

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL  
FACULDADES DOCTUM DE SERRA**

**MARIANA NEVES SONEGHETE**

**MATHEUS SOUZA GALLETTI**

**A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NOS SERVIÇOS DE HIV/AIDS  
DISPONIBILIZADOS PELO SUS**

**SERRA  
2023**

# A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NOS SERVIÇOS DE HIV/AIDS DISPONIBILIZADOS PELO SUS<sup>1</sup>

Mariana Neves Soneghete

Matheus Souza Galletti<sup>2</sup>

**RESUMO:** A Psicologia da Saúde visa a qualidade no cuidado mental e profilaxia de doenças, mantendo o foco em promover saúde e qualidade de vida de forma integral. O objetivo do trabalho é verificar a importância da atuação da(o) psicóloga(o) no cuidado a pessoas que vivem com HIV/aids, visando entender o contexto e histórico social da doença, políticas públicas voltadas para o HIV e como promover qualidade de vida após o diagnóstico, considerando todo o estigma com a doença acarretado socialmente. A psicóloga é uma profissional de grande importância na intervenção à adesão ao tratamento antirretroviral - que traz qualidade de vida para a pessoa que vive com o vírus, evitando doenças oportunistas e trazendo a possibilidade de a pessoa se tornar indetectável - podendo promover saúde psicológica. Desse modo, este estudo visa entender as políticas públicas acerca do HIV/aids no Sistema Único de Saúde (SUS) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) e analisar como o estigma quanto ao HIV pode impactar no tratamento e autoestima da pessoa, observando como a(o) psicóloga(o) pode intervir no processo de retomada do bem-estar pelo aconselhamento. Utilizou-se como metodologia revisão bibliográfica de artigos publicados sobre o tema e entrevista com profissionais do campo, abordando como a(o) psicóloga(o) pode atuar na área.

**Palavras-chave:** Psicologia da Saúde, HIV/aids, Políticas Públicas, SUS, Aconselhamento.

**ABSTRACT:** Health Psychology aims to improve quality mental care and disease prophylaxis, maintaining a focus on promoting health and quality of life in an integral way. The objective of this study is to verify the importance of the psychologist's role in the care for people living with HIV/aids, aiming to understand the context and social history of the disease, public policies related to HIV and how to promote quality of life after HIV/aids, considering all the stigma that is socially carried by the disease. The psychologist is a professional of great importance in the intervention for adherence to antiretroviral treatment, which brings a better living condition for people living with HIV, avoiding opportunistic diseases and bringing the possibility of the person becoming undetectable. In this way, the study aims to understand public policies regarding HIV/aids in the Brazilian Unified Health System (SUS) and Brazilian HIV Testing and Counseling Center (CTA) and understand the stigma regarding HIV and how it impacts the treatment and self-esteem of the person, observing how the psychologist can intervene in the process of resuming well-being by counseling. The methodology was bibliographic review research based on articles published on the topic and interviews with professionals in this field as part of methodology, aiming to address how psychologists can work in the area.

**Keywords:** Health Psychology, HIV/aids, Public Policies, SUS, counseling.

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso, orientado pela Dr<sup>a</sup> Ariadne Dettman Alves.

<sup>2</sup> Alunos graduandos em Psicologia pela Rede de Ensino Doctum - Câmpus Serra.

## 1. INTRODUÇÃO

Os primeiros casos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - Human Immunodeficiency Virus) foram vistos na África e Estados Unidos no final da década de 1970 e início da década de 1980, a partir da transmissão de primatas para humanos, na África. A epidemia passou a adquirir importância na área da saúde e na mídia no decorrer da década de 1980, afetando minorias e levando à criação de políticas públicas.

Este trabalho tem como objetivo geral discutir o alcance e o prático da Psicologia nos serviços de saúde com foco em HIV/aids, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), e tem por objetivos específicos apontar as limitações da atuação da(o) psicóloga(o) na área de aconselhamento no enfrentamento e cuidado ao HIV, com foco em discutir aspectos relevantes na prática da(o) psicóloga(o) nos CTAs e analisar políticas públicas voltadas para o controle e cuidado disponibilizado pelo SUS em relação ao HIV/aids no Brasil.

“A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade” (Brasil, 2020). Pretende-se verificar como o estigma com o HIV/aids afeta no bem-estar mental do indivíduo, possíveis impactos na adesão ao tratamento e possibilidades de promover saúde mental para pessoas que vivem com HIV/aids.

Atualmente, as políticas públicas vigentes no Brasil em relação ao HIV/aids têm foco social em assistência de qualidade às pessoas contaminadas. Nessa perspectiva foram elaboradas portarias, dentre elas a Portaria Nº 291 de 17 de junho de 1992, que incluiu a assistência à aids em nível hospitalar no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), o que foi essencial para a disponibilidade de serviços de alto custo relacionados ao HIV/aids pelo SUS. Em prosseguimento a esta primeira iniciativa, seguiu-se o processo de credenciamento de hospitais convencionais para internação dos pacientes portadores do HIV/aids e criação de serviços assistenciais, como os Centros de Testagem e Aconselhamento - que oferecem orientação pré e pós-teste, medicações de tratamento, PrEP ou PEP [a depender do nível de atenção à saúde], acompanhamento de risco biológico e violência sexual e testagem de IST, e sendo o departamento que compreende o

Serviço de Assistência Especializada (SAE) e a Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). Visa-se, por meio deste trabalho, falar sobre a atuação dos psicólogos nestas áreas.

O cuidado psicológico deve levar em conta a condição, a história clínica e terapêutica da pessoa com HIV/aids, incluindo presença de doenças de base e outros medicamentos que se esteja tomando.

Segundo o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), citado por Perucchi *et al.* (2011, p. 75) a entrada da Psicologia nesse debate é de suma importância, uma vez que os(as) psicólogos(os) podem desempenhar relevante papel na elaboração de políticas públicas eficientes voltadas à aids, além de avaliarem ações provenientes das diretrizes dos programas dos governos federal, estadual e municipal.

Muitos indivíduos vivem com HIV/aids e sem acesso ao acompanhamento psicológico, enfrentando diversos desafios devido a estigmas e preconceitos. Essas barreiras frequentemente levam a impactos psicológicos, que podem alterar a rotina e a autoestima da pessoa. Visando atentar a esse tema, o trabalho aborda o processo de aconselhamento no qual a Psicologia pode se inserir e facilitar a adesão ao tratamento farmacológico, qualidade de vida e bem-estar para o sujeito que vive com HIV/aids, levando em conta seu contexto. É importante discutir políticas públicas, qualidade de vida e cuidado universal e sem distinções, como pressupõe a Constituição Cidadã.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Contextualização do HIV/aids**

A disseminação em massa do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) no mundo teve início a partir de meados da década de 1970, embora o vírus só tenha sido descoberto no início da década de 1980, segundo Carvalho, Braga e Galvão (2004). A disseminação do HIV ocorre em todos os continentes e afeta os indivíduos sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política.

Os primeiros casos foram detectados na África e nos Estados Unidos (Forattini, 1993), sendo provável que os precursores tenham sido primatas, levando em conta que o vírus da imunodeficiência já existia entre eles. É questionado como somente depois de tantos anos de coabitação entre humanos e primatas que o vírus atingiu humanos.

Vale destacar que o HIV não é sinônimo de aids (síndrome da imunodeficiência adquirida). Há muitos soropositivos que vivem anos sem desenvolver aids, segundo Santos *et al.* (2018). A aids é um estágio avançado do HIV não tratado, onde a imunidade é afetada e são desencadeadas comorbidades e doenças oportunistas - como tuberculose e câncer - que podem acarretar a perda de peso, diarreia e febre. Já os sintomas iniciais do HIV podem se assemelhar a uma gripe, e muitas vezes passam despercebidos. A contaminação por HIV pode se dar por meio de transmissão vertical - da mãe para o bebê - relações sexuais desprotegidas, uso compartilhado de objetos perfuro-cortantes e amamentação. A janela imunológica para o HIV ser detectado por testes e exames laboratoriais é de 30 dias.

Carvalho, Braga e Galvão (2004) afirmam que o histórico discriminatório e estigmatizante acerca da infecção pode levar a um grande impacto e sobrecarga emocional, podendo gerar mudanças comportamentais e perceptivas sobre a vida, tendo em vista que a família, amigos e colegas de trabalho podem distanciar-se por medo, e que até um abraço pode ser fruto de tensão frente a ignorância.

## **2.2 Aspectos sócio-políticos do HIV**

Fernandes e Bruns (2021) discorrem que os primeiros debates públicos sobre HIV/aids produziram, marcaram e reforçaram de modo irreversível o estigma e discriminação, e, conseqüentemente, a pessoa infectada. Como resultado, associou-se a aids aos homossexuais, e passou a significar mais do que ser afetado pelo HIV, trazendo culpa e a imagem de ser sujo, indesejável e causar escândalo e medo. A configuração da doença na sociedade foi silenciosa e doméstica, sendo um assunto tabu de ser discutido em espaços públicos.

Treichler (1988) define o cenário do HIV/aids como uma “epidemia de significados”. Pode-se pensar no termo a partir dos discursos e metáforas que foram criados,

desumanizando a vítima - como os termos cunhados no início da epidemia, como “castigo de deus”, “câncer gay” e “leprosos dos anos 80”, segundo Brito e Rosa (2018).

Para Carvalho, Braga e Galvão (2004, p. 50):

Desde o aparecimento da aids, a sociedade mundial e a brasileira, em particular, apressou-se em fazer de conta que o problema não dizia respeito a ela. Ficava mais fácil ignorar, rotular e discriminar do que enfrentar a questão. A aids era um estigma. Algo que não devia ser mencionado e que só dizia respeito a grupos minoritários e que tinham comportamento sexual promíscuo, referidos, a maioria [sic] das vezes, como “àquele tipo de gente”.

Levando em conta o estigma, a pessoa, ao receber o diagnóstico positivo, pode sentir-se, segundo Sassi e Gadêlha (2013), marginalizada por sua condição. As reações emocionais vão de revolta a desespero, culpa, medo da discriminação e rejeição. Há usuários do serviço de saúde que sentem sua intimidade despida frente ao diagnóstico de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), até mesmo com sua equipe de cuidados, seja por medo da quebra de sigilo ou vergonha de sua condição.

Há pessoas que, ao receberem o diagnóstico, consideram a morte como algo certo - por desconhecimento do tratamento moderno para o HIV e pelo inconsciente construído a partir da mídia - e passam por uma situação de negação prolongada. Simonetti (*apud* Sassi; Gadêlha, 2013) afirma que a negação é uma defesa psicológica. É comum que o indivíduo soropositivo negue seu diagnóstico, e a(o) psicóloga(o) deve atentar-se que há razões para isto - ser obrigado a lidar com mudanças e com a possibilidade de morte, caso venha a desenvolver a síndrome, podendo acarretar sofrimento psíquico. A(o) psicóloga(o) deve trabalhar para que a pessoa fale sobre si, sobre seu diagnóstico, e que fale de forma livre, visando sua adaptação ao diagnóstico e seu bem-estar psicológico.

Considerando a demora que havia para a devolutiva do resultado da testagem antes da criação de testes rápidos (TR), havia indivíduos que não retornavam para receber o diagnóstico, afetando a quantidade de pessoas que seriam tratadas. Os TRs trouxeram também a redução da taxa de transmissão vertical pois a rapidez de testagem em grávidas ou puérperas levou a priorização do grupo e introdução imediata de terapia antirretroviral, em caso de diagnóstico positivo para HIV,

segundo Wade *et al.* e Melvin *et al.*, conforme citado por Ferreira Júnior e Motta (2015).

No terceiro milênio, o mundo viu uma evolução no diagnóstico de HIV, segundo Ferreira Júnior e Motta (2015). A alta produção de testes rápidos, e mais simples, obtendo o resultado em até 30 minutos, permitiu a evolução dos CTAs (Centros de Testagem e Aconselhamento - serviço disponibilizado pelo SUS), e trouxe alívio aos bancos de sangue que, por terem como obrigatória a testagem de HIV para garantia da qualidade de coleta de sangue, atraíam pessoas cujo objetivo se testar gratuitamente, numa época em que o SUS ainda não estava consolidado na área de ISTs. A utilização dos testes rápidos iniciou-se em 2001 no Brasil, com o intuito de diminuir a transmissão vertical - o que levou ao protagonismo de gestantes e negligência de outros grupos.

Segundo Barbosa e Villela (2017, p. 89):

A não prioridade das mulheres no cenário da epidemia brasileira faz com que as ações voltadas para este grupo populacional se mantenham restritas à identificação de gestantes com HIV visando à prevenção da transmissão para a criança, o que limita acesso das não grávidas ao diagnóstico e ao início oportuno do tratamento.

Apesar disto, Ferreira Júnior e Motta (2015) afirmam que superada a espera de cerca de 15 dias entre o teste laboratorial e a entrega dos resultados, a testagem rápida traz a liberação de um resultado negativo com um único teste rápido (TR1) e de um resultado positivo usando dois testes rápidos (TR1 e TR2), para haver consenso entre as testagens. Em caso de resultados divergentes entre TR1 e TR2, é necessário retirar uma amostra de sangue por punção venosa e encaminhar para diagnóstico laboratorial.

Fernandes e Bruns (2021) afirmam que há por volta de 37 milhões de pessoas diagnosticadas com HIV no mundo, sendo somente no Brasil 966 mil, em 2021. A primeira década da doença foi fundamental para entender sua complexibilidade e formular uma resposta à epidemia. Já na segunda década, o tratamento e as condutas terapêuticas foram aprimorados, onde foi difundida a terapia combinada, que é a “combinação de várias drogas que bloqueiam a multiplicação ou a entrada do vírus” no corpo humano, segundo Marques e Santos (*apud* Fernandes, Bruns, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde (2021), supôs-se que havendo tratamento específico para o HIV, a epidemia fosse controlada, mas o número de infecções seguiu aumentando, levando ao questionamento a respeito da eficácia obtida pelas campanhas de prevenção a ISTs. “Segundo dados do *Boletim Epidemiológico de 2019*, do Ministério da Saúde, se evidencia uma tendência de crescimento do HIV, o que pode ser considerado um efeito rebote da epidemia” (Fernandes; Bruns; 2021, p. 63).

Mesmo com contratempos, a política governamental brasileira de resposta à aids, baseada na oferta universal e gratuita de medicamentos de cuidado ao HIV, pelo SUS - que foi muito questionada por conservadores desde início de sua implantação, na década de 1990 - é pautada por sucesso reconhecido mundialmente. O acesso gratuito à terapia antirretroviral (TARV) resultou em uma redução significativa nas taxas de mortalidade e comorbidades, segundo Szwarcwald e Castilho (2011).

De acordo com Bonolo, Gomes e Guimarães (2007), os tratamentos específicos para o vírus se iniciaram com o uso monoterápico com Zidovudina (AZT), de 1994 a 1996. Após, surgiu o tratamento com drogas combinadas e, com uso apropriado, a TARV aumenta a sobrevida, reduz a chance de evolução do vírus para aids e o aparecimento de cepas resistentes, além de evitar comorbidades trazidas pelo HIV. 95% da adesão a TARV é necessária para manter a carga viral indetectável - baixa a ponto de não ser detectada e de não transmitir o vírus mesmo em relações desprotegidas.

Em *Histórias da aids*, Timerman e Magalhães (2015, p. 72), relatam o caso de Marcio:

Em 1992, iniciou seu tratamento tomando o AZT, que segurou o vírus temporariamente, até deixar de fazer efeito. Depois, usou novas combinações de comprimidos, que detiveram o vírus por mais um período. E, em 1996, passou a se tratar com o coquetel, que virou o jogo de vez:

– Quando eu me dei conta, os meus amigos tinham parado de morrer de AIDS.

Mesmo sendo desenvolvido um tratamento simplificado e eficaz, há dificuldades de adesão ao mesmo. Segundo Bonolo, Gomes e Guimarães (2007, p. 262):

Entre as dificuldades da adesão à TARV, destacam-se as inerentes ao tratamento, à complexidade da vida das pessoas portadoras do HIV, aos



contextos socioeconômicos desfavoráveis, ao limitado acesso à terapia pelas populações marginalizadas e à falta de intervenções eficazes para ajudar os pacientes a alcançar e manter níveis adequados de adesão.

### **2.3 Políticas públicas em HIV/aids**

Para Calazans, Parker e Terto Júnior (2022), desde o início da epidemia, em diferentes governos, construiu-se uma política de Estado voltada para o controle do HIV, mesmo com diferentes ênfases.

Segundo Ferreira Júnior e Motta (2015), após todos os anos de regulamentação foi possível atingir avanços no diagnóstico de infecção pelo HIV. Uma mudança expressiva ocorreu em 2013, com a edição da Portaria MS/SVS nº 29/2013 que regulamentou um “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, atualizado periodicamente, garantindo agilidade a partir de avanços científicos e tecnológicos. Conseqüentemente, o país realizou o diagnóstico de HIV em nível similar aos países desenvolvidos, tornando-se referência mundial não só no tratamento, bem como na testagem de HIV.

Marques (2002) estudou o caminhar brasileiro quanto a epidemia da aids, categorizando em 5 períodos: 1. a pré-história da aids/HIV no Brasil, de 1970 a 1982, onde o HIV começava a se instalar no Brasil, mas, devido a conjuntura socioeconômica e política do país - a ditadura militar -, não houve um plano de contingência e segurança pública; 2. de 1983 a 1986, onde a aids/HIV torna-se uma realidade brasileira, registrando casos e iniciando um sistema de vigilância, principalmente em São Paulo, que posteriormente teve um plano de saúde pública oficializado para o HIV que precedia o SUS; 3. 1987 a 1989, quando o programa nacional de aids/HIV toma forma, fase que o Ministério da Saúde passa a enxergar o HIV como uma questão de saúde pública, criando ações preventivas e de controle, onde a saúde foi taxada como um direito do cidadão e responsabilidade do Estado; 4. a era Collor, de 1990 a 1992, desarticulou a Política Nacional Contra a Aids, afetando até as ONGs, enquanto a doença avançava, se mostrando uma tragédia na gerência da saúde pública e com um agir destoante dos princípios cidadãos; 5. a partir de 1993, uma nova era, com investimentos sólidos para construir políticas de saúde pública de HIV/aids no Brasil.

Barros e Vieira-da-Silva (2016), buscaram a história das políticas públicas brasileiras acerca de HIV/aids a partir da análise da primeira década da doença no país (1981-9), afirmando que a implementação do SUS e dos movimentos sanitários foram necessários para que o cuidado público se guiasse a partir de ações integralizadas, se estruturando na década de 1990.

Em sua dissertação de mestrado, Barata, conforme citado por Fernandes e Bruns (2021) verificou como a aids foi noticiada para os brasileiros, analisando os meios de comunicação, como as notícias divulgadas no programa *Fantástico* entre os anos de 1983 e 1992. Por ser protagonista a apresentar a doença na mídia, o programa foi responsável por introduzir narrativas a respeito da aids, e por criar e propagar mitos, estereótipos e preconceitos que refletem e reforçam o inconsciente coletivo.

Trevisan (2018) afirma que o HIV revelou os homossexuais para o mundo. Por serem uma das populações mais afetadas, passou-se a falar mais da existência da homossexualidade, trazendo visibilidade, e o autor acredita que, superado o vírus, as pessoas terão mais abertura a entender a homossexualidade. Após esse *boom*, passou-se a perceber que homossexuais estão ocupando diversos espaços: escolas, lazer, trabalho, a Parada LGBT, e esta minoria passou a ser mais vista.

É fundamental que, para combater mitos, haja um diálogo capaz de trazer uma consciência individual e amorosa com a própria saúde sexual para garantir autocuidado. Entretanto, não há uma política ou base social que favoreça uma educação sexual emancipatória, segundo Fernandes e Bruns (2021), portanto, ainda há diversos mitos e desinformação dentro da construção do inconsciente colonial. Educar sexualmente é educar de forma libertadora, onde, ao invés de promover abstinência, se promova experimentar cuidadosamente a própria sexualidade, uma necessidade humana básica, segundo Maslow (1954), de forma saudável e prevenida.

A tese de doutorado desenvolvida por Arraes (*apud* Fernandes; Bruns, 2021) investigou campanhas de prevenção ao HIV/aids desde os anos 1980, em publicações oficiais do Ministério da Saúde, para responder a como, em tantos anos, com informações e acesso ao preservativo, há pessoas que não fazem sexo protegidas. Com isso, foi percebido que as publicações não atingiam o público-alvo,

pois as campanhas visavam padronizar comportamentos sexuais, culpando os infectados e não considerando concepções variadas do que é se pôr em risco e territorialidade. Em nenhum momento da história, o diálogo familiar foi incentivado como meio de conter a epidemia.

Fernandes e Bruns (2021) afirmam que o tabu doméstico sobre uma sexualidade saudável ainda se faz presente, e é emergente que o “Programa Saúde na Escola” seja revisado e forneça acesso à informação sobre esse tema.

Lima, Brito e Firmino (2011) articulam sobre o programa “Saúde e Prevenção nas Escolas: Atitude pra Curtir a Vida”, que tem como objetivo central a promoção de saúde sexual e reprodutiva, para reduzir a vulnerabilidade de adolescentes às ISTs e à gravidez não planejada, intervindo nas escolas e UBS. É importante o debate do conceito de vulnerabilidade, diferenciando grupo de risco e comportamento de risco, segundo Ayres, França-Junior, Calazans e Salletti-Filho (*apud* Lima, Brito; Firmino, 2011). A oficina de prevenção ao HIV/aids - realizada pelas autoras - é uma ação pública que integra serviço-comunidade, levando as pessoas a pensarem de forma crítica.

Parte considerável da resposta à aids vieram das ONGs/aids, com uma diversidade de respostas culturais e organizacionais, segundo Galvão e Altman (*apud* Parker, 2003). As ONGs de apoio a PVHIV são herança do período autoritário, onde os papéis da sociedade civil e de organizações não governamentais, de diversos tipos, foram limitados de várias formas durante os vinte anos do período ditatorial, segundo Parker (2003), e ainda assim fizeram história na resposta de saúde pública de um país onde o SUS ainda não existia, no começo da epidemia. Embora fragilizadas, as ONGs visam suprir as carências deixadas pelo verdadeiro responsável - o Estado - pelas ações sociais e garantia de Direitos Humanos, como o direito à saúde. A carência de direitos regulamentados deixa as pessoas à mercê das condições socioeconômicas.

A partir da década de 1980 houve uma infinidade de vozes da sociedade civil, profissionais da saúde, agentes públicos e artistas pela solidariedade e assistência às pessoas vivendo com HIV/aids, segundo Parker (*apud* Agostini *et al.*, 2019). A assistência à saúde de pessoas soropositivas começou a se materializar antes da implantação do SUS, com foco no movimento da reforma sanitária, considerando

que, antes da redemocratização, a saúde pública não era de fato acessível, e a sociedade que se pautava em ser solidária e prestar assistência com os adoecidos.

Em 1983, segundo Parker (2003), em resposta a pressão de representantes da comunidade gay, foi formado um grupo de trabalho sobre a aids, dentro da Divisão de Doença de Hansen e Dermatologia Sanitária no Instituto de Saúde da SES-SP, que serviu de base para o Programa Estadual da Aids, que foi a melhor resposta do governo nos anos iniciais. O grupo, que estava ligado ao trabalho com a hanseníase, que carrega um forte estigma social, além de garantir cuidados médicos, trabalhava para combater o preconceito.

O Grupo Pela VIDDA, fundado no Rio de Janeiro em 1989 e presente nas cidades São Paulo, Curitiba e Vitória, começou a ter também um papel fundamental na atenção ao estigma e discriminação, e no desenvolvimento para a luta contra aids, baseada nos Direitos Humanos, segundo Parker (2003). Uma ONG que merece destaque e atua na cidade Vitória (ES) é a Associação GOLD (Grupo Orgulho, Liberdade e Dignidade), que distribui gratuitamente testes de HIV e luta pelo combate ao preconceito e estigma.

Os projetos não governamentais foram fundados, em sua maior parte, por ex-exilados e por membros da oposição formal à ditadura, e foram bastante marcados pelo comprometimento com a convicção de que a organização e mobilização da sociedade civil seria imprescindível para eleições governamentais democráticas, que buscavam universalidade, direitos humanos e democracia, segundo Galvão (*apud* Parker, 2003).

Um caso de ONG que visava a defesa de políticas governamentais foi a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), formada por uma diversa gama de profissionais e líderes comunitários, ligada a Herbert de Souza, conhecido como Betinho, uma pessoa hemofílica que foi contaminada pelo HIV, e seus dois irmãos, que haviam sido atingidos pela aids. Ele foi um ativista político progressista antes de ser exilado nos anos 1960 e uma das figuras de destaque no movimento das ONGs e luta por direitos sociais, segundo Parker (2003, p. 24).

“As ONGs tiveram um notável sucesso na intervenção em nível de mídia e de opinião pública, para que houvesse uma mudança importante no clima existente de estigma e discriminação” (Parker, 2003, p. 25).

Mesmo com os programas do governo falhando continuamente no controle adequado das transfusões de sangue, a pressão da ABIA e da sociedade foi importante para ações judiciais, fomentando a elaboração da Lei Henfil, posteriormente implementada como parte da Constituição Cidadã, que pressupõe o controle da qualidade de sangue. O nome Henfil é referência ao irmão de Betinho, um cartunista político extremamente popular que morreu devido em decorrência da aids, após uma transfusão de sangue.

Agostini *et al.* (2019) dissertam que políticas de austeridade - comuns antes do estabelecimento do SUS - como o regime militar enfrentado pelo povo brasileiro, têm impactos deletérios nas doenças infecciosas, dificultando o seu enfrentamento. Políticas conservadoras podem repercutir esse retrocesso científico e humanitário devido a fatores morais e de interesse pessoal dos apoiadores de políticas públicas retrógradas.

Além do período ditatorial, a fragilização e redução de políticas sociais, enfrentamento aos Direitos Humanos e o incentivo à privatização dos serviços de saúde que vem se implantando desde o golpe de 2016, segundo Agostini *et al.* (2019), produzindo cortes orçamentários sobre as políticas de saúde e, no caso do HIV, reduzindo as possibilidades de atenção integral, como a carência de recursos após a não-renovação do pregão de testagem e medicações ao HIV/aids e a redução de verba para tratamento da aids, durante o governo Bolsonaro.

Os desafios para o enfrentamento ao HIV/aids vão além da dimensão econômica, pois englobam valores morais: além da crise política, anseios difusos foram incentivados e construíram-se anti-enfrentamentos, menosprezando o conceito de gênero, diversidade sexual e a redução de danos, intrínsecos à prevenção do HIV/aids, segundo Ayres e Paiva (*apud* Agostini *et al.*, 2019). “Ideologia de gênero” e “escola sem partido” são uma ameaça à produção de conhecimentos internacionalmente respeitados que promovem os Direitos Humanos, como os escritos pelos teóricos Paulo Freire e Judith Butler. Tomar os Direitos Humanos como critério fundamental para identificar e combater as diversas vulnerabilidades

sociais e econômicas é fundamental para reduzir as infecções por HIV/aids no Brasil e enfrentar o retrocesso, segundo Ayres (2002).

Durante a pandemia de Covid-19, Cunha *et al.* (2022) destacaram vários medos que JVHA (pessoas jovens vivendo com HIV/aids) apresentavam, tais como: ansiedade e debilidade imunológica, medo de faltar medicação antirretroviral, dificuldade de retirar medicamentos devido às intercorrências da Covid-19 no sistema de transporte público e medo do desenvolvimento da aids e da falta de leitos, em decorrência da superdemanda de leitos para a Covid-19.

Cárdenas (2022) enumera dois momentos de pânico moral, um através das declarações do então presidente Jair Bolsonaro, em fevereiro de 2020, defendendo uma campanha de abstinência sexual, juntamente com a então ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos, Damarens Alves, argumentando que pessoa com HIV é despesa para todos no Brasil. O segundo, se relaciona à disseminação, em outubro de 2021, da falsa informação de que vacinar-se contra a Covid-19 aumentaria o risco de uma pessoa contrair HIV.

A retomada do estigma e morte social se dá frente a potenciais ameaças à vida das pessoas vivendo com HIV/aids, devido a redução do orçamento federal em mais de 400 milhões de reais destinados à aquisição de medicamentos para a aids, ISTs e hepatites virais, representando uma ameaça também a prevenção de novas infecções, entendida como um direito cidadão, segundo Cárdenas (2022).

Agostini *et al.* (2019, p. 4602) afirmam que:

Se é verdade que a instituição do SUS foi central na construção de uma resposta nacional à epidemia de HIV, tal resposta enriqueceu, ainda que com tensões, ideários desejados no processo de luta da reforma sanitária, em parte através de estratégias e instâncias mais amplas que as de controle social formal existente no SUS. É por isso que o campo do HIV, em conjuntura de crise marcada por incerteza, desamparo, ódio social, conservadorismo e redução do papel do Estado, é afetado pelo desmonte mais geral do SUS, mas também por suas conexões com temas como gênero, sexualidade e ativismo político.

Decorrente a Agostini *et al.* (2019), diferentes acontecimentos e reorganizações no campo social e governamental têm chegado de maneira atroz nos aspectos centrais ao enfrentamento do HIV/aids, ampliando estigmas, preconceitos, medos e violências, arriscando ações que são mundialmente reconhecidas e descrendo possibilidades de respostas assertivas ao cenário atual da epidemia no Brasil, onde

a Psicologia pode se encaixar em uma luta ativa pela qualidade de vida e consequente saúde mental e segurança social das minorias afetadas por meio do compromisso social, retomada da educação e combate de mitos.

A eleição presidencial de 2018 amplificou a crise e foi marcada por uma disputa de narrativas. De um lado, os direitos humanos caracterizados pela ampliação do acesso à educação e à laicidade do Estado, que vinham consolidando a resposta brasileira ao HIV e acesso universal à saúde. Por outro, discursos obscurantistas de extrema-direita que forjaram, nas representações coletivas, ataques à plataforma progressista - através de notícias falsas, como o *kit gay*. A ciência foi contraposta a “família e bons costumes”, e o governo lamentou a perda de poder da igreja, segundo Agostini *et al.* (2019).

Mesmo em instituições políticas, como o Ministério da Saúde, o conservadorismo se alastrou, como na campanha de prevenção de carnaval de 2019, que, segundo Agostini *et al.* (2019), suprimiu referências a grupos afetados pela epidemia, em prol de não ofender a família, outro estigma carregado pelas minorias afetadas, como se fossem pessoas sem família e como se fossem uma afronta à mesma. Além disso, foi incentivado discutir sexualidade exclusivamente no âmbito familiar, e, na Política Nacional sobre Drogas, a “redução de danos”, que também é um dos pressupostos de trabalho com HIV, é substituída pela “abstinência”, medida apoiada por instituições como a Associação Brasileira de Psiquiatria, que deveria se comprometer com a autonomia do indivíduo, bem-estar subjetivo e promoção de saúde mental.

Agostini *et al.* (2019) destacam que houve censura a materiais especializados na área de HIV/aids, como a retirada de cartilhas de educação sexual a homens trans e a adolescentes do site do Ministério da Saúde, que deveria seguir as diretrizes de Direitos Humanos da Constituição de 1988, de forma imparcial e sem viés político. Deu-se o fim do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/aids e Hepatites Virais no Ministério da Saúde, e, à época de publicação do artigo, o acesso à medicalização antirretroviral estava ameaçado. Deve-se levar em conta que o conceito de cidadania é para que pessoas que vivem com HIV continuem vivendo - e não morrendo.

Segundo Agostini *et al.* (2019, p. 4601):

O papel do SUS na garantia dos direitos das PVHA [pessoas que vivem com HIV/aids] é inquestionável, sendo o sustentáculo para o acesso ao tratamento gratuito conquistado pela luta dos movimentos sociais aliado às evidências científicas. Esta garantia vai ao encontro de que a saúde é um direito humano inalienável, tal como grafada sob a noção abrangente de seguridade social na Constituição de 88.

## **2.4 A atuação das(os) psicólogas(os) na área de HIV/AIDS**

Malbergier e Schöffel (2001) abordam que a aids se transformou em uma questão intrigante entre psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental por afetar o sistema nervoso central e pelo impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da doença, havendo a iminência de vários transtornos psiquiátricos em indivíduos soropositivos.

Foi constatado pelo estudo *Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus* (Atkinson *et al.*, 1988) que 35,5% dos homossexuais masculinos infectados pelo HIV e assintomáticos apresentaram diagnóstico de depressão no decorrer da vida. Malbergier e Schöffel (2001) alegam que existe prevalência de depressão maior nos homossexuais infectados pelo HIV em torno de duas vezes maior do que na população geral, principalmente se hospitalizados. É de suma importância o psicólogo investigar este quadro, visando a qualidade de vida do indivíduo, levando em conta que a depressão tem alto índice de melhora se tratada.

Existem fatores ligados ao diagnóstico de depressão em pacientes HIV positivos, podendo ter relação com o diagnóstico da infecção, sintomas e evolução da doença, limitações e questões psicossociais, além do sistema nervoso central ter possibilidade de ser afetado pelo HIV, infecções oportunistas ou surgimento de tumores, segundo Malbergier e Schöffel (2001).

No início da década de 1990, principiaram-se os estudos dos antidepressivos em indivíduos HIV positivos, sendo que a imipramina foi testada, em comparação ao placebo, e mostrou eficácia e tolerância similar aos usuários não infectados. Os efeitos colaterais relatados tiveram relação com a sedação, alterações cognitivas e tontura. O uso de antidepressivos tricíclicos é mais tolerado na fase assintomática, e pessoas HIV positivas são mais sensíveis a efeitos colaterais, segundo Malbergier e Schöffel (2001). Assim, a depressão pode ser uma comorbidade pelo HIV, e, visando



a melhora, pode ser cuidada com medicamentos e em psicoterapia breve, conforme a eficácia relatada por Lobo e Pimentel (2012) ou no tratamento psicoterapêutico convencional, visando qualidade de vida e uma intervenção precoce na depressão.

O estudo *Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients*, de Markowitz (1998), comparou quatro módulos terapêuticos para sintomas depressivos: psicoterapia interpessoal, cognitiva-comportamental, suportiva e suportiva com o uso de imipramina por um período de 16 semanas. Os resultados mostraram que os pacientes tratados com psicoterapia interpessoal e com psicoterapia suportiva com imipramina tiveram uma apuração significativamente superior aos outros módulos, de acordo com Malbergier e Schöffel (2001). Deste modo, a psicoterapia comprova-se como eficaz em relação às demandas apresentadas por pacientes HIV+, levando em conta que pensa a interioridade psicológica do sujeito, que lida consigo mesmo e com estímulos ambientais, tendo por objetivo reajustar o contato do indivíduo a si mesmo.

Quando se fala dos pacientes com HIV/aids, muitos estigmas são levantados e necessitam ser superados para que haja de fato um atendimento humano. (Lobo; Pimentel, 2012, p. 99). Deste modo, cabe a(o) psicóloga(o) uma escuta ativa, neutra, sem julgamento, deixando o cliente confortável e trazendo uma visão realmente humanizada sobre ele enquanto indivíduo autônomo que carece ser ouvido. Para tal, pode-se usar a clínica gestáltica e a clínica ampliada como uma política de saúde que procura humanizar os serviços de diagnóstico e assistência, integrar o indivíduo e restaurar o contato consigo mesmo.

Pensando numa política de redução de danos, o CREPOP (2020, p. 104) afirma:

O aconselhamento (BRASIL, 2019) é, por exemplo, uma técnica de abordagem centrada na pessoa, que surgiu na psicologia, mas que foi incorporada por outros profissionais de saúde. É uma abordagem baseada na escuta ativa, na troca de informações, e que visa, dentro do contexto dos serviços de IST/HIV/aids, a orientar os indivíduos sobre esses temas em relação aos seguintes aspectos: i) avaliação de seus próprios riscos e vulnerabilidades; ii) dificuldades enfrentadas; iii) adoção de medidas preventivas.

Tem se debatido sobre o agir do psicólogo clínico além do ambiente tradicional, a partir de uma visão de clínica ampliada, e o agir interdisciplinar na área da saúde e atenção primária. A inserção de psicólogos na saúde pública favoreceu essa

expansão, de acordo com Spink e Matta (*apud* Lobo; Pimentel, 2012). Vendo o indivíduo como um todo, com autonomia e proporcionar a ele uma escuta ativa é oferecer apoio humanizado. Além disso, cada profissional da equipe tem seu saber valorizado e sem sobreposição, e a(o) psicóloga(o) pode atuar como mediador no matriciamento da equipe multidisciplinar, transpondo seu papel da atenção primária até mesmo à terciária.

Ferreira Neto (*apud* Lobo; Pimentel, 2012) coloca o modelo clínico tradicional e principalmente o modelo psicanalítico, com seu saber absoluto, como distante do indivíduo, levando em conta que o modelo tradicional pode não abarcar uma realidade complexa e contemporânea, reconfigurada de tempos em tempos.

Sassi e Gadêlha (2013) propõem que para lidar com as demandas contemporâneas e hospitalares, a psicologia clínica tradicional deve ser revista, trazendo novas aberturas a partir das necessidades que surgem, buscando um conceito ampliado em saúde, onde o manejo clínico deve levar em conta o contexto histórico e social do usuário do serviço de saúde. O sujeito deve ser entendido além do saber médico tradicional, e passar a ser visto em sua interiorização psicológica - entender os motivos que levam a pessoa a recusar o tratamento e conscientizar o indivíduo sobre a situação, a partir de uma perspectiva mais completa.

Muitos usuários dos serviços de saúde se encontram debilitados, e, no serviço público, muitas vezes são privados de companhias reconfortantes, o que pode repercutir psiquicamente no indivíduo. A(o) psicóloga(o) presente é fundamental para, por meio do diálogo, minimizar essa dor, levando em conta que falar é terapêutico, onde a(o) psicóloga(o) interfere na dimensão simbólica do usuário, indo além do que é acessível ao saber médico tradicional, segundo Sassi e Gadêlha (2013).

O CREPOP (2008) normatiza as atividades possíveis para a(o) psicóloga(o) na área de HIV, sendo: assistência psicológica, plantão psicológico, psicodiagnóstico e laudos psicológicos, entre outros, como outras atividades que podem ser realizadas por outros profissionais ou em conjunto com eles, como o acolhimento, entrevistas, orientação, grupos e oficinas, prevenção e promoção da saúde, segundo Santos et al. (2017).

Segundo Rases e Issa (2007), a(o) psicóloga(o) pode atuar com aconselhamento pré-teste e pós-teste, psicoterapia individual e grupal após o diagnóstico, psicoterapia com pacientes ambulatoriais e internados, ações preventivas e campanhas de conscientização e profilaxia do HIV/aids, psicoterapia grupal com familiares de pessoas soropositivas, matriciamento e terapia com profissionais especializados em HIV/aids.

Além da atuação do psicólogo no campo, é necessário garantir políticas públicas de enfrentamento ao HIV/aids, elaborando estratégias governamentais, através da Portaria nº 2104, de 2002, que ampliou ações para todas as gestantes, a política de vigilância com realização de estudos em grupos populacionais específicos, as formulações particulares da redução de danos do uso indevido de drogas injetáveis, a oferta gratuita de preservativos, e o suporte diagnóstico, como os Centros de Testagem e Aconselhamento, segundo Fonseca (*apud* Perucchi *et al.*, 2011).

De acordo com Villarinho *et al.* (2013, p. 274-5):

As políticas públicas vigentes no Brasil em relação à epidemia da aids têm como foco prestar assistência de qualidade às pessoas que convivem com o HIV/aids. Nessa perspectiva foram elaboradas portarias ministeriais, dentre elas a Portaria Nº 291 de 17 de junho de 1992, que incluiu a assistência à aids em nível hospitalar no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC). Em prosseguimento a esta primeira iniciativa, seguiu-se o processo de credenciamento de hospitais convencionais para internação dos pacientes portadores do HIV/aids.

Ainda descrito por Villarinho *et al.* (2013, p. 276):

Outros serviços assistenciais mais recentes foram criados, como as Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM). As UDM têm como atividades o atendimento individual e coletivo, que pode ser realizado em uma consulta com o profissional farmacêutico, onde são prestadas informações sobre a síndrome, os medicamentos e os cuidados necessários ao tratamento.

Nos CTAs são desenvolvidas ações de acompanhamento medicamentoso, em que são estudadas a condição, a história clínica e terapêutica da pessoa com HIV/aids, incluindo presença de doenças de base e outros medicamentos que se esteja tomando, segundo Villarinho *et al.* (2013). Diante dessa noção de histórico social do indivíduo, é necessário se perguntar “Como a Psicologia pode impactar positivamente na adesão ao tratamento farmacológico das pessoas que vivem com HIV/aids?” e “Como a psicoterapia pode auxiliar na qualidade de vida do portador de HIV?”. Muitas pessoas vivem com HIV/aids e sem acompanhamento psicológico. Essa realidade advém de diversos fatores, como o tabu, o preconceito, o medo

quanto ao sigilo e ao julgamento. Essas dificuldades podem resultar em sofrimento psíquico e mudanças na rotina e autoimagem da pessoa.

Polizzi (1997) relata que após o diagnóstico positivo, teve seu mundo reconfigurado, em uma época que ainda não havia cuidados específicos para o HIV, e a doença ainda era considerada mortal, ao invés de crônica, como atualmente. O diagnóstico, em 1987, era uma sentença de morte. Após se mudar para os Estados Unidos, percebeu que precisava ter qualidade de vida para viver mais, e com o tempo passou-se a discutir a possibilidade de levar uma vida típica apesar do vírus, e ter uma família, por exemplo. Ela enumera cuidados importantes, como a alimentação, exercícios físicos, acompanhamento médico e medicação - que na época eram multivitamínicos para imunidade, não específicos para o HIV - e ajuda de psicólogos ou grupos de apoio. A partir disto, ela passa a retomar seu bem-estar, e se preocupa em viver o melhor que puder, rompendo a visão negativa de si acarretada pelo estigma do HIV.

### **3. MÉTODO**

O tipo de metodologia utilizada no presente trabalho é qualitativa, visando entender como o fenômeno se dá por si próprio, a partir da visão de como a Psicologia pode intervir na adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV, que se dá no campo de cada indivíduo de forma singular.

A também é exploratória, visando obter ideias de como a Psicologia pode ajudar à adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) em portadores de HIV, conhecendo melhor o tema e analisando como a(o) psicóloga(o) pode atuar na saúde pública, vendo a Psicologia também com um compromisso social, além da visão tradicional.

Os procedimentos para realizar a coleta dos dados supracitados se dão através de pesquisa bibliográfica em artigos acadêmicos, análise das referências técnicas oferecidas pelo CREPOP e através de duas entrevistas com profissionais que atuam no CTA - Serra<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup>Agradecimentos ao CTA - Serra e às profissionais entrevistadas pela colaboração para este trabalho.

As entrevistas foram realizadas de forma semi-estruturada - ou seja, entrevistas que tiveram perguntas facilitadoras de diálogo - individualizadas e pautadas em tópicos com temas específicos sobre a atuação do psicólogo no CTA e da gestão do tratamento do HIV no SAE - local dentro do espaço físico do CTA, onde a pessoa é encaminhada para tratamento caso o diagnóstico teste positivo para HIV - de Serra. Foi explicitado que as psicólogas entrevistadas poderiam falar por associação livre e dissertar além dos temas destacados, tendo a ética e anonimato assegurados. A primeira profissional entrevistada, que é abordada como P1, foi entrevistada presencialmente, enquanto a segunda profissional, que será abordada como P2, teve sua entrevista realizada *online*. Visou que as respostas das entrevistas fossem de forma espontânea e não-diretiva, considerando em supra o conhecimento e vivência das profissionais que atuam no CTA - Serra como primordial para colher uma amostra de dados da atuação das psicólogas na área.

Esse método foi usado para analisar desde a história do HIV até como os tratamentos são hoje, o impacto na socialização e na qualidade de vida das pessoas, a atuação do psicólogo nos centros de referência, o aconselhamento e adesão a TARV.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Considerando que a atuação da(o) psicóloga(o) no serviço público se efetiva em uma área delicada e pouco debatida, o debate foi iniciado solicitando que as profissionais falassem qual o papel das(os) psicólogas(os) nos CTAs. O que a P1 destaca como fundamental é acolher no pré e pós-teste, avaliar o risco de exposição da pessoa (protocolo para colher informações - se há tatuagens, qual a orientação sexual, quantos parceiros ou parceiras a pessoa tem, quais as práticas sexuais, se faz uso de drogas, a epidemiologia da região de habitação da pessoa), onde ela relata que é similar a um processo de triagem.

Melo e Fernandes (2016) relacionam a triagem inicial como a fase do atendimento dos serviços especializados em HIV/aids onde é realizada a anamnese, os exames físicos - se necessários - e solicitados exames laboratoriais, sendo de suma importância para a continuidade do atendimento.

Esse processo busca saber qual o motivo da procura pelo serviço - se a busca do usuário é a partir de um diagnóstico positivo, de corrimento ou ferida, se há suspeita de IST, se busca tratamento - e traça se é necessário encaminhar para enfermagem ou medicina do CTA ou para a UBS, e, se o diagnóstico for positivo, agendar uma consulta com a infectologista que o CTA disponibiliza. Além do vínculo inicial de acolhimento, o papel da psicóloga também é a entrega de resultados, atender as demandas familiares, mediar casais sorodiscordantes ou mediar o indivíduo para contar a alguém próximo - cabendo à psicóloga psicoeducar sobre a infecção para a pessoa que recebe a notícia - além de questionar quais as expectativas da pessoa ao contar ou não para alguém.

Questões comuns após o diagnóstico são: “Devo contar para alguém? Para quem? Como? Quando? Onde?”, segundo Goofman (*apud* Zambenedetti; Both, 2013). Há técnicas para gerir e manipular um diagnóstico que carrega um estigma não visível - que só se torna concreto após a revelação. Como estratégias, algumas pessoas que buscam o anonimato sobre seu diagnóstico embalam os medicamentos antirretrovirais em embalagens com rótulos que chamam menos atenção, ou justificam o uso do preservativo com seus parceiros sexuais - alegando, por exemplo, hepatite C, doença menos estigmatizante. Vale ressaltar que qualquer pessoa pode buscar acolhimento psicológico e agendar no CTA, caso sinta necessidade. Todavia, se a demanda for outro sofrimento que não o HIV, o usuário é encaminhado para um terapeuta clínico.

A P2 relata que o papel da psicóloga é acolher sem julgamento e ser facilitadora do processo, baseado na demanda e necessidade individual de cada usuário. Ela destaca que é importante que o CTA seja um ambiente leve e acolhedor, onde a pessoa sinta-se livre para falar. Além disso, é necessário a profissional registrar qual usuário passou pelo atendimento e o serviço realizado, cabendo ao psicólogo preencher os prontuários. Além do prontuário de testagem e prontuário de PrEP - uma medicação que minimiza o risco de contaminação por HIV, usado de forma profilática, garantindo maior proteção - as profissionais também evoluem os prontuários do SAE. A profissional destaca que a PrEP inicialmente era aprovada somente para pessoas que conviviam com alto risco de contaminação, e hoje é disponibilizada para quem busca formas de minimizar o risco de contaminação por

HIV, independente do grau de risco, sendo aconselhada com uso combinado com preservativos.

Levando em conta o atendimento multidisciplinar direcionado pelas normativas do SUS, o CTA oferece cuidado integral aos seus usuários, intervindo em assistência social, medicina, psicologia ou enfermagem. A Psicologia leva em conta o modelo biopsicossocial, onde o indivíduo é visto como um todo, desde a saúde fisiológica às variáveis psicológicas que o afetam, segundo Calvetti e Gauer (2012). Foi ressaltada a importância de cada vez um profissional diferente atender a pessoa, analisando outro lado da história do usuário, fomentando a discussão do caso, pois a pessoa atendida pode relatar uma queixa para um profissional específico - seja por afinidade pelo atendimento/área ou sensação de conforto passada no atendimento.

A atuação de psicólogas(os) dentro de equipes multidisciplinares com atenção integral à saúde é intrínseca ao início das políticas criadas no campo da aids, havendo a atuação na formulação das políticas e programas; a execução das ações; e avaliação e acompanhamento destas. Além das ações integrais, a ética e compromisso social são comentados e regulamentados pelo CREPOP (2008, p. 19-20):

As ações desenvolvidas devem estar pautadas não somente nos aspectos técnicos e científicos da profissão, mas também em princípios ético-políticos que visem a garantir a atenção à saúde de todos, principalmente em relação às populações mais vulneráveis; o diálogo com outras disciplinas/saberes, a defesa dos direitos humanos, a luta contra todo e qualquer tipo de discriminação social e o respeito aos princípios éticos na relação profissional-usuário de saúde são igualmente fundamentais.

O CTA oferece um serviço de aconselhamento, que ajuda a construir uma *awareness* frente a situação que se busca intervir. O aconselhamento é muito confundido com psicoterapia individual, mas, na verdade, se trata de orientação para um determinado processo - como o manejo para adesão ao tratamento antirretroviral em usuários soropositivos ou em usuários que buscam PrEP - onde a pessoa pode ser tranquilizada de seus receios e orientada a como fazer uso da medicação. A prática do aconselhamento é considerada mundialmente relevante como resposta à epidemia de HIV/aids, e está vinculada a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), por conta de seu método de alteridade e de ajudar o sujeito a ajudar-se, levando em conta sua subjetividade, segundo Pupo e Ayres (2013).

Rogers (2001) afirma que o aconselhamento deve levar a pessoa a avaliar seus próprios riscos e dificuldades, resgatando a integralidade da pessoa a partir de uma escuta ativa e de uma relação digna de confiança, pressuposto básico da abordagem. O aconselhamento psicológico [*counseling*] integral consiste em uma relação permissiva, que visa alcançar uma compreensão de si mesmo num grau que o capacita a progredir à luz da sua nova orientação, segundo Rogers (1974a). Rogers (1974b), acredita que as pessoas têm potencial, podendo chegar por si mesmas à resolução de suas dificuldades no processo de aconselhamento, desde que lhes seja oferecida uma atmosfera adequada, segundo Rogers (1974b).

O aconselhamento e acolhimento de usuários de serviços de HIV prioriza a conscientização, o estabelecimento de vínculo e suporte emocional, a partir de uma escuta ativa, para que o usuário possa se responsabilizar por seu processo de autocuidado segundo Ferreira *et al* e Ministério da Saúde (*apud* Poletto *et al.*, 2015).

Para Moreno e Reis (2013, p. 592):

O aconselhador deve buscar aceitar e compreender a personalidade do usuário, com seus aspectos positivos e negativos, havendo a exigência de uma atitude de aproximação para pensar conjuntamente com ele. Priorizam-se, portanto, na relação envolvida entre aconselhador e usuário, os conteúdos emocionais mais do que os intelectuais e, mais do que resolver um problema, habilitar o usuário a tomar suas decisões no presente e no futuro.

Além do procedimento padrão dos CTAs em abordar as práticas sexuais junto aos usuários, com sutileza - pois envolve representações psicológicas que o indivíduo faz de si mesmo - é importante a presença da(o) psicóloga(o) para procedimentos éticos e emocionais envolvidos na entrega de resultados. É importante verificar qual população procura o CTA e suas demandas, os sentimentos expressos no pré e pós teste e as concepções e práticas dos usuários em torno de riscos, segundo Galindo *et al.* (2013) e cabe ao profissional transmitir informações seguras e de forma ética.

Galindo *et al.* (2015, p. 824) orientam que no aconselhamento é importante:

Conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio necessário; estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros; desmistificar sentimentos que associam HIV/aids à culpa, à punição, rejeição, à degenerescência, à morte e a outros (MS, 1997/1998, p. 15).

O Ministério da Saúde (1999, p. 9) define:



As ações de aconselhamento realizadas no âmbito dos CTA constituem a possibilidade de transformar o cidadão em sujeito da sua própria saúde e da sua doença. Permite que ele passe a integrar, na sua experiência pessoal, as informações sobre aids e prevenção, e que encontre alternativas pessoais e coletivas para o enfrentamento das questões propostas pela epidemia.

Após a discussão sobre a atuação das psicólogas, foi perguntado se a formação oferecida na graduação é suficiente para capacitar o profissional em uma área específica como o atendimento psicológico para pessoas que vivem com HIV/aids. A P1 acredita que a formação somente na graduação é insuficiente e relata que ao sair da graduação, há a sensação de despreparo para áreas específicas, e expressa que isso pode levar o profissional a aceitar subempregos, por dificuldade de se posicionar e enxergar que o serviço prestado está sendo suficiente. Segundo a P2, quem trabalha em áreas especializadas precisa se atualizar constantemente sobre os termos, sobre tratamentos e prevenções, que vão evoluindo a partir de descobertas novas. Ler artigos sobre sexualidade e políticas públicas é importante para entender o tema, e é preciso revisar frequentemente para não esquecer. Ela ressalta que nem sempre a psicologia clínica se adequa ou se atualiza sobre demandas contemporâneas, então vale a pena explorar a leitura de áreas além da clínica tradicional. Além disso, ela justifica que ISTs é um assunto pouco abordado na graduação, que geralmente não há oferece material ou preparo para atuar nessa área, dificultando o processo de capacitação para estudantes que querem ingressar no campo.

Além de ser um assunto pouco trabalhado na graduação, dificultando a capacitação efetiva de formandos na área, foram abordadas as dificuldades enfrentadas enquanto profissional no contexto de ISTs e saúde pública, e visou-se levantar também pontos positivos sobre a atuação na área. A P1 ressalta como positiva a integração - os casos são discutidos e há contato entre a equipe, dialogando de forma fluida. A maior dificuldade, para a profissional, é a falta de divulgação do CTA na mídia e falta de visibilidade, levando muitas pessoas a não conhecerem o serviço, e há a dificuldade de ainda ser um tabu falar publicamente sobre HIV, por preconceito - até por autopreconceito. Falta orgulho do setor público sobre seu serviço de ISTs, segundo ela.

Já a P2 destaca que o preconceito leva a muitas pessoas não buscarem ajuda ou acolhimento pelo medo de serem julgadas - até mesmo receio de serem julgadas

pelos profissionais. As psicólogas citam a dificuldade de promover campanhas sobre prevenção e tratamento de ISTs, e o estigma é um fator que influencia nisso. Na década de 1980, antes da promoção de serviços do SUS e antes dos programas de assistência social, o preconceito marginalizava mais intensamente as pessoas contaminadas.

No contexto de suporte às pessoas marginalizadas, destaca-se a ativista transexual Brenda Lee, pessoa que criou a primeira casa de apoio, assistência e refúgio a PVHIV. O Palácio das Princesas, como era chamado, foi fundado por ela em 1986, com objetivo de levar amparo médico, social e moral a pessoas com HIV, levando Brenda a ser conhecida como “anjo da guarda das travestis” - grupo fortemente afetado pelo vírus. Vale lembrar que o HIV antecede à criação do SUS, que hoje normatiza o tratamento, acolhimento e prevenção, disponibilizando serviços multidisciplinares, segundo Flexa (2023).

Após explorar as dificuldades na atuação profissional, explorou-se o assunto da intervenção grupal. A P1 traz informações de que havia intervenção grupal antes da pandemia de Covid-19, porém foram enfrentados empecilhos como a fragmentação do grupo, falta de pessoas e a falta de espaço apropriado no CTA antigo. Com a mudança para um novo local, a equipe está tentando reviver o grupo de apoio. A P2 relata a carência de divulgação das intervenções grupais, o que leva poucos cidadãos a conhecerem que existem grupos e redes de apoio a PVHIV em Serra - ES. No segundo semestre de 2023, as profissionais estão retomando as iniciativas de intervenções grupais, com os objetivos de aliviar a solidão, melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral e enfrentar - com senso de comunidade - o diagnóstico.

É importante pensar em intervenções grupais, pois as relações sociais se reconfiguram a partir dos efeitos do estigma em relação ao diagnóstico, sendo a amizade, suporte em comunidade e a cordialidade fundamentais para o enfrentamento da doença. Rasesa e Japur (2003, p. 56) definem:

Através da abertura de espaços para conversação, a ênfase na terapia recai sobre a necessidade de vivência da multiplicidade, o que permite a relativização dos sentidos, a aceitação da indeterminação e a compreensão de que não há uma história pessoal única e definitiva.

O HIV/aids pode gerar repercussões psicoemocionais, e ter um espaço hábil e seguro para acolhimento psicológico a partir da partilha de experiências pode

configurar ressignificações e novos sentidos de vida entre sujeitos que estão vivenciando dores similares, segundo Flexa (2023). A P2 ressalta a importância de ter um espaço sigiloso, que comporte grupos, e que haja uma sala de espera discreta, sem exposição das pessoas à visibilidade da rua, espaço esse que foi recentemente conquistado com a aquisição de um espaço maior e mudança de endereço do CTA - Serra, em comemoração aos 20 anos de sucesso do serviço em Serra.

Após, foi perguntado se as profissionais atendem adolescentes, grupo que pode apresentar muitas dúvidas quanto à prevenção de ISTs. A P1 respondeu que a testagem é oferecida a pessoas a partir de 14 anos. O CTA também oferece tratamento, a partir dos 14 anos, para ISTs, como sífilis, que tem um tratamento simplificado, com Benzetacil. Mas se receber diagnóstico positivo para HIV, encaminha-se para o Hospital Infantil. Se for menor de 14, só se realizam exames com solicitação judicial. A P2 relata que, em sua experiência, nunca houve ocorrência da chegada de crianças para realizar o teste. Quanto à PrEP pode ser feita em pessoas a partir de 15 anos. Para a testagem, não é necessário ter autorização dos responsáveis e o usuário não precisa estar acompanhado. Também é disponibilizado acompanhamento de gestantes soropositivas por médicas(os), psicólogas(os) e enfermeiras(os), inclusive mediar o contato com o hospital que realizará o parto, todavia, o recém-nascido é encaminhado para o Hospital Infantil.

Como é um trabalho em uma área especializada que lida com temas delicados, foi perguntado se é disponibilizado aos profissionais algum apoio ou acompanhamento psicológico. A P1 afirma que não tem conhecimento se a cidade Serra oferece apoio psicológico especializado para profissionais que lidam com HIV, e relata que já atendeu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) uma profissional por conta de demandas da sua atuação na área de ISTs. Para haver um serviço de suporte psicológico ao trabalhador especializado em ISTs, seria necessário ir na ouvidoria, ter muitos pedidos e pressão para disponibilizarem esse apoio, e ela relata que se o pedido demanda dinheiro e criação de cargos, passa a ser complexo consegui-lo. A P2 afirma que não é oferecido nenhum apoio psicológico de forma direta, mas que, em Serra - ES, há um Setor de Saúde do Trabalhador - não específico para profissionais que trabalham com ISTs.

Após a discussão sobre suporte a profissionais, foi discutido sobre campanhas de prevenção a ISTs que a Psicologia faz na cidade. A P1 relata que ocorria mais frequentemente, se posicionando em palestras em empresas, como a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT), e, que, com a mudança de espaço do CTA, estão retomando as campanhas de conscientização a hepatite, e projetam retomar a campanha de conscientização a sífilis - suspensa pelos obstáculos gerados pela pandemia de Covid-19. Em dezembro ocorre a campanha de conscientização ao HIV - chamada Dezembro Vermelho. A P2 relata que as ações geralmente não são muito divulgadas pela prefeitura. O gerente do serviço, que é psicólogo, fica responsável por organizar as ações.

Segundo Batista e Zambenedetti (2017), são necessárias campanhas específicas, que atinjam cada público alvo, como a Saúde Sexual da Mulher Lésbica, a Saúde Sexual do Homem Gay, para que haja maior identificação e adesão à prevenção e tratamento, e essas campanhas podem ser estruturadas por psicólogos dos Centros de Testagem e Aconselhamento como forma de prevenção e educação em saúde, bem como a Psicologia pode contribuir na formação de programas a nível governamental.

Por haver uma equipe multidisciplinar no CTA - Serra, foi perguntado como se dá a escolha de profissional para atender o usuário. A P1 relata que o serviço do CTA é especializado, e, para atender a demanda inicial, tem psicólogas(os), assistente social e enfermeira, a depender do relato - se for uma busca por psicólogo ou por garantia de direitos, com assistente social - a pessoa é encaminhada para uma profissional especializada, mas, a princípio, o profissional é aleatório. O profissional que estiver atendendo entra em contato com a área especializada e verifica a disponibilidade para atender naquele momento. A P2 destaca que o serviço e a agenda são flexíveis e realizam encaixes. Ela ressalta que independente da área a atender a pessoa, se oferece o serviço de apoio psicológico, se notarem necessidade durante o atendimento.

E para iniciar a atuação no CTA, foi questionado se é oferecido algum treinamento para psicólogas e especialização sobre ISTs na saúde pública. A P1 descreve que no caso dela, ficou duas semanas acompanhando colegas de profissão para entender como funciona o serviço. O trabalho é específico e tem muito material

sobre ISTs em publicações. Mas, mesmo com anos de experiência, ela relata que nem sempre sabe lidar com a demanda da pessoa, e pede ajuda a outro profissional, pois tem sempre uma coisa inusitada, ou uma demanda desconhecida, e que deve ser discutida pela equipe para chegar a uma intervenção possível.

A P2 complementa abordando que no CTA da Serra é oferecido treinamento de tempos em tempos, e ocorreu o treinamento referente à PrEP no ano de 2021, quando o serviço foi implementado na cidade. Galindo *et al.* (2015) destacam que “embora de alguma forma façam parte de suas [do trabalhador] vivências e conhecimentos, tais questões devem ser retomadas e direcionadas à prática adequada através de treinamento específico” (MS, 1997/1998, p. 19).

Tendo em vista as divisões em níveis de atenção à saúde pública no Brasil, em primário, secundário e terciário, foi abordado sobre qual o nível de atenção que o CTA - Serra se insere, e ambas responderam que o nível de atenção na Serra é secundário, por ser um serviço especializado, bem como Costa *et al.* (2016) afirmam. Elas ressaltam que o CTA de Vitória tem uma atuação diferente da secundária, oferecendo PEP (Profilaxia Pós-Exposição), conforme confirmado por ligação e no site<sup>4</sup>. O CTA - Serra atende testagem, medicação para cuidar de ISTs e PrEP (Profilaxia Pré-Exposição), sendo que a PEP, na Serra, é ofertada pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Ela também relata que é possível verificar online quantos CTAs existem no Espírito Santo e quais oferecem PrEP e PEP na aba UDM<sup>4</sup>.

Timerman e Magalhães (2015) evidenciam a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), que é o uso preventivo do "coquetel" quando uma pessoa se expõe ao HIV – um recurso emergencial que segue a mesma lógica da “pílula do dia seguinte”. A medicação pode reduzir drasticamente o risco de infecção, se iniciada em até 72 horas após o contato de risco e tomada corretamente por um mês.

Como não é um assunto muito abordado durante a graduação, foi perguntado sobre encaminhamentos e laudos feitos pelas psicólogas. A P1 relata que se identificar uma questão importante, encaminha e aprofunda no laudo a demanda. Também encaminha se não for possível tratar as demandas pelo CTA, como no caso de crianças. Ela relata que no pré-teste, trabalha a ansiedade, por exemplo, se a

---

<sup>4</sup> O site a qual a entrevistada se refere é <http://azt.aids.gov.br/>

pessoa vai ao CTA toda semana mesmo sem necessidade, pois ISTs tem uma janela imunológica que tem que ser respeitada. Então, é feita uma psicoeducação e suporte imediato à pessoa e, se necessário, encaminha, acolhe, analisa se a pessoa quer chamar atenção para alguma ansiedade, insegurança ou sofrimento que traz, e ficam atentos aos sinais e sintomas demonstrados pela pessoa. Além disso, pode ser traçado o encaminhamento<sup>5</sup> para especialidades - como dermatologista ou neurologista - a depender do quadro apresentado pelo usuário, sendo encaminhados para a Associação Médica do Espírito Santo, pela rede municipal, ou encaminhado para a rede estadual.

Quanto aos laudos, são um acontecimento raro; quando ocorre, o foco é a entrega ao INSS, solicitada pelo usuário do serviço, mas viver com HIV não faz mais as pessoas se aposentarem, a não ser que tenham sequelas incapacitantes pela aids. A profissional destaca que a TARV possibilita uma sobrevida longa e o não aparecimento da aids. Polizzi (1997) retrata que as pessoas se aposentavam, entre o final da década de 1980 e durante 1990, por invalidez decorrente das comorbidades da aids, como a cegueira.

A P1 relata que o tratamento antirretroviral é justamente para permitir uma vida típica, sem problemas além dos enfrentados tipicamente. A P2 relata que recebem encaminhamento de outros CTAs ou de um outro hospital. Em alguns casos, o usuário fez um teste em uma UBS e em seguida encaminham esse usuário para a testagem confirmatória e tratamento em rede integrada, proporcionados pelo SUS.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Investigou-se a relevante e complexa questão da atuação da Psicologia nos serviços de HIV/aids disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo da pesquisa, foi identificado que a Psicologia desempenha um papel fundamental no suporte emocional, na adesão ao tratamento, no aconselhamento e na promoção da qualidade de vida e bem-estar para pessoas afetadas pela infecção. Contudo, também observam-se desafios significativos, como a falta de profissionais

---

<sup>5</sup> encaminhamento formal em anexo.

especializados, a estigmatização e a discriminação, que precisam ser abordados de maneira efetiva.

Os resultados apontam para a necessidade da Psicologia nos serviços de HIV/aids do SUS, juntamente com estratégias de capacitação para os profissionais de saúde. Além disso, é crucial sensibilizar a sociedade para combater o estigma associado à doença e promover a inclusão social de pessoas que vivem com HIV/aids. Este estudo busca o avanço do conhecimento sobre a atuação da Psicologia no contexto de ISTs e oferece subsídios para aprimorar a assistência disponibilizada pelo SUS - que é de suma importância para o acesso universal ao tratamento e prevenção e para a garantia de Direitos Humanos básicos, como o direito à saúde, e deve ser continuamente apoiado, reconhecido e ampliado.

A promoção da saúde e o bem-estar das pessoas afetadas pelo HIV/aids devem ser uma prioridade, levando em conta que o país segue os Direitos Humanos e tem em vigor uma Constituição humanizada. Os profissionais da Psicologia desempenham um papel vital nesse processo. Demonstra-se a importância do atendimento psicológico para usuários do serviço em saúde, sendo o método - de conhecer o campo e sua práxis - de suma importância para a realização deste trabalho e para a compreensão da importância dos serviços interdisciplinares em saúde. Espera-se que este estudo estimule discussões e ações que conduzam a melhorias concretas nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, para que se possa avançar na luta contra o HIV/aids no Brasil.

É importante considerar que a área de atendimento a ISTs é relevante para a Psicologia, levando em conta o compromisso social e ético da profissional, e é uma área que oferece oportunidades para o mercado de trabalho e serviço público.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R; *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p. 4599-4604, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>. Acesso em: 20 Ago. 2023.

ATKINSON, J. H.; *et al.* Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus: A controlled study. **Archives of general psychiatry**, Cambridge, v. 45, n. 9, p. 859–864, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800330091011>. Acesso em: 8 Nov. 2023.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11–24, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200002>. Acesso em: 15 Nov. 2023.

BARROS, Sandra Garrido de; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. A gênese da política de luta contra a aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 43, p. 8-20, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005801>. Acesso em 15 Nov. 2023.

BATISTA, Monique Cristina Henares; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais. **Psicologia em Pesquisa**. Juiz de Fora, v. 11 n. 2, p. 42-50, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.24879/2017001100200180>. Acesso em: 17 Nov. 2023.

BONOLO, Palmira de Fátima; GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 267-278, dez. 2007. Disponível em: <http://doi.org/10.5123/S1679-49742007000400005>. Acesso em: 20 Ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS 2021**. In: Boletim de Aids e DST HIV/AIDS IST. Brasil, 2021. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>. Acesso em: 20 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): Manual**. Brasília, 1999. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cta.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.pdf). Acesso em: 20 Ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que significa ter saúde?: Muito além da ausência de doenças, é preciso considerar o bem-estar físico, mental e social**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 10 Nov. 2023.



BRASIL. **Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM)**. Gerencial. Brasília, 2023. Disponível em: [www.aids.gov.br/gerencial](http://www.aids.gov.br/gerencial). Acesso em: 13 de Novembro de 2023.

BRITO, Fábio Leonardo Castelo Branco; ROSA, Johnny de Moura. “Os leprosos dos anos 80”, “câncer gay”, “castigo de deus”: Homossexualidade, AIDS e capturas sociais no Brasil dos anos 1980 e 1990. **Revista Observatório**, Palmas, v. 4, n. 1, p. 751–778, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2018v4n1p751>. Acesso em: 18 Nov. 2023.

CALAZANS, Gabriela Junqueira; PARKER, Richard; TERTO JUNIOR, Veriano. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro - RJ, v. 46, n. spe7, p. 207–222, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E715>. Acesso em: 21 Ago. 2023.

CALVETTI, Prisca Ücker; GIOVELLI, Grazielly Marques; GAUER, Gabriel Chittó. Contribuições da psicologia da saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 20 (1-2), p. 75-80p, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v20n1-2p75-80>. Acesso em: 15 Ago. 2023.

CÁRDENAS, Claudia Mercedes Mora. 40 anos de epidemia de HIV/Aids: reconfigurações de uma agenda político-acadêmica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro - RJ, v. 32, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320400>. Acesso em 16 Nov. 2023.

CARVALHO, Carolina Maria L.; BRAGA, Violante Augusta B.; GALVÃO, Marli Teresinha G. Aids e saúde mental: revisão bibliográfica. **Doenças Sex Transm**, Niterói, v. 16, n. 4, p. 50-5, 2004. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista16-4-2004/9.pdf>. Acesso em: 15 Ago. 2023.

COSTA, M.J.; *et al.* Atenção secundária à saúde no atendimento de DST e HIV/aids: relato de experiência. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 15, n. 1, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/939>. Acesso em: 12 Nov. 2023.

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. (2008). **Referências técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de DST e AIDS**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/01/885.3-REFERE%CC%82NCIAS-T E%CC%81CNICAS-IST\\_AIDS\\_web4.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/01/885.3-REFERE%CC%82NCIAS-T E%CC%81CNICAS-IST_AIDS_web4.pdf). Acesso em: 12 Nov. 2023.

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. (2020). **Referências Técnicas para atuação de Psicólogos (os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/01/885.3-REFERE%CC%82NCIAS-T E%CC%81CNICAS-IST\\_AIDS\\_web4.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/01/885.3-REFERE%CC%82NCIAS-T E%CC%81CNICAS-IST_AIDS_web4.pdf). Acesso em: 12 Nov. 2023.

CUNHA, C.C.; *et al.* Na encruzilhada de duas pandemias: a experiência de redes de apoio social de jovens e adultos vivendo com HIV/Aids durante a pandemia de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro - RJ, v. 32, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320301>. Acesso em: 12 Nov. 2023.

FERNANDES, Ítalo; BRUNS, Maria Alves de Toledo. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/aids. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. São Paulo, v. 32, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i1.916>. Acesso em: 20 Ago. 2023.

FERREIRA JÚNIOR, Orlando C. Ferreira; MOTTA, Leonardo Rapone da. Três décadas de diagnóstico de HIV: a experiência brasileira. *in*: Histórias de luta contra a AIDS: Ciência e trabalho árduo contra a AIDS. **Ministério da Saúde**, São Paulo - SP, 2015. p. 19-30. Disponível em: <https://www.uces.br/ips2/wp-content/uploads/2020/09/Tres-Decadas-de-Diagnostico-d-e-HIV-A-Experiencia-Brasileira.pdf>. Acesso em: 2 Nov. 2023.

FLEXA, Jucélia Pereira. A atuação da Psicologia em uma Unidade de Acolhimento Temporário a pessoas vivendo com HIV e aids: um relato de experiência. **Rev. Saúde em Redes**, [s.l.], v. 9, n. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n3.4173>. Acesso em: 7 Nov. 2023.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. AIDS e Sua Origem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 153-154, jun. 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101993000300001>. Acesso em: 20 Ago. 2023.

GALINDO, Wedna Cristina Marinho; FRANCISCO, Ana Lúcia; RIOS, Luís Felipe. A Instrução e a Relação como Modos de Aconselhamento em HIV/Aids **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 989-1004, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2013.3-EE12PT>. Acesso em: 19 Nov. 2023.

GALINDO, Wedna Cristina Marinho; FRANCISCO, Ana Lúcia; RIOS, Luís Felipe. Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/AIDS. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 815-829, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2015.4-02>. Acesso em: 19 Nov. 2023.

LIMA, Monica; BRITO, Manuela; FIRMINO, Alice. Formação em Psicologia para a atenção básica à saúde e a integração universidade-serviço-comunidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 856-867, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400014>. Acesso em: 17 Nov. 2023.

LOBO, Warlington; PIMENTEL, Adelma. Potência e vulnerabilidades masculinas no campo do HIV/AIDS: a intervenção psicoterapêutica. **Revista do. NUFEN**, Guamá, vol.4, n.1, São Paulo, 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912012000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 Ago. 2023.

MALBERGIER, André; SCHOFFEL, Adriana C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 160-167, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000300009>. Acesso em: 20 Ago. 2023.

MARKOWITZ, J.C., *et al.* Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. **Archives of general psychiatry**, Cambridge, v. 55, p. 452-7, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.452>. Acesso em: 10 Nov. 2023.

MARQUES, Maria Cristina Da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro - RJ, v. 9, p. 41-65, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400003>. Acesso em: 20 Ago. 2023.

MASLOW, Abraham H. **Motivation and personality**. Nova York: Harper e Row, 1954.

MORENO, Diva Maria Faleiros Camargo; REIS, Alberto Olavo Advíncula. Revelação do Diagnóstico da Infecção pelo HIV no Contexto do Aconselhamento: A Versão do Usuário. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 591-609, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.9788/TP2013.3-EE01PT>. Acesso em: 16 Nov. 2023.

PARKER, Richard. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982 – 1996. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 8-49, ago. 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-403196>. Acesso em: 20 Ago. 2023.

PERUCCHI, J.; *et al.* Psicologia e Políticas Públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. **Psicologia & Sociedade**. Recife, v. 23, n. spe, p. 72-80, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400010>. Acesso em: 20 Ago. 2023.

POLETTI, M.P.; *et al.* Pensamentos Automáticos e Crenças Centrais Associados ao HIV/AIDS em Indivíduos Soropositivos. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 243-253, 2015. Disponível em: <http://doi.org/10.9788/TP2015.2-01>. Acesso em: 15 Nov. 2023.

POLIZZI, Valéria Piassa. **Depois daquela viagem**. 14 ed., São Paulo: Ática, 2013.

PUPPO, Ligia Rivero; AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Contribuições e limites do uso da abordagem centrada na pessoa para a fundamentação teórica do aconselhamento em DST/Aids. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1089-1106, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.9788/TP2013.3-EE16PT>. Acesso em: 16 Nov. 2024.

RASERA, Emerson F.; ISSA, Carmem Lucia Graminha. A atuação do psicólogo em ONG/AIDS. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 27, n. 3, p. 566-575, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000300015>. Acesso em: 16 Nov. 2023.

RASERA, Emerson F.; JAPUR, Marisa. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. **Estudos De Psicologia**, Natal, v. 8, ed. 1, p. 55-62., 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100007>. Acesso em: 15 Nov. 2023.

ROGERS, Carl Ransom. **Tornar-se Pessoa**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2001.

ROGERS, Carl Ransom. **Psicoterapia e Consulta Psicológica**. Lisboa: Moraes Editores, 1974a.

ROGERS, Carl Ransom. **O lugar da consulta psicológica**. Lisboa: Moraes Editores, 1974b.

SANTOS, J.H.; *et al.* Atuação do psicólogo da saúde com pessoas portadoras do vírus HIV/aids. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**. Alagoas, v. 4, n. 2, p. 157-169, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/4554>. Acesso em: 10 Nov. 2023.

SASSI, Ariana; GADÊLHA, Samantha. O Psicólogo no hospital e o paciente soropositivo: breve recorte do estágio profissional em um Hospital Geral no Oeste da Bahia. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 167–176, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/17987>. Acesso em: 12 Nov. 2023.

SZWARCWALD, Célia Landmann; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cadernos de Saúde Pública**. [s.l.], v. 27, p. 4–5, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300001>. Acesso em 20 Ago. 2023.

TIMERMAN, Artur; MAGALHÃES, Naiara. **Histórias da AIDS**. 1ª ed., [s.l.]: Autêntica, 2015.

TREICHLER, Paula A. Aids, Homophobia and Biomedical Discourse: an epidemic of signification. In: Crimp D, editor. **Aids: Cultural Analysis, Cultural Activism**. Cambridge; p. 31-70, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1215/9780822396963-001>. Acesso em: 7 Nov. 2023.


TREVISAN, João Silvério. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia a atualidade**. 4. ed. rev. atual. e amp. Rio de Janeiro: Objetiva, 2018.

VILLARINHO, M.V.; *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>. Acesso em: 20 Ago. 2023.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/AIDS no Brasil: avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro - RJ, v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.14222016>. Acesso em: 7 Nov. 2023.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; BOTH, Nalu Silvana. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 41–58, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000100004>. Acesso em: 14 Nov. 2023.

## ANEXOS

 PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA Secretaria Municipal de Saúde SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO	
<b>GUIA DE REFERÊNCIA PARA ESPECIALIDADES</b>	
<b>UNIDADE DE SAÚDE:</b>	
* ESPECIALIDADE ENCAMINHADA:	
* NOME DO PACIENTE:	
Prontuário: _____	*Sexo: ( ) M ( ) F
*Data da Consulta: ____/____/____	
* End: _____	* Tel. Contato: _____
*Data de Nascimento: ____/____/____	*Idade: _____
*Cartão do SUS: _____	
*História Clínica:	
*Exames Complementares:	
Medicamentos Prescritos:	
*Hipótese Diagnosticada:	
*Motivo da Referência:	
*Assinatura e carimbo Médico Responsável:	
<b>CONTRA-REFERÊNCIA</b>	
Unidade de Atendimento:	
*História Clínica:	
*Exames Complementares:	
Medicamentos Prescritos:	
*Hipótese Diagnóstica:	
Outras Observações:	
Data da Contra-Referência: _____	*Assinatura/Carimbo Médico Responsável
<b>OBS: Os campos com * deverão ser de preenchimento obrigatório.</b>	
<b>ATENÇÃO!</b> <b>SRº USUÁRIO, APÓS REALIZAR A CONSULTA COM O ESPECIALISTA, DEVOLVER ESTE FORMULÁRIO NA UNIDADE DE SAÚDE.</b>	

Encaminhamento formal.