesta nas dúvidas sobre o quê fazer em relação ao caso-índice e ao comunicante. A indignação advém, no caso desse profissional, da falta de uma regra clara que o oriente e o ampare nesse quê

fazer. Além disso, é patente também a sua indignação diante da falta de espaços onde buscar respostas às suas inquietações.

O clamor por regras que orientem as ações pode assumir a forma de questão legal, envolvendo profissionais, que poderiam ser imputados criminalmente, tanto ao omitirem quanto ao divulgarem a informação sobre a exposição ao HIV, como já registrado em depoimento anterior.

Também a partir do julgamento da particularidade do caso, desta feita, em tom de indignação, uma das participantes do grupo focal justifica a sua intervenção para que um rapaz, sabidamente soropositivo para o HIV, revelasse essa situação a uma de suas parceiras, com a qual tivera um filho recentemente:

Se não fizermos um debate sobre direitos e deveres, se não formos claros, a aids ta correndo solta. Precisamos discutir isso com o paciente. É uma questão de cidadania, saber dos direitos e dos deveres. (Anne)

Paralelamente ao plano dos direitos e deveres, seria possível inferir que, associados à não revelação propriamente dita, concorreriam outros planos normativos relativos a ideais de família e conjugalidade, que serviriam para fortalecer o argumento *deontológico* e justificar um tipo de abordagem, sob a forma de ameaça.

Nesse caso, o problema da não revelação do diagnóstico de HIV ao parceiro sexual é tematizado a partir de uma leitura instrumental sobre o direito, como meio de se fazer cumprir responsabilidades e deveres. Parte-

se do pressuposto de que a ciência do diagnóstico de HIV geraria a obrigação de revelá-lo ao parceiro sexual e a sua não observância justificaria sanções criminais.

De uma perspectiva menos contundente, do peso de uma lei e da previsão de sanções, uma depoente assim se manifesta sobre a Notificação de Parceiros:

Ah, eu acho que poderia ser. Se fosse uma norma, seria mais fácil prá você fazer isso, não é? Tuberculose a gente não faz isso? Mas aí você estaria obedecendo a um critério que existe para todo mundo. O que atualmente não é, né? *É aconselhável que você fale prá contar!* Mas aí se não fala, você quer forçar como? Aí na hora que você fala: '- ah, já terminei!'. Aí você... como? Só a pessoa sabe quem é. Porque as pessoas que trazem a família; mãe que traz filhos, trazem o companheiro... eles trazem de livre vontade. Não sou eu que falo: '- traz!'. Então, se fosse uma norma, uma conduta, todo mundo tem que fazer, para preservar o próximo. Você estaria embasado numa coisa, assim, com mais critério, com uma forma de agir. Você vê que todas as vezes que eu fiquei revoltada e quis forçar a pessoa, elas disseram: '- ah, não, já terminou!'. (Clara)

Nessa fala é possível entrever uma expectativa e uma aposta, de um critério técnico que, de certa forma, retirasse do plano prático-moral a exigência de decidir. Além disso, chama-nos a atenção a escassez de "capital argumentativo", ou seja, experiências significativas, apreendidas como linguagem e capazes de serem reportadas como argumentos, num processo discursivo, acerca da questão dos comunicantes sexuais.

Uma hora eu até fiquei preocupada... ética é uma coisa que você tem noção, mas você não lê muito. Por exemplo, essa coisa de eu ficar sabendo que o cara ta pondo em risco alguém... Então essas coisas eu comento com o Miguel... eu comento! Ele sempre fala: '- ah, os caras, cada um sabe do seu risco. Se eles não estão nem aí, por que que você tem que se preocupar? Se eu arrumo um cara e transo com ele sem nem saber, sem camisinha, eu to sabendo do risco! Por que que você está tão preocupada com as pessoas que estão saindo sem se proteger? Todo mundo não é maior de idade, vacinado?'. Aí você pensa assim: '- ah é, realmente, se o cara ta transando sem camisinha, o problema é dele!'. Mas, assim, não sei. Eu não consigo pensar assim. Eu fico preocupada. O que que a gente pode fazer? Mas não tem jeito. Agora, se tivesse uma norma, sabe, igual à de violência sexual da criança. Porque tem uma conduta já estabelecida, não tem? Tem que fazer isso, isso, isso, aquilo, aquilo, aquilo. Tuberculose. Você nem pensa. Já faz automático. Ah, diagnóstico de TB? Faz uma VD, vê todo mundo, né, quantos adultos, raio X de tórax, BK, se for sintomático. Já tem uma conduta estabelecida, já tudo automático. Criança, tem que fazer tal, tal, tal. Fazer quimioprofilaxia. Já tem todo o roteirinho. Agora, aids? Não tem nada.... (Clara)

Ainda que o conteúdo do excerto possa não deixar claro, o contato como um todo possibilitou notar que a simples proposição do assunto na entrevista suscitou na informante um processo crítico de focalização da temática, até então pulverizada em seu cotidiano, como algo que por vezes incomodava³⁹, mas que não havia merecido atenção ou investimento da sua parte. E no pequeno lapso de duração da entrevista, assistiu-se a um encadeamento de idéias que, pouco a pouco, levou-a a colocar em questão a validade de posições como a do seu colega, potencializando elementos para enriquecer o seu "capital argumentativo".

³⁹ Através de comentários como: "Eu não acho correto" ou "isso é uma coisa que não é certa"

Parece que esse processo permitiu *visibilizar o que estava invisível*: como algo *latente*, inicialmente pobre de argumentos críticos, mas enriquecido na medida em que foi apresentado e debatido junto a outros interlocutores.

Mais distante ainda dos julgamentos morais que colocam o paciente que não revela seu diagnóstico ao parceiro sexual na condição de “réu”, é o trânsito dessa posição, *mutatis mutandis*, para a de “vítima” das circunstâncias que cercam a comunicação.

A não-revelação pode ser interpretada como uma dificuldade legítima, sobretudo em função do estigma que envolve a aids, conforme será abordado em outra seção. Não cabendo aqui aprofundar essa temática e colocando o estigma como mais um dos constrangimentos que dificultam a revelação do status sorológico, uma outra demanda entra em cena:

Temos pacientes que falam que não têm mais contato. A gente, como serviço de saúde, tem pouco acesso à verdade daquela pessoa, a gente é muito enganado. Aí não temos mais o que fazer. Não digo mentira, mas negação! Tem muita coisa que você nunca vai saber na vida! Você sabe quem não ta conseguindo contar. De alguma forma ele ta te *pedindo ajuda*. Mas tem aquele que não fala nada. E aí você não tem acesso a nada também... (Maria)

Nesse sentido, o sofrimento psíquico do paciente é tomado como uma demanda, distinguindo os que estariam *enganando* daqueles que estariam *pedindo ajuda* e a gestão do segredo passa a ser um dos objetos de atenção do profissional. A apreensão do estigma e do sofrimento que ele impõe ao

portador do vírus foi dramaticamente expressa por uma psicóloga, nos seguintes termos:

[o HIV] faz com que essa relação não possa aprofundar nunca (...) a pessoa que ta presa a esse segredo, ta prisioneira de si mesma. Ela tem que esconder os remédios, ela tem que esconder as receitas, ela tem que mentir para vir ao médico, ela tem que mentir prá todo mundo e uma mentira chama a outra! E cada vez os medos vão imobilizando mais. E a relação vai ficando muito deteriorada (Irene)

As diferentes maneiras de se apreender as demandas também foram pontuadas por uma nutricionista, que relatou um episódio ocorrido durante um Congresso de DST, reportando-se à necessidade de particularização da apreensão das demandas, posto que elas podem se configurar a partir de diferentes contextos:

Quando as pessoas comem demais... têm fome de quê? É essa a pergunta! Por que que uma pessoa transa desse jeito, que não é o da curva de Gauss? Então, isso tem que ser considerado! Essa pessoa pode ser que precise de ajuda. Pode ser que esteja muito bem, obrigada! Também é outra questão que o profissional de saúde sempre acha que tem alguma necessidade a ser tratada! Pode ser que não, mas pode ser que sim também! (Miucha)

Indo ao encontro desse depoimento, um outro informante diz:

Quando o cliente chega para tratar e ele ta com HIV e todo o mais, o cliente não ta dando a chave da casa dele para... ele não tá dando ... quando ele chega a ponto de ser sincero com o profissional de saúde, com o médico, da sorologia dele, que ele

não revelou e que até mesmo transa sem preservativo, ele tá pedindo ajuda pro profissional! Ele não tá pedindo que alguém vá lá bagunçar a vida dele, não! Porque seria simples. Ele poderia falar pro médico que ele usa preservativo... seria simples! (Mario)

A ausculta dos depoimentos dos profissionais de saúde ensejou a apreensão de horizontes normativos a partir dos quais a questão dos comunicantes sexuais vem sendo tematizada, ainda que nos limites das práticas desses profissionais, já que o debate sobre o assunto não tem sido objeto de discussão pública, em esferas mais amplas.

Depreende-se que, na prática, a lógica epidemiológica não se materializa nem é almejada sob a forma de ações clássicas da vigilância epidemiológica, como a busca de comunicantes. Entretanto, isso não significa a sua recusa; embora a base proposicional de sua validade, que levaria à correspondência entre “comunicantes notificados” e o tratamento e/ou a adoção de medidas preventivas não seja a pauta, são valores implicados em seus pressupostos, contrastados com aqueles das esferas privadas e íntimas, que parecem tornar problemática a comunicação sobre o diagnóstico de HIV, ao parceiro sexual.

O que se apresentou como central no *quê fazer* enunciado pelos profissionais de saúde, do conflito entre esferas que têm como horizonte a integração, mas que na prática encontram obstáculos à sua consecução, está no cerne da questão clássica da ética, já demarcados, de um indivíduo que precisa de orientação diante de uma tarefa prática: “como devo

comportar-me, que devo fazer?” (Habermas, 1989). E, enquanto tal, o autor diz que “esse ‘dever’ (*Sollen*) guarda um sentido não-específico enquanto o respectivo problema e o aspecto sob o qual deve ser solucionado não sejam determinados mais de perto.” (idem, 1989).

Com esse propósito, nas considerações acima, buscamos especificar o quê estaria obstaculizando as iniciativas dos profissionais, no tocante aos parceiros sexuais e de que modo esses obstáculos configuravam-se como um problema prático. De certo, embora reportada, não seria a proposição de normas ou de regras que fariam face às questões apresentadas, como indicado por um depoente:

Acho que essa estratégia de notificar, quando se pensa em ter uma arma e tal, pode parecer que é um caminho, entre haspas, mais fácil e aí as pessoas às vezes pedem isso. Alguns profissionais pedem isso como sendo mais fácil: um manual! Como fazemos? Damos um prazo? E aí vamos lá? E aí fica mais fácil que negociar. Porque negociar é difícil. Tentar ir desconstruindo junto e trabalhando. É difícil. E as pessoas às vezes acham que vai ser mais fácil ter uma receita. Em vigilância às vezes tem muita receita. Com os manuais, fica mais fácil você estabelecer práticas mais concretas, definidas, tal. E aí quando você se depara com uma situação como essa, fica assim aparentemente mais fácil ter uma receita de como é que vamos abordar. E aí uma receita padrão para abordar todos. Vamos estabelecer um prazo igual para todos? Não sei. Eu acho que é bem complicado. Bem complicado! (Glauber)

Seguindo a posição kantiana, recolocada por Habermas (1989), o problema prático oriundo do quê fazer acerca dos comunicantes sexuais, se deslindado da perspectiva dos usos pragmático, ético e moral das *razões*

práticas, pode nos deixar esperanças quanto à possibilidade de se construir horizontes normativos, os quais, mais que *consumidores* de regras positivadas em normas ou legislações, possamos ser *partícipes* da construção dessas normas e legislações.

Se a esperança de construção de horizontes compartilhados projeta-se como futuro, no presente os profissionais de saúde lançam mão de diferentes estratégias para responder às diferentes situações apresentadas, tecidas entre as expectativas por regras fundamentadoras e as práticas particularizadas, de comunicação de diagnóstico a parceiros sexuais.

3. Nem omissão, nem invasão. Estratégias e desafios para lidar com a comunicação do diagnóstico de HIV a parceiros sexuais

Embora não incorporada ativamente às práticas dos profissionais de saúde, eles se impõem responsabilidades relativas aos comunicantes ainda que indiretamente, e a assunção dessa tarefa resulta em estratégias próprias para lidar com a situação.

Diante da afluência de casos de não-revelação de diagnóstico de HIV a comunicantes sexuais, os profissionais idealizam e efetivam modos de promover a mudança dessa situação.

Ao tomarem conhecimento de que a condição sorológica para o HIV não foi comunicada aos parceiros, os profissionais têm como medida geral aconselhar os pacientes a fazê-lo. A recusa em revelar ou a omissão sobre a situação sorológica ao parceiro sexual repousa sob vários contextos e quaisquer que sejam, os profissionais, embora possam acolher e se compadecer com essa dificuldade, raramente abrem mão da prerrogativa de insistir na necessidade de que o parceiro seja informado da situação.

Sob o quadro da Teoria da Ação Comunicativa, deslindamos as estratégias para lidar com a revelação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais segundo gradações de perspectivas: daquelas com enfoques mais objetivadores, orientados primordialmente pelo resultado final, no caso, concretizado na revelação do diagnóstico, até aquelas que buscam um entendimento, através da interação e do fluxo de processos argumentativos.

Nesse sentido, para fins analíticos, elaboramos algumas tipologias para as estratégias colocadas em ação pelos profissionais de saúde, que assim denominamos: *ameaça, campanha, conselho, cumplicidade*.

Não tivemos a pretensão de encontrá-las isoladamente em ato, posto que elas se entrelaçam nas abordagens dos profissionais, indicando a multiplicidade de normatividades em cena, como nos dois exemplos de julgamentos que orientaram a decisão de de uma das depoentes, em interferir diretamente, ou não, na revelação do diagnóstico aos parceiros dos pacientes.

Eu não tinha mais que ficar escondendo dela. Eu não ia falar prá ela: ‘- não, ele não tem [HIV]!’ Eu ia ter que pedir o exame prá ela. Prá pedir o exame para ela, tinha que justificar, aí falei prá ela (...). Nesse caso, não houve autorização [dele] (...) Tem coisas que você não consegue. Eu não sei... talvez o estado dela, aquela aflição, aquela angústia dela. E até porque ela já estava sendo enganada há muito tempo. E aí ela me mostra aquelas mãos, sabe? (...) Até depois as auxiliares falaram que não é possível, uma mulher convive com um homem desse e não desconfia o que é. Porque ele tinha traços de que tinha sido um homem bonito. Ele era alto (...) Ele realmente era um homem bonito. Talvez por isso, ele a fez sofrer tanto. Porque devia ser rabo de mulher (...) (Carolina)

Até hoje o marido não sabe que ela tem o vírus do HIV (...) ela disse que usa preservativo. Eu acredito que ela usa mesmo. Porque é uma pessoa bem esclarecida. É uma situação bem diferente. Eu falo: ‘meu Deus, esse [segredo] eu tenho que segurar prá mim. Não posso falar para ninguém’. E nem para ele [esposo] porque ela não me autorizou (...) Até porque ela é uma pessoa que ta bem, uma pessoa com informação, a cabeça bem feita. Então, por que é que eu vou interferir? Ela é assintomática. Então, se for uma pessoa promíscua, aí sim. Aí eu falaria com o médico. Deixaria a critério do médico. (idem)

Desses dois excertos, ao lado do tímido argumento técnico em relação ao quadro clínico da paciente, proliferam outros, de ordem moral, como os contextos de traição conjugal e de sigilo das informações. Este seria um flagrante do que Schraiber (1997) chama de consubstancialidade da técnica e da moral em relação ao trabalho do médico, mas ampliável às práticas de saúde em geral, as quais postulam a inseparabilidade entre a dimensão tecno-científica das práticas de saúde e o julgamento e a prescrição moral acerca das mesmas.

O acionamento de cada uma dessas estratégias pode ter como principal fio condutor o estigma da aids, tanto os direta quanto os indiretamente relacionados ao HIV, incluídas nessa última modalidade as relações de gênero, as relações de poder as relações econômicas, dentre outras, merecendo destaque, para a nossa investigação, as normatividades de gênero e de conjugalidade, expressas nos julgamentos acerca da existência de múltiplos parceiros, infidelidade conjugal, possíveis consequências após uma revelação, como o rompimento da relação.

Feitas essas considerações, passaremos a discorrer sobre as estratégias dos profissionais na condução de casos de revelação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais, através das tipologias mencionadas.

3.1 - A ameaça

Uma das estratégias mais drásticas, do ponto de vista da inexistência de soluções compartilhadas, é a ameaça, entendida como um modo de tentar coagir o paciente a revelar o diagnóstico, anunciando possíveis sanções, caso essa comunicação não seja feita.

Via de regra a ameaça tem muito mais o intuito de intimidar o paciente, como mais um recurso para forçá-lo a revelar a situação ao parceiro, do que propriamente a intenção de cumpri-la.

O conteúdo das ameaças refere-se, de um lado, à comunicação ao parceiro, mesmo que à revelia do paciente, de outro, a supostas implicações legais e judiciais da não revelação.

Esse recurso é utilizado diante do julgamento que o profissional faz do caso e do paciente, sendo que algumas situações parecem servir como argumentos incontestáveis para uso da ameaça, como aquelas envolvendo crianças, como apontado no seguinte relato:

Na semana passada eu recebi um caso muito interessante, de um casal que era discordante. Ela era companheira dele há muitos anos e era soronegativa. Ele, já com aids, há quatro anos em tratamento, já tinha sido hospitalizado (...) Ela sempre usou preservativos, sempre se cuidou. Cada seis meses tava lá no SAE e fazia exames regulares (...) Essa senhora me procurou faz uns quinze dias, no serviço de orientação, para dizer que esse marido havia arrumado uma namorada jovem e que tinha tido um filho e ela tinha certeza que ele não tinha contado sobre o HIV. Então chamei esse jovem rapaz pra conversa com ele e ele não falou nada (...) Então eu disse: '-

eu soube que você teve um filho há vinte dias'. '- é, eu tenho!'. '- Então, como já estamos no avançar da noite, 6 horas da tarde, eu vou ser bem clara com você: você precisa contar para essa moça que você tem aids, trazer aqui, porque senão você pode ser processado! Isso é homicídio doloso! Teve a intenção de contaminar! Depois de meia hora tava ele, a mulher e a criança! (...) Ele fez sob pressão. Se foi bem sucedido, não sei, mas *a criança está salva!* (Anne)

O recurso à *criança em risco* parece ser um argumento incontestado para justificar medidas de proteção, inclusive as mais "polícialescas", a partir do entendimento de que nessa fase não se tem a maturidade necessária para realizar julgamentos (Oliveira, 2009).

Nessa mesma linha, uma depoente lembrou uma cena, ocorrida durante um congresso de DST, em que uma enfermeira reagiu à fala de um dos palestrantes, que questionava a pertinência do uso da busca de comunicantes sexuais, citando uma iniciativa pessoal no seu trabalho, visando o controle da sífilis:

Foi no último congresso de DST (...). E tinha pessoas de várias partes do Brasil nessa fala. A sala lotou porque a mesa era uma mesa que discutia a comunicação de parceiros, que é uma coisa muito relevante, que o congresso entendeu a necessidade de colocar uma mesa e tinha uma enfermeira, não me lembro a cidade (...). E a discussão que ela trazia não era do HIV, era da sífilis. Então, reconhecidamente um paciente que tinha sífilis e que, segundo ela, era galinha e que era muito sedutor e transava com todas as mulheres da cidade e ela trazia um monte de preconceitos nessa fala (...). E aí ela dizia que aquela coisa toda que o professor trazia – ela queria desmontar a fala dele, com esse argumento de que no fim de tudo, o que contava era isso: era ela, na *obrigação de profissional de saúde, de livrar, prevenir, poupar essa mulherada toda de adquirir sífilis*. Disse que ela chamou ele na

chinha dizendo que: ‘- Você não pode fazer isso! Eu sei que você está fazendo isso e eu vou dedurar para as mulheres, para elas saberem bem *quem você é!* (Miucha)

Seguindo as duas narrativas acima, dois pontos em especial chamam a atenção; talvez nem tanto a ameaça propriamente dita, mas os juízos que teriam motivado o recurso a essa estratégia, além da associação, de certo modo ingênua – mas também corrente, entre a comunicação do status sorológico às parceiras e a contenção da cadeia de transmissão da doença.

Ao ameaçar um paciente, pressupõe-se que ele, na condição de um algoz, deliberadamente estaria colocando essas “vítimas inocentes” em risco. A crítica à postura da enfermeira, que se manifestou no congresso, foi feita nos seguintes termos:

qualquer doença que a pessoa tem, ela é a primeira vítima da circunstância e não o contrário. Então, primeiro ela vê essa pessoa como um algoz, quer dizer, ele que deliberadamente quer passar a sífilis ou não está nem aí. Eu sei que algumas pessoas gostam de funcionar desse jeito ou possam ter uma coisa mais vingativa (...) a gente ouve esse folclore. Na curva de Gauss, isso, se acontecer, pode ser uma ‘rabeirinha’ (...) Aí ela [enfermeira] coloca todo mundo no mesmo saco. (Miucha)

Os exemplos tomados acima, mesmo que não exclusivamente sobre a comunicação de diagnóstico de HIV, pareceram oportunos para sintetizar a idéia de como o recurso à ameaça limita-se ao caráter instrumental da ação, com recurso a apenas um tipo de argumentação, de promessa de um

castigo, para fazer com que o paciente revele seu diagnóstico aos parceiros sexuais.

3.2 - A campanha

Ao tomarem conhecimento de que um paciente não comunicou seu parceiro sobre o diagnóstico de HIV, os profissionais de saúde passam a investir, cada um a seu modo, em discursos para dissuadir esse paciente da manutenção do segredo. A dimensão desse esforço e dessa insistência pode ser imaginada através do nome pelo qual uma informante se referiu a esse tipo de iniciativa: *campanha*.

a gente acaba sabendo de muitos casos em que a pessoa não revelou e daí começa a campanha (...) É, a gente fala que é uma campanha! (Olivia)

a gente fica em cima. Quando a gente sabe que não contou, a gente fica em cima prá contar! (Luiza)

Ele [paciente] só repetia isso: '- como é que eu vou falar com a minha parceira? (...) Ele falou que '- o médico falou que eu tenho que falar, a assistente social falou que eu tenho que falar e eu não sei o que eu vou fazer. (Maira)

O que estamos definindo como campanha seria um processo envolvendo dois ou mais membros da equipe em torno de um caso específico de não-revelação, com o intuito de ampliar os conteúdos dos

discursos, além dos seus locutores individuais, no sentido de convencer o paciente na questão da comunicação do seu diagnóstico ao parceiro.

Os depoentes trazem os casos que se enquadrariam nessa modalidade, de campanha, tendo como sujeitos da ação: "nós", "a gente", "a equipe", como demonstra o trecho de uma entrevista, contendo uma profusão do termo "a gente", indicando que a questão não é tratada por um profissional, isoladamente.

O que *a gente* fica discutindo é isso: até que ponto – porque o Conselho Regional de Medicina não é muito claro; o de Psicologia tem aquela coisa de que se você acha que há ameaça de vida pro outro, você deve falar. Mas ao mesmo tempo tem a coisa de você achar que é sigilo. Então, *a gente* dá um tempo. Mas *a gente* fica discutindo quanto é esse tempo. E *a gente* achou que dois anos já era demais. (...) *A gente* fala... em que situação *a gente* fala? Até aqui eu, a assistente social, a educadora, *a gente* mais ou menos determina que *a gente* dá um tempo, aí *a gente* começa com as táticas um ouço mais fortes, né? (Olivia)

Assume-se coletivamente o problema, embora tomado na parcialidade do trabalho de cada profissional, ou seja, como equipe-agrupamento, como já tivemos oportunidade de aludir. Três depoimentos, em especial, sintetizam essa impressão:

A gente fica sabendo de muitos outros casos até pelo Serviço Social e pelo médico. E aí quando acaba sobrando esses casos [de problemas com a comunicação do diagnóstico de HIV], eles acabam mandando pro Serviço Social e prá Psicologia mesmo! Mesmo os médicos, prá gente lidar com o problema (...) Às vezes o pessoal ta chorando lá em baixo, eles

mandam pro Serviço de Psicologia. Eu falei: '- chorou, vai conversar com o psicólogo!' Eles esperam que pare de chorar ou espera que resolva o problema. (Olivia)

...eu falo que o tempo é uma medida, porque as pessoas começam a ficar mais firmes, no sentido que 'você tem que contar'. Aí eu acho que cai mais na mão do médico. Quem dá o ultimato: '- se você não falar, eu falo!' é sempre o médico. Eu to dizendo como acontece normalmente no Centro de Referência. (Maria)

Eu acho que [a questão da comunicação do diagnóstico ao parceiro] poderia ser mais trabalhada não só pelo médico. O médico na preocupação dentro da consulta, de estar buscando os parceiros. Mas acho que poderia ser trabalhado junto ao aconselhamento. A primeira, a porta de entrada, é o aconselhamento! Então eu tenho que ganhar, orientar o paciente na entrada. Aquela coisa de que a primeira impressão é a que fica. Eu acho que fica, que fica mesmo! (...) O paciente e o médico, eles têm que trabalhar juntos (...) Eu acho que essa questão de estar buscando essa terceira pessoa envolvida, o parceiro ou a parceira, eu acho que talvez a gente ganhasse mais campo se o médico trabalhasse junto no aconselhamento. Talvez identificando isso na consulta e buscando logo após a consulta o aconselhador, entendeu? (Bebel)

Assim, depreende-se dos trechos acima transcritos a reprodução de uma prática até certo ponto corriqueira de que a administração do choro cabe à psicóloga e o ultimato, ao médico. Não sendo nosso foco discutir especificamente as expectativas e configurações da equipe para a questão da comunicação do diagnóstico, cabe pontuar o movimento presenciado, de se ampliar o repertório argumentativo, ao contar com mais de um profissional na tarefa de fazer com que o paciente consiga comunicar seu diagnóstico de HIV ao parceiro sexual.

Além do número de sujeitos envolvidos na estratégia há, de certo modo, um espaço maior para o paciente como sujeito. Investe-se nele, a princípio como alguém partícipe do processo de comunicação de diagnóstico, até o limite do ultimato, o qual ainda parece mais interativo que a ameaça.

3.3 - O conselho

Se na modalidade anterior participavam do cenário da ação a equipe e o paciente, nesse modelo, que denominamos *conselho*, a relação direta entre profissional e paciente se faz mais presente e intensa. Aqui, a oferta argumentativa concentra-se no profissional que toma a questão como um problema, circunscrevendo-se ao âmbito do consultório, a partir do seu julgamento pessoal. Para se ter uma idéia de como os argumentos são construídos a partir de outras motivações, que não apenas a comunicação por si só, tomamos como um exemplo um relato sobre o momento ideal para se fazer essa comunicação.

O tempo é uma temática recorrente nas dúvidas dos profissionais no que diz respeito ao prazo a ser dado ao paciente, para que ele revele seu diagnóstico ao parceiro, findo o qual, caso isso não seja feito, o serviço poderia ou deveria tomar medidas a respeito, como a busca do comunicante. Subjaz a essa dúvida a já comentada "necessidade" de regras que norteiem

o trato da questão dos comunicantes sexuais. Essa expectativa não é diferente para uma das entrevistadas, mas ela assim se posicionou:

Eu tenho vários casos de menina que é soropositiva e arruma um namorado que não é e pergunta assim: '- eu devo avisar?' Eu falo: '- Não, espera! Deixa aprofundar o relacionamento, né, e depois faz a revelação. Porque senão você pode nunca ter a chance de ter alguém'! (Clara)

A depoente analisa a situação tendo como preocupação central o estigma em torno da aids, o que muda o enfoque do tempo para a revelação. Nesse exemplo, fala-se de um tempo, não mais imediato ou pré-determinado, mas que procura *defender* a paciente das possíveis consequências dessa revelação.

Os conselhos também são marcados por máximas em torno das relações conjugais, que contrastam amor/afeto com as reações diante da revelação do diagnóstico de HIV ao parceiro. Pressupõe-se, nesse contexto, que *quem ama não abandona*.

Tá bom, tem um risco [de abandono da pessoa, pós-comunicação]. Lógico que tem um risco! Mas se a pessoa realmente gosta de você, ela vai estar com você na saúde e na doença, entendeu? Essa história de na saúde e na doença é frase, mas é a verdade. Se você tem afeto, você vai manter a pessoa, independentemente se ela é boa, se ela é ruim, se ela é rica, é pobre, se ta doente... (Barbara)

Eu pergunto prá ela [pessoa HIV+] se ela gosta realmente do parceiro. Se ela gosta, ela vai querer cuidar daquela pessoa. E prá cuidar daquela pessoa, ela tem que ser honesta na relação. E mesmo na eventualidade daquela pessoa romper o

relacionamento, eu tento passar essa informação de que aquela pessoa é, rompendo o relacionamento, talvez não tão boa quanto ela imaginasse, né? A pessoa que gosta de mim, ela vai gostar de mim em qualquer situação. Eu desempregado, com a perna amputada. A pessoa que gosta, ela vai querer cuidar daquela pessoa, independente da situação em que ela se encontra. Então, se aquela pessoa rompeu o relacionamento só por ela ter HIV, seria até mais um indício de que aquela pessoa não gostasse dela (...) Os pacientes? Ah, eles aceitam, eles concordam com isso! (Miguel)

Mesmo que discursos dessa natureza não atinjam a finalidade da comunicação do diagnóstico, eles contam com o assentimento dos pacientes, como registrado pelo depoente. E também mesmo que o próprio profissional tenha certo ceticismo quanto à eficácia dessa estratégia, há uma aposta em manter “vivo” esse discurso.

Você faz sempre a mesma coisa, sempre. Você fica explicando: não faça isso, não faça aquilo! Mas sem o compromisso de conseguir aquilo! Antes eu ficava preocupado (...) eu me frustrava por não conseguir essa mudança no paciente. Hoje eu consigo lidar melhor com isso. Mas continuo insistindo prá largar o cigarro, prá fazer dieta, prá entrar numa academia. A gente tem que estar sempre falando. Mesmo que ele não consiga, que ele diga que é difícil (...) Antes eu desistia porque o paciente não queria fazer: ‘- vou investir naquele que quer melhorar! Esse aqui não quer, vou deixar de lado!’ E hoje em dia, não! Você dá a mesma atenção prá todo mundo, mesmo para aquele que você vê que aparentemente não tá prestando atenção. Você tem que continuar fazendo a coisa certa! (...) *independentemente do resultado* que você vai conseguir. Você tem que pensar o que é certo fazer, é orientar, falar mais uma vez, se for preciso. E continuar a fazer isso. (Miguel)

Ao reiterar o conselho, ainda que sem o grau de interatividade necessário a um processo discursivo, buscou-se aprofundar a relação de interação, a qual, mesmo frustrada, não desencadeou a estratégia da ameaça, de desistência do sujeito e da sua autonomia. Nesse sentido, essa iniciativa aproxima-se do mote da estratégia que denominamos de campanha.

3.4 - A cumplicidade

Na mesma linha da abordagem denominada conselho, que se movimenta na moldura da relação entre profissional e paciente, podemos identificar outra estratégia, no caso, contando com a participação direta do profissional na operacionalização da comunicação do diagnóstico de HIV, a qual denominamos de *cumplicidade*. Ela se manifesta tanto quando o profissional se oferece para participar do processo de comunicação, ou mesmo responsabilizar-se pela sua realização, quanto no compartilhamento de um “teatro” visando criar condições favoráveis para ela seja feita.

Um exemplo de participação no processo de comunicação diz respeito à história de um paciente que havia omitido o fato de já saber sua condição sorológica e apresentara-se no ambulatório para realizar a testagem, como se desconhecesse o fato. A enfermeira que o atendera, já ciente da situação através da localização do seu nome no cadastro de

pacientes e do seu prontuário, teve a seguinte iniciativa, quando o paciente veio pegar o resultado e ela o abordou⁴⁰:

- Ah, dona Carolina, é que eu não queria falar!
- Você tem alguma companheira?
- Sim, há algum tempo.
- Você falou prá ela?
- Vou falar!
- Bom, você precisa falar! Você promete prá mim que vai usar o preservativo?
- Ah, ela não vai compreender!
- Ela não vai compreender se porventura ele vier a se contaminar e souber que você tinha há tanto tempo e omitiu. Você, você ama a sua esposa?
- Amo!
- Então você precisa ter esse cuidado!

Ele voltou depois de uns meses, para fazer o CD-4. Aí eu já lembrava da situação, chamei aqui no consultório e disse:

- Você contou para sua esposa?
- Dona Carolina, não falei!
- Não acredito! *Mas você não prometeu prá mim que iria falar?*
- Não tive coragem de falar
- Por que que você não fala?
- Ah, porque se eu falar – ele tava desempregado – eu já estou desempregado, ela é a única pessoa na minha vida, aí ela vai me abandonar!
- Eu acredito que ela te ama porque você esteve tanto tempo preso. Quando ela soube que você veio, saiu, ela voltou, tá morando junto com você. Acho que uma pessoa que não ama outra, não vai fazer esse sacrifício, né? E você já pensou nos riscos, se você não falar e ela se infectar? Eu acho que você precisa pensar mais um pouco nela também!
- Não, dona Carolina, eu vou falar!
- Se você quiser, você traga e eu falo com ela. Até para ela fazer o exame.

Ele a trouxe, mas antes pediu para falar comigo.

⁴⁰ Embora tenhamos realizado pequenas edições no relato, a depoente discorreu sobre o caso sob a forma de diálogo, o que nos pareceu bastante rico, do ponto de vista de apreensão do diálogo sob a forma de “cena”.

- Dona Carolina, deixa eu falar uma coisa prá senhora. Não fala prá ela que eu tenho o vírus. Olha, fala prá ela que a senhora vai pedir qualquer outro exame, mas não fala que é esse! Porque se a senhora pedir, ela talvez desconfie. Não fala!
- Eu não posso fazer isso! Que exame eu vou dizer prá ela que eu vou pedir? E depois, como é que eu vou dar o resultado prá ela? Não, não posso pedir! Vamos fazer o seguinte, fica aí fora, pensa um pouco, que eu vou conversar com ela.
- Mas como que a senhora vai falar prá ela? Ela vai me abandonar!
- Olha, vamos fazer o seguinte: você autoriza que eu fale prá ela?
- Ah, a senhora pode falar!
- Então dá um tempo, que eu vou atender outros pacientes, aí eu te chamo e converso com ela. Vou ver o tipo de reação dela e vou fazer uma historinha aqui, mostrar.
- Tá bom, mas será que ela vai me abandonar?
- Ó uma pessoa que ama outra, não abandona assim. Ela pode te abandonar se ela souber que você traiu a confiança dela...

Atendi todos os pacientes, aí chamei e conversei com ela, perguntei várias coisas, depois cheguei e perguntei se ela sabia o que era HIV, e fiz ali uma história prá ela:

- Olha, deixa eu falar uma coisa prá você. O Fulano falou prá mim que teve um tempo preso, né. E esse tempo que ele esteve preso, você teve algum relacionamento?

Aí ela falou que teve. Lá na Bahia ela teve uma outra pessoa. Aí eu falei:

- Olha, eu vou falar uma coisa prá você, que eu já havia comentado com o seu marido e eu pedi para que ele trouxesse hoje você aqui. E ele a trouxe hoje. Eu acho que o fato dele ter trazido você aqui já é uma prova de que ele te ama. Ele fez o exame, né, e o exame dele deu um HIV positivo.

Falei se ela sabia que ele estivera preso, ela falou que sabia, foi por isso que ela tinha ido pro norte. Ela ficou parada na cadeira e disse:

- Eu não acredito! Por que que ele não me falou, dona Carolina, ele tá tendo relação comigo sem preservativo!
- Olha, você já deve ter ouvido falar que hoje, uma das maiores vítimas da infecção é a mulher. E a mulher, mesmo casada, ela deve usar preservativo. Quer dizer, se porventura você estiver infectada, você também não pode se revoltar contra ele. Primeiro, que você sabe que ele teve uma história que esteve preso. Outra, que você nem imagina se você também está infectada. Porque você também teve outro relacionamento. No outro relacionamento você usou preservativo?
- Não usei!
- Então, ele fez o exame

Não falei que ele tinha desde 96, né. Falei que era uma coisa que ele tinha feito agora:

- Olha, então, ele tá infectado, você também não pode julgar porque você não sabe se você também está infectada e se você se infectou com outro relacionamento. Quer dizer, se ele errou, você também errou. Porque você também deveria estar usando preservativo. Hoje é um chamado, a mídia, tudo fala que tem que usar preservativo. Então você também não pode culpá-lo. O fato dele ter trazido você aqui é uma prova de amor também. Porque ele poderia ter desaparecido daqui. (Carolina)

Na sua extensão, esse relato nos elucida muitos aspectos em relação ao vínculo da profissional com o paciente, a partir do qual a enfermeira, ao assumir sua cumplicidade com o paciente, concentra todos os esforços argumentativos no sentido de "provar a inocência" do paciente, chegando a culpabilizar a parceira, por não ter se prevenido, mesmo tendo informações a respeito.

Nesse relato a cumplicidade também envolve a profissional no que chamamos de *teatro*, ou seja, ela “administra” a informação sobre o tempo de diagnóstico do paciente, a favor desse.

Além disso, observa-se também momentos em que a relação parece estreita, a ponto do tipo do vínculo, existente ou que se busca, permitir manifestações como: “*mas você não prometeu prá mim que iria falar?*”. Essa aproximação, a partir de um vínculo pessoal, foi flagrada em diversos momentos, em frases do tipo: “Pelo amor de Deus, traz esse parceiro que *eu preciso* fazer exame! *Eu preciso* conversar com ele!” (Bebel)

Uma leitura possível para a emergência de frases dessa natureza pode ser o “obscurecimento” de argumentos técnicos em favor de outro valor, fincado no plano dos afetos e das emoções, ainda que dando margem a interpretações baseadas em finalidades instrumentais.

A outra dimensão da cumplicidade, como teatro, foi garimpada em outros depoimentos, que nos dão conta de situações em que a chamada “administração” das informações sobre o diagnóstico do paciente é ativamente incorporada ao teatro:

Ela [paciente] conheceu uma pessoa, casou, engravidou... Antes da gravidez eu tinha conversado com ela a respeito de contar pro companheiro dela. Ela não queria, não queria... aí ela engravidou. O nosso receio era que ela abandonasse o pré-natal, por conta dela estar sendo pressionada a contar para o parceiro. No fim, ela acabou contando, com a ajuda da equipe. Ela contou... como se ela tivesse sabido na gestação, mas ela já sabia antes, né? É muito difícil porque a gente tem a

responsabilidade do outro, que tem que ser preservado e tem também o próprio usuário. Fica difícil! (Luiza)

Tem uma menina. (...) Pegou um menino do bairro, saiu com ele, engravidou, o cara casou, teve filho e ele foi embora. E não se contaminou (...) Ela trouxe, pediu para eu não revelar que ela já estava em tratamento há muito tempo. (...) Ela trouxe ele aqui. Então ela queria que fizesse de uma forma, como se os dois tivessem vindo aqui para fazer o teste pela primeira vez. E os dois estão vendo o resultado. Fez todo um plano, sabe. Eu que pedi o exame. Mas ele veio, ela falou que tinha vindo fazer o teste. (Clara)

Ainda na linha da dramatização, não foram raras as referências à frase: *e se fosse você* para que o paciente se coloque no lugar do parceiro e vislumbre o quanto gostaria de ser cientificado sobre o status sorológico do companheiro e dele próprio.

Eu peço prá pessoa, assim, imaginar-se no lugar dela, se o parceiro que ela teve no passado a contaminou, se ele tivesse falado prá ela, ela não teria essa doença, pra ela se colocar no lugar do outro. Porque o outro ta na situação que ela viveu! Ela poderia ter evitado essa situação se o parceiro tivesse comunicado o diagnóstico prá ela. Se ele soubesse também! Nunca vai saber se a pessoa omitiu essa informação ou se a pessoa também desconhecia. Mas eu tento pedir prá ela fazer esse exercício. De se imaginar no lugar da outra. (Miguel)

As mudanças de perspectivas – do profissional no lugar do paciente; do paciente que adota a perspectiva do parceiro, permitem, ou pelo menos visam, facilitar o jogo argumentativo no sentido de validar os discursos dos profissionais junto aos pacientes no tocante à revelação do diagnóstico de HIV.

O investimento em explicitar justificativas para que os pacientes revelem seus diagnósticos aos parceiros, via de regra, parece bem sucedido, se considerarmos que ele gera um posicionamento dos pacientes frente aos conselhos, campanhas, cumplicidades, ainda que não necessariamente implicando a sua realização.

Alguns relatos foram emblemáticos no sentido de apontar tanto os discursos dos profissionais quanto as respostas dos pacientes às investidas dos profissionais:

Tem um caso interessante que eu peguei quando ela descobriu que era HIV, uma senhora que deve agora estar com uns 50 e poucos anos e ela descobriu através do falecimento do marido. Ela simplesmente arrumou um novo namorado, bem mais novo que ela e simplesmente ela não contava prá ele. Então, cada vez que eu a encontrava aqui, eu chegava e dizia: ‘- você já contou prá ele?’ Ela dizia que não. ‘- E tá usando pelo menos preservativo?’ ‘- não, ele não quer’. Aí eu dizia: ‘pensa bem um pouco. Você tá podendo contaminar esse rapaz!’ Aí eu acho que de tanto eu perturbá-la, chegou o momento em que ela virou e disse: ‘- Ah, eu contei!’ ‘- Então ele já sabe?’ ‘- Sabe, mas também não sei se sabe!’ Aí eu falei: ‘- Por que?’ ‘- Porque ele tava bêbado e eu contei!’. (Silvia)

A situação chega a ter um tom cômico, mas é de se indagar: Por que a paciente não explicitou suas dificuldades à profissional? Por que ela não inventou uma desculpa para “calar a boca” da profissional, como as clássicas: “ah, não estou mais com esse parceiro” ou “eu falei, mas ele não quer vir”? Ou será que a paciente simplesmente cedeu à insistência da

profissional e a comunicação circunscreveu-se à tarefa de transmitir a informação ao parceiro?

Parece-nos que o gesto de contar ao parceiro sobre sua situação sorológica para o HIV não se enquadra nos simples termos de uma obrigação diante do profissional. Entrevê-se o assentimento acerca das considerações dessa profissional, que conformaram no tipo de saída eleito: falar enquanto o parceiro estivesse bêbado, contemporizando valores éticos e a esquivamento das possíveis consequências da revelação.

Por isso, não nos parece que o tipo de estratégia eleita implique necessariamente em tal ou qual tipo de resposta. Como anunciado, as tipologias mencionadas tiveram apenas a intenção de estabelecer as, por vezes sutis, distinções entre processos visando finalidades pré-concebidas daqueles que buscam o entendimento, ainda que esse entendimento não corresponda à situação ideal de fala, postulada na construção teórica habermasiana.

As iniciativas para fazer face ao diagnóstico de HIV e a sua comunicação aos parceiros sexuais, no contexto dos serviços de saúde, de uma parte, giram em torno daquilo que é apreendido como responsabilidade do profissional, expresso por uma depoente como “nem omissão, nem invasão”, tomado de empréstimo para o título do presente capítulo.

De outra parte, conforme já anunciado, parece-nos que, mais que a proteção à confidencialidade, a apreensão do estigma da aids nos processos de revelação de diagnóstico condiciona as iniciativas dos profissionais e o

seu acolhimento pode merecer duas interpretações: como práticas visando minimizar a exposição do paciente a possíveis constrangimentos sociais em vista da sua condição sorológica e/ou como modo perverso de manter e reproduzir o estigma e conseqüentemente a mitigação das possibilidades de enfrentamento.

4. A “manipulação” ou gestão do estigma nas práticas de saúde

Ao situar a divulgação do diagnóstico de HIV para além dos limites da relação conjugal, como família, vizinhança, trabalho, amigos, vemos que, com diferentes gradações e somada a outros ingredientes, o processo de estigmatização do portador do vírus é um dos principais motivos em torno do qual estes e alguns profissionais de saúde relativizam os termos e o tempo para a sua realização.

Uma das depoentes, talvez entrevedo os prejuízos do processo de estigmatização, estabelece certa hierarquia dentre as pessoas às quais deve ser comunicado o diagnóstico, tendo como eixo o *direito de saber*.

Quando é, por exemplo, questão de direitos, para empresa, ninguém conta, nem precisa. Ninguém precisa saber da sua vida. Para a vizinhança, ninguém precisa saber! Agora, quando é prá família, essa pessoa às vezes tem a necessidade de estar contando prá alguém, né? Só que ela tem que estar embasada, ela tem que estar bem, tem que estar com suporte para estar fazendo isso. Eu fico debatendo com ela se ela ta bem prá estar fazendo aquilo naquele momento. Se ela ta buscando ajuda, muitas vezes a ajuda não vem do jeito que ela quer. Então a pessoa também tem que estar bem, *prá receber uma negativa...* Em relação ao companheiro... a gente acaba pressionando porque é uma questão que ultrapassa qualquer limite. Você transou, você invadiu o outro. Então, nessa invasão, nessa troca, ele tem que ter o direito de saber. Então, são duas pessoas que estão com o mesmo problema. Então a gente, no serviço social, acaba mesmo tentando convencer a pessoa a contar... (Luiza)

Parker & Aggleton (2002) chamam a atenção para uma versão comum do estigma que, como um "atributo depreciativo", pode ser equivocadamente tomado desde uma perspectiva "naturalizada". Enfatizam que o processo de estigmatização não é um processo individual ou algo que certos indivíduos fazem a outros; não são produzidos no vácuo, mas produtos de contextos de cultura e de poder.

Na sua obra, os autores, tomando como ponto de partida o trabalho clássico de Goffman (1988), além de uma revisão da literatura sócio-antropológica, debatem sobre o estigma e discriminação, transitando de uma análise mais geral para o foco nas pessoas que vivem com HIV ou aids.

Mesmo não sendo argüidos diretamente sobre o estigma, os profissionais demarcaram essa questão, ainda que indiretamente, e sua presença é intuída nos modos como conduzem suas práticas em torno da questão dos comunicantes sexuais, desencadeando o que poderia ser chamado de *gestão do estigma*.

No fragmento do depoimento acima transcrito há uma clara distinção entre a apreensão da confidencialidade e do segredo acerca do HIV na rede social em geral e no espaço conjugal, abrindo, um precedente para que a conjugalidade possa ser objeto de um tipo de intervenção pelos profissionais de saúde, embora não situada sob o conceito estrito de *comunicante sexual*.

A interferência da biomedicina nas relações conjugais não é estranha a práticas tais como as ações empreendidas na saúde reprodutiva e sexual, podendo expressar-se de diferentes modos, como na regulação dos corpos.

Exemplo dessa “invasão” da intimidade é a fertilização in vitro, cuja técnica pode prescrever a ocasião, o ritmo, a frequência das relações sexuais. Ainda que o desejo de ter filhos tenha motivações das mais diversas ordens⁴¹, o stress ao qual o casal é submetido por conta dessa modalidade de reprodução assistida pode resultar no desgaste dos vínculos do casal.

Se a vontade pessoal, baseada no livre arbítrio e supostamente originada nos limites da privacidade do casal que deseja ter filhos, justificaria a referida invasão e os possíveis “efeitos adversos” do stress da técnica, poderíamos supor que, em nome da proteção de “coletividades”, a busca de comunicantes ou qualquer estratégia nesse sentido, também justificaria os eventuais prejuízos à vida conjugal.

Ocorre que no já sinalizado cenário preterido do horizonte epidemiológico, a conjugalidade não é objeto de escrutínio, ao menos pela via da busca de comunicantes sexuais. Ela entra na cena assistencial a partir da máxima do *direito de saber*, como já explanado, ou da antevisão dos potenciais problemas conjugais que a revelação do diagnóstico de HIV pode acarretar, dos quais os efeitos do estigma se evidenciam como centrais.

Mesmo num contexto em que a comunicação é estimulada, se não exigida, pelo profissional de saúde, destacamos o relato de uma médica, relativizando o momento em que esta deveria ser feita:

⁴¹ Postula-se que esse desejo não é restrito ao âmbito das subjetividades, mas também construído por condicionantes sociais e culturais que modelam as expectativas de se ter filhos na nossa sociedade, ainda que tais “imposições” venham sendo relativizadas na modernidade.

(...) Porque as pessoas... ficam com medo, né. Você acaba de conhecer a pessoa e já revela, ela se afasta! (...) Tem um momento certo de você contar porque quando você não tem envolvimento emocional com a pessoa, acho que se ela souber, vai dar no pé! Por que que eu vou correr esse risco? Não é? Eu penso assim. Agora, se você já tem o envolvimento, já criou um vínculo, aí é diferente (...) Eu sempre falo assim, que é melhor que conte. Mas no momento certo!”. (Clara)

E faz um adendo:

Digo: ‘- só tem uma coisa: tenha a certeza de sempre insistir na prevenção. Uso de preservativo. E frisar bastante isso. Porque quando fizer a revelação, aí você vai poder falar porque que eu nunca quis te expor ao perigo de se contaminar. Então, você sempre se preocupou. Aí tem mais chance de uma relação dar certo, né?’. Isso é o que eu falo. (idem).

Parker & Aggleton (2002), demarcam a existência e a sinergia entre “fontes anteriores ao HIV/aids”, como as relações e divisões de classe, gênero, raça e sexualidade, e “fontes específicas ao HIV/aids”, como a associação da aids com “irresponsabilidade”, “imoralidade”.

Os autores assinalam ainda a existência “contextos chave” de estigma e discriminação ao HIV e à aids, dos quais se detêm em seis: famílias e comunidades locais; escolas e outras instituições de ensino; emprego e local de trabalho; viagens, migração e imigração; dentro do próprio contexto de programas de controle e prevenção de HIV/Aids; e sistemas de saúde.

Interessa-nos, em especial, esses últimos dois contextos de estigma e discriminação, entendidos como contextos que, além de produzir, reproduzem o estigma, como se depreende do relato acima transcrito,

quando a profissional antecipa modos de lidar com as possíveis reações do parceiro.

O estigma é incorporado de forma quase que naturalizada, ou seja, como mal a partir do qual temos que operar nossas práticas, sem, entretanto, questionar as suas dimensões, dando margem a iniciativas como a relatada:

Sempre quando eu atendo a primeira vez, eu pergunto se tem parceiro. Alguns falam que têm, outros falam que no momento estão sozinhos, já tiveram. Mas mesmo aqueles que estão sozinhos, que já tiveram, eu falo sempre que é bom que faça o contato com a pessoa. ‘- Você não precisa se expor, faça um telefonema anônimo, manda um aerograma. Ou chega na caixinha do correio. Ou grampeia algum tipo de anotação, pedindo que a pessoa procure algum serviço, faça o exame’. Eu dou a dica. Algumas pessoas falam: ‘- eu vou fazer isso’. Outros falam ‘- Então eu posso telefonar?’ ‘- Pode, se você não quiser telefonar de casa, vai num orelhão e fala com a pessoa, muda a voz, se não quiser se identificar!’ Eu dou algumas dicas. ‘- Olha, tem alguns que falam prá mim que não telefonaram, mas teve a mãe, que pediu para ligar; outros falam que foi o irmão e outros dizem que eles mesmos vão lá e falam. (Carolina)

O estigma da aids, ao ser compreendido como uma marca indelével, faz com que os profissionais de saúde, considerando os seus possíveis efeitos devastadores, acionem mecanismos de “proteção” da pessoa soropositiva contra os possíveis prejuízos da discriminação. Ou seja, muitas vezes essa proteção é tomada nos aspectos comportamentais e psicológicos centrados no *indivíduo* estigmatizado, descuidando dos

aspectos programáticos, sociais e culturais que servem de fontes do estigma.

E são justamente essas últimas dimensões que propiciariam o tratamento da questão do estigma em outras bases, deslocando do indivíduo, ou ampliando para além dele, o foco dos debates e intervenções políticas.

Retomando o conselho da médica à sua paciente, de adiar a revelação do seu diagnóstico de HIV, é possível pressupor que tal gesto partiu de um entendimento prévio sobre o estigma e visou garantir que a relação conjugal pudesse se estabelecer.

Essa apreensão sobre o estigma da aids não surge de uma visão particular dessa médica, sendo ratificada por outros depoentes, como pondera um deles:

É engraçado. Alguns pacientes até falam prá mim (...) Pacientes que não aceitaram que têm o vírus etc. e tal. E eles acabam falando prá mim que eu acabo tratando de uma forma como se fosse normal o que não é normal. Que prá eles a vida não é normal. É complicado ter parceiro, é complicado namorar, é complicado uma série de coisas. Eu falo assim: 'eu até acho que deve ser complicado. Concordo plenamente. Acho que namorar não é fácil, muito menos tendo HIV. Conviver com outra pessoa não é fácil e ter que falar que tem o vírus...'. Mas eles falam que a gente acaba lidando de uma forma, como se fosse normal o que não é normal. Que acaba desencadeando uma série de problemas na vida do dia a dia, preconceito e tal. Até acho assim. Às vezes a gente fala prá pessoa entrar aqui, vir aqui no posto e a pessoa fala que não quer vir nesse posto porque não quer que alguém reconheça. E a gente fala: 'imagina, eu entro lá todo dia!' E a pessoa fala: 'é porque você não tem o vírus. Se tivesse o vírus, você não iria

ver dessa forma.' (...) Se tivesse alguém na minha família com aids, eu não sei como é que seria (...) mas talvez eu tivesse mais essa experiência do preconceito que as pessoas falam (...) Da pessoa falar de ter uma série de problemas com relação a preconceito (...) Eu acho que a gente acaba até indo pro caminho oposto. Acaba considerando normal uma coisa que é traumática na vida da pessoa. (Olivia)

Não obstante o reconhecimento do estigma, ele se dá após um processo crítico motivado pelo diálogo com o paciente. Antes disso, o trato sobre a questão do estigma parecia remetido ao contexto de banalização da epidemia de aids (Kalichman, 1994).

Podemos dizer que certa trivialização dos impactos do estigma da aids talvez tivesse o mérito de fazer com que os profissionais de saúde não sucumbissem diante da complexidade da doença, buscando outras alternativas para lidar, no caso, com o comunicante sexual. Assim, surgem discursos em que ao lado da minimização do estigma da aids, sugerem um certo ideal de relação conjugal, pressuposto pela profissional de saúde:

Se você falar que uma pessoa tem HIV, ela vai se sentir... discriminada! Uma pessoa com câncer, ela vai se sentir a vítima. (...) Acho que o reforço positivo é o melhor (...) Então, o que que a gente tem que fazer? A gente tem que reforçar aquilo que é uma atitude positiva. Se eu tenho uma pessoa que vai me dar um estímulo prá eu fazer uma coisa, prá eu assumir o risco daquilo, é interessante. Ta bom, tem um risco. Lógico que tem um risco! Mas é um risco assim: se a pessoa realmente gosta de você, ela vai estar com você na saúde e na doença, entendeu? Essa história de na saúde e na doença é frase, mas é verdade! Se você tem afeto, você vai manter a pessoa, independente se ela é boa, se ela é ruim, se ela é rica, é pobre, se ta doente, não vai? (...) Eu acho interessante porque não tem meio termo. Ou você gosta ou você não gosta.

(...) Tem sim ou não. E aí eu penso que a posição dessa paciente, é muito clara. ‘- Quer? É assim! Não quer? Vai procurar outra pessoa que valha a pena! Porque eu quero alguém que valha a pena comigo!’. (Barbara)

Se a minimização do estigma pode ter, por um lado, o intuito de provocar o fortalecimento da pessoa soropositiva, para que ela o “enfrente”, por outro, corre-se o risco de pagar o preço da distorção da comunicação com a pessoa portadora do vírus, como incisivamente expõe um dos entrevistados:

eu acho que a banalização [da aids] ta sendo um negócio grave. Até entre nós portadores. Quando eu estou em grupo e tudo mais, que chega alguém com HIV, a primeira coisa que falam é: ‘ah, no meu tempo...’ Isso me incomoda porque por mais que você seja muito velho, em HIV, eu não aceito virar para alguém que acabou de descobrir ou que está passando por um processo de revelação dessa situação, de virar e resumir isso: ‘- no meu tempo não tinha nem remédio!’ Eu acho um horror isso! Não existe o meu tempo! Existe o tempo dele, dela, sabe? E como tal, acho que nós temos que ouvir todos os dissabores, todas as dores, e tudo o mais. Porque ele já sabe que tem o medicamento, o tratamento, mas é outra coisa. Não é o simples medicamento. (...) Acho que isso vale também para a revelação! A revelação não pode ter seu peso diminuído hoje porque hoje tem tratamento! Não pode ser, entendeu? Então eu acho que esse conforto, ‘- olha, hoje nós temos medicamento, olha, a aids não é mais aquela!’ Não, a aids para aquela pessoa que acabou de descobrir é aquela! (...) Eu acho que é muito complicado (...) porque esse discurso ficou muito simples, muito simples. (Mario)

Não obstante unânimes no reconhecimento do estigma, os argumentos trazidos nos dois últimos relatos salientam um duplo modo de se

lidar com ele, implicando distintas abordagens para a questão dos comunicantes sexuais.

Dessa perspectiva, colocam-se também novos desafios para os profissionais de saúde, de buscarem novos olhares e novos horizontes diante de uma doença que tem como marca, desde a sua descoberta, o processo de estigmatização. Nem podemos minimizar a complexidade do fato, acreditando que possa ser enfrentado individual e heroicamente pelas pessoas vivendo com HIV, nem remetê-lo a uma vivência subjetiva.

O estigma aponta como uma importante referência para a análise, mas, do ponto de vista prático, diante de sua complexidade e magnitude, ele pode levar a certo imobilismo ou conformismo frente às situações problemáticas. Se nas situações acima apontadas, as iniciativas dos profissionais para “gerir” o estigma mostram o quanto ele é um poderoso obstáculo à concretização da comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, pudemos vislumbrar, no registro da observação do grupo educativo, com a presença de mulheres soropositivas, um modo peculiar de fazer face ao estigma.

5. A ampliação do repertório discursivo como uma possibilidade de resposta ao estigma

Reconhecendo que a comunicação do diagnóstico ao parceiro sexual é um problema para muitas das mulheres em acompanhamento no ambulatório, uma ginecologista, como já pontuado, teve a iniciativa de organizar um grupo a fim de possibilitar a troca de experiências e a discussão do tema.

Essa iniciativa, que recorreu ao uso de *cenar*, permitiu a ampliação de possibilidades de se lidar com a questão do estigma, para além da sua negação ou gestão. O exercício das *cenar* foi um importante instrumento para que essas mulheres pudessem elaborar a questão em outros termos, no sentido de descaracterizarem o status sorológicos como sinônimo de “menos valia”.

No debate ocorrido em uma das sessões, o assunto era o receio de sofrerem rejeição ou preconceito dos parceiros, caso revelassem suas condições sorológicas. As participantes eram unânimes em dizer que não conseguiriam fazer essa revelação. Uma, inclusive, disse que preferiria ficar sozinha, “tomar uma ducha gelada”, a ter que passar por essa situação algum dia. Nesse ponto, foi solicitado que dramatizassem *cenar* de revelação ao parceiro, a partir de diferentes *scripts*.

Na segunda sessão foi proposta a realização de uma dramatização de *cenar* envolvendo a revelação ao parceiro sexual. A consigna era uma

mulher sabidamente soropositiva para o HIV (Baía - B) que conheceu um homem (Paulo - P) e depois de três meses, quando o relacionamento parecia se estreitar, ela resolveu falar sobre a sua situação sorológica ao parceiro.

Uma das mulheres se candidatou a participar da cena, alternando o papel da mulher e do homem com uma das coordenadoras.

A seguir relatamos os diálogos que compuseram as três cenas propostas, seguidos de um comentário, que julgamos emblemático de cada uma delas:

CENA 1

B.: *Estamos juntos há um tempo... tenho uma coisa pra te falar.*
P.: *Pode falar. O que foi?*
B.: *Eu sou soropositiva!*
P.: *O quê? Como você não me disse antes? Olha, eu gostei muito de você, mas não estou preparado!*
B.: *Você sabe como pega? Não gostaria de saber mais?*
P.: *Sei, mas não vai dar!*
B.: *Eu compreendo. Tudo bem. Podemos ser amigos?*

Comentário: É assim mesmo que acontece!

CENA 2

B.: *Eu tenho uma coisa prá te contar!*
P.: *Fala, M.!*
B.: *Eu sou portadora do HIV há 7 anos.*

P.: *Que bom que você me contou!*

Comentário: Ah, é muito difícil. Isso não existe!

CENA 3

B.: *Eu quero contar uma coisa. Eu sou soropositiva!*

P.: *Você não poderia ter feito isso comigo! (reação violenta)*

B.: *Mas não houve nada entre nós, portanto, não houve risco!*

P.: *(nervoso) Eu vou processá-la!*

B.: *(com dificuldade, trêmula) Eu é que vou processá-lo! Por discriminação!*

Comentário: É quase impossível enfrentar uma situação dessas!

Depreende-se dessas cenas, uma possibilidade de trazer à tona a questão das parcerias sexuais, criando novas possibilidades comunicativas, tanto para os profissionais, quanto para, no caso, as mulheres, “exercitarem” esse momento, sob variados cenários e scripts.

Mesmo com o ônus da simplificação na descrição, é digno de menção o processo de estigmatização embutido nos diálogos, substancializado na identidade da mulher soropositiva, contra o qual elas não conseguem fazer face.

Ao mesmo tempo, as cenas relatadas dão conta de um processo de mudança no discurso de Baía. De uma posição conformista, ela responde à reação violenta do parceiro, utilizando-se do mesmo tipo de argumento que ele, de *processá-la*, recorrendo, no caso, à caracterização da discriminação.

Não obstante a legitimação desse argumento em instâncias políticas mais amplas, fica patente a dificuldade da participante em, de fato, conseguir incorporá-la em seu próprio discurso. O que teria, então, possibilitado a reação de Baía na terceira cena?

Dentre as muitas respostas plausíveis, podemos dizer que os exercícios em torno de diferentes cenas e de distintos papéis contribuíram para ensejar outros modos de se lidar com a soropositividade e com o próprio estigma, vislumbrando outros modos de fazer face a ele.

A idéia da realização do grupo de mulheres, com o intuito de discutir especificamente esse problema, mostrou-se uma alternativa às estratégias individuais, circunscritas aos consultórios ou mesmo àquelas afinadas com a busca de comunicantes.

O grupo permitiu a tematização da comunicação de diagnóstico de HIV ao parceiro sexual, evidenciando a importância de se investir no repertório argumentativo, que *alimente* esse processo argumentativo. Talvez mais que o resultado propriamente dito, seja possível acordos quanto às condições e regras que conduzam a consensos (ou dissensos) , livre de quaisquer coerções, como as ações discriminatórias.

A experiência relatada, com o recurso à estratégia das cenas, nos dá algumas pistas sobre como lidar com o estigma, em espaços de interação entre profissionais e pacientes. Há que se buscar outras alternativas e dispomos de fecundos horizontes normativos para nortear as discussões sobre a questão da comunicação do diagnóstico de HIV aos parceiros

sexuais. Os Direitos Humanos, a Humanização da Atenção à Saúde, e a própria idéia do Cuidado trazem balizas importantes para se pensar em modos de reconhecer e lidar com o estigma em torno da aids e suas conseqüências individuais e sociais.

Dentre os referidos horizontes, quais seriam, então, os mais promissores para orientar a discussão envolvendo o trinômio comunicação ao parceiro, estigma, práticas de saúde?

XI. DE VOLTA AO PONTO DE PARTIDA: DIREITOS HUMANOS, HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E CUIDADO. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma tentativa de evocar ações associadas a esses horizontes levamos aos primórdios da epidemia, quando, ao lado do furor causado por uma doença desconhecida, que supostamente afetava alguns segmentos da população, houve uma pronta resposta social, sobretudo ancorada nos Direitos Humanos. Com esse aporte, foram se estabelecendo debates e consensos a respeito das pessoas afetadas pela doença, de que elas mereciam atenção em todas as dimensões, que não só da área biomédica, voltada para o tratamento e a cura.

Nesse sentido, podemos citar nomes do cenário internacional e nacional que contribuíram para referida resposta, como Jonathan Mann, Betinho, dentre muitos outros.

Esse foi um momento histórico fundamental, que determinou os rumos da resposta à epidemia, a propósito da qual o Brasil é uma referência mundial, como já tivemos a oportunidade de destacar. As possíveis divergências entre os atores foram postas em suspenso, em favor de uma causa maior, que merecia esforços concentrados contra o que Parker & Aggleton (2002), chamaram de “duas epidemias”: do vírus e do estigma.

Se a referência aos Direitos Humanos propiciou um amplo impacto político e programático, sobretudo na primeira década da epidemia, hoje as vozes do ativismo parecem menos evidenciadas.

Do mesmo modo que o movimento pelos Direitos Humanos é criticado por alguns segmentos da sociedade, como sinônimo de proteção do “direito de bandidos”, no campo da aids, essa referência é tomada equivocadamente como justificativa para “tirar a responsabilidade” dos portadores de HIV. Essa idéia acaba alimentando uma “volúpia punitiva”⁴², encarnada, no que se refere à nossa questão de estudo, nas estratégias baseadas na intimidação do paciente, para que revelem seus diagnósticos aos parceiros sexuais.

Cientes e temendo uma possível “onda” de se tratar a comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais sob o registro da criminalização, o que só viria a fortalecer o contexto de estigma em torno da pessoa soropositiva, a nossa tarefa voltou-se para a busca e exame de outros horizontes normativos que orientassem a questão. Nesse sentido, ao cabo dessa nossa empreitada, acreditamos que, dentre os horizontes normativos vislumbrados, aquele que mais se fez presente, ainda que convivendo com outros “modos de ser”, diz respeito ao Cuidado.

A linguagem dos Direitos Humanos ou mesmo da Humanização da Assistência soam muitas vezes para os profissionais apenas como um

⁴² Expressão emprestada do título de um texto “Direitos Humanos e volúpia punitiva”. Singer, Helena. Disponível em <http://direitoshumanos.usp.br/counter/Biblio/txt/helena.html>

intangível horizonte político, distante de uma tradução operacional nas práticas cotidianas. A perspectiva do Cuidado, ainda que não com essa rubrica, já se insinua no cotidiano da atenção, seja em ações, preocupações, ou mesmo indagações e indignações.

Exemplos não faltaram no decorrer dessa narrativa. O que dizer, por exemplo, sobre a médica que aconselhou a paciente a protelar a comunicação do diagnóstico aos parceiros, até que a relação se consolidasse? Ou daquela enfermeira que sugere os mais inusitados “métodos” para comunicação, como o telefonema anônimo? Essas iniciativas refletem, com certa plasticidade da atenção, a busca de responder à *necessidade* de se informar os parceiros sexuais sobre o diagnóstico de HIV sem desconsiderar outras necessidades da atenção integral ao bem estar do paciente e suas condições pessoais, familiares e sociais particulares.

É da contínua *reconstrução de identidades e alteridades* que se torna possível a estratégia de cumplicidade. É no ato dessas interações que as identidades existenciais e práticas se estabelecem. “A identidade de cada um se faz sempre na presença de seu outro. A alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa” (Ayres, 2004^a, p. 77). Senão, por que os profissionais se exporiam a esse tipo de manobra?

Em que pesem as possíveis críticas a essas iniciativas, é dessa *comunhão* que se estabelece entre profissionais e pacientes que se vislumbra o germe de enriquecimento das interações.

Profissionais e pacientes querem entender-se sobre a comunicação do diagnóstico ao parceiro. E isso nos parece um fundamental ponto de partida. É só lembrarmos da esposa que revelou sua condição sorológica ao marido, ainda que ele estivesse bêbado, ao entender como legítima a insistência dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo, procurando preservar-se das possíveis conseqüências da revelação.

Essa relação carece, talvez, do que chamamos de "capital argumentativo". E o exercício para a sua realização parece possível, a partir dos próprios flashes evidenciados nas entrevistas: o grupo de gestantes; as reuniões de equipe; o grupo de mulheres.

Contrastando com as iniciativas apontadas, podemos indagar sobre a pertinência de se lidar com a questão dos comunicantes sexuais inspirados no modelo norte-americano, de Notificação de Parceiros.

Por toda a narrativa, construída a partir das falas dos profissionais de saúde e da própria crítica a essa estratégia, podemos dizer que talvez não seja esse o tipo de investimento privilegiadamente eleito ou a ser seguido, para tratar da questão, no rol das iniciativas da resposta brasileira à epidemia de aids.

Mas a crítica às práticas da Notificação de Parceiros não significa que o assunto deva ser negligenciado ou invisibilizado, sob uma equivocada

interpretação dos Direitos Humanos, da Ética ou da Humanização da assistência. As saídas para a questão da comunicação de diagnóstico de HIV aos parceiros sexuais não implica unicamente em soluções verticalizadas, de uma Saúde Pública policialesca, que possa ferir qualquer um desses princípios.

Em que pese a longa história, presente também nos nossos dias, de assimetria do poder entre profissionais de saúde e pacientes (com estes últimos, nesse caso, fazendo jus ao significado da palavra), o modelo de assistência proposto para as pessoas soropositivas mudou radicalmente o modo de operar a atenção à saúde.

A biomedicina científicista precisou conviver com outros campos do conhecimento, posto que inicialmente não se dispunha nem ao menos do tratamento medicamentoso e as “outras demandas”, mormente ignoradas na assistência, passaram a ser ativamente incorporadas a ela.

Ainda que nem todos os profissionais tenham sido partícipes diretos dessa construção, criou-se o que se chama de “trabalhar com aids”⁴³, considerando suas diferentes nuances, formas de apropriação e, inclusive, as possíveis reminiscências da polícia médica, ainda presentes nas práticas de saúde.

⁴³ Referimo-nos particularmente aos profissionais dos serviços ligados ao Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo e que, de certa forma, foram “compulsoriamente” alocados em serviços especializados em aids, por ocasião da implantação do PAS, modelo de gestão que excluiu os trabalhadores de carreira, das demais unidades de saúde (Silva et al., 2002).

Ao lado de “policialescos”, contamos também com verdadeiros movimentos de comprometimento, de proximidade, de legitimação do sofrimento do outro e iniciativas para minimizá-los.

Se o modo como essas práticas são postas em ação podem ser criticáveis, por conta de seus limites discursivos e interativos, talvez por isso mesmo devemos apontar caminhos para o enriquecimento de espaços em que os profissionais de saúde possam discutir publicamente sobre seus “*quê fazer?*”.

Esses caminhos talvez sejam uma via relevante para trazer as proposições dos Direitos Humanos ou da política de humanização para o plano da construção cotidiana atenção, fazendo da comunicação ao parceiro um elemento integrado ao Cuidado daqueles que vivem com o HIV.

O longo caminho entre práticas *policialescas* e construções dialogadas entre profissionais e pacientes, de modo a Cuidar da saúde das pessoas sem dissociar o privado do público, o individual do coletivo, dependem de investimentos também dialógicos em relação aos profissionais de saúde. Não aqueles que estão nos gabinetes, na formulação de políticas. Mas daqueles que nem sequer sabem onde ficam esses gabinetes.

Por que suas questões não alcançam espaços públicos de elaboração? Por que suas indagações e indignações permanecem compreendidas e tratadas como questões de caráter privado da prática profissional, quando não são remetidas ao plano íntimo das relações interpessoais, como vimos acontecer? Será pelo temor de que debater a

questão dos comunicantes sexuais possa “abalar” princípios como o da confidencialidade ou da privacidade?

Nossa opinião é que precisamos debater, sim. Os argumentos, por mais distantes que estejam do “politicamente correto”, podem enriquecer seu repertório à medida em que contrapostos a outros. Se os modelos de prática que conhecemos são insuficientes ou inoperantes, devemos garimpar e evidenciar o que já está em prática, para construir e reconstruir outras tantas práticas.

Esperamos que o presente estudo possa contribuir para esse desafio.

XII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrão, BS. História da Filosofia. *Coleção Os Pensadores*. São Paulo Editora Nova Cultural Ltda; 1999.

Adams, M; Saavedra, B. HIV Partner Notification: Why coercion won't work? *An American Civil Liberties Union Report*. California: ACLU; 1998.

Aragão, L. *Habermas, Filósofo e Sociólogo do Nosso Tempo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.

Arendt, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária/Salamandra, São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo; 2000.

Ayres, JRCM. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO; 1995.

_____. O enfoque de risco na Programação em Saúde: fundamentos e perspectivas. *Saúde e sociedade*. 4(1/2):71-74; 1995.

_____. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001. 6(1), p. 63-72.

_____. *Do Processo de Trabalho em Saúde à Dialógica do Cuidado: repensando Conceitos e Práticas em Saúde Coletiva*. 2003. Trabalho de livre-docência. Universidade de São Paulo; 2003.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*. 2004^a. 8(14)4, p. 73-91.

_____. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004^b. 9(3), p. 583-592.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude e sociedade*. São Paulo. 2004^c. 13(3), p.16-29.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005, 10(3), p. 549-560.

Bayer R; Toomey KE. HIV Prevention and Two Faces of Partner Notification. *Am J Public Health*. 82, p. 1158-1164, Aug.1992.

Benkimoun, P. La pénalisation de la transmission du sida fait à nouveau débat. *Le Monde*. 18/04/2005.

Birman, J. A Physis da Saúde Coletiva. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. 2005 15(Suplemento): 11-16.

Bolzan, J. *Habermas. Razão e Racionalização*. Ijuí: UNIJUÍ; 2005.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado; 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília. 3ª. edição; 1999.

_____. *A Comissão Nacional de Aids* :/ Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. *Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília. 4ª. edição; 2006.

Caponi, S. Lo publico y lo privado em tiempos de peste. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 1999; 6(1): 7-28.

Carrara, S. *Tributo a Vênus. A luta contra a Sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. 1ª. Edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. *HIV PNSS Operatonal Guidance Draft Outline*. Atlanta: Georgia, 1997.

_____. *Counselling and Referral Services – Guidance*. Division of HIV/AIDS Prevention; National Centre for HIV, STD and TB Prevention; Atlanta: Georgia, 1998^a

_____. *HIV Partner Counseling and Referral Services – Guidance*. Atlanta: Georgia, 1998^b.

Cowan, FM; French, R; Johnson, AM. The role and affectiveness of partner notification in STD control: a review. *Genitourin Med*, Londres, agosto/1996; 72(4): 247-252.

Dalbosco, CA. O Cuidado como conceito articulador de uma nova relação entre Filosofia e Pedagogia. *Educação e Sociedade*. set./dez. 2006; 27(97): 1113-1135.

Coordenadoria de Controle de Doenças. Nota Técnica no. 01/2007. *Diário Oficial de São Paulo*. Seção I(185): 22; Setembro 2007.

Duarte, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Abril 2007; 29(4): 171-174.

Foucault, M. O Nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 46-56.

_____. A Política de Saúde no Século XVIII. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 107-113.

Freitag, B. A moralidade da Ilustração. In: *Itinerários de Antígona. A questão da moralidade*. São Paulo: Papirus, 1997. p. 31-54.

_____. *Dialogando com Jürgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2005.

Gadamer, HG. *Verdade e método. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 3ª. Edição, Petrópolis: Ed.Vozes, 1999.

_____. *Verdade e método. Complementos e índice*. Petrópolis, Ed. Vozes, 2002.

Goffman, E., *Estigma - Notas sobre a Manipulação da Identidade deteriorada*, 4ª. edição. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1982.

Gostin, LO; Lawrence; Hodge JR, JG. Piercing The Veil Of Secrecy In Hiv/Aids And Other Sexually Transmitted Diseases: Theories Of Privacy And Disclosure In Partner Notification. *Duke Law J.* 1998; Carolina do Norte, 5(1): 9-88.

Grangeiro, A; Ferraz, D; Barbosa, R; Veras, MASM; Vilela W et al. UNGASS HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. *Rev Saúde Pública*; 2006, 40(Supl): 5-8.

Gurza-Lavalle, A. As dimensões constitutivas do Espaço Público. Uma abordagem pré-teórica para lidar com a teoria. *Espaço & Debates*; 2005. 25: 33-44.

_____. Jurgen Habermas e a virtualização da publicidade. *Margem*. São Paulo, no. 16, p. 65-82. dez. 2002.

HABERMAS, J. Para O Uso Pragmático, Ético e Moral da Razão Prática. *Estudos Avançados*, 1989, set. / dez. USP-SP. 3 (7): 4-19.

_____. *Racionalidade e Comunicação*. Lisboa: Edições 70, 2002.

_____. *Pensamento Pós Metafísico*. 2^a. edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002^b.

_____. *Mudança estrutural da esfera pública: Investigações quanto uma categoria da sociedade burguesa*. 2^a. edição. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 2003.

_____. *Direito e Democracia Entre facticidade e validade I*, 2^a. edição. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 2003^b.

_____. *Direito e Democracia Entre facticidade e validade II*, 2^a. edição. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 2003^c.

_____. *Teoría de la acción comunicativa, I*. 4^a. edição. Madrid: Ed. Taurus, 2003^d.

_____. *Teoría de la acción comunicativa, II*. 4^a. edição. Madrid: Ed. Taurus, 2003^e.

_____. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. 2^a. edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003^f.

_____. *Verdade e Justificação. Ensaios filosóficos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

Houaiss, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. São Paulo: Objetiva. 2002.

Kalichman AO. Pauperização e banalização de uma epidemia. *Seminário Epidemiologia Social da AIDS, Anais*. Rio de Janeiro; 1994. p. 20-6.

Lafer, C. A Política e a Condição Humana. In: Arendt, H. *A condição Humana*, 10ª. edição, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

Leite, F. Justiça manda prender acusado de transmitir HIV. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 14 out 2007. Cidades/Metrópole, C14-15.

Lima, M; Costa, J.; Figueiredo W; Schraiber, LB. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência dos profissionais dos serviços de aids. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(Supl2): 6-13.

Lubenow, A. *A categoria da esfera pública em Jurgen Habermas*. 2007. Tese de doutorado em Filosofia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

Massachusetts. Departament of Public Health. *Partner Notification and Duty to Warn: Separate and Not Equal*. 2002. [acesso em 1/4/2008]. Disponível em <http://www.mass.gov.dph/cdc/std/services/stdwar.htm>.

Matheus, C; Coetze, N; Zwarenstein, M; Lombard, C; Guttmacher, S; Oxman. Schmid, G. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001, Issue 4.

Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001, p. 39-66.

Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993. p. 19-89.

Murta, A. *Leitores comparam transmissão proposital de HIV a assassinato. Folha on line*. [Acesso em 19/06/2007]. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u305604.shtml>

Nobre, M. *A Teoria Crítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2ª. ed. 2008.

Oliveira, LA; Landroni, MAS; Silva, NEK; Ayres, JRCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciênc Saude Coletiva*. julho-setembro 2005, 10(3):689-98.

_____. *Conflitos morais e julgamentos tecnocientíficos: aspectos implicados no cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; no prelo 2009

Paim, JS; Almeida Filho, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica*, 1998; 32(4): 299-316.

Paiva, V., 1999. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: Barbosa, RM; Parker, R. *Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder*, São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, p. 247-269.

Parker R, Agleton P. Estigma, discriminação e AIDS, *Coleção ABIA, Cidadania e Direitos*, 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2002.

Peduzzi, M.; Palma, J.J.L. A equipe de saúde. In: Mendes-Gonçalves, R.B.; Nemes, M I B; Schraiber, L B. *Saúde do adulto: Programas e ações na unidade de saúde*. São Paulo:Hucitec, 1996. p.234-50.

Rocha, FMG. *Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória*. 1999. 130 f. (Mestrado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

Rosen, G. *Uma história da Saúde Pública*. Editora UNESP, 2ª edição, São Paulo, 1994.

Santos, SSBS ;Melo, CMM. Avaliação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da família. *Cien Saúde Colet*, 2006. 11: 554-562.

Secretaria de Estado da Saúde SES-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. *Nota Técnica CCD - 001/2007* - Nº 185 - DOE de 29/09/07.

_____. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev. Saúde Pública*. 2008, 42(4): 768-772.

Siebeneichler, F.B. *Jürgen Habermas. Razão comunicativa e Emancipação.*

4ª. Edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

Silva, NEK; Oliveira, LA; Figueiredo WS; Landroni, MA; Waldman, CC; Ayres, JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(4 Supl):108-16.

Shriver MD; Everett C; Morin SF. Structural interventions to encourage primary HIV prevention among people living with HIV. *AIDS.* 2000. 14(suppl 1): 557-562.

Silva, LMH; Zago, MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Latin Am Enfermagem*, 2001. 9(4): 44-49.

Terto JR V. Soropositividade e políticas de identidade no Brasil. In: Barbosa R; Parker R (orgs). *Sexualidades pelo avesso, direitos, identidades e poder.* São Paulo: Ed.34. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 99-119.

Teixeira, CF; Paim, JS. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública.* 2000. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 34: 63-80.

UNAIDS. *Opening up the HIV/AIDS epidemic. Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counseling & appropriate use of HIV case-reporting*. Genebra. 2000^a.

_____. *The Role of Name-Based Notification in Public Health and HIV Surveillance*. Genebra. 2000^b.

_____. *Criminal Law, Public Health and HIV Transmission – A Policy Options Paper*. Genebra, 2002.

Ventura, M. Instrumentos Jurídicos de Garantia dos Direitos das Pessoas Vivendo com HIV/Aids. In: Gilberta Acserald (org.). *Avessos do Prazer – Drogas, Aids e Direitos Humanos*. 2^a. edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

Vila, VSC; Rossi, LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latin Am Enfermagem*, 2002; 10(2): 137-144.

Webber, DW. Self-Incrimination, Partner Notification, and the Criminal Law: Negatives for the CDC's "Prevention for Positives" Initiative. *AIDS Public Policy J*, 2004. 19(1/2): 54-66.

ANEXO I - ROTEIROS DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS

Gostaria que você contasse um pouco sobre sua história.

Agora, gostaria que você falasse um pouco sobre o seu trabalho. O que é que pode tirar seu sono em relação ao trabalho?

Quando eu falo em REVELAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV A PARCERIA SEXUAL - RDP, o que é que te vem à cabeça?

Você sabe se o seu serviço de saúde tem alguma iniciativa específica voltada para a revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais? No dia a dia, como é que você fica sabendo se a pessoa tem parceiro sexual e se já contou sobre o seu diagnóstico?

Pensando então em revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais, gostaria que você tentasse lembrar de casos de pacientes, envolvendo revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais que você acompanhou direta ou indiretamente ou que você tenha conhecimento.

Gostaria que você contasse uma experiência que, na sua opinião, tenha sido bem sucedida e outra que tenha sido mal sucedida

- efetivação da RDP ou não
- iniciativa do serviço ou não

Explorar nas situações.

- o Explicitação das situações ("bem sucedida" e "mal sucedida").
- o Quem tomou a iniciativa?
- o Quem participou do processo?
- o Quais eram as preocupações dos profissionais? (sentimentos diante da situação, motivações para a realização ou não da RDP)
- o Quais eram as preocupações dos usuários? (motivações para a realização ou não da RDP)
- o Expectativas em relação ao papel do profissional e do usuário na RDP
- o Ações desenvolvidas e estratégias utilizadas (pelos profissionais, para motivar a RDP e pelos usuários, para que a realizassem) – o que fez, o que teve vontade de fazer, o que acha que deveria ter feito
- o Participação pessoal do profissional na história (sentimentos, iniciativas, expectativas, facilidades, dificuldades)
- o Quais os resultados? Repercussões para a parceria. O que mudou na vida das pessoas envolvidas?
- o Que repercussões essa experiência teve na sua vida profissional?
- o Quanto tempo durou o processo ou há quanto tempo o processo está em curso?

- Aspectos da vida do usuário que facilitaram, dificultaram ou impediram a RDP (sexo, idade, valores morais, religiosos, condição social, vínculo afetivo, dependência econômica, filhos, estigma e discriminação, violência, etc.)
- Aspectos do serviço de saúde que facilitaram, dificultaram ou impediram a RDP (fluxo, equipe, aspectos legais, valores morais, perfil pessoal, deveres e obrigações, sentimentos, etc.).
- , etc.).

Na sua opinião, o que poderia ou deveria ser mudado nessas histórias?

O que o serviço de saúde faz quando algum paciente se recusa a revelar o diagnóstico ao parceiro?

O que você acha que o serviço de saúde e os profissionais deveriam fazer a respeito? Quem deveria se responsabilizar pela RD?

Em relação à entrevista, gostaria que você comentasse o que gostou, o que não gostou, se ficou em dúvida sobre algum aspecto da mesma.

ROTEIRO DE ENTREVISTA - MEMBROS DA CNAIDS

Falar um pouco sobre sua história, sua formação, trabalho...

Falar sobre o CNAIDS. Estrutura, composição, importância.

Falar sobre a sua participação no CNAIDS. Qual a inserção? Desde quando? Ou em que período participou?

Quais foram as principais deliberações de que tem lembrança. Quais foram os temas mais polêmicos de que tem lembrança? Que assuntos são mais recorrentes?

Em relação à comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais, numa consulta a atas do período de 1998 a 2005, vimos que o assunto foi tematizado em algumas ocasiões.

Como foram essas discussões? O que chamou mais a atenção? Que aspectos foram mais polemizados? Acha que foram tomadas algumas decisões sobre o tema?

Na ocasião, qual era a sua posição em relação ao tema? E hoje?

Na sua opinião, os serviços de saúde têm ou deveriam ter algum papel na comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais? Quais seriam os principais objetivos? Como deveria funcionar?

A comunicação de diagnóstico de HIV é pauta da Vigilância em Saúde, através de estratégia denominada Notificação de Parceiros Sexuais. Você já ouviu falar sobre essa estratégia? (se não, resumir os objetivos da estratégia).

Opinar sobre uma possível implantação/implementação dessa estratégia no Brasil. Possibilidades e limites. Como deveria funcionar? Quais as responsabilidades e responsáveis envolvidos.

Quais seriam os principais objetivos da Notificação de Parceiros Sexuais?

Comentários sobre o tema e sobre a entrevista.

ROTEIRO DE ENTREVISTA – TÉCNICOS DA VIGILÂNCIA

TÉCNICOS VIGILÂNCIA

- Trajetória
- Experiência em Vigilância, Assistência, Aids. Paralelos.
- Vigilância. Unidades e nível central.
- Funções da Vigilância.
- situações problemáticas de comunicação de diagnóstico de HIV a parceiro sexual (quem, quando, onde, por que, como poderia ter sido?)
- sobre NP. O que já ouviu falar? O que acha? Questões. Possibilidades, limites.
- Comunicação é papel do serviço? Assistência? Vigilância?
- NP no contexto brasileiro.
- Situações que justificariam a não comunicação.
- Sobre busca de comunicantes. Paralelo com outros agravos (TB) e com outras DST.
- Comentários sobre a entrevista.

ANEXO II - TERMOS DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS E GRUPO FOCAL

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: REVELAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV A PARCEIROS(AS) SEXUAIS NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO.

Considerando que a revelação de diagnóstico de HIV a parceiros(as) sexuais é uma importante estratégia no controle da epidemia, mas, ao mesmo tempo, encontra inúmeras barreiras à sua concretização, o estudo tem como objetivo compreender as concepções e experiências de profissionais e usuários de serviços de saúde especializados em aids, em relação aos processos de revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais, identificando aspectos relevantes para a humanização destes processos na organização do cuidado à saúde de pessoas vivendo com HIV/aids.

Caso aceite participar desta pesquisa, sua colaboração se dará de forma anônima, por meio de entrevistas individuais e/ou participação em grupo focal, com duração entre uma e duas horas. No caso das entrevistas, eventualmente serão necessárias duas sessões, em dois dias diferentes, mas essa possibilidade será avaliada e combinada de comum acordo entre você e a pesquisadora.

Seu nome verdadeiro será substituído por um apelido e a sua identidade não será revelada em nenhuma hipótese. As entrevistas serão gravadas e as informações coletadas serão usadas exclusivamente para os objetivos da pesquisa.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento.

Será oferecida uma cópia do presente Termo de Consentimento, no qual constam, no rodapé, alguns telefones e endereços, caso tenha dúvidas ou queira falar a respeito sobre a pesquisa.

Declaro que fui informado(a) e esclareci minhas dúvidas a respeito da pesquisa intitulada REVELAÇÃO DE DIAGNÓSTICO A PARCERIAS SEXUAIS NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO, sob responsabilidade de Neide Emy Kurokawa e Silva, aluna do curso de doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a orientação do Professor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão, se assim o desejar.

Assinatura do(a) entrevistado(a) _____

Assinatura da pesquisadora _____

Aluna: Neide Emy Kurokawa e Silva

Serviço Ambulatorial Especializado em DST/AIDS Marcos Lottenberg

Rua Dr. Luis Lustosa da Silva, 339, Mandaqui, São Paulo, SP

Telefone: 6977-7739

e-mail: neks@usp.com.br

Professor-orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Departamento de Medicina Preventiva

Avenida Doutor Arnaldo, 455, Cerqueira César, São Paulo, SP

Telefone: 3061-7077

e-mail: jrcayres@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua General Jardim, 36, 2o. andar, Vila Buarque, São Paulo, SP

Telefone: (11) 3218-4043

e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO EDUCATIVO - PACIENTES

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: REVELAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV A PARCEIROS(AS) SEXUAIS NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO.

O motivo que nos levou a realizar essa pesquisa é que a revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais é muito importante no controle da epidemia de aids mas nem sempre isso é uma tarefa fácil. Por isso, essa pesquisa tem por finalidade compreender o que pensam os usuários e profissionais de serviços de saúde especializados em DST/aids acerca dessa questão.

Sua colaboração se dará de forma anônima, por meio da participação no grupo educativo.

Seu nome verdadeiro será substituído por um apelido e a sua identidade não será revelada em nenhuma hipótese. A pesquisadora irá observar a realização do grupo educativo, registrando o processo de discussão. As informações coletadas serão usadas exclusivamente para os objetivos da pesquisa.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento.

Será oferecida uma cópia do presente Termo de Consentimento, no qual constam, no rodapé, alguns telefones e endereços, caso tenha dúvidas ou queira falar a respeito sobre a pesquisa.

Declaro que fui informado(a) e esclareci minhas dúvidas a respeito da pesquisa intitulada REVELAÇÃO DE DIAGNÓSTICO A PARCERIAS SEXUAIS NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO, sob responsabilidade de Neide Emy Kurokawa e Silva, aluna do curso de doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a orientação do Professor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão, se assim o desejar.

Assinatura do(a) entrevistado(a) _____

Assinatura da pesquisadora _____

Aluna: Neide Emy Kurokawa e Silva
Serviço Ambulatorial Especializado em DST/AIDS Marcos Lottenberg
Rua Dr. Luis Lustosa da Silva, 339, Mandaqui, São Paulo, SP
Telefone: 6977-7739
e-mail: neks@usp.com.br

Professor-orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Departamento de Medicina Preventiva
Avenida Doutor Arnaldo, 455, Cerqueira César, São Paulo, SP
Telefone: 3061-7077
e-mail: jrcayres@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua General Jardim, 36, 2o. andar, Vila Buarque, São Paulo, SP
Telefone: (11) 3218-4043
e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

ANEXO III - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO GRUPO FOCAL

São Paulo, 15 de março de 2007

Senhor(a) Diretor(a)

Senhor(a) Interlocutor(a) de Pesquisa

Meu nome é Neide, sou psicóloga e, além do trabalho no SAE Santana, curso o doutorado no Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da USP e minha pesquisa trata da revelação de diagnóstico de HIV a parceiros(as) sexuais, conforme resumo abaixo.

Antes de iniciar a fase de entrevistas a usuários e profissionais de saúde, devo realizar um grupo de discussão, com pelo menos um profissional de cada um desses serviços, a fim de levantar e debater questões sobre o tema da pesquisa.

Solicito a sua colaboração no sentido de indicar/convidar um profissional universitário, diretamente envolvido na assistência, e que tenha interesse em debater o tema, para participar desse grupo, que terá duração aproximada de duas horas.

As indicações podem ser feitas através do e-mail: neks@uol.com.br ou dos telefones: 9222-9837 (celular); 6959-5164 (residência).

Estou à disposição para esclarecer dúvidas através dos contatos acima e também por ocasião da próxima reunião de interlocutores de pesquisa, quando apresentarei o projeto.

Desde já, agradeço a sua atenção.

Neide

GRUPO DE DISCUSSÃO

Data: 03/04/2007 (terça-feira)

Local: Faculdade de Medicina da USP

Rua Dr. Arnaldo, 455 (próximo do Metrô Clínicas)

2o. andar – sala 1 - Departamento de Medicina Preventiva

Horário: 14:30 horas

ANEXO IV – RESUMO DO PROJETO

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva

Projeto de Pesquisa:

REVELAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV A PARCEIROS(AS) SEXUAIS
NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Aluna: Neide Emy Kurokawa e Silva

Orientador: Professor Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita
Ayres

RESUMO

A revelação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais representa um desafio para os serviços de saúde, na medida em que confronta, de um lado, a necessidade de controle da doença e, de outro, questões relativas à intimidade conjugal e de dinâmicas sociais e culturais mais amplas, que podem dificultar a identificação, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de comunicantes sexuais.

Esse tema tem sido objeto de muitos estudos, especialmente nos Estados Unidos e Europa, mas no Brasil as iniciativas ainda são embrionárias, ressaltando-se que a preocupação maior ainda é no campo da Vigilância em Saúde, ou seja, do controle da doença.

O objetivo da pesquisa é compreender as concepções e experiências de profissionais e usuários de serviços de saúde especializados em aids, em relação aos processos de revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais, identificando aspectos relevantes para a humanização destes processos na organização do cuidado à saúde de pessoas vivendo com HIV/aids.

Inicialmente será feito um grupo de discussão, com profissionais de saúde que trabalham diretamente na assistência, dos diferentes serviços especializados em HIV/AIDS, do Município de São Paulo. Posteriormente, está prevista a realização de entrevistas individuais a profissionais de saúde e usuários em acompanhamento nesses serviços, estes últimos, captados através da indicação dos profissionais de saúde.

O grupo de discussão será realizado em local de fácil acesso, com duração aproximada de duas horas.

As entrevistas terão duração de mais ou menos 1 hora e poderão ser feitas no próprio serviço de saúde ou outro local da conveniência do(a) entrevistado(a).

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética, tanto da Faculdade quanto da Secretaria Municipal de Saúde.

ANEXO V – APROVAÇÃO CAPPesq/CEP/SMS

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 14.02.07, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1347/06**, intitulado: **"REVELAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE HIV A PARCEIROS(AS) SEXUAIS NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO"**, apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador (a) Responsável: **PROF. DR. JOSÉ RICARDO DE CARVALHO**
MESQUITA AYRES

Pesquisador (a) Executante: **SRA. NEIDE EMY KUROKAWA E SILVA**

CAPPesq, 14 de fevereiro de 2007.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

HERACLETO BARBOSA DE CARVALHO
Coordenador do Programa de Pós-Graduação do
Depto. de Medicina Preventiva (Suplente)

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de programas de
Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

São Paulo, 06 de fevereiro 2007.

PARECER Nº 0029/2007 - CEP/SMS

ICZG/zlm

Parecer Consubstanciado Sobre Aspectos Éticos em Pesquisa em Seres Humanos

I - Identificação

- Título do projeto: **“Revelação de Diagnóstico de HIV a parceiros (as) sexuais na perspectiva da Humanização do cuidado”** - Pesquisador responsável: **Neide Emy Kurokawa e Silva**
Número do Projeto: **0231/06**

II – Objetivos.

Objetivo Geral: compreender as concepções e experiências de profissionais e usuários de serviços de saúde especializados em Aids, em relação aos processos de revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais, identificando aspectos relevantes para a Humanização destes processos na Organização do cuidado à saúde de pessoas Vivendo com HIV/Aids.

Objetivos Específicos: Identificar saberes (teóricos, técnicos e práticos) e as finalidades que orientam os processos de revelação de diagnóstico a parcerias sexuais;

Apreender como esses saberes se articulam e como são expressos nas práticas de revelação de diagnóstico a parcerias sexuais;

Compreender o conjunto de valores que permeiam as finalidades e os processos de revelação de diagnóstico a parcerias sexuais;

Identificar outras possibilidades e estratégias que possam contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de revelação de diagnóstico de HIV a parcerias sexuais, pelos serviços de saúde.

III - Sumário do Projeto:

1. Desenho geral do projeto:

A revelação do diagnóstico de HIV a parcerias sexuais coloca-se como um momento estratégico na atenção às pessoas Vivendo com HIV/AIDS, no qual tanto a perspectiva da Humanização da Assistência quanto a do cuidado, como nortes, podem contribuir para uma maior compreensão de como as práticas de saúde podem ir ao encontro dos projetos de felicidade postos na singularidade da relação terapêutica.

2. Adequação da metodologia:

Trata-se de um estudo qualitativo, baseado em discursos produzidos em entrevistas individuais. Os participantes das entrevistas individuais serão: 1. profissionais: profissionais de saúde com diferentes formações e inserções profissionais e 2. Usuários: pessoas com diagnóstico de HIV/AIDS, matriculados nos serviços de saúde, visando compreender as questões que emergem da revelação do diagnóstico, sob distintas perspectivas. A coleta de depoimentos será realizada por meio de entrevistas em profundidade, com roteiro semi-estruturado, a cada tipo de informante (profissionais e usuários), e deverão ser gravadas em fita cassete. Os conteúdos dos depoimentos serão tratados numa perspectiva hermenêutica, isto é, serão trabalhados de modo compreensivo/interpretativo, buscando-se identificar eixos de significação organizadores dos discursos acerca dos fatos, ações, valores, crenças e sentimentos relacionados às experiências vividas de revelação do diagnóstico de HIV a parcerias sexuais, interpretando-os à luz dos princípios e categorias relacionadas às proposições do Cuidado.

3. Adequação das condições:

PROJETO CAAE – 0231 - PARECER Nº 029/07

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

1. **Estrutura do protocolo:** adequada
2. **Justificativa de uso de placebo:** não se aplica
3. **Justificativa de suspensão terapêutica (Wash – out.):** não se aplica
4. **Análise de riscos e benefícios:** Não oferece riscos e os benefícios são muitos.
5. **Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade e para a Secretaria Municipal de Saúde:**
Assinado na inserção do projeto no Comitê e descrito no projeto de Pesquisa.
6. **Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo:** adequado
7. **Informação adequada quanto ao financiamento:** adequada
8. **Cronograma:** adequado

IV – Comentários do Relator frente à Resolução CNS 196/9 e complementares em particular sobre:

V – Parecer do CEP: PROJETO APROVADO.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Ilustríssimo (a) Senhor (a) Doutor (a)
NEIDE EMY KUROKAWA E SILVA
NESTA