

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM
PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

**REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA ATUAÇÃO DE
PSICÓLOGAS(OS) NOS PROGRAMAS DE IST/HIV/Aids.**

Comissão de Revisão do Documento (2ª Edição)

Conselheira Federal responsável:

Sandra Elena Sposito

Especialistas:

Edna Peters Kahhale

Eliane Maria Fleury Seidl

Ricardo Barbosa Martins

Roberto Pereira

Theófilo Gravinis

Sandra Elena Sposito

2ª Edição

Brasília, julho de 2019.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| EIXO 1 - Dimensão Ético-Política da Atuação Profissional no campo das ISTs, HIV e AIDS..... | 21 |
| 1.1-Sobre as Políticas Públicas no Campo das ISTs, HIV e AIDS. | 22 |
| 1.2-Aspectos Epidemiológicos..... | 22 |
| 1.3-Enfrentamento da LGBTFobia e demais preconceitos e discriminações | 24 |
| 1.4-Direitos Humanos e Código de Ética..... | 25 |
| 1.5-Reflexões acerca do Sigilo Profissional..... | 28 |
| 1.6-Resoluções CFP 01/99, CFP 01/18 e CFP 18/02. | 29 |
| EIXO 2 – A PSICOLOGIA E O CAMPO DE IST/AIDS | 32 |
| 2.1-Considerações sobre a subjetividade: implicações para a prática profissional no campo da saúde | 32 |
| 2.2-Sexualidade, Relações de gênero e IST | 41 |
| 2.3-O desafio da formação para o trabalho com HIV e aids: o desenvolvimento de postura crítica | 51 |
| 2.3.2-Acompanhamento programático..... | 55 |
| 2.3.3-Acompanhamento da(o)s profissionais: autoconhecimento e suporte pessoal..... | 57 |
| EIXO 3 - ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) EM PROGRAMAS DE IST/HIV/AIDS..... | 59 |
| 3.1-Limites e alcance da prática da(o) psicóloga(o) em Programas de IST/HIV/aids | 59 |
| 3.2-Níveis de Atenção | 67 |
| 3.3 - Aspectos específicos relevantes para a prática profissional da psicologia..... | 76 |
| EIXO 4: GESTÃO DO TRABALHO NOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE IST/HIV/AIDS. | 89 |
| 4.1 - Contextualização da Política de IST/HIV/aids no Movimento Brasileiro da Reforma Sanitária..... | 89 |
| 4. 2 - Os princípios do SUS na perspectiva dos serviços e ações voltados para as IST/Aids..... | 92 |
| 4.3 - Educação em Saúde..... | 97 |
| 4.4-Atenção à saúde as pessoas que vivem com HIV..... | 97 |
| 4.5-Interdisciplinaridade e intersetorialidade como estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV /aids. | 99 |
| 4.6 Ampliação das ações..... | 100 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 106 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 107 |

INTRODUÇÃO

O presente documento propõe-se a atualizar e rever as Referências Técnicas para a prática da(o) psicóloga(o) nos Programas de DST e Aids, produzidas em 2008. Como já apontado na apresentação, o processo histórico tanto da sociedade como dos conhecimentos e práticas na área das ISTs têm se alterado, configurando outras práticas e exigindo, dado o compromisso ético-político do sistema conselhos e da Psicologia como ciência e profissão, revisões e atualizações.

A 1a. versão, que agora atualizamos, dessa referência técnica foi

o terceiro documento de referência técnica a ser publicado pelo Crepop, voltado para a atuação em serviços do Programa de DST/AIDS, cujas ações têm início na segunda metade da década de 1980. Articula-se o produto de uma metodologia nova e complexa para referência técnica com a experiência de contribuições da Psicologia ao campo da saúde. Realizado com uma variação metodológica, que incluía dados de uma pesquisa realizada com profissionais da área. Foi o primeiro documento do Crepop elaborado com essa metodologia, que se iniciava com a formação de uma comissão de especialistas, reunidos a convite do CFP, que auxiliaram na elaboração do questionário, e municiados com os resultados da pesquisa realizada nacionalmente – por meio de questionário online e reuniões presenciais conduzidas por técnicos do Crepop nas unidades locais dos CRPs. A pesquisa que subsidiou o documento foi realizada em 2007 pelo Crepop/CFP em parceria com o CEAPG/FGV-SP, sendo que o primeiro ficou responsável pela análise dos dados quantitativos e o segundo, dos dados qualitativos do estudo. Foi em cima desses relatórios quantitativos e qualitativos produzidos que a comissão de especialistas elaborou a versão preliminar, que foi disponibilizada para avaliação da categoria por meio de uma consulta pública. As contribuições dessa consulta foram apresentadas à comissão, que as incorporou ao texto. Assim, para elaboração daquele documento, a comissão de especialistas convidados pôde contar com subsídios oferecidos por psicólogas(os) que trabalham há muito tempo com DST e aids em vários Municípios do Brasil. O resultado foi a produção de um documento de referência respaldado, desde o início, pela experiência de quem está na ponta do atendimento e em outras instâncias do serviço. (adaptado de LOPES & GONÇALVES, 2008, p. 10-11).

Este texto busca trazer subsídios para a prática do profissional da Psicologia que atua em serviços que atendem pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA) e infectadas via sexual por algum outro agente patogênico, além de comorbidades associadas ao HIV. O trabalho parte de uma proposta do CFP de trabalhar em consonância com políticas públicas e, em consequência, com os conceitos e princípios historicamente construídos a partir do diálogo entre a sociedade civil organizada e os gestores. Tem como conceitos centrais os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) definidos na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL,

1988a), incorporados na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988b), (e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90): universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990b). Possui como premissa o reconhecimento do protagonismo brasileiro, que inclui tanto a Política Nacional de IST e Aids como os movimentos sociais, principalmente de pessoas vivendo com HIV e aids, na construção da resposta brasileira à epidemia da aids. Nessa linha, compreende-se as PVHA como sujeitos de direitos.

Com o passar dos anos, outras noções foram acrescentadas aos princípios básicos do SUS. Uma delas concerne a ressignificação da relação entre profissionais e usuários dos serviços, incorporada à política de humanização do SUS. A humanização que, como política transversal, é entendida como uma construção coletiva de trocas solidárias comprometidas com a produção da saúde, deve aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores, indicando uma mudança na cultura da atenção ao usuário e na gestão dos processos de trabalho. Nessa mesma direção, a noção de integralidade – inicialmente proposta de modo a superar a cisão entre ações curativas e preventivas – vêm sendo paulatinamente ampliada, assumindo significados relacionados ao atendimento centrado na pessoa e em suas necessidades.

Outra noção importante que embasa a discussão do trabalho da(o) psicóloga(o) nesse campo é a de vulnerabilidade, que, atrelada aos direitos humanos, passou a ser importante na definição de ações no campo da aids. Essa noção foi introduzida no início da década de 1990, a partir das reflexões de Jonathan Mann e colegas da Escola Pública de Harvard, que a situa nos âmbitos programático, social e individual (AYRES, 1997; AYRES et al., 2003). Para a prática da(o) psicóloga(o) no contexto do HIV e aids, as ações devem ser avaliadas levando em consideração as condições potenciais de vulnerabilização existentes em determinados contextos e realidades sociais e individuais, de cada pessoa e dos grupos.

Nesse processo de movimento e dos desafios do real, coube ao Ministério da Saúde em diálogo com os movimentos sociais modificar a terminologia de DST para IST. “A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo

sem sinais e sintomas”¹.. Também o uso do termo ISTs visa eliminar e/ou minimizar o estigma causado pela palavra doença e, também, porque muitas infecções atualmente têm cura se o diagnóstico for precoce e o tratamento seguido adequadamente.

Dentre as diversas ISTs algumas são de notificação compulsória, o que permite ter uma visão global do acometimento de saúde e planejar ações e políticas específicas. A infecção pelo HIV, aids, hepatites virais, sífilis fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016), o que permite a coleta de dados sobre a ocorrência destas passando a compor as ações de vigilância epidemiológica.

A aids é de notificação compulsória desde 1986, as hepatites virais desde 1996, a infecção pelo HIV desde 2014 e a de sífilis desde outubro 1985 (no entanto, a subnotificação é alta, o que dificulta a análise dos casos). Esses registros de dados permitem a elaboração de Boletins Epidemiológicos, que são publicados segundo um cronograma, definido pelo Ministério da Saúde em consonância com a Organização no Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais, 28 de julho, divulga-se o Boletim Epidemiológico Hepatites Virais; no terceiro sábado do mês de outubro, Dia Nacional de Combate à Sífilis, o Boletim Epidemiológico Sífilis; e, no 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a Aids, o Boletim Epidemiológico HIV/Aids.

Os resultados dos boletins são apresentados por estados e regiões do país e consideram as variáveis: sexo, idade, categoria de exposição, raça/cor e escolaridade. As publicações são produzidas a partir de dados transferidos das secretarias estaduais de saúde ao Setor de Produção do DATASUS, do Ministério da Saúde. Esses dados fornecem elementos para decisões da agenda de políticas públicas, das ações dos gestores e da sociedade civil. A(o) psicóloga(o) envolvida(o) na assistência às pessoas que vivem com HIV/aids e ou hepatites virais pode utilizar-se dessas informações para planejar ações específicas que atendam as demandas da população tanto na direção da prevenção primária e combinada como na assistência e reabilitação. No entanto, é necessário que o profissional mantenha uma visão crítica ao utilizar as informações dos dados epidemiológicos como norteador das ações, pois algumas populações podem ser invisibilizadas pela falta de dados ou mesmo por

¹ <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist>, acesso em 14/04/19

apresentar um número reduzido de casos para determinadas infecções sexualmente transmissíveis, como por exemplo a questão da saúde das lésbicas.

História da sociedade civil organizada no enfrentamento da Aids no Brasil

Iniciamos nossa trajetória textual sobre a presença da sociedade civil organizada e sua importância e significativa relevância nos múltiplos processos de enfrentamento a epidemia de AIDS no Brasil, por meio do texto presente na obra “Políticas de enfrentamento ao heterossexismo: corpo e prazer”, Organiza por Fernando (POCAHY, 2010) e que nos apresenta uma narrativa repleta de imagens e subjetividade sobre o Brasil, sua sociedade, a AIDS e a resistência LGBT I, (SIMÕES, 2008)

“O antropólogo e poeta Nestor Perlongher ressaltou, no calor da hora, que a Aids surpreendeu o universo do ativismo homossexual brasileiro numa situação paradoxal. Enquanto grande parte dos grupos organizados existentes se desestruturavam-se, crescia a expansão publicitária do “espetáculo gay”, fazendo aumentar inclusive a visibilidade das travestis, não só nas ruas das cidades, mas também na grande mídia, para além do carnaval.

A transexual Roberta Close, vedete do verão carioca de 1984, o ano da campanha das diretas-já, vivia o auge de sua consagração como modelo de beleza feminina brasileira. Depois de estrelar o videoclipe da canção “Close”, sucesso do compositor popular Erasmo Carlos, seria a principal atração da edição de maio da revista masculina Playboy. Em agudo contraste, no verão de 1985, quando a morte do teatrólogo Luiz Roberto Galizia abalou o meio intelectual e artístico paulistano, a doença já estava instaurada como realidade inexorável. Na segunda metade dos anos 1980 verificou-se uma escalada de matérias sensacionalistas na imprensa, que ecoavam declarações abertamente preconceituosas de várias autoridades médicas e de políticos ligados a grupos religiosos, assim como aumentava a repercussão a crimes violentos contra gays e travestis”.

O texto acima nos apresenta uma cena de múltiplos cenários e personagens, como variáveis de discursos sobre a nossa sociedade brasileira, a homossexualidade, travestilidade e o direito à vida. Os primeiros casos de aids no Brasil são apresentados diante de uma multiplicidade de olhares, de lutas e estigmas,

se faz necessário lembrar da sigla 5H, pois no ano de 1982 há confirmação do primeiro caso de Aids no Brasil e identificação da transmissão por transfusão sanguínea. Adoção temporária do termo Doença dos 5H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável), Hookers (profissionais do sexo em inglês), auxiliou na construção do estigmas e preconceitos as pessoas que eram diagnosticadas como soropositivas, pois estas pessoas eram apresentadas como pertencentes a um grupo de risco para os profissionais de saúde, nos espaços de diagnóstico e tratamento, como nos espaços públicos onde elas circulavam. Mesmo o termo “grupo de risco” não sendo mais utilizado nos dias de hoje, ainda é possível reconhecer as marcas que este termo deixou pelos corpos e subjetividades das pessoas que vivem com HIV, assim como na nossa sociedade, que ainda apresenta em variados momentos, possíveis posturas de exclusão e violação dos direitos humanos desta população.

Voltando a trajetória da sociedade civil organizada no enfrentamento da epidemia de aids, (SIMÕES, 2008) a contribuição dos recursos vindos dos projetos relacionados ao combate ao HIV/Aids foi muito significativa para a expansão e diversificação do movimento homossexual brasileiro. Esses movimentos já se notam nos anos 1980, que assistiram à intensificação de um ativismo muito menos refratária à ação no campo institucional, mais voltado a estabelecer organizações de caráter mais formal e mais focado em assegurar o direito à diferença. Formaram-se poucos grupos, mas mais coesos, dotados de recursos simbólicos e materiais efetivamente capazes de fazer avançar metas e objetivos mais claramente definidos e circunscritos.

Podemos observar que, em grande medida, o fortalecimento do enfrentamento à epidemia foi decorrente da articulação e do diálogo permanente das ONG/Aids e da academia, juntamente com a criação do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (1986), que se consolidou com a criação do SUS (BRASIL, 1988b). Baseado nos direitos humanos, o SUS, se estrutura sobre os princípios de equidade, inclusão, integralidade e contra o preconceito e a discriminação. No final dos anos 80 é observado a elaboração de estratégias estatais, contemplando a transferência de recursos financeiros tanto para o fomento de novas pesquisas pela academia, como para realização pela sociedade civil de ações de prevenção ao HIV/Aids, prevenção Posthiva e advocacy.

As duas grandes capitais, Rio de Janeiro e São Paulo, foram responsáveis pela organização das primeiras ONG/Aids (grupos que surgem em resposta à epidemia de aids passam a se autodenominar “ONG/aids”), (SIMÕES, 2008) Cabe ressaltar a importante participação de pessoas que passaram pelo Somos e pelos outros grupos de São Paulo no processo que fez surgir a primeira Ong-Aids (brasileira, o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids – GAPA/SP), em 1985, bem como a resposta governamental configurada no Programa Estadual de São Paulo, o primeiro criado no País. Do mesmo modo, antigos militantes de grupos cariocas tiveram papel importante na formação da Associação Brasileira Interdisciplinar e Aids e do Grupo Pela VIDDA (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids), este formado majoritariamente por soropositivos. Em outros estados da federação foram sendo organizados programas similares, que contavam também com a importante presença de ativistas e ex-ativistas de grupos organizados.

Na cidade de São Paulo em 8 de fevereiro de 1990, o sonho de José Roberto Peruzzo, fundador do Grupo de Incentivo à Vida- GIV, se concretizou. Em uma reunião realizada nas dependências do CRT/DST/AIDS de São Paulo (Centro de Referência e Tratamento em AIDS), com pessoas que haviam participado de seu 10º Encontro de Pacientes, nasce a ideia da criação de um grupo para integrar as pessoas soropositivas entre si e a sociedade, buscando caminhos para a redescoberta da vida e mudanças de atitude frente à epidemia, e ainda buscando alternativas para prevenção e controle do desenvolvimento da doença. O cenário brasileiro na luta contra o HIV/Aids, vai aos pouco se modificando com a presença cada vez maior de ONG/Aids ou com a presença de novas ONGs/OSC/OSCIP que atuam em defesa da diversidade sexual e identidades de gênero, a presença de recursos financeiros de organizações internacionais e o apoio e o reconhecimento do governo federal, estadual e/ou municipal, do expertise e a importância do terceiro setor no enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, possibilitou que os anos 90 e início dos anos 2000, tenham se apresentado como um período de fortalecimento e crescimento do controle social , como o avanços de realizações de ações de prevenção com a presença e trocas de experiências entre organizações governamentais e organizações não governamentais.

Desde o início da década de 1980 até o momento é inegável o avanço científico no campo do HIV/AIDS, mas o desafio em reduzir o número de novas

infecções por meio de estratégias de promoção à saúde e de prevenção direcionadas a melhoria da atenção às PVHA, ainda é uma realidade a ser alcançada em âmbito nacional. É inegável a necessidade que é imperioso continuar o investimento no aprimoramento dos mecanismos de diálogo entre governo, representado pelos programas governamentais de IST/HIV/AIDS, as ONG e os fóruns de participação social, como fundamento para o fortalecimento e sustentabilidade das políticas públicas que contemplam o tema HIV/AIDS. Segundo Sandra Garrido Barros:

As condições históricas de possibilidade para o desenvolvimento de uma política de AIDS avançada naquele momento não deixaram de existir, mas a construção social dessa política não se encerra nelas. A dinâmica social vai construindo novos possíveis. Não estamos imunes a retrocessos. Se a formulação da lei de acesso universal aos antirretrovirais parece ter garantido a manutenção dessa política, enterrando a possibilidade de uma política de controle da AIDS no país sem acesso a medicamentos, novos desafios se impõem: o avanço da epidemia entre os jovens e idosos, o avanço do conservadorismo, a tentativa de proibir a discussão de sexualidade nas escolas, o subfinanciamento das ONGs/AIDS, a auto censura a campanhas governamentais. Associado a essas questões existem os problemas comuns a todo o SUS: falta de médicos e leitos, dificuldade para realização de exames, desabastecimento de medicamentos, entre eles ARV e medicamentos para tratamento das doenças decorrentes do seu uso prolongado (BARROS, 2018).

É urgente que se mantenha a compreensão e o reconhecimento que a participação social é uma das diretrizes mais importantes para o fortalecimento social e político de uma sociedade, e deve ter nos princípios fundamentais do Estado Democrático de Direito, o orientador para sustentar a democracia e os direitos

História da Aids no Brasil

Iniciamos a nossa construção histórica sobre a epidemia da Aids por meio da análise dos boletins epidemiológicos e das campanhas decorrentes desses dados, pois expressam o movimento da sociedade no enfrentamento dessa epidemia.

O 1º. Boletim Epidemiológico de Aids começa a ser publicado em 2001, ou seja, 15 anos após a obrigatoriedade de notificação. A partir daí começamos a ter uma visão mais global da configuração da epidemia de Aids no Brasil.

O próximo boletim é publicado em 2010, quando também se publica o 1º. a respeito das epidemias das Hepatites Virais. A partir 2010 temos publicação anual de boletins das duas infecções (HIV/aids e hepatites) constituindo uma série até 2018.

Por outro lado, a epidemiologia da Sífilis, registrada em Boletim específicos temos, até o momento, somente dois, de 2012 (1º. Boletim) e 2018, apesar de ser uma das 1^{as}. ISTs a ter notificação compulsória.

As outras ISTs não têm notificação compulsória o que não nos permite uma visão global. A Tuberculose, é uma das coinfeções presentes nas pessoas que vivem com HIV ou aids. Em 2017 estava prevista a publicação do primeiro Boletim Epidemiológico de Tuberculose e HIV, uma visão global dessa coinfeção, mas ainda não temos notícias a respeito dessa publicação.

Ao analisarmos a evolução dos Boletins Epidemiológicos podemos apreender parte do desenvolvimento de Políticas Públicas na área das IST, HIV, aids e hepatites no Brasil. Isso também pode ser visto na evolução das Campanhas de Prevenção desenvolvidas pelo antigo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (Ministério da Saúde) em consonância com os debates internacionais, expressos pela UNAIDS (divisão da ONU responsável pelas ISTs/HIV e aids). Elas são organizadas e propostas a partir da análise dos boletins disponíveis e do movimento da sociedade civil.

Histórico das Campanhas de Prevenção da aids no Brasil

1998

A 1ª Campanha ocorreu em 1998 realizada para mobilizar a população jovem para a prevenção à aids e para a melhoria da qualidade de vida de jovens vivendo com HIV/aids. Buscava oferecer respostas à situação especial de vulnerabilidade dos jovens à infecção pelo HIV, evidenciada pela prevalência de mais de 30% dos casos conhecidos entre pessoas com idade entre 10 e 24 anos que vivem em países em desenvolvimento, a UNAIDS recomendou, como tema de 1998, "*Jovens: a força da mudança*". A partir daí, realizou-se campanha nacional, a mensagem escolhida procurava despertar o jovem para a seriedade e responsabilidade diante do problema, ao mesmo tempo em que convidava a sociedade a refletir sobre o seu enfrentamento.

Nesse mesmo ano, 1998, houve uma campanha visando prevenir o compartilhamento de agulhas e seringas e, conseqüentemente, reduzir a infecção

pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, o Programa Nacional de Aids lançou a campanha: *Se fosse seringa, você usava?* As imagens utilizadas na mensagem de prevenção causaram grande impacto, criando uma certa polêmica e estimulando o envolvimento de usuários de drogas injetáveis (soropositivos ou não) no debate sobre uma abordagem de saúde mais digna para essa parcela da população, que possibilitasse um resgate de sua cidadania e uma inclusão mais justa no contexto social. A partir desta data a sociedade civil e os movimentos sociais passam a contribuir para a elaboração das campanhas nacionais, via consulta prévia ou comissões nacional, estadual e/ou municipal.

1999

Em 1999, o Brasil foi escolhido como país sede para o lançamento da Campanha Mundial. Em uma cerimônia que contou com a presença do Presidente da República, do Ministro da Saúde e do Diretor Executivo da UNAIDS foi definido que, em todo mundo, as crianças e os jovens deveriam ser considerados populações prioritárias para a prevenção à aids, e que o diálogo é o melhor instrumento na defesa dos jovens contra a epidemia. "*Escute, Aprenda e Viva*": este foi o lema escolhido pela UNAIDS. A campanha no Brasil, utilizou o tema "*Escute, Aprenda e Viva sem Aids*" e contou com diversas ações de intervenção possibilitadas pela mobilização nacional em torno da data. Entre as principais, destacou-se mensagem veiculada em TV, spot de rádio, cartaz e dois grandes shows.

Também em 1999, para ampliar o número de pessoas vivendo com HIV que fazem uso correto dos medicamentos antirretrovirais, o Ministério da Saúde realizou uma campanha em parceria com os laboratórios internacionais. A estratégia da ação incluía a distribuição de estojos de medicamentos, a confecção de cartelas de programação de medicamentos, a produção de materiais gráficos educativos, com ênfase na responsabilidade individual da pessoa, e a realização de 40 treinamentos para 48 facilitadores de adesão ao tratamento. Esse momento é importante pois a terapia antirretroviral (ARTV) estava sendo implementada e as pessoas e profissionais de saúde estavam com dificuldades no gerenciamento das medicações.

A campanha nacional: *CAMISINHA: EU VIVO COM ELA*, de 1999, foi realizada em parceria com a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e Pela Vida, veiculada gratuitamente pelas emissoras de TV aberta. Personalidades de destaque na área artística participaram de forma voluntária nessa campanha, baseada na

importância do uso do preservativo e na prevenção da aids e direcionada à população geral de baixa renda. A iniciativa foi apresentada como uma mobilização da sociedade brasileira, sem assinaturas de instituições, indicando a força da sociedade civil na articulação das campanhas e das políticas de HIV/Aids.

Durante a 21ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1999, atentou-se para a especial vulnerabilidade a que estão expostas as pessoas do sexo masculino à infecção pelo HIV/aids. Constatou-se que:

1. A saúde masculina recebe pouca atenção, apesar da sua importância;
2. O comportamento do homem o expõe;
3. O comportamento do homem expõe a mulher ao HIV;
4. O sexo entre homens sem proteção ameaça tanto homens como mulheres; e
5. O homem deve considerar que a aids pode atingir a sua família.

2000-2001

Partindo desse paradigma, a UNAIDS recomendou a abordagem de gênero durante as ações que tradicionalmente se realizam por ocasião do Dia Mundial de Luta contra a Aids. Obedecendo a essas diretrizes, o Ministério da Saúde desenvolveu campanha nacional: *NÃO LEVE AIDS PARA CASA* em 2000. Apesar dessa campanha e da análise da UNAIDS a respeito da saúde masculina, após 20 anos, a problemática ainda permanece, temos poucas ações dirigidas a promoção de saúde e prevenção de doenças junto a população masculina.

Em 2001, o Ministério da Saúde permanece atento para a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids a que se expõem os homens brasileiros. De fato, os homens com prática homo, bi ou heterossexual são, na sua maioria, educados segundo os aspectos de masculinidade de nossa cultura, em que o ato e a prática sexual são muito valorizados. Isso tem estimulado/incentivado/permitido a busca do prazer sem medir as consequências: o homem que não usa camisinha continua mantendo a cadeia de transmissão do HIV. Por esse motivo, a mensagem da campanha de 1º de dezembro de 2001 recomendou aos homens brasileiros algo como: *“NÃO IMPORTA COM QUEM VOCÊ TRANSA, NÃO IMPORTA COMO. USE CAMISINHA. NÃO*

TRANSMITA, NEM SE INFECTE COM O HIV” A respeito do público da campanha, não se priorizou os homens que fundamentam suas relações com base na parceria única. A campanha considerou a diversidade sexual masculina, evitando qualquer abordagem que valorizasse apenas o universo heterossexual.

É importante notar que se inicia uma mudança, onde se insere abertamente a diversidade da prática sexual masculina. Mas até 2001, ainda as campanhas destinavam-se quase exclusivamente ao público masculino gay.

Em agosto de **2001** foi lançada no Congresso Nacional a Campanha **Travestis**, centrada no reforço a atitudes de respeito e de inclusão social desse grupo: *"TRAVESTI E RESPEITO: já está na hora de os dois serem vistos juntos. Em casa. Na boate. Na escola. No trabalho. Na vida"*.

2002-2004

Em 2002, iniciam-se as campanhas contra o estigma e discriminação da Aids: uma cena desfocada mostra uma mulher deitada com uma mancha vermelha como sangue em sua barriga. Agora, com a cena em foco, nota-se que é apenas uma mulher sorrindo, deitada no sofá, lendo um cartãozinho do namorado e com flores vermelhas sobre seu corpo. Locução: "Com preconceito é assim. Você não enxerga as coisas como realmente são". Assinatura: *"AIDS. O PRECONCEITO TEM CURA"*. Também nesse ano houve uma campanha visando as profissionais do sexo.

O FIQUE SABENDO de 2003 foi uma campanha para uma mobilização de incentivo ao teste de HIV e teve como objetivo conscientizar a população sobre a importância da realização do exame. Artistas e formadores de opinião já estão se envolvendo cada vez mais para incentivar a população a fazer o teste e diminuir o preconceito em relação ao HIV/aids. Fazer o teste de HIV é uma atitude que mostra como você se preocupa com a sua saúde. Essa campanha depois tornou-se uma política do MS.

Ao completar **20 anos de resposta à aids**, o Brasil chegou a **2003** com a data de **1º de dezembro** consolidada, sendo a principal pauta de todos os veículos de comunicação, data que é lançado anualmente o Boletim Epidemiológico de HIV e aids. Com esse espírito, todos os esforços foram empreendidos para apoiar e convocar para a mobilização os estados, municípios e a sociedade civil, em ações que **vão de dezembro a março de 2004**, mostrando o engajamento de todos para vencer o

preconceito. Entre as diversas ações programadas para o Dia Mundial de Luta contra a Aids, estas foram as principais:

- Colcha Da Solidariedade: crianças e adolescentes de vários estados do Brasil participaram da construção de uma colcha de 6.000 metros quadrados, que foi estendida na Praça dos Três Poderes no dia 1º de dezembro, em solenidade que contou com a presença do Ministro da Saúde, representantes da sociedade civil e trezentos estudantes representando todos os que contribuíram para a confecção da colcha.
- Lançamento Da Música Amor Cuidado: considerado o Hino de Solidariedade para este 1º de dezembro,
- Samba-enredo Da Grande Rio: "Camisinha: pecado é não usar". Esse tema marcou os vinte anos de combate à epidemia em uma das manifestações mais populares do país - o Carnaval.
- Lançamento do Selo Luta Contra O HIV/Aids: também no dia 1º, passou a estar disponível nas agências dos correios de todo o país o selo LUTA CONTRA O HIV/AIDS, Seminário 20 Anos de Aids - Desafios e Propostas: São Paulo, berço do primeiro Programa Estadual de Aids - e um dos marcos do início da luta contra a epidemia -, foi palco de uma discussão aprofundada sobre os principais obstáculos e possíveis soluções em relação à epidemia. No evento, também foi lançado o VÍDEO 20 ANOS DE AIDS, que conta um pouco a história da resposta brasileira e que foi distribuído em todo o país.

Em 2003, temos a 1ª. campanha de Carnaval voltada para a população **jovem feminina**, nas quais os novos casos de aids vêm superando as ocorrências entre os meninos de 13 a 19 anos de idade. Protagonizada pela cantora Kelly Key, a mensagem procurava estimular as jovens que iniciam a vida sexual a tomarem para si a responsabilidade da prevenção à aids, exigindo que o parceiro use o preservativo e não tendo vergonha de comprá-lo ou carregá-lo na bolsa. Essa campanha foi de certa forma um marco pois destinou-se a garotas que iriam iniciar sua vida sexual. Um público novo e alvo das políticas de prevenção. A mudança é importante pois ao mesmo tempo que mantém o foco das campanhas nos chamados grupos em situação de vulnerabilidade também começou a focar outros setores da população afetados

pela infecção HIV, mas não os tradicionais (Homem que faz Sexo com Homem [HSH], profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis).

Os novos números da aids confirmam uma maior "feminização" da epidemia ano a ano, apontando as mulheres como a população na qual a epidemia de aids mais cresce no país. As meninas, geralmente, têm suas primeiras relações sexuais com parceiros mais velhos que elas. O abandono do uso do preservativo está relacionado com a presença da afetividade e do entendimento do casal de que estão vivendo um relacionamento de confiança ("estável"). Nesse imaginário social, observamos que:

- As meninas associam o preservativo à prevenção da gravidez e os meninos à prevenção da aids e de outras IST.
- Entre os 16 e 19 anos, as mulheres têm mais relações sexuais que os homens da mesma idade por estarem em relacionamentos considerados "estáveis".
- Nessa mesma idade, os homens têm mais parceiras. A relação estável para o homem acontece mais tarde.
- Temos a seguinte proporção de jovens com idades entre 15 e 24 anos que descontinuaram o uso do preservativo por "conhecerem" o parceiro ("relação estável"): homens (72,6%); mulheres (43,8%)

Assim, a partir de **2004** as campanhas focam nitidamente **mulheres**. E é também a partir dessa data que se iniciam as campanhas de prevenção contra **Aids** e Sífilis. Vale lembrar aqui que o foco tem sido a transmissão vertical, o foco ainda centrado na mulher como mãe e não como parceira sexual.

2005-2006

Em 2005 inicia-se campanha com o tema do **racismo**. Este tema foi escolhido a partir da perspectiva de que a população negra nunca foi alvo de campanhas de prevenção, - e tem sido negligenciada em várias políticas - sendo que representa 47,3% da população brasileira, segundo o IBGE. Essa representatividade aumenta quando verificamos que engloba a aproximadamente 65% da população de baixa renda. No Brasil, apesar da tendência de estabilização da epidemia, os casos

de aids vêm aumentando entre a população mais pobre, em que a população negra encontra-se em maior proporção.

Em 2006, pela 1ª vez, a campanha focou pessoas que vivem com HIV/aids, com base no conceito de *Prevenção Positiva*. A Prevenção Positiva é a prevenção voltada para as pessoas que vivem com HIV/aids. A partir do tratamento, elas têm maior qualidade de vida, novas perspectivas, o desejo de relacionar-se afetivamente, trabalhar, estudar, ter filhos, enfim, ter projetos de vida. Isso se tornou uma questão importante, não só para essas pessoas, mas para toda a sociedade. Daí a importância de combater a discriminação, o preconceito e o estigma que envolve a doença por meio do protagonismo das pessoas que vivem com HIV. Esse movimento de autocuidado e qualidade de vida decorre do sucesso na maioria dos casos da TARV, das demandas do movimento da sociedade civil e do maior conhecimento sobre o HIV.

2008-2009

Começa-se a pensar em outras populações além das mulheres em idade reprodutiva e HSH, em 2008, o público-alvo foi a população heterossexual com mais de 50 anos de idade. A sociedade e o MS começam a pensar na sexualidade de pessoas mais velhas. O foco foi homens maduros das classes C e D. A escolha desse público deu-se, principalmente, porque a incidência HIV/Aids praticamente dobrou nessa população, que não foi educada para o uso da camisinha, quando se iniciou sexualmente. *SEXO NÃO TEM IDADE, PROTEÇÃO TAMBÉM NÃO; CAMISINHA DEPOIS DOS 50: EXPERIMENTA*

A partir de 2008, as campanhas focam todas as pessoas que podem envolver-se sexualmente, apesar de manter o foco nos homens HSH, apresentam a diversidade da sexualidade e das práticas sexuais, enfatizando a prevenção do uso da camisinha, eliminar a discriminação tanto sexual como racial. Pesquisas sobre o comportamento da população brasileira alertam para o fato de que, apesar de as pessoas possuírem informações sobre as formas corretas de prevenção ao HIV/aids, o preconceito e a discriminação às pessoas vivendo com o HIV/aids ainda é muito forte na nossa sociedade até os dias de hoje.

É importante apontar que também a partir de 2009, o antigo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e a Conferência Nacional dos

Bispos do Brasil (CNBB) se unem em uma ação inédita e histórica. A Igreja Católica mobilizou suas pastorais e movimentos religiosos, além da rede de saúde e meios de comunicação, para sensibilizar os fiéis sobre a importância da testagem para HIV na população geral e para sífilis entre as gestantes.

Desde 2009, o antigo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde passou a aproveitar todas as datas nacionais para fazer campanhas de prevenção: dia das mães, dias de lutas de HIV, hepatites, construindo parcerias com diversos segmentos da sociedade e com foco mais amplo nas diferentes demandas das populações brasileiras. Dessa forma, a Política de HIV/Aids vai se desenvolvendo de maneira mais ampliada do que como começou em 1985, abrangendo além das populações vulneráveis também a população em geral e a diversidade sexual.

Anos 2010

Um marco da campanha de 2015 foi a ampliação da população inserida no foco da prevenção e do cuidado em saúde com a inclusão das mulheres lésbicas na prevenção das ISTs. O Ministério da Saúde, lança em 2015 uma campanha com o slogan “Cuidar da Saúde de Todos. Faz bem para a Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil”, a campanha lançada se inseriu nas comemorações do Dia Nacional da Visibilidade Lésbica (29 de agosto). O objetivo era sensibilizar os trabalhadores, gestores e profissionais de saúde que atuam no SUS para oferecer um acolhimento e atendimento com escuta qualificada e humanizada às mulheres lésbicas e bissexuais.

Com o avanço do conhecimento dos mecanismos de ação do HIV, a melhoria na TARV, prevenção combinada e as demandas dos movimentos da sociedade civil chegamos em 2018, com a campanha “Sou + indetectável” indicando uma mudança na forma de assistência a pessoas vivendo com HIV. A campanha indetectável retratou histórias de 13 pessoas que vivem com HIV e se tornaram indetectáveis após adesão ao tratamento. Essas histórias estavam divididas em duas etapas, sendo a primeira com pessoas que vivem com HIV e receberam o diagnóstico recentemente e outras que descobriram ser HIV positivo nos anos 80 e 90, logo no início da epidemia de AIDS no mundo. Todos os personagens contam em suas histórias como receberam o diagnóstico, a luta pela aceitação e as dificuldades para aderirem ao tratamento. O manejo clínico expresso na fórmula I=I (Infectável =

Intransmissível), indica uma conquista da sociedade e possibilidades de maior qualidade de vida da PVHIV.

Nesse ano de 2019, iniciam-se ações com foco na qualidade de vida da população LGBTI, amplia-se a perspectiva de quem tem direito a qualidade de vida. As pessoas LGBTI são obrigadas a lidar com o estigma e a discriminação e são frequentemente confrontadas com a falta de oportunidades econômicas e de acesso a cuidados sociais e de saúde. Esta população também está em risco muito maior de se infectar pelo HIV. Estimativas mostram que o risco de infecção pelo HIV é 27 vezes maior entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens e 13 vezes maior entre pessoas trans, mas estudos também mostram que muitos evitam procurar serviços de saúde por medo do estigma e da discriminação. Embora já existam estudos que avaliam o bem-estar das pessoas LGBTI pela medição dos níveis de violência, situação jurídica e saúde e, muitas vezes, risco e infecção pelo HIV poucos olham para o bem-estar mental das pessoas LGBTI, que é essencial para garantir a saúde geral e o acesso a oportunidades econômicas. Segundo a UNAIDS também faltam dados sobre pessoas LGBTI na África, Ásia e América Latina.

Desafios para a prevenção da aids nos dias atuais

Para finalizar nosso relato histórico não poderíamos deixar de apontar as contradições e movimentos de retrocesso nas conquistas democráticas. Apresentamos as últimas manifestações da sociedade civil organizada frente a limites e pressões do governo ao Programa Nacional de IST/HIV/Aids: “O movimento nacional de luta contra a AIDS, formado por redes, coletivos, organizações e ativistas, repudia o Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que modifica a estrutura do Ministério da Saúde. Por meio desse decreto, o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais passa a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Não se trata apenas uma questão de nomenclatura: é o fim do Programa Brasileiro de AIDS. O governo, na prática, extingue de maneira inaceitável e irresponsável um dos programas de AIDS mais importantes do mundo, que foi, durante décadas referência internacional na luta contra a Aids. Mais do que um programa, esse Decreto acaba com uma experiência democrática de governança de

uma epidemia baseada na participação social e na intersectorialidade. Prova disso é que há pouco mais de um mês, nas reuniões da Comissão Nacional de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais (CNAIDS) e da Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS) absolutamente nada se falou sobre o Decreto e nenhuma informação foi prestada sobre suas potenciais consequências.

O programa brasileiro de resposta à Aids foi, durante décadas, referência internacional na luta contra a AIDS. A relação única de combate e colaboração com uma pujante sociedade civil, a decisão corajosa de oferecer tratamento antirretroviral universal e gratuito, a ousadia nas campanhas de prevenção fez a resposta brasileira ao HIV destaque em inúmeros foros internacionais e inspiraram outros países em desenvolvimento.

O marco simbólico de ter uma estrutura de governo voltada para o enfrentamento a Aids, é indicativo da importância que se dá a epidemia. Por mais que se afirme que "nada mudará", o que fica é o descaso com uma doença que mata cerca de 5 mil pessoas por ano e que, longe de estar controlada, continua crescendo, especialmente populações pauperizadas e estigmatizadas, já tradicionalmente excluídas e que com este ato se tornam mais invisíveis e desrespeitadas.

A resposta ao HIV construída no Brasil não nasceu do dia para noite. Ao contrário, foi conquistada por meio de mais de três décadas de luta diária das pessoas vivendo e convivendo HIV/AIDS, população LGBT, negras e negros, mulheres, pessoas trans, jovens e ativistas. Essa ação do governo federal, extinguindo o programa brasileiro se insere numa forma de pensar a sociedade que invisibiliza existências que, por não conseguir entender que a vida é complexa e potente, mata simbólica e fisicamente diversas populações.

Contra a política de morte, gritamos: VIVA A VIDA! Não nos calaremos frente ao fim do departamento que salvou milhares de vidas. Pela manutenção do Departamento de AIDS! Nem um direito a menos!" (Articulação Nacional de Luta contra a Aids (An aids); Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA); Fórum de ONGs AIDS/SP; Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids).

Esse quadro do panorama das ISTs e da epidemia de HIV e aids serviu de pano de fundo para a revisão e formatação do texto que ora apresentamos.

As noções referidas acima serão retomadas nos quatro eixos organizadores do texto. Os princípios doutrinários do SUS estão presentes em todos os eixos, mas estão particularmente presentes nas reflexões sobre capacitação (eixo 2) e gestão (eixo 4). A vulnerabilidade, os direitos humanos e a ética são focos principais das considerações sobre a dimensão ético-política (eixo 1), a vulnerabilidade é também central na discussão sobre a prática da(o) psicóloga(o) no contexto do HIV e aids (eixo 3), aspecto esse que está atravessado, também, pelos desafios colocados pelas propostas de humanização.

Um alerta, as considerações sobre a prática de psicólogas(os) nesse contexto, derivadas da experiência de quem atua e pesquisa no campo das DST e aids, têm por pressuposto que este, assim como o campo da saúde como um todo, está em contínuo movimento, respondendo à processualidade das dimensões sociais e políticas das questões relacionadas com a saúde. Para além de diretrizes, trata-se, portanto, de um convite ao diálogo e à reflexão sobre a prática.

Versão de Consulta Pública

EIXO 1 - Dimensão Ético-Política da Atuação Profissional no campo das ISTs, HIV e AIDS.

A dimensão ético-política da atuação da(o) psicóloga(o) se refere ao reconhecimento das diretrizes éticas que norteiam as práticas profissionais (Código de Ética e Resoluções pertinentes ao campo) e dos elementos sócio-políticos e econômicos que incidem sobre a área de atuação. A confluência desses dois vetores engendram a prática profissional da(o) psicóloga(o) impondo limites e abrindo possibilidades que se configuram no papel da psicologia, sua intencionalidade e orienta o entendimento da postura a ser considerada adequada frente às demandas apresentadas pelo campo. Assim, delineando o compromisso social da categoria subjacente às práticas profissionais.

As ISTs, HIV e AIDS são enfermidades acolhidas e tratadas no campo da saúde pública brasileira através de políticas públicas específicas, tendo em vista às características historicamente epidêmicas de algumas dessas infecções e da AIDS e também pela singularidade da transmissão, predominantemente por via das atividades sexuais. Tais aspectos articulados, posicionaram as políticas públicas de prevenção e tratamento de ISTs, HIV e AIDS num patamar de atenção especializada.

As nomenclaturas utilizadas atualmente: ISTs, HIV e AIDS, foram, no passado, carregadas de preconceito e discriminações, pelas quais eram nomeadas de doenças venéreas e no caso da AIDS de “câncer gay”. Esses significados, ainda que ausentes das políticas públicas oficiais, permaneceram no cotidiano e na concepção dos usuários dos serviços de saúde, indicando a estreita relação desse conjunto de enfermidades com práticas de exclusão e violência associadas às expressões da vida sexual e das questões de gênero.

Para aprofundarmos a discussão ético-política, faremos uma contextualização sobre as políticas públicas nesse campo de atuação, considerando os indicativos epidemiológicos que fornecem pistas quanto ao público atendido e apontam para demandas éticas específicas e discutiremos as diretrizes normativas que podem contribuir para a produção de uma prática articulada com os Direitos Humanos e com o compromisso social da Psicologia.

1.1-Sobre as Políticas Públicas no Campo das ISTs, HIV e AIDS.

Atualmente, as políticas públicas direcionadas à ISTs, HIV e AIDS são organizadas separadamente no âmbito do Ministério da Saúde e são compostas por Diretrizes Gerais e Programas Específicos que são desenvolvidos nos Estados e Municípios de modo descentralizado, com base territorial e preferencialmente envolvendo ações intersetoriais.

Políticas públicas são aqui entendidas como ações do governo, definidas, de preferência, com ampla participação, voltadas para atender as necessidades da população (TEIXEIRA, 1997; SPINK, 2007). A sociedade civil tem papel fundamental no encaminhamento das demandas de resolução dos problemas sociais e na influência da criação de determinadas políticas. É na articulação entre governo e sociedade civil que se dá a criação de políticas públicas, envolvendo, portanto, atores e etapas distintas:

- a) a quem ela se destina e deve beneficiar;
- b) quem elabora a política;
- c) o executor das diretrizes de determinadas políticas, que transforma a teoria em prática (CAPELLA, 2007).

De tal modo, as questões e problemas que se tornam agenda dependem principalmente da política dos diferentes governos e de quem efetua a ação, seja o gestor ou o profissional que atende diretamente quem precisa da ação, e esses desempenham importante papel no cenário das políticas públicas sobre determinada problemática.

Destacaremos alguns aspectos do extenso conjunto de ações e programas para prevenção e tratamento das ISTs, HIV e AIDS, buscando quando possível as interrelações e influências que tais políticas sofreram decorrente das diferentes formas de gestão.

1.2-Aspectos Epidemiológicos

A leitura dos dados epidemiológicos acerca das enfermidades que são alvo da atuação da(o) psicóloga(o) é fundamental para indicar elementos que caracterizam as pessoas a serem atendidas, possibilitando melhor preparo para acolhimento das demandas esperadas do público alvo. Além de facilitar o entendimento de alguns

determinantes sociais do processo saúde/doença, que contribui para efetivação de programas de prevenção e planejamento mais minucioso das ações de cuidado integral da saúde.

Trataremos dos dados epidemiológicos da infecção pelo vírus HIV para exemplificar o modo de análise que sugerimos às psicólogas para respaldar suas práticas, contudo é importante pesquisar e estudar as epidemiologias também das outras ISTs.

No caso específico de HIV e Aids, destacamos os dados do Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde em 2018, que apontou aspectos relevantes sobre o perfil das pessoas que foram diagnosticadas com a infecção pelo HIV, o que consideraremos nesse capítulo com a finalidade de discutirmos às implicações para a dimensão ético-política.

De 2007 até junho de 2018, foram notificados 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil, através do Sinan do Ministério da Saúde (Sistema de Informação de Agravos de notificação). Sendo a proporcionalidade por sexo dividido em **um total de 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres.**

No que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se **na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,6% dos casos.**

Com relação à raça/cor da pele autodeclarada, observa-se entre os casos registrados no Sinan **no período de 2007 a junho de 2018**, 46,1% ocorreram entre brancos e **52,9% entre negros** (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 11,4% e 41,5%, respectivamente).

No sexo masculino, 48,0% dos casos ocorreram entre brancos e 50,9% entre negros (pretos, 10,3% e pardos, 40,7%); **entre as mulheres**, 41,9% dos casos se deram entre brancas e **57,1% entre negras (pretas, 13,9% e pardas, 43,2%).**

Com relação à forma de contaminação, entre os homens, no período observado, verificou-se que **59,4% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual e 36,9% heterossexual**, e 2,6% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, nota-se que **96,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,6% na de UDI** (Ministério da Saúde, 2018).

As informações acima descritas apontam algumas características importantes para o reconhecimento do público atendido: são homens jovens com práticas sexuais geralmente não heterossexuais com uma leve superioridade de negros e pardos e também são mulheres jovens predominantemente heterossexuais e com maior incidência entre negras e pardas.

Esses indicativos de perfis podem contribuir para preparar a equipe multiprofissional e a psicóloga para o reconhecimento de aspectos ético-políticos que se relacionam aos elementos de vulnerabilidade associadas aos grupos populacionais. Veremos a seguir algumas discussões sobre esses aspectos.

1.3-Enfrentamento da LGBTFobia e demais preconceitos e discriminações

As inquietações que envolvem as práticas sexuais e as questões de gênero nas sociedades ocidentais, amplamente discutidas por Foucault, Butler e Rubin como temas apensados aos problemas políticos, morais, religiosos, jurídicos e científicos, indicam que sexualidade e gênero são assuntos em evidência e que sinalizam disputas por modos de viver e valores que organizam as coletividades.

Há, em voga na sociedade, concepções (que permanecem ainda hegemônicas) que naturalizam e hierarquizam as práticas sexuais, elegendo a prática ou desejo heterossexual como padrão de normalidade (heteronormatividade) e que também essencializam e aprisionam homens e mulheres em rígidos papéis sexuais e de performances de gênero a partir de suas características biológicas (cisnormatividade). As referências de normalidade para a sexualidade e gênero se referem ao sexo marital, heterossexual, monogâmico, preferencialmente para fins de reprodução, com homens em posições ativas e mulheres passivas.

As vivências e práticas associadas à homo-bissexualidade, as expressões de gênero trans (transexuais e travestis) são recebidas usualmente com manifestações de preconceitos, discriminações e violências de diferentes tipos, podendo chegar inclusive ao assassinato.

Os estudos de sexualidade e gênero no decorrer do século XX e em desenvolvimento no atual momento histórico são contundentes que reconhecer que não há patologias ou problemas morais em pessoas não heterossexuais, bem como evidenciam que as expressões de gênero associadas às masculinidades e

feminilidades são condicionadas predominantemente por elementos da conjuntura socioeconômica e cultural, não cabendo afirmações sobre um único modelo de homem e de mulher. Inclusive desnaturalizando a relação entre diferença sexual e gênero, ou seja, a fórmula: macho=masculino e fêmea = feminino, não corresponde às evidências históricas e antropológicas (Mead).

Essas expressões de violência direcionadas ao grupo de pessoas nomeadas (ou autodenominadas) de LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) são sintetizadas no termo LGBTfobia, que representa as manifestações de violência, preconceito e discriminações dirigidas à essa população.

Para o profissional de Psicologia atuando no campo dos agravos em saúde que são decorrentes, em sua maioria, das práticas sexuais que são consideradas por segmentos da sociedade como desviantes, imorais e/ou pecaminosas, há a necessidade de especial cuidado ético no reconhecimento das possíveis violências e preconceitos vivenciados pela pessoa atendida.

Cabe destacar que as expressões da LGBTfobia também se referem ao cuidado com as concepções que são difundidas pela equipe multiprofissional (onde a psicóloga está inserida) dos serviços.

Para compor as referências éticas que subjazem a atuação profissional no campo das ISTs, HIV e AIDS, destacamos algumas linhas norteadoras do Código de Ética, juntamente com a Resolução CFP 01/99, Resolução CFP 18/02 e Resolução 01/18.

1.4-Direitos Humanos e Código de Ética

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) traz princípios que devem nortear o trabalho da(o) psicóloga(o), como se encontra citado no Princípio Fundamental I do Código de Ética profissional: “O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p.7).

A Declaração Universal e outros vários acordos internacionais – convenções e pactos dos quais o Brasil é signatário – são fundamentais para a definição de políticas públicas voltadas para a promoção, garantia e defesa dos direitos humanos, dentre as quais se destacam: a *Convenção sobre a Eliminação de*

todas as Formas de Discriminação Racial (1965), o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979) e a Convenção sobre os Direitos das Crianças (1989).

No caso da Aids, além dos acordos mencionados, a Declaração de Compromisso sobre o HIV/Aids, de 2001 (UNAIDS, 2001), é referência para as ações de políticas públicas. A Declaração resultou da reunião de representantes de vários países em torno da discussão do problema da aids no mundo e da definição de objetivos e de diretrizes comuns para combatê-la. “Ela visa ao melhor gerenciamento das ações e recursos destinados ao seu controle e para o exercício do controle social sobre as políticas públicas de HIV/Aids.” (GRANGEIRO et al., 2006, p. 5).

Com a Declaração da UNGASS, foram estabelecidas metas acerca de temas principais, divididos em 11 capítulos: 1) liderança; 2) prevenção; 3) cuidados, apoio e tratamento; 4) o HIV/aids e os direitos humanos; 5) a redução da vulnerabilidade; 6) as crianças órfãs e as que ficam vulneráveis por causa do HIV/aids; 7) atenuação do impacto social e econômico; 8) investigação e desenvolvimento; 9) o HIV em regiões afetadas por conflitos e catástrofes naturais, 10) recursos; 11) atividades em seguimento.

Os temas contemplados nos capítulos podem contribuir também para o planejamento de ações locais, considerando-se o contexto de cada região, as populações mais vulneráveis e os recursos existentes.

Em vários dos capítulos da UNGASS, é abordada a importância de as pessoas terem acesso a cuidados psicossociais de qualidade sempre que necessitarem, sendo colocados como desafio e estratégia a ampliação desse tipo de atenção, como citado, por exemplo, no capítulo 57, “estabelecer estratégias nacionais visando a proporcionar assistência psicossocial aos indivíduos, às famílias e às comunidades afetadas pelo HIV/Aids.” (UNAIDS, 2001).

Dessa forma, as(os) psicólogas(os) que atuam junto a essa população têm papel importante na identificação de vulnerabilidades², violação, defesa e promoção

² No eixo 2: A Psicologia e o campo de IST/Aids há uma discussão sobre vulnerabilidade.

dos direitos humanos no cotidiano de seu trabalho com os indivíduos, grupos e comunidades, ou seja, “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.” (AYRES et al., 2003, p. 118).

A esse respeito, o posicionamento crítico deve permear as práticas da(o) psicóloga(o) em todas as ações desenvolvidas.

Ações informativas e reflexivas, dirigidas a pessoas vivendo com DST/HIV/aids, a seus familiares e parceiros/ as, bem como à equipe multiprofissional e à comunidade, podem ser realizadas também através de encaminhamento para outros profissionais da equipe e ainda para assessorias jurídicas e/ou comissões específicas que atuem na defesa dos direitos humanos. A violação dos direitos aumenta a vulnerabilidade e a dificuldade de acesso aos cuidados de prevenção e de tratamento. Assim, são necessárias ações contínuas para a promoção e a garantia da aplicação dos direitos humanos.

Cabe destacar também os Princípios Fundamentais II e III do Código de Ética que Psicologia que apresentam as seguintes diretrizes:

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural (CFP, 2005)

O Princípio Fundamental II convoca a(o) psicóloga(o) atuar de forma ativa na eliminação das violências, discriminações, opressões, dentre outras, indicando nitidamente que a postura ética da profissional frente às LGBTFobia e preconceitos também muito atuantes na sociedade brasileira como o racismo e o machismo, implica numa atitude ética-política de interdição, impedimento, bem como prevenção e intervenções educativas na perspectiva de mudar concepções e preconceitos.

O Princípio Fundamental III direciona a psicóloga a atuar a partir de uma análise de conjuntura da realidade histórica, social, política, econômica e cultural, sempre referendada por bases científicas, filosóficas e epistemológicas do campo das Ciências Humanas, pautado pela laicidade e respeito à diversidade. Essa diretriz ética indica que a prática profissional e o próprio objeto de estudo da Psicologia

(subjetividade) não está desconectada das determinações sociais, culturais e históricas. Não há uma subjetividade ou personalidade ou comportamento que seja isolado do contexto social. E também não é possível desvincular a prática profissional do modo como se organiza a sociedade e do papel desempenhado/esperado pela/da Psicologia no mundo social.

Em decorrência dessas implicações, o trabalho da psicóloga na área de ISTs, HIV e AIDS deve reconhecer as forças em disputa atuantes sobre as políticas públicas que envolvem os temas relacionados a sexualidade e o gênero. E também se posicionar de modo crítico, no sentido de problematizar concepções essencialistas, naturalizantes da heteronormatividade e dos padrões de gênero que estimulam preconceitos e que impedem ações educativas e preventivas e afetam a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV ou que estão em tratamento de outras ISTs ou AIDS.

1.5-Reflexões acerca do Sigilo Profissional

Fundamentada nos direitos humanos, no direito à privacidade, no Brasil e em vários países do mundo, existem legislações sobre os aspectos ético-legais acerca das informações a que uma pessoa tem direito sobre sua doença e tratamento.

Muitas legislações versam também a respeito da comunicação e do sigilo do diagnóstico por profissionais, por pessoas da sociedade civil em geral e mesmo pelas pessoas do convívio familiar e social da pessoa vivendo com HIV/aids.

O sigilo profissional tem como principal objetivo a proteção do usuário dos serviços dos profissionais. Conforme o Código de Ética das psicólogas (art. 9º), “É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações a que tenha acesso no exercício profissional.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p.120).

No caso da pessoa com HIV, com suspeita de ter HIV, de familiares e de parceiros, o sigilo diz respeito a aspectos de sua intimidade que precisam ser preservados. (FAGUNDES JÚNIOR, 2002). Estes podem se dar, por exemplo, em torno da necessidade de manter em segredo que fez um exame anti-HIV, que tem HIV, que tem outra DST e/ou sobre a orientação sexual, daí a importância da

concepção de uma ética dialógica que leve em conta os vários aspectos e contextos das pessoas envolvidas tanto na assistência e prevenção como em pesquisa. (GUARESCHI, 2000; SPINK, 2000). Deve haver um exercício ético que inclua a pessoa no processo de reflexão e decisão, pois quem vai de fato indicar qual ou quais informações deseja manter em sigilo, ou tornar públicas, se terá ou não filhos, para quem contar ou não que tem HIV/aids ou outro aspecto envolvido no cuidado da PVHA é a pessoa atendida, e, portanto, ela deve ser consultada sobre isso. Obviamente, a qualidade do vínculo estabelecido entre a pessoa atendida e o profissional que a atende é fundamental para o melhor encaminhamento possível frente à complexidade do campo específico.

As referências ou referenciais éticos para a condução do exercício profissional são pautados nos Códigos de Ética de cada Conselho profissional, nas diretrizes específicas do campo de atuação bem como nas respostas construídas em contextos específicos pelas(os) psicólogas(os) e pela equipe interdisciplinar.

Destaca-se, assim, que os princípios éticos devem ser norteadores para a construção de uma prática ética contextualizada, pertinente às diversas realidades com que se depara no dia a dia. Portanto, não são fórmulas aplicáveis a todas as realidades indiscriminadamente. Como ressaltamos, um posicionamento ético responsável é marcado por reflexões críticas constantes acerca das possibilidades intervenção profissional. Na prática cotidiana, a(o) psicóloga(o) pode, em determinado momento, perguntar-se se possui os recursos teóricos e técnicos para atender determinada demanda que lhe é dirigida, se o encaminhamento cabe a outro profissional da área ou da equipe multiprofissional qualificado teórica e tecnicamente para o desenvolvimento de uma ação, ou ainda, se a intervenção precisa ser conjunta.

1.6-Resoluções CFP 01/99, CFP 01/18 e CFP 18/02.

A Resolução CFP 01/99 direciona a atuação profissional no que diz respeito a homossexualidade. A Resolução CFP 01/18 norteia o fazer da Psicologia no que se refere às questões da transexualidade e travestilidade. A Resolução CFP 18/02 orienta a atuação no que tange às questões étnicos-raciais.

Esse conjunto de Resoluções representa um explícito posicionamento da profissão para dar conta de especificidades decorrentes das expressões da

LGBTfobia e do racismo e os impactos desses na subjetividade e na vida social. Indicam um conjunto de providências para que a Psicologia não contribua para perpetuação dessas formas de preconceito e ainda se posicione de modo a enfrentar as concepções e práticas no cotidiano de trabalho que efetive estigmatizações e violências.

Considerando que os dados epidemiológicos identificados (2018) ainda apontam que as pessoas infectadas pelo HIV são predominantes jovens homossexuais ou HSH e que há mais infectados entre a população negra e parda, as diretrizes éticas apontadas nas Resoluções indicadas acima, são fundamentais para atuação profissional. As vivências de preconceito e discriminações são elementos importantes para entender processos que impedem ou dificultam a qualidade de vida e os cuidados à saúde da população mais comumente atendida (LGBTs, HSH, mulheres negras e pardas).

Assim, é necessário considerar que o trabalho de todos os profissionais de saúde deve ser pautado pelos direitos humanos e pela busca da superação de toda e qualquer forma de discriminação, o que significa dizer que as(os) psicólogas(os) precisam incluir no seu dia a dia trabalhos que visem à eliminação ou à diminuição do estigma, preconceito e discriminação, como, por exemplo, a defesa do direito à reprodução, à igualdade de gênero e ao trabalho, assim como o direito de as pessoas serem tratadas de forma igualitária e de terem acesso a cuidados de prevenção e a tratamento de saúde.

Atualmente, muitas pessoas ainda são discriminadas em função do diagnóstico de HIV/aids ou mesmo por suspeita de ter HIV positivo, conforme explicitado no seguinte exemplo:

A minha sugestão é que se aborde o paciente no corredor do ambulatório, enquanto ele espera pelo atendimento médico, isso faz com que ele se sinta acolhido e aceito, entretanto, é preciso que se faça isso com muita discrição, pois o paciente de HIV tem uma grande resistência e um medo enorme que se descubram que ele é um portador do vírus, porque ainda hoje se encontra tanto preconceito, e este existe de verdade, e, de acordo com minha experiência ali, por quase 5 anos, pude testemunhar que esse medo não é uma fantasia deles, mas uma dura realidade. Precisamos, a qualquer custo, preservar a identidade de todos os nossos pacientes, especialmente a dos portadores do vírus do HIV. (D21) 5.

De certo modo, muitas dessas ações sugeridas nesse documento já estão presentes no cotidiano de trabalho de psicólogas(os) que atuam nesse campo, como indica a pesquisa Crepop/CEAPG. Os(as) participantes se referiram, por exemplo, à

realização de grupo de mulheres com foco nos “direitos humanos e reprodutivos”, “grupos de promoção de DH” e ações relacionadas ao controle social. O trabalho em rede, buscando garantir o acesso a serviços e os direitos também foi apontado, como indica o seguinte exemplo: “Discuto as dificuldades com a equipe com a qual trabalho e faço os encaminhamentos/reuniões com os setores com os quais a demanda me leva a trabalhar - Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Saúde, direitos humanos, etc.”. (B190).

A pesquisa também indica, porém, que, no cotidiano do trabalho, há muitos desafios a serem enfrentados, e que é preciso buscar mecanismos que possam auxiliar os profissionais desse campo a superarem essas dificuldades, como ressalta o seguinte exemplo: “Acredito que se faz necessário maior espaço de produção, publicação e publicização das práticas psi no campo das políticas públicas aliadas ao campo dos direitos humanos.” (D101).

Versão de Consulta Pública

EIXO 2 – A PSICOLOGIA E O CAMPO DE IST/AIDS

Para se analisar as relações da Psicologia com o campo de IST/aids é necessário ter como um dos parâmetros o fato de que o Programa Nacional de IST/HIV e Aids se insere nos princípios do SUS de integralidade, igualdade, regionalização e equidade, como discutiremos neste eixo. Além disso, considerando a especificidade das vias de infecção e os aspectos sociais e subjetivos suscitados pela epidemia, relacionados ao preconceito e discriminação das pessoas que vivem com HIV as práticas devem também considerar os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, resolutividade.

2.1-Considerações sobre a subjetividade: implicações para a prática profissional no campo da saúde

Podemos tomar Gonzalez Rey (1997) como referência para delimitar subjetividade, como a constituição psíquica, o mundo interno singular do sujeito individual, que integra processos e estados experienciados por ele nos diferentes momentos de sua inserção no mundo e de suas ações sociais, momentos estes que implicam em sentidos subjetivos e configurações subjetivas singulares, que nos permitem apreendê-la. A subjetividade também se expressa como constituinte da vida social - a subjetividade social – integrando dialeticamente indivíduo e sociedade; o singular e o plural. É dessa perspectiva que analisaremos as práticas profissionais no campo da saúde e, especificamente da Psicologia.

A perspectiva da integralidade da saúde coloca, para a formação e a atuação prática do/as profissionais, o desafio de não dicotomizar a atenção individual da coletiva, a qualidade de vida (biologia) com o andar da vida (produção subjetiva), a atenção à saúde igualitária e com a equidade dos trabalhos educativos junto à população. Para isso, é necessário efetivar o trabalho em equipe multi e interdisciplinar desde o processo de formação profissional e estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção da saúde, tanto no âmbito individual como no âmbito coletivo. Por isso, a discussão da integralidade e dos demais princípios do SUS perpassa pela formação profissional e educação permanente das equipes de saúde. (MACHADO et al., 2007).

As práticas profissionais explicitam a(s) concepção(ões) de saúde assumida(s) pelo/as profissionais que compõem as equipes. Uma possibilidade é ter como pressuposto que a dialética saúde-doença integra as dimensões da biologia, da ecologia, da sociologia, da economia, da cultura, da subjetividade de cada ser humano e dos valores e significações que são atribuídos à vida expressas na subjetividade social. Essa concepção permite romper uma visão ideológica de saúde e doença, onde estas aparecem como responsabilidade única e exclusiva do indivíduo (vale lembrar que a concepção que se sobressai no campo das IST/ aids é a biomédica, segundo a pesquisa desenvolvida a respeito das práticas profissionais dos psicólogos(os) em políticas públicas pelo CFP (2007, p. 5), e as questões sociais, culturais e históricas ficam reduzidas à ações individuais, como pode ser observado no imaginário popular onde grassam concepções de doença como culpa, castigo por ações ou omissões individuais próprias e/ou de parentes próximos. (BERLINGUER, 1988; ZAMBENEDETTI & BOTH, 2013).

Os limites à saúde podem ocorrer devido a mal-estar, insegurança social, estresse, tensões no ambiente social, déficits orgânicos, problemas ambientais e ecológicos. Disso decorre que a saúde demanda um projeto social com as dimensões econômica, política, social, médica e psicológica (SAN MARTIN, 1986; ILLICH, 1981; COHN et al., 1991; ANÉAS & AYRES, 2011; AYRES, 2009; FRANCO & MERHY, 2004). É essa perspectiva integrativa e plural que permite falar da Psicologia na saúde.

A saúde não é dada, mas é uma conquista de cada um/a, da comunidade e da sociedade em geral, e expressa a subjetividade individual e social de um determinado momento histórico. Cabe à Psicologia importante papel como facilitadora do desenvolvimento desse projeto individual e coletivo que possibilite saúde e qualidade de vida aos cidadãos.

Promover saúde e cidadania é um processo que capacita a população a ter controle e a desenvolver sua própria qualidade de vida, portanto, está diretamente relacionada com a construção da subjetividade individual e social expressas no desenvolvimento da consciência individual e do grupo. Nesse sentido, envolve o trabalho com toda a população, e não só com a população em situação de

vulnerabilidade aumentada. (AYRES, 1997; BRASIL, 1999a, 2000a).³ A implementação de ações de promoção da saúde demanda capacitar a população a assumir controle e responsabilidade por meio de ações espontâneas e planejadas, o que requer que a informação esteja disponível a todos. A informação é o primeiro passo para se assumir controle e responsabilidade sobre as ações de cidadania, que deverá ser seguida de reflexão e da organização individual e dos diferentes grupos que compõem o território para as ações se efetivarem. É a possibilidade de exercer controle social sobre as políticas públicas e sociais, que dependem de vontade política, portanto, de participação pública e concreta de todos os atores envolvidos. (FRANCO & MERTHY, 1999; 2004; IYDA, 1992; BERLINGUER, 1993); como apontado e descrito na Introdução nas histórias do movimento da sociedade civil e das políticas de enfrentamento a epidemia da aids.

O trabalho da(o) profissional de Psicologia deve promover a capacidade de intervenção transformadora pessoal e coletiva dos homens e das mulheres sobre o mundo cotidiano. Deverá permitir, nas situações em que ocorre uma fragilização da pessoa, o rompimento desse processo, a apropriação e a produção de novos sentidos pessoais e a sua inserção num processo coletivo de engajamento na luta por melhores condições de vida e, em consequência, de saúde. A intervenção psicológica não pode deixar de considerar a historicidade dos processos envolvidos, portanto, vincula o(a) homem/mulher à sociedade e ao contexto sociohistórico em que está inserido/a, considera que tudo pode ser diferente e que o desenvolvimento humano é um processo dialético e histórico que se expressa no protagonismo de cada um(a).

Quem promove saúde? Em princípio, todas as pessoas, pois todas têm o direito inalienável à saúde, no entanto, como foi apontado anteriormente, ele não é dado, mas conquistado. Assim, a saúde de cada pessoa e da comunidade é um produto elaborado pela própria pessoa e pela comunidade ou grupo, e expressa os diversos momentos que estão embutidos nesse processo de conquista individual e coletiva. (SAN MARTIN, 1986; BERLINGUER, 1988, 1996; NUNES, 1994; CAMPOS,

³ No entanto, quando se tem uma população em situações de exclusão social, com a sua vulnerabilidade aumentada, as políticas públicas devem priorizar o atendimento a essas populações nesse processo de promoção de saúde e de qualidade de vida.

1996; BRAVO, 2002; CAIRO+5, 2004; ZAMBANEDETTI & BOTH, 2013; BRONZO, 2015; CARMO & GUIZARDI, 2018).

Nesse contexto, o profissional de saúde, especialmente a(o) psicóloga(o), pode contribuir com condições específicas no movimento de conquista de saúde individual e grupal, comunitária, por meio da ação educativa, que envolve informação, troca, compreensão, revisão e proposta de solução para os problemas vividos por elas (MOURA, 1989; CORREIA, 2000; TAKASHIMA, 2000; FERREIRA & NICHATA, 2008; ZAMBANEDETTI & BOTH, 2013; CARMO & GUIZARDI, 2018), como, por exemplo, participar nos conselhos gestores (ou de controle social) da área de IST/HIV/aids ou estimular o(a)s usuário(a)s a se organizar para participar, ou ainda, como destacado na pesquisa Crepop/CEAPG (CFP, 2007, p. 7),

no Rio de Janeiro, onde se destaca a possibilidade de atuação na assistência pela via da “adesão ao tratamento”: (...) Nessa área da assistência, foi enfatizada a importância do trabalho do psicólogo na promoção da chamada “adesão ao tratamento”, visto que esse profissional, “em função do seu olhar diferenciado, voltado para a subjetividade do portador de HIV”, pode, “através de uma melhor compreensão da vida desse sujeito, propor e construir estratégias de adesão ao tratamento”(...) “garantindo uma qualidade melhor e um tempo maior de vida”. (Registro Grupo Focal/ RJ).

Para tornar possível a inserção do profissional de saúde, particularmente a da(o) psicóloga(o), no sistema de saúde, é necessário que ele tenha como referência o sistema de saúde brasileiro, a epidemiologia e os programas de saúde (federal, estaduais e municipais)⁴, pois essas informações fornecerão elementos para decidir quais serão as áreas prioritárias e as demandas da população.

A epidemiologia e as políticas públicas fornecem à(ao) psicóloga(o) e aos profissionais de saúde em geral parâmetros para a interpretação de dados e para a divulgação, promoção de saúde e prevenção de doenças. Elas darão parâmetros para uma análise de totalidade das propostas de atuação e de enfrentamento das prioridades em saúde, ou seja, permitem inserir a ação específica bem como as prioridades no contexto geral da sociedade e do grupo nos quais estão inseridos. Nesse sentido, a formação para trabalhar na área de IST/HIV e aids deve contemplar uma análise crítica do desenvolvimento da ~~epidemia~~ no Brasil e no mundo, e dos programas nacionais, estaduais e municipais de enfrentamento, de controle e de assistência desenvolvidos ao longo dos últimos 30 anos, bem como as demandas

⁴ já citados no Eixo 1.

colocadas pela sociedade civil, principalmente às referentes aos direitos humanos LGBTI. LGBTI. Por exemplo, como destacado na pesquisa Crepop/CEAPG (CFP, 2007, p. 7- 8),

(...) O Grupo Focal no Rio de Janeiro traz uma reflexão (...), indicando como a Psicologia pode contribuir para a construção de uma política de atenção nesse campo [HIV/AIDS] pautada por uma cuidadosa problematização: “Segundo os participantes do grupo, a ênfase dada ao aconselhamento nesta área de atuação vincula-se a um “desafio ético”, tendo em vista a expansão de uma determinada política que prega a testagem em massa. Essa orientação “requer uma reflexão crítica”, pois “tende para o moralismo, o controle e o higienismo”, através de uma prática assemelhada a uma “polícia sanitária”, sendo preciso a construção de uma outra forma de pensar a testagem, não isolada de um contexto, formando uma “vertente que possa promover a conscientização e a cultura do cuidado, através do acompanhamento.” (Registro Grupo Focal/ RJ).

O (a) psicóloga(o) no hospital levou à criação da área de Psicologia hospitalar (SOUZA, 1992), que envolve atuações tanto em enfermarias como em ambulatórios. A função da(o) psicóloga(o) nesses locais é ser facilitador do protagonismo do(a) usuário(a) na manutenção e ou restabelecimento das suas condições de saúde. O foco de sua atenção é a cura e a reabilitação, mais do que a prevenção de doenças e a promoção de saúde. O trabalho nesses locais exige uma compreensão do modo de viver a saúde e a doença que as limitações e armadilhas institucionais nem sempre permitem apreender.

Seu trabalho apresenta vários contornos devido à especificidade do atendimento prestado pela instituição na qual está inserido, que delimita o setting, a rotina e o tempo para a assistência. O profissional depara-se com problemas e limites à saúde particulares do(a) usuário(a) que condicionam seu trabalho. Como apontado pela pesquisa Crepop/CEAPG CFP, 2007, p.12), para

as psicólogas que atuam em hospitais, o modelo continua sendo a clínica. E o trabalho clínico terapêutico ainda aparece como a atividade principal: “(...) como psicóloga, uma vez por semana e às vezes, quando eu vou atender na UTI, eu atendo até duas vezes por semana o paciente, se ele está muito grave, e atendo também a família. (psicóloga 2/SP).

A prática clínica associa-se a intervenções psicossociais e organizacionais que, dada a novidade da área e o próprio processo de construção de uma prática profissional, exigem uma atitude de pesquisador/a. Faz-se necessário integrar assistência e pesquisa na prática profissional da(o) psicóloga(o), principalmente na

área de HIV e aids, quando as dificuldades de adesão ao tratamento levam muito(a)s soropositivos a internações hospitalares sistemáticas.

A atenção primária requer um engajamento diferente da(o) psicóloga(o), que é formado para lidar com “distúrbios psicológicos ou transtornos mentais” com uma clientela diferente do(a)s usuário(a)s das unidades básicas de saúde e dos serviços de atendimento especializado. A atenção primária que envolve a promoção de saúde e a prevenção de doenças exige a incorporação das categorias de protagonismo e direitos humanos. A prática profissional da(o) psicóloga(o) deveria envolver um projeto de intervenção, em que se explicitaria a intencionalidade e a transformação almejada. Seu trabalho envolve um processo de recriar sentidos e refazer projetos de vida, o que permitirá a apropriação da subjetividade individual e social, possibilitando o controle social da saúde e a participação ativa de cada pessoa no seu processo de saúde e doença, constituindo-a como protagonista na conquista ao direito à saúde e no exercício da cidadania.

Para mudar o foco de atuação, é necessário mudar o modelo de intervenção do método clínico clássico para práticas transformadoras, que trabalhem a contradição vivida pelo sujeito individual como único, singular e, ao mesmo tempo, social e coletivo. Uma mudança de paradigma na atenção, cuidado oferecido. Um aspecto dessa mudança deve ser a compreensão do que caracteriza a categoria de vulnerabilidade na área de saúde.

2.1.1. Vulnerabilidade e saúde

Na direção de construir um novo paradigma, torna-se necessário trabalhar com a categoria de vulnerabilidade (AYRES, 1997), que aborda os estudos epidemiológicos e as políticas de saúde como produções sócio-históricas, fornecendo parâmetros para a assistência. Não se tem grupos de risco, mas comportamentos e situações de risco e vulnerabilidade, que podem ser praticados por qualquer pessoa, e não só por alguns. São as condições concretas de existência dos indivíduos as condicionantes das situações de vulnerabilidade ou de preservação e de melhoria da saúde das pessoas. (RIPSA, 2002).

Vulnerabilidade enfatiza processos e eventos de riscos e se baseia na ideia de que todas as pessoas estão sujeitas a riscos diversos, sejam estes naturais ou

provocados pelos seres humanos. Riscos tais como naturais, de saúde, ligados ao ciclo de vida, sociais, econômicos, ambientais e políticos. É preciso identificar a/s situação(s) de risco(s), para poder mobilizar os recursos disponíveis para enfrentamento - recursos de natureza tangível (capital humano, capital físico e financeiro) e menos tangível (capital social, relações familiares, aspectos de natureza psicossocial). Isso permite identificar quais estratégias de enfrentamentos - uso dos ativos e manejos de ativos - e a estrutura de oportunidades - conjunto de leis, instituições, políticas públicas. (BRONZO, 2015). Nesse sentido, como afirma Ayres (1997), a vulnerabilidade pode ocorrer na dimensão pessoal, social ou programática; o que exige recursos e enfrentamentos diversos.

Algumas práticas sexuais explicitam, ou melhor, colocam as pessoas em situação de vulnerabilidade pessoal pelas escolhas de satisfação dos desejos. Muitas vezes estarão associadas a vulnerabilidade social. Um exemplo disso é a prática sexual sem proteção, ou ainda homens que fazem sexo com homens e optam, deliberadamente, pela prática do sexo sem preservativo, também conhecido como sexo bareback⁵ (que abordaremos mais à frente, no subtítulo sexualidade, relações de gênero e ISTs). A/o psicóloga/o precisará ter em conta a vulnerabilidade social, categoria que caracteriza a condição dos grupos de indivíduos que estão à margem da sociedade, ou seja, pessoas ou famílias que estão em processo de exclusão social, principalmente por fatores socioeconômicos. Algumas das principais características que marcam o estado de vulnerabilidade social são as condições precárias de moradia e saneamento, os meios de subsistência inexistentes e a ausência de uma rede social de apoio, por exemplo. Todos esses fatores compõem a situação de risco social, ou seja, quando o indivíduo deixa de ter condições de usufruir dos mesmos direitos e deveres dos outros cidadãos, devido ao desequilíbrio socioeconômico instaurado. As pessoas que são consideradas “vulneráveis sociais” são aquelas que estão perdendo a sua representatividade na sociedade, e geralmente dependem de auxílios de terceiros para garantirem a sua sobrevivência.

⁵ Vöros (2014, p.1), “(...) essa expressão é ressignificada nas subculturas masculinas gays da América do Norte, positivas para o HIV, para se referir aos prazeres do sexo anal sem preservativo e à troca de fluidos corporais”, envolve intencionalidade e responsabilidade individual.

Vulnerabilidade geralmente envolve, além da precariedade da renda por um longo período de tempo, necessidades insatisfeitas em múltiplos âmbitos (escolaridade, alimentação, saúde, moradia, trabalho, transporte, etc.), relações sociais fragilizadas, baixa capacidade de mobilização de ativos e aspectos psicossociais negativos. Envolve a dupla dimensão da pobreza: privações materiais e privações de ordem subjetiva. As privações subjetivas envolvem a falta e ou precariedade de acesso aos recursos emocionais e aos aspectos de natureza psicossocial (valores, comportamentos, atitudes). A fronteira entre o individual (singular, da ordem do sujeito) e o social acirram-se muitas vezes priorizando-se o individual, naturalizando-se as privações e responsabilizando o indivíduo pela sua própria situação de existência vulnerabilizada. Frequentemente os pobres são vistos pelos setores não pobres como aqueles “*que não sabem*”, “*que não têm*”. São nessas relações que frequentemente se reforçam atitudes psicossociais negativas (atitudes e comportamentos de apatia, passividade, resignação, baixa autoestima, baixo protagonismo, baixa autonomia, desesperança, subordinação/subalternidade, fatalismo, dependência...) (BRONZO, 2015). Processos esses muitas vezes acirrados nas pessoas que vivem com HIV. (BARATA et al, 2016; SANTOS, 2016; BRENICK et al, 2017).

A naturalização das vulnerabilidades (programática, social e pessoal) retira a dialética do processo da materialidade vivida, a dimensão social do sofrimento e o seu lado subjetivo são vistos como dois lados separados e sem conexão: sofrimento psíquico, vivido como algo íntimo, pessoal, particular desvinculado da dimensão sócio-histórica da existência humana, de forma tal que cada indivíduo atribui a si mesmo a responsabilidade pelo seu sofrimento. Gerando vergonha, humilhação, culpa, perda de auto respeito e de pertencimento.

A perspectiva familista (MIOTO & DAL PRÁ, 2015), muitas vezes encoberta nas políticas sociais e de saúde, pauta discursos e práticas psicologizantes naturalizadas (CARMO & GUIZARDI, 2018; PAIVA; CARRARO; ROCHA, 2014). Não se revela e, menos ainda, não se considera a dimensão sócio-histórica das vulnerabilidades que acometem os sujeitos em seus contextos de vida, e a família é chamada a exercer protagonismo na proteção de seus membros. Com isso, a função de proteção e cuidado, que recai com maior intensidade sobre a mulher, somada aos poucos recursos para o seu desempenho, é acrescida pela sobrecarga simbólica de

incapacidade frente às dificuldades impostas pelo capitalismo. Tal situação acarreta maiores dificuldades do exercício protetivo e exacerba desigualdades de gênero. (SANTOS, 2016; ZAMBENEDETTI & BOTH, 2013). Não por outro motivo, o cuidado, a proteção e a autonomia de membros adolescentes e idosos ficam ainda mais controversos. A condição específica destes membros demanda não só apoio para a capacidade protetiva das famílias, como também a corresponsabilização do Estado para a proteção dos familiares em ciclos de vida singulares (ROCHA, 2007; PENNA et al., 2015; BRENICK et al, 2017).

Sentimentos como os de desqualificação frente aos longos períodos de inserção em programas assistenciais e não inserção no mercado de trabalho; de impotência para o enfrentamento das adversidades, ou de incompetência por não compartilhamento de saberes dominantes, ainda que se configurem em situações vulnerabilizantes, com tendência a provocar fragilização de vínculos sociais e isolamento, não devem ser justificativa para direcionar práticas disciplinadoras e moralizantes sobre o público das políticas de saúde e assistência social (MARQUES, 2012; NUNES, 2012; PENNA et al., 2015). O reconhecimento das potencialidades dos cidadãos como sujeitos de direitos e a necessidade de se descortinar as implicações estruturais que os colocam em situação de vulnerabilidade, requerendo organização para a exigência ao poder público de acesso mais igualitário a oportunidades, fazem parte de uma conduta que pressupõe esforço constante. (LEAL & COELHO, 2016; SILVA; MAGALHÃES JUNIOR E COSTA et al., 2016) INADAC, 2017).

A perspectiva normativa e prescritiva encoberta nas políticas de prevenção de saúde sobre sexo seguro ignora a autonomia e capacidade de crítica dos sujeitos, gerando uma cisão entre o conhecimento e discurso e a prática sexual efetiva. A Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (BRASIL, 2011) relacionada à saúde da população brasileira entre 15 e 64 anos de idade, aponta que os brasileiros têm um elevado “nível de reconhecimento do uso do preservativo como a melhor forma de evitar a infecção pelo HIV” (p.26); esse índice manteve-se em 97% no período entre 2004 - 2008, e tem se mantido superior ao de vários países em desenvolvimento. No entanto, se retomarmos os dados dos últimos boletins epidemiológicos (como já apontado no eixo 1) notamos um aumento de infecção pelo HIV e de casos de aids. Isso indica a cisão entre conhecimento e ação, ou seja, o não uso de preservativos nas relações sexuais. Para exemplificar o caráter

velado normativo e prescritivo, também citado há 10 anos atrás na pesquisa Crepop/CEAPG (CFP, 2007, p. 7-8) das campanhas e da prevenção cito depoimento e reflexão proposta por Bezerra; Giacomini; DaMatta (2019, pag. 13):

É um tal de 'sem camisinha não pode' que eu vou te contar, por onde a gente anda tem patrulha da camisinha" (d.v.), diz T., 40 anos. (...) Mesmo que as campanhas de prevenção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a valorização de um sexo "higiênico" ou "protegido" produzam nestes sujeitos da pesquisa um estado de tensão – ou como mesmo denominam, um "incômodo" – resultante, em certa parte, da dicotomia entre desejo de um "sexo mais orgânico" e a "norma social", ainda assim muitas nuances do comportamento sexual são sutilmente reveladas nas diversas conversas informais; aqui trago como exemplo (entre tantos outros), a fala de H., 24 anos: "o pessoal até traz umas camisinhas, pega no posto no dia que vai pegar a medicação, mas no fim elas ficam ali enfeitando a cabeceira, tá vendo? Só usa pra brincar de capa" (d.v.).

Apoiar o desenvolvimento de capacidades humanas (NOGUEIRA, 2013), individualmente, nas famílias e no território, pressupõe adesão a uma vertente de cuidado que admite a existência de protagonismo e potências e o benefício de fortalecê-los para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade pelos sujeitos e grupos (BRONZO, 2009; NOGUEIRA, 2013). Vulnerabilidade e potência estão inseridas em um processo de luta por superação, ou seja, na vulnerabilidade reside o germe para o seu próprio enfrentamento. Dessa forma, será exigida do Estado, por meio dos serviços e políticas públicas, maior aproximação possível com o cotidiano da vida das pessoas, pois é nele que riscos e vulnerabilidades se constituem (CARMO & GUIZARDI, 2018, p. 9; LEAL & COELHO, 2016; SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR E COSTA et al., 2016) INADAC, 2017).

Não se pode esquecer que a vulnerabilidade programática caracteriza-se pela falta de acesso e ou ausência de políticas de estado que possibilitem o pleno exercício do direito à saúde e qualidade de vida. A atuação da(o) psicóloga(o) que estimule a participação social e o desenvolvimento do controle social é uma das vias de enfrentamento da vulnerabilidade programática.

2.2-Sexualidade, Relações de gênero e IST

Para entendermos e contextualizarmos as práticas da Psicologia no campo das ISTs/HIV e aids é necessário incluir uma análise e reflexão sobre sexualidade e relações de gênero.

A reprodução sexual e do trabalho expressam-se nas relações de gênero, ou seja, como as sociedades se organizam para a reprodução sexual (novos membros que perpetuam a espécie e serão fonte de mão de obra) e para a reprodução social do trabalho. Assim, estabelecem as "diretrizes" das relações entre homens e mulheres, entre os homens e entre as mulheres, que nas sociedades contemporâneas, propiciam o estabelecimento de relações assimétricas e desiguais. Desta forma, gênero parte das diferenças percebidas entre os sexos, que passam a ser significadas social e culturalmente como relações de poder (SCOTT, 1990; 1994).

Compreendemos a sexualidade como um aspecto mais amplo do que o proposto pelo senso comum, quando este a vincula somente ao ato sexual genital. Isto porque a sexualidade não é apenas a relação entre dois indivíduos, muito menos pode ser definida apenas pelos órgãos sexuais, pela biologia dos corpos humanos.

a sexualidade é um processo simbólico e histórico, que expressa a constituição da identidade do sujeito, como ele vive a questão da intimidade (público versus privado); da significação das normas, da moral e da ética grupal (grupo no qual se insere)" (KAHHALE (2009, pag. 179).

Como apontado, a sexualidade não se restringe somente ao ato sexual, pois envolve sentimentos e nos motiva a procurar o contato físico e afetivo, a intimidade de um relacionamento, podendo ou não haver reprodução. Nesse sentido, a nossa sexualidade é um processo que se iniciou em nosso nascimento e vai até a nossa morte (BRASIL, 2013, p. 71).

Sendo a sexualidade um "dispositivo⁶ histórico" (FOUCAULT, 1988), ela está envolvida por múltiplos discursos sobre o sexo: discursos que regulam, que

⁶ a palavra "dispositivo", um termo técnico decisivo na estratégia do pensamento de Foucault. Ele o usa com frequência, sobretudo a partir da metade dos anos setenta, quando começa a se ocupar daquilo que chamava de "governabilidade" ou de "governo dos homens". Significa: 1) E um conjunto heterogêneo, que inclui virtualmente qualquer coisa, linguístico e não linguístico no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos; 2) O dispositivo tem sempre uma função estratégia concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder. 3) É algo de geral (um resseau, uma "rede") porque inclui em si a episteme, que para Foucault é aquilo que em uma certa sociedade permite distinguir o que é aceito como um enunciado científico daquilo que não é científico. (AGAMBEN, 2005, p. 9-10)

normatizam, que instauram saberes, que produzem "verdades". As formas quase que coercitivas das instâncias que fazem a vigilância, regulação e normatização podem ser facilmente ilustradas a partir dos relatos (da própria autora e alguns outros) apresentados por Louro (1999): fiscalizar a intimidade entre homens, fazer a vigilância das roupas das garotas a fim de repreender qualquer subversão, ensinar e incentivar as mulheres a serem "dóceis, discretas, gentis, a obedecer, a pedir licença, a pedir desculpas", criar homens controlados, capaz de evitar "explosões" ou manifestações impulsivas e arrebatadas. Obviamente esses relatos não podem ser lidos como afirmações gerais, todos estão atravessados pelos projetos de "Homem" e "Mulher" que a sociedade tem e estão claramente expressos nas escolas que, por sua vez, estão imbricadas com noções do cenário em que estão inseridas (social, histórico, cultural, religioso, ...). Compreende os mecanismos que buscam por meio de diversos modos aproximar homens e mulheres de um certo ideal, ideal este que impulsiona tanto na formação das identidades de gênero quanto nas identidades sexuais desejadas.

A masculinidade hegemônica tange as mais diversas formas de identidade, seja encarnando-a ou renegando-a e sofrendo as consequências. Welzer-Lang (2001) ao retomar a teoria feminista francesa, discute os processos que constroem o masculino, faz uma breve aproximação que ilustra as intersecções da questão da masculinidade e sexualidade quando afirma, a partir da pesquisa de Pierre Dutey, que "os homens que não *mostram sinais redundantes de virilidade são associados às mulheres e/ou a seus equivalentes simbólicos: os homossexuais*" (WELZER-LANG, 2001, p.465).

A relação da masculinidade com o "mundo feminino" refere-se ao modo como a masculinidade é colocada em oposição a este e, a partir daí, justifica a subordinação feminina (WELZER-LANG, 2001). O que nos remete aos padrões hegemônicos sobre masculino e feminino.

A masculinidade hegemônica se distinguiu de outras masculinidades, especialmente das masculinidades subordinadas. A masculinidade hegemônica não se assumiu normal num sentido estatístico; apenas uma

minoria dos homens talvez a adote. Mas certamente ela é normativa. Ela incorpora a forma mais honrada de ser um homem, ela exige que todos os outros homens se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens. (CONNELL; MESSERSCHMIDT & FERNANDES, 2013. p. 245)

Louro (1999) dissertou sobre os diversos processos que nos acompanham nas incontáveis instituições a fim de construir nossa sexualidade tendo como objetivo o modelo heterossexual. Família, escola, mídia, igreja, leis, diversas instâncias unem forças e vão até os limites para a criação de seres humanos heterossexuais e heteronormativos. Também dá destaque para os processos pedagógicos a respeito da sexualidade que se desenrolam no ambiente escolar, ambiente este que ensina, disciplina, mede, avalia, examina, aprova (ou não), categoriza, magoa, coage, consente e possui grande importância na construção de repertórios em diversas alçadas da infância e que, inevitavelmente, possui correspondências na vida adulta.

É interessante observar que, tomando como exemplo as situações citadas (escola e igreja, por exemplo), os campos de sexualidade e gênero estão intimamente interligados. A aura turva que circunda as questões indissociáveis da sexualidade e gênero fazem com que muitas vezes sejam confundidas.

(...) identidades sexuais se constituiriam, pois, através das formas como vivem sua sexualidade, com parceiros/as do mesmo sexo, do sexo oposto, de ambos os sexos ou sem parceiros/as. Por outro lado, os sujeitos também se identificam, social e historicamente, como masculinos ou femininos e assim constroem suas identidades de gênero. Ora, é evidente que essas identidades (sexuais e de gênero) estão profundamente inter-relacionadas; nossa linguagem e nossas práticas muito frequentemente as confundem, tornando difícil pensá-las distintivamente. No entanto, elas não são a mesma coisa. (...) O que importa aqui considerar é que — tanto na dinâmica do gênero como na dinâmica da sexualidade — as identidades são sempre construídas, elas não são dadas ou acabadas num determinado momento. (...) As identidades estão sempre se constituindo, elas são instáveis e, portanto, passíveis de transformação. (LOURO, 2007, p. 26)

Cabe, ainda, ponderarmos que a orientação sexual está relacionada à atração afetiva e/ou ao desejo sexual que uma pessoa sente pela outra. A orientação sexual existe em um continuum que varia desde a homossexualidade exclusiva até a heterossexualidade exclusiva, passando pelas diversas formas de bissexualidade, ou seja, o prazer, o desejo e a atração podem ser e estar direcionados a diversas formas de escolhas e parcerias sexuais (RUBIN, 1984/1998). É importante destacar que identidade de gênero é diferente de orientação sexual.

Assim sendo, a orientação sexual não pode ser reduzida apenas às variáveis biológicas e nem às indicações de algumas teorias psicológicas e pedagógicas que induzem à conclusão que esta seja natural e universal, tornando a sexualidade uma característica constante, definitiva e imutável. A dimensão histórica e dialética do humano exige considerar a orientação sexual como construção social que se subjetiva por resultar do antagonismo entre as condições subjetivas e sociais, produzidas nas interações determinadas pelos padrões culturais, pelo conjunto dos pensamentos ou concepções de um grupo social. Sendo ao mesmo tempo um fenômeno individual e coletivo, devido à ênfase das diferenças e variações entre esses grupos.

Ainda pensando nas imposições complementares ou advindas dos processos citados, partiremos de três categorias que nos ajudarão a compreender as discussões a seguir: heterossexismo, heterossexualidade compulsória e heteronormatividade. Miskolci (2012, pag. 44) faz uma síntese dos três:

Heterossexismo é a pressuposição de que todos são, ou deveriam ser, heterossexuais. [...] A heterossexualidade compulsória é a imposição como modelo dessas relações amorosas ou sexuais entre pessoas do sexo oposto. [...] A heteronormatividade é a ordem sexual do presente, fundada no modelo heterossexual, familiar e reprodutivo. Ela se impõe por meio de violências simbólicas e físicas dirigidas principalmente a quem rompe normas de gênero (MISKOLCI, 2012, p.44).

2.1.1-Considerações acerca do sexo lésbico e de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM)

O padrão heteronormativo tem limitado o desenvolvimento de conhecimento e de cuidado respeitando as demandas e necessidades específicas das mulheres que fazem sexo com mulheres e lésbicas, apesar das recentes diretrizes

propostas pela UNAIDS (2011) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) e pelo CRT/SP (2017).

Sexo entre mulheres é sexo, portanto sua prática é passível de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, tanto através do sexo oral quanto do compartilhamento de acessórios. A transmissão de doenças como sífilis, herpes genital, HPV, ou mesmo tricomoníase, gonorreia e clamídia é perfeitamente possível. Sabemos, no entanto, que no sexo envolvendo duas vaginas a transmissão de HIV é consideravelmente menor, quase inexistente, mas não há estudos ainda em grande escala que comprovem taxas de infecção.

As mulheres que fazem sexo com mulheres são um grupo diverso com variações na identidade sexual, comportamentos sexuais, práticas sexuais e comportamentos de risco. Estudos recentes indicam que, particularmente as adolescentes e as mulheres jovens, bem como as mulheres com parceiros masculinos e femininos, podem estar em maior risco de infecções sexualmente transmissíveis e HIV com base nos comportamentos de risco relatados (Centros de Controle de Doenças dos Estados Unidos, CDC/UNAIDS, 2018).

Certos estudos têm destacado a grande diversidade de práticas sexuais e o uso de estratégias de proteção/redução de danos entre estas populações de mulheres. O uso da proteção de barreira com parceiras femininos (luvas durante o sexo genital-digital, preservativos com brinquedos sexuais e barreiras de látex ou plástico) foi infrequente em todos os estudos (CDC/ UNAIDS, 2018). Apesar disso, poucas fontes abrangentes e confiáveis de informações de saúde sexual para mulheres que fazem sexo com mulheres estão disponíveis.

Observamos no cotidiano da existência das lésbicas discriminações no ambiente de trabalho (FALZANO & PIZZI, 2015), dificuldades de acesso aos recursos de reprodução assistida (LO; CHAN; CHAN, 2016; CARPINELLO; LEE; JACOB; NULSEN, 2016; GETRAJDMAN; LEE; COPPERMAN, 2017); cuidados inadequados durante o pré-natal (BUSHE & ROMERO, 2017); maior incidência de câncer de mama do que as mulheres heterossexuais pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que as discriminam limitando a assistência. (LACOMBE-DUNCAN & LOGIE, 2016).

2.2.2-Considerações acerca da transgeneridade

Outro grupo de pessoas que vem sendo deixado de lado no cotidiano tanto da prevenção como da assistência na área das ISTs são os chamados não-binários. O termo não-binário refere-se às pessoas que não se percebem como pertencentes a

um gênero exclusivamente. Isso significa que sua identidade de gênero e expressão de gênero não são limitadas ao masculino e feminino. Também chamadas de *genderqueer*, as pessoas que se consideram não-binárias podem não se reconhecer com a identidade de gênero de homem ou mulher - ausência de gênero - ou podem se caracterizar como uma mistura entre os dois. Ou seja, apesar de possuir os órgãos genitais de determinado sexo, não se reconhecem totalmente com esse gênero (MOIRA, 2017).

Embora pareça um fenômeno recente, a não-binaridade é muito comum na história da humanidade. Diversas civilizações, em momentos diferentes da história e em diferentes regiões do mundo, reconheciam a existência de outras possibilidades de gênero além de masculino e feminino.

É uma tarefa complicada definir ou delimitar os contornos do que é a transexualidade ou a travestilidade, (...) não são um transtorno, uma doença ou um problema psiquiátrico. (...) você não se identificar com o gênero que lhe designaram ao nascer. Imagine ter de se obrigar a viver uma vida que não é sua, você, atriz/ator, atuando em uma eterna peça de teatro sem poder errar as falas (senão, ai de você!) (MOIRA, 2017, p. 5).

“Transgeneridade” é uma espécie de termo “guarda-chuva”, ou seja, abriga em si as várias identidades trans, como travestis, transexuais e pessoas não-binárias, por exemplo. Mas não é fácil traçar limites rígidos que separem essas várias identidades, pois isso pode acabar estabelecendo novas normas de como a pessoa deveria ser, o que volta a segregar quem não se encaixa. A luta é para que cada pessoa tenha o direito de experimentar, de ir atrás de descobrir quem é, e que possa viver da forma como se entende, como melhor se sente, sem ser discriminada por isso, segregada, vendo seu direito à vida, à família, ao estudo e ao trabalho postos em risco”. (MOIRA, 2017, p. 6). O foco reside na autoidentificação, que orienta a maneira de tratar a pessoa. Nosso desafio enquanto profissionais da saúde será superar a crítica desenvolvida por Matos & Cidade (2016) e criar novas possibilidades de atuação.

Convocada para analisar, classificar e falar sobre corpos, experiências e relações de sexo/gênero, a Psicologia responde frequentemente, enquanto ciência e prática profissional, de maneira a contribuir para as políticas de

Estado que fazem a gestão dos corpos e a manutenção de normas estáveis e ideais regulatórios de sexo/gênero.⁷(MATOS & CIDADE, 2016; p. 135)

É necessário ter uma postura crítica, reflexiva e dialógica no cuidado à diversidade sexual, como proposto na Resolução 01/2018 do CFP (analisada no eixo 1), podemos exemplificar o processo de comprometimento da saúde mental das pessoas vivendo a transgeneridade com a fala de Moira (2017, p. 10):

O medo de sofrer violência, 1a. coisa que me ensinaram, 1a coisa que ensinam uma criança a temer, era muito maior do que a vontade de descobrir quem eu era. Escolha? Não sei bem se podia pensar em escolha, bloqueio talvez, travas, adestramento sistemático para você sequer perceber a máscara que puseram em seu rosto quando nasceu e, caso um dia perceba, não ousar jamais perguntar-se o que há por trás. No caso das pessoas trans, isso se torna um processo eficientíssimo de enlouquecimento, a criação para o medo junto de uma vida inteira ouvindo que a compreensão que você faz de si é equivocada, impossível,⁸ já que você tem o genital que tem.

2.2.3-Sexualidade e gênero: Implicações para a prática profissional

Na tarefa de construir uma Psicologia alinhada à saúde coletiva, às problemáticas da diversidade sexual e às infecções pelo HIV com a qual as(os) psicólogas(os) se defrontam, alguns desafios exigem a criação de novas práticas, que considerem:

- como a articulação entre corpo e subjetividade se expressa na saúde e nas doenças⁹;
- como o(a) usuário(a) do sistema de saúde se constitui como sujeito histórico, apropriando-se das suas determinações;

⁷ Podemos citar os processos de retificação do registro civil de pessoas trans como exemplo de ação de Estado em que a Psicologia, como ciência e prática profissional, é constantemente convocada a responder sobre essas questões. Atuando em conjunto com outras especialidades, como a psiquiatria, a clínica geral e o serviço social, para analisar, verificar e atestar a experiência da transexualidade, a partir das referências psicopatológicas do Conselho Federal de Medicina no Brasil, práticas psicológicas têm reiterado, a partir da solicitação de provas as mais variadas e da realização de intervenções direcionadas, a afirmação da cisheteronormatividade como matriz normativa e ideal regulatórios em laudos, pareceres e estudos psicológicos solicitados pelo Poder Judiciário. (CIDADE, 2016).

⁸ Grifo nosso.

⁹ Para aprofundar a questão veja a análise recente sobre corpo, pele e sexo *bareback* pode encontra-se na dissertação de Bezerra; Giacomini; DaMatta, 2019.

- como processos corporais são criados e significados pelo sujeito ao mesmo tempo em que expressam o processo coletivo, social e cultural;
- o(a)s usuário(a)s como parceiro(a)s em um processo de construção da realidade e das subjetividades;
- a instituição de saúde como uma instituição social que responde a demandas e interesses de grupos da sociedade. (CORREIA, 2000; BRASIL, 2000b; BRAVO, 2002).

Estas novas práticas devem considerar a autonomia e o vínculo no processo de trabalho. Autonomia (SEN, 2000), envolve capacidade de ampliar, para o indivíduo, o leque de opções entre as quais escolher seu plano de vida e a construção de seu viver. A existência e o alcance da autonomia é condicionado pelas oportunidades e condições de acesso reais (e não meramente formais) por parte da população mais pobre aos bens e serviços sociais.

Paugam (2012) destaca que a base dos vínculos está fundamentada a partir de dois princípios fundamentais: a proteção, que remete a um conjunto de suportes que o indivíduo pode mobilizar frente às vicissitudes da vida (recursos familiares, comunitários, profissionais, sociais, etc.); e o reconhecimento, que tem a ver com a maneira como ele se percebe e como é percebido por meio dos tipos de interações sociais realizadas e dos tipos de expectativas.

Como analisado anteriormente, a vulnerabilidade pode se expressar nas dimensões pessoal, social e programática gerando desproteção social. Sposati (2009) salienta que as desproteções estão nas rupturas dos vínculos familiares e comunitários que expressam situações de isolamento, desfiliação, ausência de sentimento de pertencimento, exclusão, inseguranças e fragilidades. Situações essas que precisam ser levadas em conta no trabalho da(o) psicóloga(o) e equipe de saúde.

Além da autonomia e vínculo, outro facilitador é a categoria Território como infraestrutura social, como geografia, mas sobretudo como redes sociais e comunidade. Os territórios são produtos da interação do meio físico e das dimensões mais intangíveis (valores, identidades, costumes, comportamentos....); espaço no qual a trama das relações cotidianas, seus modos e condições de vida e de moradia, bem como suas configurações urbanas e sociais compõem o cenário e as histórias ali vividas. Assim, territórios (e sua rede de serviços e aspectos da organização social)

são pressupostos para materializar a proteção social e o cuidado em saúde para indivíduos e famílias (SANTOS, 2007; 2008).

Com esses parâmetros, na intervenção psicológica, procura-se construir manejos e técnicas terapêuticas e formas de trabalho que permitam ao sujeito:

1. refletir sobre o que se está trabalhando como foco da intervenção (trabalho, sexualidade, relações afetivas...), o que ele já construiu até esse momento da sua vida, quais seus potenciais;
2. introduzir novas informações que possam contribuir para reestruturar o que estava configurado, transformando o seu jeito de estar e intervir no mundo cotidiano e ampliando suas possibilidades de inserção e protagonismo.
3. Ações no mundo e sentidos psicológicos devem estar dialeticamente relacionadas para cada um de nós, gerando sentimentos de satisfação e movimentos pessoais. Por exemplo,

Eu sou aconselhadora, orientadora em DST, os demais profissionais da equipe, tem enfermeiro que não atua como enfermeiro propriamente dito, nós temos fisioterapeutas, nós temos assistentes sociais, só que eles não desenvolvem o trabalho de sua própria categoria. Nós todos somos aconselhadores, orientadores em DST/Aids. (...) Nós damos orientações coletivas, orientações individuais (...) tanto no próprio espaço físico no CTA como fora; nós fazemos CTAS itinerantes, vamos a locais os mais inóspitos possíveis. Vamos a locais onde tem uso e tráfico de drogas, onde há comércio sexual. Então, é bem amplo o nosso trabalho. (Psicóloga 3/SP) (CFP, 2007, p. 10).

O grande desafio do trabalho psicológico junto às pessoas vivendo com HIV e aids é desenvolver práticas que, ao mesmo tempo, possibilitem ao(as) usuário(as) receber feedback sobre o seu percurso institucional, de forma que se apropriem de seu processo e insiram o tratamento no seu cotidiano, promovendo mudanças de atitudes e comportamento nos três níveis de scripts sexuais: cultural, interpessoal e intrapsíquico. (PAIVA, 2000). No cenário cultural¹⁰, onde o sujeito desenvolve os papéis sociais, no cenário interpessoal, onde se estabelecem as relações através de padrões estruturados em interações cotidianas, e no cenário

¹⁰ Lembrar de todas discriminações abertas e encobertas que a população LGBT sofre.

intrapésquico, através de reflexões pessoais que farão eco na psicodinâmica do sujeito, promovendo transformações.

2.3-O desafio da formação para o trabalho com HIV e aids: o desenvolvimento de postura crítica

Em geral as Políticas públicas não disponibilizam referências para trabalhar a dimensão subjetiva e nem mesmo a relacional. Como intervir nos aspectos psicossociais? Como fortalecer vínculos? Como desenvolver protagonismo e autonomia?

O trabalho com pessoas e ou famílias vulneráveis é vivido muitas vezes pelos profissionais com incertezas pelo caráter brando das tecnologias de intervenção; pelas incertezas sobre a relação meios e fins; pelas bases teóricas frágeis, “teoria” ou racionalidade dos programas pouco explícita ou desenvolvida. Revelando-se em sentimento de frustração e desesperança. Como romper com a “coalização de desesperança” (entre profissionais, famílias e serviços)? Investindo na formação de profissionais que trabalhem em políticas públicas, em rede e numa visão multidisciplinar (BRONZO, 2009; 2015). Por exemplo, que sejam capazes de ter uma escuta aberta frente a depoimentos como o apontado na pesquisa de Bezerra (2017, p. 151) com homens que fazem uso da PREp:

... prefiro trepar sem camisinha as vezes, camisinha me incomoda. É diferente, fora do padrão imposto, mas eu gosto de pele com pele, dá mais tesão, faz mais sentido, meus amigos ‘hétero’ colocam a culpa no esquecimento de levar o preservativo, eu digo que gosto de transar sem camisinha, avalio meus riscos em nome do meu prazer. Faço sexo sem camisinha, eu tomo o Truvada certinho e faço exame de sangue todo mês, até melhorou minha consciência de me cuidar. É algo que gosto de fazer com meus parceiros e com quem namora comigo. Não vou negar que eu acho bom, super gostoso, mas que sinto um medinho às vezes, uma culpa muito de leve, antes da PrePera maior, sensação de que estava sempre fazendo algo errado, nada se encaixava, eu fazia sexo e me sentia sujo, culpado, hoje em dia posso dizer que vivo melhor comigo, há uma profilaxia que me permite prevenir o HIV e ainda sim ser quem eu sou.

Sugere-se ao desenvolver nossa prática, estar à disposição de uma população sem voz, e também de profissionais em formação (graduados e graduandos), oportunizando a construção de um saber ainda em sistematização, mas já vivido, que permita reconhecer um novo enfoque sem desprezar o árduo caminho já percorrido, da tradição à inovação. Como profissionais sociais e da saúde

reconhecemos e trabalhamos com as diferenças, ampliando o discurso-ação-reflexão e nos propondo a uma nova prática (CAVALCANTE & MORTARA, 2004, p. 96)

A capacitação para o trabalho da(o) psicóloga(o), objetivando uma postura crítica, deve abarcar pelo menos três focos:

- Capacitação teórico-prática (informações - de saúde geral e específicos da área de IST/HIV/Aids e hepatites; debates e reflexões sobre subjetividade, sexualidade e diversidade sexual - e coordenação de grupo aberto);
- Acompanhamento programático;
- Acompanhamento da(o)s profissionais na prática cotidiana, que envolve suporte pessoal e autoconhecimento (cuidar do cuidador).

Ao propor esses focos, objetiva-se a formação básica e permanente das equipes de saúde mental. Eles podem ser desenvolvidos por diferentes equipes e podem ser executados de acordo com a configuração do trabalho e do equipamento de saúde. É necessário lembrar que toda capacitação exige algumas condições mínimas: trabalho em equipes na assistência à saúde e espaço para reflexão em grupo, em horário diferente do trabalho de assistência para possibilitar um distanciamento da(s) problemática(s) vivida(s). Esse espaço se constituirá em supervisões da prática e do programa de assistência, que pode ser semanal ou quinzenal conforme as demandas da equipe e as possibilidades institucionais.

2.3.1-Capacitação teórico-prática

Esse foco é a base para formar e reciclar o(a)s profissionais e equipes de saúde, e pode ser desenvolvido por gestores e implementadores dos programas estaduais e municipais de saúde, muitas vezes em parceria com universidades e organizações não governamentais. A primeira questão a ser definida refere-se a que informações e habilidades precisam ser trabalhadas.

Em relação às informações, sugere-se trabalhar:

- *Informações sobre saúde em geral* - Sistema Único de Saúde, promoção, prevenção e assistência em saúde pública e coletiva, cuidados básicos de saúde;
- *informações específicas da área de IST,/HIV/ aids* - programas nacional, estadual e municipal da área, formas de infecção e prevenção de IST, infecção pelo HIV¹¹, ciclo de desenvolvimento das infecções (janela imunológica e diferentes fases do adoecimento), protocolos de assistência multiprofissional nos três níveis (primária, secundária e terciária), autocuidado (saúde em geral e específicos em relação ao HIV: PREP, PEP, uso de preservativos masculino e feminino, alimentação, atividade física, lazer, sono...), adesão ao tratamento (medicação e seus efeitos colaterais, organização diária para cuidar-se, relação médico x usuário, direitos sociais da pessoa vivendo com HIV/aids);
- *informações específicos relacionando IST/HIV/aids e saúde mental:* As ISTs estão diretamente relacionadas à prática sexual, falar sobre sexualidade é falar da própria história, das emoções, das relações com outras pessoas, dos costumes e dos desejos, por isso, muitas vezes é um tema dialeticamente mobilizador e difícil, daí a necessidade de espaços acolhedores para formação. Outros pontos a serem trabalhados: relacionamentos afetivos sexuais e sociais (questões das relações de gênero, heteronormatividade, construção de intimidade entre casais, orientação e práticas sexuais, relações familiares e preconceitos, diversidade de práticas sexuais entre HSH, MSM, HSMH, MSMH), aspectos neuropsiquiátricos (fadiga crônica, ansiedade, depressão, baixa autoestima, dificuldade de compreensão). Todos esses aspectos estão atravessados pelas questões raciais, que discriminam e acirram problemas de saúde mental, que se apresentam

¹¹ A tendência atual da epidemia de HIV: feminilização, heterossexualização, pauperização, interiorização, juvenização e população negra BRASIL,2006b.)

com aparência de problemas pessoais quando se referem a vulnerabilidades social e programática.

Os infectados pelo vírus HIV apresentam alterações psíquicas que ocorrem com muito mais frequência que na população geral: mania – 10 vezes mais frequente que na população geral (8%); depressão grave – 2,5 vezes mais frequente que na população geral (40%). (STUMPF; ROCHA; CARNEIRO, 2006; NEVES; DICKENS; XAVIER, 2006; BRASIL; MEJIA-GUEVARA, 2003; BARATA et al., 2013; BETANCUR; LINS; OLIVEIRA & BRITES, 2017; FÁBREGAS et al, 2013). É importante que o(a) s profissionais sejam habilitados(as) a fazer diagnósticos diferenciais entre dificuldades psíquicas decorrentes e ou associadas à infecção pelo HIV e as decorrentes do processo particular de estar no mundo da(s) pessoas vivendo com HIV e aids associado a vulnerabilidades social e programática.

Outro aspecto na formação e capacitação para o trabalho com IST, HIV e aids envolve o domínio de habilidades técnicas nas várias modalidades ou possibilidades de assistência psicológica, como, por exemplo, acolhimento individual, familiar e grupal, psicoterapias individuais e grupais, oficinas terapêuticas, grupos de sala de espera e de adesão, entre outras possibilidades.

É necessário fornecer subsídios teóricos para trabalhar com diferentes modalidades de prática profissional em instituições de saúde (vide eixo 3, adiante), além de dar oportunidade para que o(as) profissionais façam experiências de atuação, com algumas sessões de observação do ritmo do equipamento de saúde, onde atua(rá), para se familiarizarem com a situação e, finalmente, iniciarem suas atividades de assistência.

Para o bom desenvolvimento das mesmas, é necessário que o(a) profissional seja um(a) facilitador(a) do processo de protagonismo das pessoas vivendo com HIV e aids e ou hepatites. Isso exige uma atitude de compreensão e de acolhimento (suspensão de julgamentos de qualquer natureza a respeito do que é trazido, principalmente valorações de cunho moral), de disponibilidade e calor afetivo (sobretudo um convite à parceria), de percepção de que há na relação do(a) profissional com o(a)s usuário(a)s uma diferença a ser considerada: a de que ele(a)s não são iguais, seja pela sua formação, pela forma de inserção no equipamento de saúde, seja pela finalidade de sua presença. Ele(a) deve estabelecer uma relação

dialógica, favorecendo a troca e a construção conjunta de protagonismo e cidadania e promovendo saúde e qualidade de vida. Esse tipo de posicionamento é particularmente importante na área de HIV e aids, pois está se falando da sexualidade e da intimidade, que necessariamente remetem às normas, valores e prescrições sociais.

Essas atitudes têm permitido que o(as) usuário(as) possam sentir-se à vontade para perceber que o setor de saúde é um lugar que está aberto a uma participação mais livre e que suas palavras são ouvidas, respeitadas e levadas em consideração pelos demais (usuário(a)s e profissionais de saúde).

2.3.2-Acompanhamento programático

O segundo foco na formação é o acompanhamento programático, que consiste na implementação e na avaliação/monitoramento das ações de assistência em HIV e aids; hepatites e população LGBTI. Há algumas particularidades, como, por exemplo, a infecção que leva o(a) usuário/aos equipamentos de saúde ainda é bastante estigmatizada, e essas particularidades se expressam pelo silêncio do(as) usuário/as, pela dificuldade de se engajar numa conversa ou numa reflexão sobre todo o processo que envolve a adesão ao tratamento das pessoas vivendo com HIV e aids e ou hepatites. Bem como a dificuldade de se trabalhar com crianças e adolescentes vivendo com HIV, por ser uma doença imbuída de significados estigmatizantes, familiares e cuidadores, incluindo profissionais da área da saúde, relutam em revelar às crianças e aos adolescentes a sua condição de infectado pelo HIV (GUERRA & SEIDL, 2009). Um cenário preocupante nos serviços especializados é a alta prevalência de usuários que adquiriram o HIV por Transmissão Vertical (TV), que chegam à adolescência sem o acesso a informações completas sobre seu estado sorológico (MARQUES, 2006). Além dos atravessamentos raciais, que se explicitam nas dificuldades de acesso aos serviços e, muitas vezes, pelas discriminações dos profissionais da área que reproduzem sem crítica o modelo colonial de distinções e de exploração de classe entre brancos e negros (SANTOS, 2016; BRENICK et al., 2017).

Sobre a vulnerabilidade social e programática que atinge a população negra Santos (2016, p. 602) alerta para a gravidade do desafio:

Pela descrição e análise de dados socioeconômicos, de incidência e mortalidade de aids e da mortalidade de outras patologias, desenha-se o

quadro epidemiológico que ressalta as iniquidades em saúde da população negra e, em particular, das mulheres desse segmento populacional. Quando comparadas às mulheres brancas, as negras apresentam, repetidamente, maior risco de adoecimento e morte. A discussão sobre violência sexual e doméstica reitera as disparidades e a maior vulnerabilidade social da mulher negra. As desigualdades socioeconômicas e o racismo institucional são as hipóteses explicativas para a alta vulnerabilidade às IST/aids das mulheres negras. Apenas com uma ampla gama de ações multissetoriais, incisivo enfrentamento do racismo institucional pelo Estado e fortalecimento do movimento social será possível iniciar a longa jornada para se alcançar o propalado princípio de equidade na saúde. (SANTOS, 2016, p. 602)

Para facilitar a implementação de qualquer atividade assistencial ou de prevenção de saúde, precisa-se planejá-la de forma a proporcionar um espaço de troca, aprendizado e criação de possibilidades e alternativas de enfrentamento entre os próprios usuários e também com o(a)s profissionais de Psicologia; afinal, a troca de experiências passa a ser terapêutica e educacional a partir do momento em que se pode falar sobre a infecção e seus adoecimentos e para além dela, sobre a vida, seus projetos e sentidos.

O(a) profissional precisa criar a partir do PNIST/Aids as adaptações necessárias de acordo com as demandas do(as) usuário/as, suas facilidades e dificuldades de manejo das situações e de acordo com os protocolos de assistência da instituição. Por exemplo: a orientação dada pelo guia de tratamento – Recomendações para a Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV (BRASIL, 2009, p.61) – propõe:

(...) o envolvimento da criança e do adolescente em seu próprio tratamento, mesmo em faixas etárias precoces, é fundamental para a participação efetiva na adesão. Inserir o adolescente ativamente no seu tratamento e confiar na sua capacidade de autocuidado é o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação de confiança. Compreender o que se passa com ele e acolher as suas dificuldades é extremamente importante para uma atenção mais ampla à sua saúde (BRASIL, 2009, p.61).

Outra questão, no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA Artigo 3º -

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

Merece observar que os princípios fixados pelo ECA são o de proteção integral, o da prioridade absoluta e o do interesse da criança e do(a) adolescente.

Dessa forma, a presença ou a anuência dos pais, mães e responsáveis para o exercício de algum direito fundamental, como à vida, à liberdade, à saúde, à integridade física e moral não é uma condição indispensável para o acesso a esses direitos, mas somente desejável, considerando as responsabilidades legais atribuídas à família (BRASIL, 1990). O que significa que os jovens têm direitos ao acesso às informações e insumos que lhes permita uma prática sexual prazerosa e segura mesmo sem autorização expressa dos seus responsáveis legais.

Outra questão é o acolhimento de lésbicas, das mulheres negras e das pessoas transgêneros em suas demandas específicas (como já apontado, há uma série de lacunas e preconceitos a serem superados).

Outro aspecto imprescindível é o registro e avaliação sistemática da(s) atividade(s) de forma a obter indicadores da adequação da(s) mesma(s) às demandas do(as) usuário(as) e das condições de adesão ao tratamento. É importante lembrar que não basta a participação, no sentido de falar sobre a doença a fim de aliviar ansiedades e angústias, mas é necessário buscar indicadores de reflexão e de ressignificações no processo desenvolvido junto ao/às usuário/as.

2.3.3-Acompanhamento da(o)s profissionais: autoconhecimento e suporte pessoal

Na formação do(as) profissionais e na educação continuada, não se pode deixar de lado a dimensão pessoal de cada um/a, a sua subjetividade. Está sendo trabalhada a publicização da intimidade e da sexualidade implícita na assistência às pessoas vivendo com HIV/aids e ou hepatites. O domínio das informações específicas da área e, principalmente, a compreensão dos comportamentos de risco e de proteção e das situações de vulnerabilidade têm levado a um redimensionamento pessoal do(as) profissionais da área. A escuta atenta e aberta das vivências, sentimentos e sofrimentos psíquicos das pessoas vivendo com HIV/aids e ou hepatites leva ao questionamento das escolhas que são feitas na vida. Assim, o espaço da supervisão e do acompanhamento deve permitir um acolhimento para as angústias e os questionamentos vividos pelo(a)s profissionais no processo de assistência a pessoas vivendo com HIV e aids e ou hepatites.

Criar um espaço de escuta, que possibilite a integração e o processo de metamorfose ao grupo de profissionais sem ser uma terapia individual ou grupal, tem sido o desafio constante do(a) supervisor/a, que deve ser aberto(a) e estar atento(a) para o processo grupal e individual dos(as) seus supervisionando(a)s. O ideal é que o(a) profissional que escuta e acompanha a equipe não faça parte direta da equipe de assistência, mas detenha experiência acumulada na área para apreender e partilhar os significados e sentidos das vivências da equipe sob sua supervisão.

Versão de Consulta Pública

EIXO 3 - ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) EM PROGRAMAS DE IST/HIV/AIDS

Em termos históricos, o Programa Nacional de DST e Aids é anterior ao Sistema Único de Saúde, que é de 1990. A execução do PNDST/Aids foi vitoriosa em muitos aspectos, inclusive no de incluir a dimensão subjetiva entre as preocupações no atendimento a pessoas vivendo com HIV.

No entanto, ainda há desafios que se apresentam no cotidiano de trabalho de profissionais da Psicologia com relação à articulação com os princípios e diretrizes do SUS, ilustrados por depoimentos de colegas que participaram da pesquisa: “Tive dificuldades de me sentir responsável por alguns projetos, dado que em minha formação fui mais treinado a posturas clínicas do que posicionamentos políticos ou responsabilização por projetos e grupos.” (B160). “Nessa área, não há prática, improvisamos de acordo com a situação.” (C47).

Esse eixo tem como objetivo apresentar uma sistematização da prática do profissional de Psicologia no âmbito das IST/HIV/aids, contextualizando-a em consonância aos princípios do SUS.

3.1-Limites e alcance da prática da(o) psicóloga(o) em Programas de IST/HIV/aids

Inicialmente, é preciso contextualizar a prática profissional da(o) psicóloga(o) que atua em IST/HIV/aids quanto à lógica do Sistema Único de Saúde, à concepção de saúde, às noções de campo e núcleo de atuação e ao conceito de vulnerabilidade.

Com a implantação do SUS, houve um redirecionamento no modelo de assistência à saúde adotado no Brasil. O modelo privatista deu lugar a um modelo de vigilância à saúde. Trata-se da proposta de construção da vigilância da saúde, entendida como uma estratégia de reorientação das respostas sociais aos problemas e necessidades da saúde, definidos em função das condições e do modo de vida dos distintos grupos sociais. (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998). Esse novo modelo implica mudanças não só na oferta de serviços e na sua organização mas sobretudo

no conceito de saúde. A saúde passa a ser entendida de forma mais ampliada, com o deslocamento da ênfase da doença para o sujeito concreto – pessoa com alguma enfermidade. (CAMPOS, 1997). Ora, se a ênfase agora é no sujeito, é preciso incorporar a noção de produção social da doença, logo, inevitavelmente, incorporar também a dimensão subjetiva entre todas as outras dimensões – físicas, sociais, culturais e espirituais.

A incorporação de todas as dimensões que afetam a saúde precisa se dar em qualquer prática possível de profissionais da saúde. A saúde é um campo de práticas interdisciplinares e multiprofissionais, ou seja, há um ponto comum no trabalho de todo e qualquer profissional de saúde. Há uma série de atividades, de responsabilidade de todos os profissionais de saúde que, na maioria das vezes, não é reconhecida como própria de uma ou outra profissão. É comum ver a(o) psicóloga(o) questionar a pertinência de ele dirigir uma ação educativa, uma vez “que não se formou para isso”. As ações que são comuns à equipe se inserem no paradigma da prevenção e da promoção da saúde, e estas constituem campo de atuação de todos os indivíduos envolvidos com as questões da saúde.

O núcleo, entendido como os conhecimentos que demarcam a identidade de uma área de saber e de uma prática profissional (CAMPOS, 2000), é muitas vezes confundido com a responsabilidade inerente à profissão escolhida. Comumente, a(o) psicóloga(o) reconhece como seu núcleo de atuação a psicoterapia, avaliação psicológica e os grupos terapêuticos, muitas vezes devido à influência do modelo clínico em sua formação. Esse tipo de leitura do alcance de sua atuação o faz ter dificuldades em encontrar seu papel quando lhe é requisitado, por exemplo, planejar um treinamento para agentes comunitários de saúde, conduzir uma ação de saúde extramuros ou fazer uma visita domiciliar em equipe interdisciplinar.

Em outras palavras, sua atuação deve estar vinculada à noção de clínica ampliada, na qual se pressupõe um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, à responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, à busca de parcerias em outros setores – a que se dá nome de intersetorialidade –, ao reconhecimento dos limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas, à busca por outros conhecimentos em diferentes setores. Assim, a atuação da psicologia no âmbito da saúde não se restringe à psicoterapia, sendo muito mais diversificada e abrangente, voltando-se para as

necessidades e demandas de usuários de serviços onde o profissional está inserido (GONDIM, BASTOS, & PEIXOTO, 2010; SEIDL, 2015).

Outro conceito que deve nortear a ação da(o) psicóloga(o) é o de vulnerabilidade ao vírus HIV ou a qualquer IST, não só pela vulnerabilidade social que desfavorece em maior ou menor grau o indivíduo em análise mas também pela vulnerabilidade a transtornos ou desordens emocionais. A presença do HIV é um preditor para essa vulnerabilidade, acarretando maiores chances de ocorrência de sofrimento psíquico, bem como de transtornos como ansiedade e depressão (BRASIL, 2012; NOGUEIRA, SEIDL, 2015).

A forma como o sujeito reage à condição de soropositividade para o HIV determina maior ou menor vulnerabilidade a instabilidades emocionais e/ou psicológicas, e a forma de reação não é apenas individual, é também coletiva – tanto social, como institucional. Um serviço que não oferece atenção psicossocial e/ou psicológica a pessoas vivendo com HIV pode estar corroborando para o aumento da vulnerabilidade emocional dos/das usuários(as) ali acompanhados.

De acordo com a lógica de atenção proposta pelo SUS, além de desenvolver as noções de campo, núcleo e vulnerabilidade, as ações deverão estar organizadas em atividades de promoção, prevenção e assistência.

A prevenção, longe de apenas preconizar uma mudança de comportamento legitimado como correto – uso de camisinha em toda e qualquer relação sexual, por exemplo –, deve constituir um processo de emancipação psicosssexual. (PAIVA, 2002). Muitas vezes, o foco do atendimento tem sido falar da necessidade de usar o preservativo, demonstrar o uso, antes mesmo de questionar sobre suas intenções reprodutivas, por exemplo. A prevenção pode ser entendida apenas como evitar a infecção pelo HIV ou, para além dela, como uma promoção da saúde. (TEIXEIRA, 2001). A promoção de saúde vai possibilitar a atuação do indivíduo ou do grupo no sentido da melhoria de sua qualidade de vida, minimizando os fatores de risco e/ou vulnerabilidades e potencializando os fatores de proteção.

Após considerar os diversos fatores, deve favorecer a possibilidade de o indivíduo fazer escolhas. Ademais, ações preventivas no contexto das políticas públicas em IST/HIV/aids constituem a prevenção combinada (BRASIL, 2017). Essa nova política na esfera da prevenção inclui diferentes estratégias, como a profilaxia

pós exposição sexual (PEP), a profilaxia pré-exposição sexual (PREp), o acesso à testagem sorológica (incluindo o autoteste comprado em farmácia) e também o uso de preservativos masculino e feminino, ao lado de outras estratégias.

A PEP se refere a uma medida preventiva de urgência à infecção pelo HIV, que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de se infectar pelo vírus. O uso dos antirretrovirais deve ser iniciado até 72 horas após o episódio (relação sexual) que eventualmente resultou na exposição ao vírus e os medicamentos devem ser tomados por 28 dias (BRASIL, 2017).

A Profilaxia Pré-Exposição (PREp) é um novo método de prevenção da infecção pelo HIV que consiste na ingestão diária de um comprimido com a combinação de dois medicamentos que impedem a infecção viral, antes que a pessoa tenha contato com o vírus. A eficácia da PreP depende de uma adesão estrita. Essa medida preventiva é indicada para pessoas com maiores chances de se exporem ao HIV, tais como: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans, trabalhadores/as do sexo. Outras situações que levam à indicação da PreP são: não uso de camisinha em relações sexuais, parceria sexual HIV positiva sem tratamento e/ou com carga viral detectável e faz uso frequente da PEP (BRASIL, 2017).

Assim, tanto a PEP como a PreP exigem níveis elevados de adesão para sua eficácia, sendo importante que profissionais das equipes de saúde avaliem as motivações e a efetiva necessidade do uso desses medicamentos, tendo em vista as situações de risco e vulnerabilidade. A participação do profissional de psicologia é importante no desenvolvimento dessas estratégias que integram a prevenção combinada, provendo escuta ativa e qualificada em temas que tocam a vivência da sexualidade. No contexto da PEP e da PREp, é fundamental entender a relação indetectável igual a intransmissível.

3.1.1 Indetectável igual a intransmissível (I=I)

Indetectável igual a intransmissível é a mensagem da nova Nota Explicativa do UNAIDS (UNAIDS Explainer). A declaração de consenso, abordando o risco de transmissão do HIV por PVH que tenha uma carga viral indetectável, é endossada por importantes investigadores dos estudos mais proeminentes que examinaram esta

questão. É importante que pessoas vivendo com HIV, seus parceiros íntimos e agentes de saúde tenham informações precisas sobre os riscos de transmissão do HIV a partir das pessoas que obtiveram sucesso na TARV.

Ao longo dos últimos 20 anos, a ciência tem demonstrado que o tratamento antirretroviral é altamente eficaz na redução da transmissão do HIV. Agora, a evidência é clara: quando uma pessoa vivendo com HIV alcança a carga viral indetectável, o vírus deixa de ser transmitido em relações sexuais.

Três grandes estudos sobre a transmissão sexual do HIV entre milhares de casais, dos quais um parceiro vive com o HIV e o outro não, foram realizados entre 2007 e 2016. Nesses estudos, não houve um único caso de transmissão sexual do HIV. A Nota explicativa adverte, no entanto, que uma pessoa só pode saber se tem sua carga viral suprimida ou indetectável fazendo um teste de carga viral.

Para muitas pessoas vivendo com o HIV, a notícia de que o vírus não pode ser transmitido sexualmente é uma mudança de vida. Além de poderem optar por terem relações sexuais sem preservativo, muitas pessoas vivendo com o HIV e cuja carga viral está suprimida ou indetectável sentem-se libertas de estigmas associados ao fato de viverem com o vírus. A consciência de que o HIV não pode mais ser transmitido sexualmente pode dar a estas pessoas com carga viral indetectável um forte senso de que elas são agentes de prevenção em sua abordagem perante relacionamentos novos ou já existentes.

3.1.2 - A atuação da psicóloga(o) em ações preventivas

Até bem pouco tempo, não se falava de prevenção como ação de uma(um) psicóloga/o. Quando se fala de prevenção nos serviços de IST/HIV/aids, ela é vinculada sempre aos cuidados para evitar a infecção por HIV ou ISTs. A prevenção às IST/HIV/aids tornou-se uma orientação tão presente nos discursos, textos e congressos da área que pouco se discute acerca do papel das(os) psicólogas(os) na prevenção de saúde emocional ou mental.

Uma intervenção junto a um grupo de cuidadores (pessoa da família ou do círculo social que assume mais intensamente o cuidado) do usuário em fase terminal pode ser uma ação de prevenção em saúde mental para o grupo em questão. Não que as ações para evitar a infecção de um determinado grupo sejam menos

importantes, mas essas representam apenas parte das ações preventivas que podem ser realizadas pela(o) psicóloga(o).

A prevenção pode ser dividida em três níveis de intervenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária tem por objetivo a promoção da saúde em geral, e a proteção específica, contra determinados agentes patógenos. Nas ações em IST/aids, as intervenções que podem ser entendidas como prevenção primária e que devem ser desenvolvidas também pelos(pelas) psicólogos(os) são:

- Ações educativas na comunidade sobre temas diversos associados ao HIV e ISTs – palestras, rodas de conversa, oficinas, treinamentos e capacitações;
- Aconselhamento pré e pós-teste individual para testagem rápida ou convencional;
- Aconselhamento coletivo para testagem sorológica;

A participação do profissional de psicologia na comunicação do diagnóstico, após a confirmação do resultado sorológico, está bem definida no contexto dos serviços e equipes de saúde em IST/HIV/aids. Diferentemente de algumas condições crônicas, a comunicação do diagnóstico não é prerrogativa do profissional de medicina no que tange aos testes anti-HIV. As psicólogas(os), assim como outras categorias profissionais, têm integrado equipes em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em unidades de saúde especializadas nessa área, contribuindo para o maior acesso à testagem e ao diagnóstico do HIV e outras ISTs, com base na escuta ativa e no acolhimento.

A resposta de um participante da pesquisa demonstra a incorporação dessas ações no trabalho da(o) psicóloga(o): “Formamos um grupo de agentes comunitários de saúde multiplicadores em DST/aids através do teatro. Estamos realizando coletas de sangue em núcleos habitacionais, com aconselhamento pré e pós teste.” (C110).

A prevenção secundária¹² tem por objetivo impedir o avanço de uma doença instalada, evitar a morte do indivíduo ou impedir que a doença se torne

¹² Está em debate a alteração da nomenclatura “prevenção secundária” para “prevenção positiva”.

crônica. Com a aids, pelo fato de ter sido uma condição com níveis e elevados de letalidade por muito tempo, as ações de saúde visam transformá-la em crônica, de modo que as pessoas que vivem com HIV tenham qualidade de vida e possam dar continuidade a seus projetos de vida (Brasil, 2012). Na práxis do(da) psicólogo(a) que atua em IST/HIV/aids, já são comuns os(as) pessoas que, mesmo infectadas pelo HIV ou vivendo com aids, recuperam ou não perdem a capacidade de interagir, produzir, amar, ter prazer, ser feliz.

Pessoas infectadas têm podido conviver com sua condição de soropositividade sem que isso interfira nos seus projetos e estilos de vida: mulheres têm feito planos reprodutivos, crianças têm-se tornado adolescentes, e adolescentes têm iniciado sua vida sexual. Entretanto, muitos deles sentiram a necessidade, em algum momento, de serem ouvidos por um profissional que os ajudasse a alcançar o objetivo desejado.

Essas são algumas das intervenções que podem ser consideradas do nível da prevenção secundária e que devem ser desenvolvidas pela(o) psicólogo(a):

- Avaliação psicológica, especialmente diante da ocorrência de ansiedade, depressão ou outros transtornos mentais;
- Escuta psicológica qualificada;
- Aconselhamento individual e monitoramento da condição subjetiva
- Intervenção para a adesão no início e ao longo do tratamento;
- Atendimento psicológico individual ou em grupo;
- Rodas de conversa sobre temas relativos ao viver e conviver com HIV.

Na pesquisa realizada pelo Crepop/CEAPG, as(os) psicólogas(os) afirmaram realizar essas ações: “Recebo pacientes portadores de HIV para uma escuta dos problemas que ele vem vivenciando pelo fato de ser soropositivo. Dou todo o suporte emocional necessário para elaborar esse resultado/ aceitar o diagnóstico/ o tratamento/ adesão”. (A83).

A prevenção terciária busca, com recursos de tratamento e reabilitação, evitar ou reduzir a invalidez total ou parcial, após o tratamento e a cura das infecções

oportunistas, com sequelas ou não, e a condição de soropositividade ter adquirido características de condição crônica – caso da aids. Intervenções típicas da prevenção terciária no contexto de serviços de HIV/aids poderiam ser:

- Intervenções na comunidade para enfrentamento do preconceito e discriminação;
- Reabilitação psicossocial com reinserção no mercado de trabalho ou na comunidade;
- Atendimento a família e comunicantes;
- Avaliação psicológica, especialmente diante da ocorrência de ansiedade, depressão ou outros transtornos mentais.
- Construção e/ou fortalecimento de rede de apoio social;
- Atendimento psicológico individual ou em grupo;
- Atendimento para pessoas com dificuldades de adesão.

Outras ações podem se encaixar nesse nível de prevenção, ou seja, todas as que visam a evitar a fragilização psicológica da pessoa no seu mundo de relações e fora dele.

A promoção da saúde se dá por meio de ações não específicas, dirigidas a coletividades e grupos sociais em função das mudanças no perfil das necessidades e dos problemas de saúde da sociedade. As ações de promoção são voltadas para a integralidade da saúde, o empoderamento da comunidade mediante sua participação na gestão e a ênfase na mudança de comportamento. (TEIXEIRA, 2001; BUSS, 2000) A promoção busca, permanentemente, possibilidades para que o usuário ganhe autonomia e corresponsabilidade com o seu cuidado, reconheça e valorize o saber adquirido em experiências pessoais e de vida e se conscientize sobre o processo de sua saúde e doença e as opções que se lhe apresentam para que possa participar da condução do tratamento.

No trabalho de um Centro de Referência em IST/aids, ao serem focados, por exemplo, o aumento da escolaridade das profissionais do sexo, a sua organização em associações, em projetos de prevenção, nos quais as próprias profissionais são protagonistas da ação, ou mesmo em encontros para conhecimento da rede de proteção social existente na cidade, está aí promovida a saúde dessa coletividade. Ações promocionais de saúde ocorrem também quando se monta uma capacitação

para professores da rede pública ou quando se realizam cursos de atualização para profissionais de saúde na abordagem à pessoa com HIV ou aids.

Integrada à promoção da saúde, completando o tripé dos três níveis de prevenção, tem-se a assistência, que a rigor se refere à prevenção terciária. A assistência inclui o acompanhamento psicológico e de reabilitação. No acompanhamento psicológico, a(o) psicóloga(o) teria a seu dispor todo o arsenal técnico e teórico típico da intervenção clínica no contexto da saúde, desde que ele esteja comprometido com as singularidades, complexidades e necessidades da pessoa, e não somente com a enfermidade (aids, por exemplo) ou evento (transmissão). A assistência psicológica é núcleo da(o) psicóloga(o).

A reabilitação se define como o processo de desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários que facilitam a independência, a autonomia e a participação social das pessoas em situação de vulnerabilidade, frente à diversidade de condições e às necessidades presentes no cotidiano. (TURCI, 2008). Significa a incorporação, por todos os profissionais envolvidos na assistência, do compromisso de inserir socialmente o usuário do serviço de IST/HIV/aids. Todos devem ter como meta reinserir o usuário na rede social e/ou no mercado de trabalho.

Por fim, o serviço de saúde deve ser compreendido como local de aprendizagem contínua, participativa e potencialmente transformadora dos processos de trabalho, podendo operar em direção ao fortalecimento dos princípios de humanização e de gestão participativa. Nessa concepção, o papel do trabalhador ganha dimensão nova, a de educador (BRASIL, 2012).

3.2-Níveis de Atenção

O SUS oferece diretrizes, princípios doutrinários e princípios organizativos que devem ser conhecidos pelo profissional de psicologia. Entre os princípios organizativos, há a regionalização e a hierarquização dos serviços. A hierarquização significa que a assistência será organizada em níveis crescentes de complexidade que vão da atenção básica até a alta complexidade.

A atenção básica é a porta de entrada no SUS, é a principal provedora dos cuidados da atenção aos cidadãos adscritos a cada equipe, e mantém as

características de sua organização – alta cobertura, profissionais generalistas, presença de agentes comunitários de saúde (ACS) – e é responsável pela resolução de 80% dos problemas de saúde da comunidade.

As necessidades de saúde que não podem ser resolvidas no nível da atenção básica são encaminhadas à atenção especializada, no nível de média complexidade. Os serviços de alta complexidade estão no mais alto nível de recursos tecnológicos para o atendimento à necessidade de saúde do usuário, como, por exemplo, no serviço de transplante de órgãos ou nas unidades de tratamentos intensivos.

Os centros de referência bem como os serviços de saúde que atendem em IST/HIV/aids são classificados como atenção especializada de média complexidade, mas envolvem atividades diversas, tanto de atenção básica (educação em saúde), como nas intervenções de alta complexidade e no acompanhamento de usuários(as) internados em unidades de terapia intensiva.

Para melhor explicitar o que representam esses níveis de complexidade no trabalho do profissional de Psicologia, é apresentada, a seguir, uma proposta de sistematização das atividades desenvolvidas pela(o) psicóloga(o) num Centro de Referência em IST/HIV/aids.

3.2.1 Atenção básica ou primária

A atenção básica é definida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 648/ GM, de 28/03/2006, como “um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.” (Brasil, 2006). Na atenção básica, a prevenção recebe uma atenção especial.

Além das Unidades de Saúde da Família, há os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que são Unidades da Rede Básica do SUS que dispõem de testagem e de orientações aos indivíduos sobre IST, HIV/aids, sífilis, hepatites virais etc. (BRASIL, 2015, 2019). Essas unidades visam aos seguintes objetivos: i) estimular a adoção de práticas sexuais seguras para evitar as infecções; ii) realizar a testagem sorológica mediante testes rápidos ou outros, precedido de aconselhamento; iii)

incentivar as pessoas infectadas pelo HIV e outras enfermidades a procurar os serviços de assistência especializada (SAE) com o devido acompanhamento.

As linhas estratégicas para as ações de prevenção às IST/HIV/aids na atenção básica são:

1. Promoção de adoção de práticas mais seguras, por meio do acesso à informação e dos insumos de prevenção, com base na política de prevenção combinada (BRASIL, 2017);
2. Estabelecimento de modelos de intervenção, considerando aspectos culturais, sociais e valores relacionados aos segmentos populacionais envolvidos;
3. Priorização de intervenções realizadas por pares, que promovam mudanças de práticas, atitudes, valores e crenças em relação às IST/HIV/aids;
4. Fortalecimento de movimentos e redes sociais, bem como de organizações não governamentais, com a implementação de alternativas para o enfrentamento do problema em suas diversas dimensões.

Ao serem traduzidas essas linhas estratégicas em ações na comunidade (BRASIL, 2005b), percebe-se que os profissionais de saúde, inclusive os de psicologia, devem estar aptos a colaborar para

- Mapeamento de grupos mais vulneráveis;
- Disponibilização de informações qualificadas em IST/HIV/aids;
- Inserção da estratégia de redução de danos no contexto do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas
- Estabelecimento de critérios de referência e contrarreferência aos atendimentos psicológicos.

Na atenção básica, vê-se a necessidade de o profissional de psicologia contribuir para a capacitação e o treinamento das equipes básicas de saúde, inclusive

dos agentes comunitários de saúde, garantindo à população a qualidade das seguintes ações:

- Acolhimento;
- Ações de educação em saúde para as IST/HIV/aids em sala de espera;
- Comunicação dos parceiros sexuais;
- Formas de utilização dos insumos de prevenção, com base na política de prevenção combinada (BRASIL, 2017).

As ações descritas não são privativas de qualquer profissional; elas são entendidas como campo de ação multi e interdisciplinar, e são, portanto, responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos no serviço. Entretanto, muitas dessas ações dependem do respeito e da valorização da dimensão subjetiva que, ainda que não sejam exclusivas das(os) psicólogas(os), são melhor treinados para identificá-las e analisá-las com mais propriedade, intervindo de forma oportuna e qualificada.

O aconselhamento (BRASIL,2019) por exemplo, é 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, 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.

As(os) psicólogas(os) que compõem um serviço em IST/HIV/aids devem, ainda, estar atentos para a construção da rede de acolhimento e acompanhamento no SUS, e devem propor intervenções que venham a contribuir para as ações na atenção básica. Essas ações podem compreender desde capacitações até atuações mais diretas com a comunidade de uma determinada abrangência que necessite de intervenção. Por exemplo: uma criança foi recusada em uma escola pelo fato de a mãe ser soropositiva para o HIV. A unidade de saúde, em parceria com o Centro de Referência, pode propor um seminário voltado para todas as escolas e creches de sua área de abrangência, em que a questão dos direitos da pessoa vivendo com HIV e os cuidados relativos a ela estejam incluídos na programação. Essa seria uma atividade de promoção de saúde.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses núcleos objetivam ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia saúde da família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008).

A Portaria nº 154 recomenda que pelo menos um dos componentes do NASF seja profissional de saúde mental. Esse profissional, que, na maioria dos NASFs, será uma(um) psicóloga(o), deve ser um interlocutor importante para que as(os) psicólogas(os) que estejam em serviços de IST/HIV/aids possam expandir a qualidade e o acesso de atenção e prevenção, reduzir a discriminação e o preconceito, fortalecer os direitos humanos relacionados à epidemia de HIV/aids e outras IST e aumentar a efetividade das ações por meio do desenvolvimento e da incorporação de tecnologias sociais estratégicas.

3.2.2-Atenção secundária

A atenção secundária compreende um “conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam a atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique sua oferta em todos os municípios do país.” (PORTARIA nº 95/GM, de 26/01/01).

Em função da hierarquização dos serviços preconizada pelo SUS, os atendimentos especializados em IST/HIV/aids estão presentes mais frequentemente em municípios maiores, e disso decorre que os seus usuários são provenientes não só da cidade onde está localizado o serviço mas também de outras cidades. Esse dado deve ser levado em conta durante a confecção do Plano Terapêutico Singular, em que até o intervalo dos atendimentos deve ser uniformizado com outros profissionais para evitar idas e vindas desnecessárias ao serviço.

Nesse nível de atenção, as ações, em sua maioria, são específicas da área, ou seja, são do núcleo de ação de uma determinada profissão. Se a prevenção tem um lugar de destaque na atenção básica, aqui, na atenção especializada, o foco é o

diagnóstico, a assistência, o acompanhamento e a reabilitação. Mas ações preventivas também são realizadas na perspectiva da integralidade da atenção.

No contexto de um serviço de IST/HIV/aids, uma atenção maior, interdisciplinar e qualificada será destinada à adesão ao tratamento (BRASIL, 2008). A adesão é extremamente complexa no campo do HIV/aids pelo vínculo com o serviço ser contínuo e por toda a vida, pela terapia antirretroviral (TARV) ser sempre combinada incluindo, pelo menos, três tipos de medicamentos, podendo provocar efeitos colaterais importantes, além de envolver questões ligadas a estigma e preconceito (NEMES et al., 2009; ZUGE et al., 2017; COSTA et al., 2018; GARBIN et al., 2017).

No atual protocolo de tratamento (Brasil, 2013), denominado "tratamento como prevenção - TasP" (MONTANER, 2013; HULL 2014), o início da TARV ocorre, na quase totalidade dos casos, logo após o diagnóstico, independente da contagem de linfócitos T CD4 e da carga viral plasmática. Esse protocolo faz com que um número elevado de pessoas soropositivas esteja em uso de antirretrovirais, indicando desafios para a adesão, pois grande parte das PVH iniciam o tratamento em condição assintomática.

Além disso, tendo em vista a eficácia da terapia e a natureza crônica da infecção pelo HIV, qualquer interrupção do tratamento pode ter consequências adversas, como a emergência de cepas resistentes, que leva a falhas no tratamento (BRASIL, 2013, 2014).

No caso da(o) psicóloga(o), as principais intervenções na atenção secundária são:

- Avaliação psicológica, especialmente diante da ocorrência de ansiedade, depressão ou outros transtornos mentais;
- Escuta psicológica qualificada;
- Atendimento psicológico individual ou em grupo;
- Reabilitação psicossocial com inserção no mercado;
- Atendimento a famílias e comunicantes;
- Assistência e/ou acompanhamento psicológico a familiares e/ou pessoas da rede de apoio social;
- Assistência domiciliar terapêutica;

- Resgate terapêutico frente à falência da TARV;
- Atendimento psicológico com foco em adesão ao tratamento;
- Participação nas discussões da equipe multiprofissional apresentando a dimensão subjetiva do(a) usuário/a;
- Trabalho de interconsulta;
- Grupos de adesão ao tratamento;
- Participação na elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS);
- Assistência em cuidados paliativos.

As cinco últimas ações citadas acima são interdisciplinares e multiprofissionais por sua própria natureza.

O resgate terapêutico, outra ação na atenção de alta complexidade, tem-se tornado muito frequente nos serviços de IST/HIV/aids. Trata-se de uma intervenção clínica utilizada em pessoas vivendo com HIV com falhas terapêuticas e/ou evidências de resistência a múltiplos medicamentos antirretrovirais. É utilizado para prevenir ou minimizar a progressão da doença e seu agravamento até que novos medicamentos estejam disponíveis. Nesse caso, o infectologista pode solicitar um exame de genotipagem para verificar os remédios aos quais a pessoa é resistente, modificar o esquema de tratamento ou optar por suspender, por determinado tempo, toda medicação e monitorar os efeitos que ocorrerão no corpo até o limite do possível, para, só então, retornar, com o uso de antirretrovirais. O momento de troca de esquema terapêutico, que se reveste de incertezas quanto ao futuro do tratamento, pode ser vivenciado com preocupações, medos, crenças negativas sobre o tratamento, sintomas de ansiedade e/ou depressão, muitas vezes necessitando de acompanhamento psicológico para acolhimento das queixas e dificuldades nessa esfera, favorecendo condutas de autocuidado e de adesão (BRASIL, 2008). Inclui também o foco na investigação da problemática que está por trás da não adesão ou adesão parcial a TARV.

Na atenção secundária, espera-se que haja integração com outras áreas da saúde, destacando-se os Programas de Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Saúde da Família, Hepatites e Controle de Tuberculoses, o que propicia a visão multisetorial, sinérgica e de unicidade – um conjunto de várias instituições, dos

três níveis de governo e do setor privado, que interagem para um fim comum. (BRASIL, 2007).

3.2.3-Atenção terciária

Define-se a atenção terciária como um conjunto de serviços que exige ambiente de internação com tecnologia avançada e pessoal especializado. A assistência psicológica envolve o acompanhamento em unidades de internação, de terapia intensiva e/ou pronto atendimento.

Esses serviços caracterizam-se como ambientes de decisões difíceis, em que estão implicadas pessoas com risco de vida. Observa-se, no entanto, que níveis de tensão controlados de alguma forma são necessários à manutenção do equilíbrio e do funcionamento psíquico. No atendimento a pessoas vivendo com HIV, a atuação da(o) psicóloga(o) não difere da assistência oferecida aos demais internados na unidade de cuidados intensivos ou pronto atendimento. Entretanto, quando a(o) psicóloga(o) do serviço ao qual o(a) usuário(a) está sendo acompanhado(a) se dispõe a assisti-lo na UTI, com certeza a natureza do vínculo pré-existente determina maior qualidade da relação e da comunicação entre ambos. É importante nos casos de atendimento na UTI garantir o direito ao sigilo e à confidencialidade acerca do diagnóstico ou de outro aspecto da subjetividade do paciente, com base em seu desejo, tanto para familiares como para pessoas afetivamente significativas. No entanto, processos de revelação do diagnóstico no âmbito da UTI podem ser trabalhados, a depender das condições clínicas, cognitivas e emocionais da pessoa internada.

As principais atribuições do/da psicóloga(o) nesse nível de atenção são:

- Atuar junto à equipe interdisciplinar, acompanhando processos de acolhimento e reflexão sobre a tarefa assistencial dentro do projeto e especificidade de atuação;
- Realizar observação, avaliação e acompanhamento dos(as) usuários(as) e familiares dentro de uma rotina de atendimento;
- Registrar o histórico, a evolução e as intervenções em prontuário único;
- Acolher, preparar e acompanhar os familiares e/ou acompanhantes para que participem do processo de cuidados junto à equipe;

- Coordenar grupos com os familiares;
- Atendimento psicológico individual, adequado às condições clínicas da pessoa internada;
- Acompanhar as informações médicas/equipes, buscando facilitar o processo de comunicação/compreensão desde a rotina de admissão até o encaminhamento para atendimento em enfermaria ou domiciliar, pós-UTI ou OS;
- Atuar junto à equipe no sentido de promover discussões, reflexões e ações sobre o cuidado/humanização;
- Aplicar questionários periódicos visando a avaliar os cuidados/humanização da assistência;
- Proceder a atendimento em cuidados paliativos em equipe interdisciplinar;

O acompanhamento psicológico se faz altamente necessário nesse momento em que o limite entre a vida e a morte muitas vezes está presente e, por isso, pode constituir-se em um tempo muito fértil de reflexão e produção subjetiva. Além disso, boa parte das falhas no tratamento se deve à não-adesão adequada ao tratamento, consequência da dificuldade em seguir o esquema terapêutico. o que, por sua vez, pode evidenciar uma falha na equipe pela dificuldade de construir o protagonismo; pode também estar associada a ocorrência de infecção oportunistas, ideações suicidas, quadros de depressão ou efeitos colaterais dos antirretrovirais. Internações podem ocorrer também quando o diagnóstico é identificado em um quadro clínico de aids, que exige cuidados hospitalares em nível de atenção terciária, seja em enfermaria, serviço de urgência ou UTI.

Independentemente de qual tenha sido o fator desencadeante da falha terapêutica, as dificuldades de adesão ou os motivos que ocasionaram a necessidade de internação, a pessoa encontra-se num momento de grande vulnerabilidade física e emocional e demanda uma assistência mais intensa por parte de toda a equipe, inclusive da(o) psicóloga(o). Esse profissional deve estar bem informado de todo o processo, assim como das decisões terapêuticas a serem tomadas frente ao caso. Deve-se, necessariamente, considerar a rotina diária, hábitos de vida, perfil biopsicossocial, fornecer orientações específicas, identificar os limites individuais, os enfrentamentos sociais, as barreiras para adesão e os vínculos estabelecidos.

3.3 - Aspectos específicos relevantes para a prática profissional da psicologia

Discutiremos, a seguir, algumas das arenas de vulnerabilidade que se fazem presentes no contexto dos atendimentos às pessoas vivendo com HIV, assim como as especificidades da aids no caso de mulheres, adolescentes e profissionais do sexo.

3.3.1 Direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos reprodutivos são constituídos por certos direitos humanos fundamentais, reconhecidos nas leis nacionais e internacionais. A compreensão dos direitos reprodutivos não se limita à simples proteção da reprodução.

Ela vai além, defendendo um conjunto de direitos individuais e sociais que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana. (...) Tem como ponto de partida uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e sociais e uma ampliação das obrigações do Estado na promoção, efetivação e implementação desses direitos. (VENTURA, 2004 p. 19).

O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim, em 1995, estabelecem o significado de Assistência à Saúde Reprodutiva: “Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem se verem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência”.

Alguns elementos essenciais do modelo de intervenção, proposto com base nos documentos resultantes das Conferências do Cairo e de Pequim, incluem informação e educação, serviços sociais, jurídicos e de saúde acessíveis e aceitáveis, ambiente social adequado e respeito às especificidades e ação comunitária participativa e interativa com a ação governamental.

No sistema de saúde brasileiro, não há uma área ou programa específico para abordar as questões de saúde reprodutiva e de saúde sexual. O que existe é uma concentração de ações de saúde sexual e reprodutiva na área de saúde da

mulher, no Estratégia Saúde da Família (ESF), na saúde do adolescente e nos Programas de IST/HIV/aids.

Como a transmissão mais comum do HIV é por via sexual, a incorporação dessa temática nos serviços é obrigatória. O profissional de Psicologia deve estar preparado para responder à demanda de atendimento nesse âmbito, informações relativas aos direitos sexuais e reprodutivos, o que muitas vezes chega a ser parte significativa no total de suas ações. Insere-se aqui os direitos sexuais reprodutivos de pessoas LGBTQs, que devem ser acolhidos e valorizados, visando atenção resolutiva, com base em suas demandas e anseios.

3.3.2-Violência sexual

Como, na maioria das cidades brasileiras, principalmente as de médio porte, serviços de referência em IST/HIV/aids são locais aos quais se faz referência para a abordagem sindrômica das ISTs e a dispensação de anticoncepcional de emergência, sendo comum serem as(os) psicólogas(os) que atuam nesses centros aqueles que, mais frequentemente, recebem os casos de vítimas de violência sexual para acompanhamento psicológico. Muitas vezes, esse também é o profissional que acompanha o processo de decisão pelo aborto e que presta acompanhamento pós-aborto.

No atendimento à violência sexual, há uma norma técnica do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), que trata da “prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” e dá ênfase ao acompanhamento psicológico e social da vítima atendida. Nos casos de violência sexual, em especial o estupro, está prevista a oferta da profilaxia pós-exposição sexual (PEP sexual), para o HIV e outras ISTs.

Um dos itens da norma preconiza a garantia de atendimento psicológico durante e após a interrupção da gravidez ou, se for o caso, durante o pré-natal. Se o serviço de Psicologia for o único e não houver serviço específico para esse tipo de caso na cidade, é dever do profissional de psicologia receber o usuário em tal situação para o acompanhamento necessário.

3.3.3 - Mulheres e aids

Grande parte das mulheres atingidas pela aids está em idade reprodutiva; Em função disso, desenvolveu estratégias, nos últimos anos, que enfatizam ações, como aconselhamento (individual e coletivo), nos serviços de saúde que prestam atendimento à mulher, notadamente os serviços de planejamento familiar, pré-natal e atendimento ginecológico, centros de testagem anti-HIV e aconselhamento em maternidades.

Novos estudos têm sugerido que, mesmo com uma carga viral menor do que a dos homens, as mulheres apresentam maior risco de progressão sintomática da doença. Embora fatores epidemiológicos e socioculturais possam explicar a maior mortalidade das mulheres em relação aos homens, fatores de natureza hormonal e diferenças na dinâmica biológica do HIV nas mulheres têm sido questionados. Isso leva a crer que as especificidades biológicas das mulheres vêm sendo desconsideradas pelos pesquisadores do vírus, registrando-se pouquíssimos estudos sobre o efeito dos medicamentos no corpo feminino.

A epidemia de HIV/aids associou-se à grave situação das mulheres em relação às ISTs. As ISTs são um cofator importante na transmissão e no controle da infecção pelo HIV, além de poder levar à infertilidade, às doenças neonatais e infantis, ao câncer e outras. De modo geral, também nesses casos prevalecem os estereótipos de gênero na prática dos profissionais de saúde que, em geral, prescrevem algum tipo de medicação para o problema e recomendam abstinência sexual por um período, sem maiores informações ou orientação quanto à prevenção. Medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da Medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais. No processo de medicalização, sexualidade e reprodução são confundidas e reduzidas a questões técnicas veiculadas por um modelo biomédico.

A vinculação entre sexualidade feminina e risco está incorporada ao universo da mulher: risco de estupro, parto, violência sexual, gravidez, aborto. Risco de IST é mais um. Ao não tratar a mulher devidamente, a prática mantém a cadeia de transmissão, violando o direito dessa mulher à informação sobre as formas de evitar novas infecções e à necessidade de estabelecer com seu parceiro uma prática sexual

segura, fato agravado junto às mulheres que fazem sexo com mulheres, lésbicas e negras.

Essas questões nos fazem pensar que as práticas de saúde, sobretudo aquelas de caráter preventivo, só são de fato eficazes quando fazem sentido para as pessoas implicadas, e, para isso, devem articular os diferentes níveis ou esferas da vida social. A literatura sobre a prevenção indica que a informação completa, o debate de valores e o apoio para que cada um decida como encaminhar a vida nunca aumentam comportamentos pouco saudáveis, ao contrário, estimulam decisões e atos bem pensados e bem informados, estimulam o sexo protegido. (UNAIDS, 1997).

3.3.4-Direito à gravidez e à parentalidade

A gravidez de mulheres soropositivas reveste-se de dupla criminalização – legal e social. Em geral, a mulher infectada não pode optar pela interrupção da gravidez, uma vez que a legislação não permite, e ela é considerada irresponsável pela sociedade por gerar um bebê que poderá nascer infectado ou ficar na orfandade.

A questão merece um cuidado especial. Cerca de 80% das mulheres brasileiras vivendo com HIV estão em idade reprodutiva (Brasil, 2018). Parte da população feminina tem diagnóstico do HIV durante o pré-natal ou quando descobre que seus filhos estão doentes. Por vezes, a testagem ocorre sem o prévio aconselhamento e consentimento esclarecido, justificado pela equipe de saúde como medida preventiva para o bebê. Desconsidera-se que a mãe também merece orientação e cuidado adequados não só médicos, mas psicológicos, sociais e legais, já que um dos problemas mais tem sido a orfandade decorrente da morte da mãe, quando esta não recebe a atenção e cuidados adequados. Outro fator importante é o valor social da maternidade, que, na cultura, é uma determinante da identidade social. Muitas mulheres soropositivas podem ter a capacidade de resgatar sua identidade social, posta em questão pela infecção com o vírus. Alguns pesquisadores relacionam o desejo da mulher de ter filhos à sua realização como mulher, somada à angústia de que o filho seja HIV positivo. (BARBOSA, 2003; SANT' ANNA, SEIDL, 2009).

De acordo com Ventura (2004), uma intervenção adequada deve oferecer aconselhamento para as mulheres HIV positivas ou negativas sobre as alternativas

mais seguras de engravidar, de levar a gravidez adiante, de proteger o feto ou, se for de sua escolha, de interrompê-la. De acordo com a autora, as mulheres soropositivas devem ser orientadas sobre as possibilidades de realizar inseminação artificial como opção segura de engravidar sem riscos para os parceiros soronegativos ou, ainda, como e quando engravidar, mesmo por meio de relações sexuais, com menos riscos para o parceiro e o bebê. No caso de a mulher ser soronegativa e o parceiro, soropositivo, o casal deve ser orientado sobre este estar com carga viral indetectável, pois nessas condições as chances de transmissão do vírus são nulas (indetectável igual a intransmissível), permitindo, se for o desejo de ambos, que relações sexuais sem camisinha possam ocorrer (Brasil,). De qualquer forma, a possibilidade de inseminação artificial pelo processo de purificação do sêmen, que evita a transmissão do vírus para a mulher também é um recurso válido, ainda que pouco acessível em nosso país (FAGÚNDES, 2002).

A eficácia da prevenção da transmissão vertical (TV) é um fato real em nosso país, de modo que as mulheres soropositivas para o HIV devem ter assegurado seu direito à gravidez e à maternidade. O número de casos de crianças infectadas por TV é reduzido no país, mas esse sucesso depende do acesso ao pré-natal e o acompanhamento nos momentos peri e pós-natal. Quanto aos procedimentos do protocolo, uma mudança digna de nota, por exemplo, é a possibilidade de a mulher ter um parto normal se sua carga viral estiver indetectável. A inserção do teste rápido nos serviços de pré-natal e nas maternidades tem permitido uma maior detecção de casos de gestantes soropositivas e a aplicação das medidas preventivas da infecção por transmissão vertical, permitindo tratamento oportuno e adequado à gestante e ao bebê, antes, durante e após seu nascimento (BRASIL, 2018).

Porém, ainda não há uma política social que ampare as mulheres e seus filhos para que estas possam exercer seus direitos reprodutivos sem barreiras. O estigma social das pessoas vivendo com HIV, somado ao baixo poder de decisão da mulher junto aos serviços de saúde e à carência de serviços de qualidade, torna difícil a decisão de ter ou não filhos. Ademais, muitos serviços dificultam o exercício da autonomia da mulher na tomada de decisão quanto a ter ou não ter filhos.

As(os) psicólogas(os) presentes nos serviços de HIV/aids devem dispor dos instrumentos de educação popular para promoção de saúde a fim de construir uma atenção à saúde integral em que pessoas e grupos sociais assumam maior

controle sobre sua saúde e suas vidas e em que a racionalidade do modelo biomédico dominante seja transformada no cotidiano de suas práticas. Além de trabalhar para o que serviço diminua o estigma e a discriminação na assistência oferecida.

3.3.5 Infância e aids

A disponibilidade do tratamento antirretroviral tem sido responsável por avanços relevantes nos indicadores de desenvolvimento e de saúde de crianças vivendo com HIV. Observa-se que crianças infectadas por transmissão vertical estão chegando à adolescência e à idade adulta, com qualidade de vida e acentuada redução da morbimortalidade. Nessa perspectiva, questões de natureza psicossocial ganham relevância na atenção a essa clientela (SEIDL et al., 2005).

Um desafio que merece destaque, tanto para profissionais de saúde quanto para familiares, se refere à revelação do diagnóstico. No processo de contar para a criança sobre a soropositividade, há diversos aspectos que dificultam a tomada de decisão pelos cuidadores, em especial os familiares. Pode-se mencionar o medo do estigma no caso da criança falar sobre o diagnóstico para terceiros, receio dos efeitos da notícia sobre seu desenvolvimento socioemocional, sentimentos de culpa ou vergonha acerca da transmissão vertical, despreparo do cuidador para abordar o assunto com a criança, entre outros (MARQUES et al., 2006; SEIDL et al., 2005).

Assim, cuidadores de crianças com HIV, muitas vezes com respaldo dos profissionais de saúde, tendem a postergar o momento da revelação, mesmo diante de evidências de que as crianças já sabem, desconfiam ou manifestam curiosidade sobre sua condição de saúde e tratamento. Ainda que em idade precoce, são comuns indagações para os familiares e profissionais de saúde, tais como: "Por que eu tenho que tomar esse remédio todos os dias?"; qual doença que eu tenho que precisa vir ao médico frequentemente?" Por que eu tenho que tomar remédio e meu irmão, não?". Essas e outras perguntas são indícios fortes de que o momento da revelação é oportuno.

A revelação do diagnóstico é um processo crucial na atenção a crianças com HIV e não deve ser postergado. Além da atenção aos familiares, os atendimentos médico, psicossocial e psicológico devem ser disponibilizados para a criança, com linguagem adequada ao seu desenvolvimento afetivo-emocional e cognitivo,

utilizando recursos lúdicos que favoreçam a interação e a comunicação. O envolvimento da criança em seu próprio tratamento, mesmo em faixas etárias precoces, é fundamental para a participação efetiva no autocuidado, favorecendo a adesão. O acolhimento, a relação de confiança e a sensibilidade do profissional para lidar com essas questões tem-se mostrado um facilitador para a revelação do diagnóstico (BRASIL, 2008).

Ressalta-se que a revelação é um processo e a abordagem aos familiares e à criança deve ser individualizada, respeitando o momento da criança, levando em conta o nível de informação, o contexto psicossocial e familiar. Atualmente, há um consenso entre os profissionais de saúde, em especial as(os) psicólogas(os), que quanto antes a criança tiver informações sobre o seu diagnóstico, melhor, visando chegar à adolescência bem informada e consciente sobre HIV/aids e o tratamento, de modo a exercer com autonomia seu autocuidado (BRASIL, 2008).

3.3.6. Adolescentes e aids

Muitas crianças que nasceram infectadas pelo HIV nos anos 1980, 1990 e 2000, por transmissão vertical, chegaram à adolescência e à adultez graças ao avanço na assistência e nas respostas aos antirretrovirais, indício da cronicidade da doença. Cabe destacar que, atualmente um número elevado de adolescentes vivendo com HIV se infectou em relações sexuais sem proteção.

Nos últimos tempos, a política nacional na área de IST/HIV/aids tem se preocupado em aperfeiçoar o atendimento a adolescentes vivendo com HIV e em promover a integração social desse grupo.

No ano 2003, o Ministério da Saúde tomou a iniciativa de ouvir os adolescentes sobre o atendimento nos serviços de saúde e na rede de apoio social para orientar a formulação de diretrizes do Ministério da Saúde, considerando as demandas dos adolescentes. A revista Saber Viver, Edição Especial para Profissionais de Saúde, traz um artigo de Lopes, Eliana e Andrade (2004) em que elas elencam as principais respostas dos adolescentes presentes ao Fórum Nacional.

- Os adolescentes com vida sexual ativa têm tido acesso ao preservativo nos serviços de saúde;

- Os adolescentes não têm espaços coletivos de interlocução para tratar de temática, como sexualidade, saúde reprodutiva, acesso e permanência na escola, troca de vivências e suas percepções sobre as instituições de apoio social;
- Os cuidadores/familiares desses adolescentes têm pouca ou nenhuma oportunidade de discutir, em espaços coletivos, suas dúvidas e alternativas para apoiarem adequadamente os adolescentes;
- A maioria dos adolescentes que vivem em instituições de apoio, embora reconheçam e mantenham vínculos afetivos com os cuidadores, têm expectativa de viver com maior autonomia para tomada de decisões e em ambiente familiar – com madrinha, padrinho, tios, avós etc.;
- A revelação do diagnóstico é uma grande dificuldade para profissionais de saúde e familiares, sendo que muitos adolescentes, embora “desconfiem” que vivem com HIV, não tiveram ainda seu diagnóstico explicitado. A maioria dessas situações foi constatada entre os adolescentes da categoria de transmissão vertical;
- Muitos adolescentes têm tomado conhecimento do diagnóstico durante a internação;
- A estrutura dos serviços é inadequada – os espaços são pouco humanizados e pouco voltados para os adolescentes – ou são de pediatria ou de adultos;
- Falta de articulação dos serviços especializados de aids e serviços de saúde do adolescente;
- Reconhecem nos profissionais de saúde um bom acolhimento individual e apontam a necessidade de serem atendidos por diferentes profissionais, como psicólogas(os) e assistentes sociais;
- Discriminação – receio de revelar seu estado sorológico a amigos, receio do isolamento, referência a situações de discriminação e preconceito na escola.

Entende-se que uma abordagem da(o) psicóloga(o) ao adolescente soropositivo deve seguir as seguintes estratégias: bom suporte psicológico à revelação diagnóstica, envolvimento e compromisso do adolescente na construção de seu plano de tratamento, promoção de criação de grupos de adolescentes atendidos no serviço, informações sobre a possibilidade de efeitos colaterais e conduta frente a eles, participação e apoio à família, espaço para educação sexual e construção de um projeto de vida com inclusão social, educacional e de mercado de trabalho, garantindo-lhe integralidade na assistência. E, principalmente, postura profissional sem estereótipos e preconceitos sobre a adolescência, que resgate a visão de que a adolescência pode ser um período de grandes oportunidades.

Há um campo importante: as escolas. A intervenção mais comum é a da ação educativa coletiva. As famosas palestras são muito bem recebidas pelos professores e pela direção que, no entanto, mobilizam um número excessivo de pessoas para caberem nos espaços a eles destinados e não viabilizam uma escuta acurada e uma participação qualificada. A escola, como uma agência social, é um campo importante para as ações de prevenção e de promoção de saúde. Entretanto, as ações devem ser bem construídas e planejadas para alcançarem seu objetivo. O planejamento deve constar de técnicas que possam servir de integração, apresentação da temática e momento de partilha de conteúdos, partindo sempre dos conhecimentos prévios da comunidade acrescidos de informações pertinentes ao tema escolhido. O número de participantes ideal gira em torno de 20 a 30 pessoas. Grandes palestras têm, em geral, a função de transformar um horário de aula num horário vago ou de facilitar encontros que nada têm a ver com o tema discutido e atendem, na maioria das vezes, a demanda dos adultos e não se constitui num espaço de escuta e reflexão para os adolescentes.

As ações de promoção de saúde podem ser conduzidas com professores, coordenadores, com turmas de alunos, comunidade escolar e/ou com pais. Entretanto, as iniciativas com mais resultados positivos são as que utilizam o protagonismo juvenil como ferramenta contínua de conexão entre a unidade de saúde e a escola. Grupos de jovens pares, capacitados e supervisionados pela psicóloga(o) e algum professor-elo da escola trabalhada, responsabilizam-se por desenvolver as ações educativas nas salas de aula e na comunidade. Esses grupos conseguem uma linguagem direta com vocabulário facilmente compreendido pelos outros jovens,

facilitam a identificação com os problemas e priorizam as informações mais adequadamente para o grupo-alvo. Com o tempo, os jovens se tornam referências no ambiente escolar para tirar dúvidas, esclarecer pontos e viabilizar o acesso à unidade de saúde com mais facilidade. Para isso, faz-se necessário manter um programa de formação continuada para os jovens protagonistas dentro da unidade ou na escola, dentro das atividades previstas na disposição semanal de trabalho do profissional e não como algo ocasional.

A promoção de saúde se concretiza através do acesso ao conhecimento que leve o indivíduo a compreender sua inserção na sociedade e as multideterminações da constituição de sua existência, possibilitando uma atuação que aponte uma compreensão/conhecimento do mundo.” (CONTINI, 2001, p.91).

3.3.7 Envelhecimento e HIV

A condição crônica de quem vive com HIV, e diante dos novos dados epidemiológicos, indica que há um número crescente de pessoas que estão envelhecendo com HIV. A infecção pelo HIV parece aumentar o risco de múltiplas morbidades, como dislipidemias, diabetes e hipertensão arterial. Dados sugerem que PVH, mesmo as adequadamente tratadas e controladas, têm risco cinco vezes maior de ser acometidas por outras doenças crônicas associadas. Quanto maior o número de morbidades crônicas, maior o risco de declínio na capacidade funcional. O impacto de múltiplas morbidades nas pessoas mais velhas também depende do tipo particular de doenças envolvidas.

Considerando a importância desse cenário, a individualização da TARV deve ser pensada para os pacientes mais idosos apresentando múltiplas morbidades, além de uma abordagem multidisciplinar. Essa abordagem deve, minimamente, incluir avaliações metabólicas, da pressão arterial, função renal, triagem para depressão e avaliação regular da doença hepática em indivíduos coinfectados por hepatite viral com uso de ultrassom e estadiamento de fibrose.

Além disso, talvez sejam necessárias avaliações mais amplas ou mais frequentes no processo de acompanhamento de pacientes com infecção pelo HIV com 50 anos de idade ou mais, ainda que inicialmente não apresentem morbidades associadas. O acompanhamento da psicologia também é necessário para pessoas soropositivas idosas, tendo em vista os desafios comuns desse momento do curso de

vida, como aposentadoria, mudança de projetos de vida, ocorrência de condições crônicas, ao lado de outros temas associados ao processo de envelhecimento.

3.3.8 - Profissionais do sexo

Na resposta brasileira à epidemia de HIV/aids, atenção tem sido dada às populações-chave que abarcam os grupos sociais que são atingidos de forma desproporcional e desigual em comparação à população geral. Essa desigualdade ocorre tanto em termos epidemiológicos quanto no acesso à saúde, o que amplia as condições de vulnerabilidade, sendo os profissionais do sexo uma dessas populações.

Profissionais do sexo — mulheres, homens, travestis e pessoas trans — tem prevalência 10 vezes maior para o HIV que a população em geral, alcançando prevalências da ordem de 5% (UNAIDS BRASIL, 2015). Profissionais do sexo são pessoas adultas que “exercem a troca consensual de serviços, atividades ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor (seja de cunho monetário ou não), podendo assumir as mais variadas formas e modalidades” (BRASIL, 2017, p. 36). Essas atividades podem ser realizadas em situações e espaços diversos (independentemente da frequência), podendo ocorrer pela negociação direta entre profissional e cliente ou haver a intermediação de uma terceira pessoa. O que define a prostituição é, sobretudo, “o consentimento das partes engajadas na transação entre os serviços sexuais e as variadas formas de pagamento” (BRASIL, 2017, p. 36).

Pesquisa realizada em Fortaleza com trabalhadoras do sexo descreveu a prevalência do HIV, bem como identificou estímulos e barreiras à testagem sorológica (MARTINS et al., 2018). A prevalência estimada da infecção pelo HIV foi de 3,8% e a adesão ao teste foi elevada (84,1%). No que tange aos motivos relatados para não fazerem o teste foram citados: acreditar que não corre risco de se infectar ou não pertencer a grupos de risco (24,1%) e o medo de discriminação, caso o teste fosse positivo (20,5%). Os principais aspectos relatados como motivadores ou de incentivo à testagem foram: a disponibilidade da testagem em locais não relacionados à saúde (57,0%) e a oferta na maioria das unidades básicas e/ou em horário não comercial (44,2%).

Profissionais do sexo são pessoas que sofrem estigma, preconceito e discriminação, portanto, seu acesso a serviços na área de IST/HIV/aids deve ser facilitado por atitudes de respeito, sigilo e ausência de julgamento de parte das equipes de saúde. Assim, seja em serviços como CTA, como naqueles que oferecem a PEP e/ou a PreP, ou em unidades de tratamento para pessoas que vivem com HIV, a equipe de saúde deve estar preparada para acolher e atender às demandas clínicas e psicológicas de profissionais do sexo.

Cabe destacar que mulheres profissionais do sexo e pessoas trans são prioridade nas ações da PreP (BRASIL, 2017), mas essas pessoas têm usufruído pouco dessa estratégia preventiva, até o presente momento. Para minimizar essa situação, tem sido implementada a estratégia de redução de danos, nomeada de ações entre pares, para favorecer a sensibilização e adesão à PreP, bem como o uso de preservativos masculino e feminino por pessoas trans e profissionais do sexo.

3.3.9 Luto e HIV

O adoecimento grave ou crônico implica a perda do *status* de/do ser saudável, culminando, muitas vezes, na perda de autonomia, com efeitos na integridade física e em uma inevitável aproximação com a reflexão acerca da própria finitude. Quando consideramos esta dimensão do viver com HIV, torna-se possível um maior reconhecimento das diversas demandas e um melhor acolhimento. No mesmo raciocínio, Suzuki, Almeida e Silva (2014, p. 469) afirmam que "o enfrentamento de uma perda pode acelerar e potencializar a vivência de outras perdas", assim, justifica-se pensar acerca de como a pessoa que vive com HIV percebe e vivencia o luto diante de seu processo de vida.

O luto é um processo que deve ser encarado de forma natural e que precisa ser vivido pelo indivíduo, pois tem o objetivo de diminuir o estresse, aceitar e elaborar a perda, e evitar complicações patológicas. Uma pessoa enlutada precisa ser reconhecida socialmente para que sua dor seja entendida e respeitada, e suas necessidades satisfeitas, além de considerar que cada pessoa irá atravessar o processo de luto de maneira singular, sendo que nem todas serão capazes de completar seu luto, ou seja, não conseguem elaborar sua perda e acabam desenvolvendo o que Parkes (1998) denomina "luto complicado". Nesses casos, pode necessitar de atenção psicológica para lidar com seus sentimentos e enfrentar a realidade de pessoa vivendo com HIV.

Assim, o luto relacionado ao diagnóstico para o HIV deve ser considerado e respeitado pelos profissionais de saúde e demais pessoas que irão conviver com a PVH. Mesmo com todos os avanços de tecnologias para o tratamento do HIV, como as múltiplas possibilidades de testagens para o diagnóstico, se faz necessário considerar os estigmas, mitos e preconceitos que ainda envolvem a soropositividade.

Portanto, devemos considerar a possibilidade de que uma pessoa, ao ser diagnosticada com HIV, poderá se sentir enlutada. O conceito de luto a partir da construção elaborada em *Sobre a morte e o morrer* (Kübler-Ross, 1998) afirma que este pode ser dividido em cinco estágios pelos quais a pessoa enferma geralmente passa na luta que trava contra a doença e, eventualmente, a morte. Os cinco estágios são: negação, revolta, barganha, depressão e aceitação, sendo necessário afirmar que o luto não ocorre de maneira fixa e estática, mas se desenvolve de maneira dinâmica.

Versão de Consulta Pública

EIXO 4: GESTÃO DO TRABALHO NOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE IST/HIV/AIDS.

É consenso que os Programas de IST/HIV e Aids não podem ser dissociados de outras ações do setor público, incluindo aí (sobretudo) as do próprio setor saúde. As ações relacionadas com a gestão do trabalho devem, portanto, ser pautadas pelos princípios do SUS: a integralidade e a interdisciplinaridade das ações, a universalidade da atenção, a descentralização das ações, a participação e o controle social. O desafio, no que concerne à gestão do trabalho, é de desenvolver ações que tenham como pré-condições a articulação intersetorial, a pactuação entre gestores das três esferas de governo e o permanente diálogo com a sociedade civil. A articulação intersetorial com as diferentes áreas do Ministério da Saúde (como saúde da mulher, do adolescente, da criança, saúde mental, vigilância sanitária, saúde da família e de agentes comunitários de saúde) é fundamental para que se possa avançar na adoção de medidas preventivas e de assistência em DST/aids. (BRASIL, 1999a, 1999b).

4.1 - Contextualização da Política de IST/HIV/aids no Movimento Brasileiro da Reforma Sanitária

Para iniciar nossa construção sobre a gestão do trabalho e a Política Nacional de IST/HIV/Aids, é necessário realizar um pequeno percurso sobre Sistema Único Saúde (SUS), então o descontentamento frente à situação de incapacidade do Estado em dar respostas às grandes questões da saúde pública do país fez com que profissionais se organizassem no sentido de propor novas perspectivas necessárias. Ainda no final da década de 1970, profissionais da área de saúde que, segundo Bertolli Filho (1996), era em defesa da profissão médica, já bastante precarizada, e também em defesa aos direitos dos pacientes. Dessas organizações, surgiram produtos como a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), ficando este processo conhecido como Movimento Sanitário, em grande parte responsável pela organização que da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988a) culminou na proposta do SUS (BRASIL, 1988b). Segundo o historiador, o principal efeito dessas organizações foi a construção de um documento chamado Pelo direito universal à saúde, no qual foi considerado o acesso à saúde um direito do cidadão.

Houve, portanto, já no final da década de 1970 e durante a década de 1980 um crescente movimento de organização motivado pela experiência do fracasso da

resposta brasileira às questões de saúde pública. Neste sentido, nota-se que o percurso foi bastante longo até a chegada da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual foram construídas as principais propostas que subsidiaram a formação do SUS. A partir da Constituição de 1988, quando se estabelece as bases para a formação do SUS, cuja Lei Orgânica da Saúde, foi aprovada em 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b), novas concepções são propostas, tais como Universalidade, Gratuidade, Integralidade e Organização Descentralizada. As novas orientações quanto à concepção de saúde que passava a figurar no plano do SUS abriu a possibilidade para a inclusão de novas perspectivas, tal como a dimensão social da doença. Esta também foi a mesma entrada que permitiu uma maior instalação do profissional de psicologia no sistema de Saúde.

No entanto, alguns eventos de base sociológica podem nos ajudar na ampliação dessa ideia. Birman (2005) afirma que o campo da Saúde Pública e da Saúde Coletiva não são coincidentes. Isso porque a saúde pública foi esquadrinhada pela medicina do século XVIII, no sentido de que combateu as grandes epidemias urbanas e contou com os aparatos sanitários. Tem-se no âmbito da Saúde Coletiva a totalidade do valor biológico na concepção de saúde, cujas descobertas em bacteriologia e sanitarismo aplicadas ao espaço urbano são os eixos fundamentais para o que se pôde compreender por Saúde Pública. Por outro lado, a noção que, para o autor, marca a identidade da Saúde Coletiva, se fez a partir da crítica à primazia estrita do campo biológico:

Seu postulado afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que leitura realizada pela medicina. A partir da década de 20 as ciências humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal e patológicas. (BIRMAN, 2005)

Sendo assim, a franca entrada das ciências humanas na saúde marca a dimensão da saúde coletiva, segundo este autor, fato que parece ter sido posto em prática pela concepção preconizada – mesmo que ainda no campo da constituição – pela proposta trazida pelo SUS. Esta também foi uma abertura fundamental para a instalação da psicologia de forma mais maciça nos serviços públicos de saúde. A proposta de uma atenção à saúde, de forma a respeitar o princípio da Integralidade, ou seja, a saúde sendo revisitada por uma noção que ultrapassava as fronteiras de um único campo de saber, a cultura biomédica. Isso abriu as vertentes assistenciais para os modelos de atenção, marcados pela multidisciplinaridade e seus afins. Mais

uma vez, a psicologia tem seu lugar na saúde pública, subsidiado pela reformulação dos fundamentos e objetivos que conferiam o papel de um sistema público de saúde.

Consideramos relevante apresentar os princípios do SUS para em seguida apresentar sua articulação com as questões de gestão:

- **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.
- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Princípios Organizativos

- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
- **Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade

pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

- **Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

4. 2 - Os princípios do SUS na perspectiva dos serviços e ações voltados para as IST/Aids

Do ponto de vista do trabalho de psicólogas(os) em gestão na área de IST/Aids, há que se considerar três princípios como fundamentais: a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade, que se constituem no tripé de sustentação do SUS. (BRASIL, 1998).

4.2.1-A descentralização dos serviços

A Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990b) dispõe sobre a descentralização político-administrativa nas três instâncias de governo e enfatiza a municipalização dos serviços e ações de saúde, com a conseqüente redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos Municípios. Sua implementação decorre, sobretudo, da NOB nº 96, que resulta, por sua vez, da experiência ditada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores – em especial da NOB nº 93, Portaria Ministerial nº 545 (BRASIL, 1993a), que está contida no documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Como instrumento de regulação do SUS, a NOB nº 96, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita os princípios e as diretrizes do sistema, consubstanciados na Constituição Federal (BRASIL, 1988a) e nas Leis nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990b) e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990c).*

A descentralização promove uma mudança na relação entre as ações em HIV-Aids e os níveis de atenção do SUS, evidenciando que a atribuição de ações a

um nível do sistema é uma convenção, atravessada por condições históricas e políticas: históricas em decorrência de estarem situadas no tempo e políticas por envolverem disputas entre posições, atores, recursos e concepções. A implantação de uma política é permeada por movimentos contraditórios, que oscilam da aderência ao rechaço, e que envolvem, muitas vezes, a recusa das propostas de mudança.

Podemos destacar uma mudança gradativa nos últimos dez anos no cenário para as ações de prevenção e nos programa de IST/HIV/Aids, novas propostas assistenciais passam a surgir, conectadas a diretrizes políticas do Ministério da Saúde. Dentre essas ações, está a proposta de descentralização do acesso ao diagnóstico para a atenção básica, através da oferta de teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento nas unidades básicas de saúde (UBS). Em nível nacional, essas ações passaram a ser preconizadas através da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre a realização de testes rápidos na atenção básica para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. A introdução dos testes rápidos está concebida de forma gradual, considerando-se a necessidade de treinamento dos profissionais e preparação do serviço para o acolhimento, aconselhamento, execução do teste, tratamento e encaminhamentos (BRASIL, 2013b).

4.2.2-O princípio da integralidade

A integralidade, como um princípio do SUS, tem como objetivo principal dar organicidade ao sistema, articulando ações de prevenção e ações curativas, antes separadas, política e administrativamente, nos Ministério da Saúde e da Previdência. Em outras palavras, as políticas e serviços do SUS devem se organizar a partir da integralidade das ações de saúde, compreendendo articuladamente ações de prevenção, tratamento e reabilitação. Como aponta Mattos (2001), alguns sentidos de integralidade foram se construindo para além de seu sentido constitucional, focalizando a atenção na pessoa como um todo, e não somente na sua descrição biológica, compreendendo o processo saúde- doença como constituído a partir dos registros social, econômico, político e também psicológico; ressignifica, portanto, o “paciente” como um sujeito de direitos, que deve ser atendido a partir de suas

necessidades, dando origem a discursos e práticas como a Medicina integral, a Psicologia médica e a bioética.

Nessa acepção, a integralidade torna-se também uma ética, um valor que pretende construir as políticas, os processos de trabalho e as ações propriamente ditas a partir da centralidade do usuário e dos sujeitos envolvidos na ação.

Dessa compreensão, decorre uma das políticas que tem sido a bandeira de luta de muitas(os) psicólogas(os) da saúde: a *Política Nacional de Humanização*, que propõe que toda política e ação de saúde devam ter como eixo a humanização (BRASIL, 2004). Apesar da polêmica em torno do nome humanização, essa ênfase explicita a crítica e a superação da concepção de doente identificada com o modelo anátomo-fisiológico da Medicina moderna e eleva-o à condição de sujeito, apresentando necessidades que vão além dos cuidados com a doença e com o corpo. Humanizar, no sentido proposto pelo Ministério da Saúde, é mais que reorganizar os espaços sanitários, é reorganizar os processos de trabalho, formar e qualificar trabalhadores, garantir os direitos e a cidadania dos usuários por meio do controle e da participação popular, é instituir práticas fundadas na integralidade.

Nos tempos atuais é necessário garantir uma política que possa incentivar a formação e a organização de equipes de saúde para ampliação do acesso e para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Assim, pretende-se substituir o enfoque centrado no indivíduo e no modelo médico-curativo para redescrever suas teorias e práticas numa perspectiva coletiva e voltada para a integralidade. Para além das equipes que atuam diretamente nos serviços, há que se considerar ainda as equipes matriciais, grupos de profissionais especializados, que visam a fornecer suporte às equipes de atenção básica, entre eles profissionais de saúde mental, na condução de demandas específicas.

Em publicação recente sobre as novas estratégias de prevenção assumidas pelo Ministério da Saúde, tais como – *Prevenção Combinada do HIV (2017)*, *Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde (2017)* e *Agenda Estratégica - para aplicação do acesso e cuidado Integral das populações-chave – (2019)*, observamos que a atuação e papel da(o) psicóloga(o) tornam-se ainda mais solicitados no tocante ao trabalho junto às populações consideradas mais vulneráveis ou chamadas populações –chave, tais

como; gays e outros HsH, trabalhadores do sexo, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas e pessoas trans.

A organização dos processos de trabalho no CTA deve estar centrada no(a) usuário(a) e em suas necessidades. Deve prevalecer o uso de tecnologias leves (as tecnologias das relações, como as intervenções comportamentais e estruturais) e leve-duras (tecnologias definidas pelo conhecimento técnico, a exemplo das intervenções biomédicas, como Tratamento para Todas as Pessoas, PreP e PEP) para a produção do cuidado. O(a) usuário(a) deve contar com uma equipe multiprofissional operando por meio de diretrizes como acolhimento, oferta do aconselhamento, desenvolvimento de estratégias para ampliar a captação das populações-chave, vinculação dos(as) usuários(as) aos serviços estabelecidos pela linha de cuidado e apoio matricial às unidades de AB, sendo que, nesse tipo de organização, o cuidado é realizado de forma compartilhada entre as equipes da AB e a equipe especializada.

4.2.3 O controle social

A participação social tem em vista garantir os direitos de cidadania das pessoas que vivem direta ou indiretamente com aids, fortalecer as instâncias democráticas em relação ao controle social dos recursos da saúde e promover a participação dos cidadãos no sentido de fortalecer as ações comunitárias.

A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a criação dos Conselhos de Saúde, das Conferências de Saúde e da participação da comunidade na gestão do SUS. Essa lei estabelece as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio de participação paritária em Conferências e Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde têm caráter consultivo, avaliam a situação de saúde e propõem as diretrizes da política de saúde em cada instância de governo.

A importância da participação social para a sustentabilidade do SUS já era reconhecida pelos delegados participantes da IX Conferência Nacional de Saúde. Conforme o documento final, publicado em 1993,

A participação da comunidade é uma forma de controle social que possibilita à população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde. A participação, na perspectiva do controle social, possibilita à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O

que é público deve estar sob o controle dos usuários: o controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde. (BRASIL, 1993b).

Com a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece-se uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de forma que as decisões sobre o que fazer na sociedade terão que ser negociadas com seus representantes, uma vez que são eles os que melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso, o controle social é entendido como uma das formas mais avançadas de democracia.

Contudo, embora esteja prevista na lei, a participação social é um processo, e, se acha em permanente construção, comportando avanços e recuos; por esse motivo, depende, muitas vezes, de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

A Carta dos direitos e deveres dos usuários do SUS

A primeira versão da Carta foi criada em junho de 2009. Desde então, o documento passou por algumas mudanças para aprimorar termos e contemplar a diversidade das pessoas que vivem em todos os cantos do nosso país. A nova versão do documento foi construída coletivamente, com a participação de especialistas de diversas entidades e movimentos sociais que defendem um SUS cada vez melhor.

Para isso, o CNS criou um Grupo de Trabalho responsável por analisar e atualizar a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe dos direitos e deveres dos usuários da saúde.

Com o objetivo de ampliar a participação social neste processo, o CNS também lançou uma consulta à sociedade, em abril de 2017. As contribuições foram feitas de 9 de maio de 2017 a 12 de junho de 2017, via internet, através da plataforma FormSUS.

Feito esse processo, o GT sistematizou as contribuições e unificou as propostas que já haviam sido elaboradas. O documento foi apresentado e aprovado pelo plenário durante a 61ª Reunião Extraordinária do CNS, em 9 de agosto de 2017, quando os conselheiros nacionais de saúde aprovaram a Resolução nº 553, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde.

“A carta é composta por sete diretrizes, sendo: Direito à Saúde, Tratamento Adequado, Atendimento Humanizado, Direitos, Corresponsabilidade, Direito à Informação, Participação.”¹³

4.3 - Educação em Saúde

As psicólogas que trabalham em serviços de IST e Aids, além de poderem participar como conselheiros nos Conselhos locais, municipais, estaduais e nacional como trabalhadores da saúde, têm o papel de estimular a participação dos usuários na educação em saúde. A educação em saúde é um “campo de práticas e de conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população.” (VASCONCELOS, 2007, p.18). Aos profissionais de saúde, cabe enfrentar o desafio de incorporar a educação popular em sua prática, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social.

A educação popular busca fomentar formas coletivas e dialógicas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. “É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.” (VASCONCELOS, 2007, p.18). A incorporação dessa forma dialógica e processual de agir à prática cotidiana de psicólogas(os) que atuam em serviços de IST e Aids possibilita fortalecer o comprometimento social na formulação, avaliação e execução de políticas públicas assim como no exercício profissional da Psicologia, ou seja, o SUS foi resultado de uma ampla discussão democrática, mas a participação da sociedade não se esgotou na sua formulação.

4.4-Atenção à saúde as pessoas que vivem com HIV.

Com o avanço do cuidado às PVHIV/Aids e com a simplificação do tratamento antirretroviral, a infecção pelo HIV foi apresentando características de uma

¹³ Compartilho aqui o link de acesso à carta!
<https://drive.google.com/file/d/1hRoqjKsKqZsMKiQWWd2QBJY9kqXg7EWd/view>
Fonte: Conselho Nacional de Saúde

condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços especializados passou a apresentar deficiências.

Nos últimos anos, alguns municípios brasileiros vêm conseguindo obter significativa melhoria na atenção às PVHIV/Aids a partir da implantação de um novo modelo assistencial ao HIV/ aids, de modo que ações de atenção ao HIV, incluindo o manejo da infecção, são estruturadas a partir das realidades locais dos sistemas de saúde. Essas experiências se baseiam na evolução dos modelos de atenção ao HIV centrados unicamente em serviços especializados para modelos matriciados, em que diferentes níveis de atenção participam de diferentes pontos da linha de cuidado ao HIV/aids, sempre considerando a complexidade das ações e a necessidade de que as intervenções sejam realizadas de maneira efetiva e oportuna. A linha do cuidado implica redirecionamento do processo de trabalho e das relações entre diferentes pontos de atenção.

Na perspectiva do novo modelo de atenção ao HIV, os SAE continuam sendo fundamentais. Contudo, o desenho da linha de cuidado passa a contar com novos serviços, e estratégias como o suporte dos serviços especializados à Atenção Básica e o atendimento compartilhado entre SAE e Atenção Básica garantem maior acesso dos usuários ao sistema de saúde. Esse novo modelo deve contar com a experiência acumulada na atenção às PVHIV/Aids no Brasil, que é a de primar pela ética, sigilo e a construção coletiva das ações em saúde, em que os usuários possuem voz ativa durante todo o processo.

Esta nova orientação de espaço, apresenta também uma necessidade de maior a atenção e cuidado com os pacientes que iniciaram seu tratamento em espaços como CTAs e SAEs nos anos 90, pois as relações que foram desenvolvidas nestes espaços físicos/institucionais, onde muitas destas pessoas foram acolhidas e acompanhadas em seu percurso da infecção pelo HIV, vivendo junto com os múltiplos profissionais as muitas mudanças no processo de enfrentamento a epidemia, vale ressaltar, que a relação no início da epidemia era de doença/ morte, de isolamento social após o diagnóstico e em muitas situações de perdas de parceiro(a)s.

Os espaços criados para diagnosticar, tratar/medicalizar/acolher se tornaram espaços seguros para estas pessoas que viviam e vivem com HIV. O que apresento aqui é uma breve reflexão, pois com a perspectiva de um novo modelo de atenção ao HIV, é necessário observar as múltiplas demandas dos seus pacientes,

tanto os que migram para a atenção primária, como os que continuam nos serviços especializados em HIV/Aids, pois existe uma subjetividade que deve ser cuidada, que está relacionada com uma cultura, a capacidade cognitiva e os afetos de cada pessoa que vivem com HIV em compreender e vivenciar cotidianamente constantes mudanças sobre a epidemia de HIV/Aids, as possíveis mudanças tanto físicas como burocráticas das instituições que as acolhem.

4.5-Interdisciplinaridade e intersetorialidade como estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV /aids.

A atuação profissional frente as ações de enfrentamento a epidemia de HIV/Aids tem a necessidade de avançar no processo de desenvolvimento de redes intersetoriais, não podemos negar que este é um desafio na sociedade contemporânea, mas cada vez mais observa-se que ocorre uma melhoria na efetivação de estratégias em prevenção as ISTs e HIV/Aids quando é propiciado um diálogo entre as políticas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), e as demais políticas públicas e os setores da sociedade civil organizada.

Setores diversos da sociedade, historicamente, desenvolvem múltiplas estratégias com foco na promoção da saúde das pessoas que vivem com HIV e ações de prevenção as IST/HIV/Aids para população em geral, mas de forma isolada, tendo muitas vezes uma menor efetividade sobre o enfrentamento a epidemia de HIV/Aids. Vários estudos apontam para a necessidade de ampliar a rede de apoio tanto as pessoas que vivem com HIV, como para ações específicas para população chave. Importante ressaltar que a epidemia de HIV/aids no Brasil é concentrada em alguns segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV/aids e que apresentam prevalência superior à média nacional, que é de 0,4%. Essas populações “chave” são: gays e outros HsH; pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras(es) sexuais. Então é necessário ampliar o número de ações que propiciem o fortalecimento desta rede, como favorecendo a troca de experiências entre seus atores, elaborando programas de educação continuada onde possam participar profissionais das múltiplas políticas públicas (SUS, SUAS, Educação e outras) e representantes da sociedade civil organizada. Estratégias como esta podem propiciar uma melhoria no atendimento as pessoas que

vivem com HIV, nas ações de prevenção as IST/HIV/Aids e na elaboração de políticas de promoção a saúde.

Estabelecer uma rede de prevenção as IST/HIV/Aids perpassa pelos processos de discussão das competências, legitimidade e representatividade de cada um dos possíveis setores envolvidos para a complementaridade e diálogo sobre as múltiplas formas de reflexão sobre o problema, interdisciplinar e transdisciplinar, observando todos os determinantes e condicionantes relacionados à vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

4.6 Ampliação das ações

No processo de revisão e atualização deste eixo, consideramos relevante manter alguns relatos que foram resultados da pesquisa realizada em 2007/2008, nacionalmente – por meio de questionário online e reuniões presenciais conduzidas por técnicos do Crepop nas unidades locais dos CRPs alguns relatos de psicólogas. Historicamente, a inserção de psicólogas(os) no campo das IST/aids se deu via uma atividade que é própria de sua formação: a psicoterapia. Tratava-se de dar suporte psicológico para pessoas diante do impacto do diagnóstico de uma doença considerada então fatal e para a equipe de saúde diante das dificuldades em lidar com a nova realidade. Entretanto, desde o início da epidemia, houve o reconhecimento da complexidade das ações nesse campo e da necessidade do trabalho conjunto de profissionais de diferentes áreas, daí a presença marcante das equipes multiprofissionais, compostas principalmente por psicólogas/os, médicos(as) infectologistas, enfermeiros/as, médicos(as) clínicos e assistentes sociais.

À medida que as ações dirigidas para a superação da epidemia se ampliaram e o foco se deslocou do indivíduo doente para a pessoa vivendo com HIV e para a população em geral, as ações das(as) psicólogas(as) também se transformaram, e a atuação passou a ser também na promoção da saúde e na prevenção da infecção pelo HIV. Essas ações implicaram nova ampliação da esfera de atuação na medida em que passaram a exigir “ações extramuros”, ou seja, a necessidade de promover saúde para além das fronteiras das unidades das Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios, o que muitas vezes incluía outras instituições, como

as escolas, as empresas e as organizações comunitárias. Criaram-se, assim, possibilidades de parcerias com outras instituições como escola, empresa, ONGs e mesmo com outros programas no campo da saúde, como o Programa de Saúde da Família. Por exemplo:

Penso que a maneira como trabalhamos no Programa Municipal de IST/AIDS de Belo Horizonte é muito interessante e inovadora, não é a ideal, mas funciona na maioria das vezes, e há um diálogo com as ONGs do setor e outras instituições, o que só vem contribuir. (C190)10.

No campo das psicoterapias, também parece haver inflexões em relação aos modelos tradicionais e à utilização de estratégias técnicas advindas de diferentes teorias psicológicas que buscavam atender a complexidade dos casos atendidos. Vale ressaltar que, muitas vezes, as ações em psicoterapia incluem não só o(a) usuário(a) mas também as famílias e as(as) parceiras/os.

Reconhecemos que as indicações que atualizamos nesta edição já estavam presente na atuação da(o) psicóloga(o) na gestão do trabalho nos anos de 2007 e 2008, pois várias respostas obtidas por meio dos questionários e grupos focais demonstraram que, no dia a dia, as(os) profissionais da Psicologia têm buscado inspiração em novas teorias que lhes possibilitem criar práticas e estratégias que buscam ampliar as ações e atender as demandas da população atendida. Por exemplo: “Psicologia de base feminista; a prática da psicoterapia de grupo aliada com a perspectiva de “grupos de promoção de DH.” (C101). “Na ADT, estamos trabalhando com os conceitos de clínica ampliada e equipe de referência. E, para dar conta da demanda dos pacientes, incorporamos os cuidados paliativos.” (C93).

4.5.1 Gestão

A inserção de psicólogas(os) em atividades de desenvolvimento institucional e gestão inclui não apenas a arena da administração como também as atividades de treinamento/capacitação e as de pesquisa, sobretudo as que visam ao monitoramento das práticas de promoção e prevenção das DST/aids (atual IST/Aids).

Há certamente campos de atuação na gestão que estão abertos a psicólogas/os:

- Como sou especialista em gestão, minhas tarefas giram em torno de assistência (implantação e operacionalização de serviços), prevenção (capacitação de profissionais nas várias áreas que compreendem o programa), vigilância (acompanhamento do SINAN - Sistema Nacional de Agravos, que faz a análise e a interpretação dos dados, inclusive monitoramento, limpeza e organização do banco de dados). (A179).
- Trabalho na coordenação do programa municipal de DST/Aids(atual IST/Aids) de meu Município, realizando atividades dentro da área de vigilância epidemiológica, coordenação da política de assistência, prevenção e direitos humanos, além de realizar atividades de suporte às unidades de saúde, assistência social e de educação em torno da temática de DST/Aids (atual IST/Aids) e de outros aspectos burocráticos, tais como acompanhamentos de processos, gerenciamento de sistemas e controle orçamentário. (A16).

O mesmo se dá em relação à pesquisa. Dentre os 196 profissionais que responderam se realizaram pesquisas a partir dos conhecimentos e experiências adquiridas no campo de DST/Aids(atual IST/Aids), 63 (32,1%) responderam afirmativamente, tendo a maior parte delas sido realizada com a equipe multidisciplinar ou com profissionais de outros serviços de saúde/instituições (pesquisas multicêntricas). Cerca de um terço (32%) resultaram de demandas do próprio pesquisador, 15% foram realizadas por demanda governamental, e 13%, pela instituição gestora. 28 pesquisas envolveram a equipe multidisciplinar da instituição e número igual foi feito individualmente, para fins de titulação da(o) psicóloga(o). Em suma, as(os) psicólogas(os) estão ocupando espaços também no que concerne à realização de pesquisas como estratégia de desenvolvimento institucional e gestão de programas.

4.5.2 Sobre a incorporação dos princípios do SUS na prática cotidiana: integralidade, trabalho em equipe e incentivo à participação da comunidade.

Ficam evidentes os esforços dos profissionais para ampliar a noção de saúde e promover a articulação entre a saúde e os outros campos de saber, como a educação; são projetos que buscam envolver escolas, presídios, comunidade, entre

outros, orientados pelo pressuposto de que a promoção da saúde é responsabilidade de todos. Esse trabalho, porém, nem sempre é fácil, já que há muitas resistências por parte dos outros profissionais envolvidos. Como exemplificam as respostas:

- Os desafios são sensibilizar outros profissionais de diferentes áreas para os temas das sexualidades e adolescências firmar parceria com outros Municípios e oferecer formação para adolescentes. (B43).
- A dificuldade por parte dos agentes em entender a necessidade de cuidar do interno soropositivo e principalmente da necessidade de ministrar palestras de prevenção. Normalmente, acabo fazendo um resumo dos procedimentos e fazendo ver ao agente que aquele interno precisa aprender a se prevenir para não ser um transmissor de doenças que podem atingir qualquer membro da comunidade em geral. (B162).

Outras pessoas estão desenvolvendo estratégias que buscam ampliar as noções de tratamento para além do uso dos medicamentos, que entendem que o tratamento deve focalizar não só o biológico, mas o indivíduo como um todo, como no caso dos grupos de adesão:

O que vejo de inovador são as estratégias para adesão de pacientes ao tratamento para além dos medicamentos com utilização de técnicas de grupo e valorização do paciente como sujeito de direito, o que pressupõe a construção cotidiana de projetos de emancipação. (C146).

Fica evidente, nessas respostas, que os (as) profissionais do campo da Psicologia acreditam que esta pode contribuir para o tratamento da aids através da compreensão das subjetividades e dos fatores que propiciam, ou não, a continuação do tratamento medicamentoso pelas pessoas que vivem com HIV.

4.5.3 Controle social e participação

Há poucas respostas na pesquisa do Crepop/FGVSP (CFP, 2007; SPINK et al., 2007) que evidenciam a inclusão de atividades voltadas diretamente para o princípio de controle social das ações de saúde, seja pela participação em instâncias voltadas para o controle (as Conferências de Saúde e os Conselhos), seja pelo empoderamento da população para essa participação. De maneira geral, a participação da população é considerada em termos de estratégias de inclusão em

atividades de promoção de saúde, mas há horizontes de ação que podem ser incentivados. Por exemplo:

A prática cotidiana que nos dá um resultado surpreendente, apesar de não ser uma inovação e que está presente em um bom trabalho, é o respeito a quem nos procura, compreender e entender cada um na sua individualidade, mas principalmente conscientizá-lo do seu papel como cidadão. (C56).

Faço parte como voluntária da campanha de prevenção à DST/AIDS (atual IST/Aids) através de um grupo formado dentro do quadro de funcionários municipais que envolve as secretarias de educação e saúde para planejar e capacitar os professores das escolas da cidade. Entrei nesse grupo através de uma associação (ACIGUA) que me indicou como conselheira dos direitos da criança e adolescente (COMDICA). Normalmente, minha semana envolve muitas reuniões com os conselhos municipais de que participo, com a associação e com meu consultório. (A167).

Trata-se de desafio diretamente relacionado à formação tradicional em Psicologia que exclui ou minimiza as questões políticas e sociais:

(...) outra questão é sobre a sustentabilidade das ONGs e do controle social; tive dificuldades de me sentir responsável por alguns projetos, dado que, em minha formação, fui mais treinado para posturas clínicas do que para posicionamentos políticos ou para a responsabilização por projetos e grupos. (B160).

4.5.4 Problemas e desafios

Diante desse panorama, extraído das experiências de prática profissional “psi”, as referências técnicas para atuação em programas de IST e Aids devem, necessariamente, englobar diretrizes relacionadas à formação e à capacitação, ou seja, devem contemplar os antecedentes dessa inserção profissional e as possíveis estratégias para superar algumas lacunas.

O desafio mais premente concerne a superação das limitações na formação em Psicologia que não habilita os profissionais a lidarem com as demandas encontradas no dia a dia do trabalho:

Enfatizam que a formação da(o) psicóloga(o) não contempla uma visão ampla dos lugares que ele poderia ocupar no mercado na área das políticas públicas. “A formação fornece muito pouco perante a demanda real, formando clínicos, psicoterapeutas.” “Na faculdade, eu não ouvi falar em vigilância epidemiológica, gestão, recursos federais, saúde coletiva.” Destacam que possuem uma formação fragmentada, positivista, que não dá conta da realidade global e que devem buscar ferramentas para uma qualificação mais ampla com o intuito de contribuir para a conquista de espaço nessa área. Enfatizam a importância da prática, de estágios na área, aliados à formação teórica. (CRP-16)

Mas também requer inclusão de discussões sobre questões políticas e sociais:

São muitos; em primeiro lugar, o que nos tem chamado a atenção é a dificuldade de alguns usuários aderirem ao tratamento, ou melhor, aderirem à lógica de segmento em saúde que nós utilizamos. Outra questão é sobre a sustentabilidade das Ongs e do controle social; tive dificuldades de me sentir responsável por alguns projetos, dado que, em minha formação, fui mais treinado para posturas clínicas do que para posicionamentos políticos ou para a responsabilização por projetos e grupos. (B160).

E, considerando a processualidade da atenção à saúde, com a introdução de novos conhecimentos sobre agravos à saúde e o desenvolvimento de novas tecnologias, as referências técnicas devem também endereçar a questão da formação continuada no campo de IST e aids que poderia ser oferecida pelos serviços e contemplada dentro das diretrizes das políticas públicas.

Versão de Consulta Pública

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto procurou levar em conta a prática de psicólogos(os) que atuam na área de IST e Aids, das experiências adquiridas na área pela comissão de elaboração e, sobretudo, das diretrizes e princípios do SUS, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde. Foram muitas as considerações feitas nos quatro eixos organizadores: dimensão ético-política, Psicologia e o campo de IST e Aids, atuação da psicóloga(o) nessa área e gestão do trabalho nos serviços, programas e área técnica de IST e Aids.

Considerando a processualidade do campo, com mudanças no perfil epidemiológico, na organização dos serviços, na legislação e formulação de diretrizes, assim como nos movimentos sociais, deve-se alertar que, para além das contribuições possíveis dessas referências técnicas, é preciso que os profissionais se mantenham continuamente atualizados nesses vários aspectos que informam e subsidiam a prática psi. Considerando que a prática da psicóloga nos mais diversos espaços que dialogam e/ou desenvolvem ações em IST e Aids, devemos estar atentas as mudanças sociais e culturais, propiciando que o exercício da profissão esteja sempre pautado em seu código de ética, em ações que possam possibilitar a autonomia do sujeito e na defesa dos direitos humanos.

Campo de disputa política a partir das concepções de sexualidade e gênero que fornecem substrato para as construções das políticas públicas e das práticas profissionais.

As conquistas e direitos garantidos aos usuários dos serviços aqui discutidos, são decorrentes de reivindicações e lutas da sociedade civil e movimentos sociais, por isso necessitam de constante apoio e defesa para sua manutenção e aprimoramento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADÍA-BARRERO, C. E.; LARUSSO, M. The disclosure model versus a developmental illness experience model for children and adolescents living with HIV/Aids in São Paulo, Brazil. *Aids Patient Care and STDs*, [S.l.], v. 20 n. 1, p. 36-43, 2006

ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.38, p.651-62, jul./set. 2011.

AYRES JRCM, FRANÇA JUNIOR I, CALAZANS GJ, SA - LETTI FILHO HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita - Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, 2009, p. 11- 23.

_____. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico: AIDS – Vulnerabilidade*, C.R.T. DST/ AIDS, ano XV, nº3, p. 2-4, dez. 1997.

BARATA, A.; MALOUF, J.; GUTIERREZ, M. ; MATEO, G.M.; SAMBEAT, M.A.; GICH,I.; CADAFALCH, J. WULFF, J.; DOMINGO, P. – Psychopathology and psychosocial adjustment in patients with HIV-associated lipodystrophy. *Braz J Infect Dis*, 17, no. 4, 2013, p. 444-449.

BARROS, Sandra Garrido de. A política nacional de AIDS, os movimentos sociais e o SUS. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em <http://abi aids.org.br/a-politica-nacional-de-aids-os-movimentos-sociais-e-o-sus/32128> Acesso em: 10 abr. 2019.

BARBOSA, Regina Maria. Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. In: BERQUÓ, Elza. (Org.). *Sexo e Vida - panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp, 2003. p. 339-389.

BENEVIDES, Regina. A Psicologia e o Sistema Único de saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*; 17 (2): 21-25; mai/ago.2005

BETANCUR, M.N.; LINS, L.; OLIVEIRA, I.I.; BRITES, C. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/Aids who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Braz J Infec Dis* 21, no. 5, 2017, p. 507-514.

BERLINGUER, Giovanni. *A doença*. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. *Questões de vida: ética, ciência e saúde*. Salvador/São Paulo/Londrina: APCE/HUCITEC/CEBES; 1993

BEZERRA, Vladimir - Práticas e sentidos da sexualidade de alguns usuários da profilaxia pré-exposição (PREp) ao HIV . *CS OnLine - Revista eletrônica de Ciências Sociais*, Juiz de Fora, 2017; n.23, 140-60.

BEZERRA, Vladimir Porfírio; GIACOMINI, Sonia Maria; DA MATTA, Roberto Augusto. O sexo “na pele”: sentidos do corpo e da pele na experiência bareback entre homens na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019. Dissertação de Mestrado – Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988a.

_____. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1988b.

BRASIL, Presidência da República. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF, 1990a.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990b.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF, 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria NR 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica–SUSnº01/93, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1993a.

_____. Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1993b.

_____. Promoção de saúde: um novo paradigma mundial para a saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1996.

_____. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm> Acesso em: 17 out. 2008.

_____. Manual de Redução de Danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica. Brasília: 2003.

_____. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006a.

_____. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, n. 18, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e Aids. Brasília: 2008.

_____. Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV em Crianças e Adolescentes infectados pelo HIV. 3 ed. Brasília, 2009.

_____. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf . Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids. Brasília, DF: 2012a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3 ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Recomendações para Atenção Integral a adolescentes e Jovens vivendo com HIV/Aids. Brasília: 2013.

_____. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica - Manual para a equipe multiprofissional. Brasília: 2015.

_____. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/>. Brasília: 2015.

_____. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde: 2016.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: 2017.

_____. Diretrizes para Organização de CTA no Âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde - Brasília Ministério da Saúde 2017.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde/ - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017 - Data de publicação: 19.07.2018. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/resolucao-no-26-de-setembro-de-2017>.

_____. Boletim Epidemiológico - HIV Aids Julho de 2017 a junho de 2018. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância,

Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: 2018.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV Aids Julho de 2017 a Junho de 2018. Brasília: 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids Manual Técnico para Diagnostico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília/DF: 2018.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Viva melhor sabendo - guia instrucional. Brasília: 2019.

_____. Agenda Estratégica - Para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HICV, Hepatites virais e outras Infecções sexualmente transmissíveis – Brasília Ministério da Saúde 2019.

BRASIL, Marco Antônio; MEJIA-GUEVARA, Julieta. Hepatite C, interferon e depressão: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(2), p.117-126, mar./abr. 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Murilo Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: PEREIRA, Potyara A. (Org). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p.197-215

BRENICK, ALAINA; ROMANO, KELLY; KEGLER, CHRISTOPHER; EATON, LISA A. - Understanding the Influence of Stigma and Medical Mistrust on Engagement in Routine Healthcare Among Black Women Who Have Sex with Women. *LGBT Health*; 4(1): 4-10, 2017 02.

BRONZO C. Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão. In: Sposati A, organizador. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2009. p. 171-201

BRONZO, CARLA– A conceituação de vulnerabilidade e riscos sociais na política de Assistência Social e sua relação com a Psicologia. Escola de Governo Fundação João Pinheiro; 3º Transmissão *on line* da Comissão Nacional de Psicologia na Assistência Social Brasília – Conselho Federal de Psicologia: Julho, 2015.

BUSHE, SIERRA; ROMERO, IRIS L. - Lesbian Pregnancy: Care and Considerations. *Semin Reprod Med*; 35(5): 420-425, 2017 09.

BUSS, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5, 163-177.

Cairo + 10: Diez años Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Venezuela, 2004. Disponível em: <<http://www.prenatal.tv/lecturas/mod1/CIPD+5+10.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. 1997 (mimeo).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Regina Helena de Freitas (Org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis/ RJ: Vozes, 1996.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. (Orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.87-122.

CAVALCANTE, Osmar; MORTARA, Patrícia C. Interdisciplinaridade no trabalho socioeducativo. In WANDERLEY, Mariangela Belfiore.; OLIVEIRA, Isaura Isoldi de Mello Castanho . *O trabalho com famílias*. São Paulo: IEE-PUCSP, v. 2, 2004. p. 93-98. COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.

CARMO, MICHELLY EUSTÁQUIA DO & GUIZARDI , FRANCINI LUBE - O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(3): Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf> doi: 10.1590/0102-311X00101417htm>.

CARPINELLO, OLIVIA J; JACOB, MARY CASEY; NULSEN, JOHN; BENADIVA, CLAUDIO. Utilization of fertility treatment and reproductive choices by lesbian couples. *Fertil Steril*; 106(7): 1709-1713.e4, 2016 Dec.

CIDADE, Maria Luiza Rovaris. Nomes (im)próprios: Registro civil, norma cisgênera e racionalidades do Sistema Judiciário. (2016). Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/Articulacao/articulacaointernacional/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012.

CONNELL, R.W., MESSERSCHMIDT, J.W. & FERNANDES, F.B.M. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estudos feministas*, 2013, 241-282.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de ética profissional do psicólogo. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório preliminar da pesquisa prática profissional dos psicólogos em políticas públicas. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia/CREPOP, 2007.

CONTINI, M. L. J. *O psicólogo e a promoção de saúde na educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CORREIA, Maria Valeria Costa. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

COSTA, J. de M., Torres, T. S., Coelho, L. E., & Luz, P. M. (2018). Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic

review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 21, e25066. doi: 10.1002/jia2.25066

COSTA, Maria Jacqueline Santana Melo da; LINHARES, Maria Socorro Carneiro; MELO, Maria Giovane Barreto de Araújo; FERNANDES, Margarida Magalhães. *Atenção Secundária À Saúde No Atendimento De Dst E Hiv/Aids: Relato De Experiência*. SANARE, Sobral - v.15 n.01, p.132-138, Jan./Jun. - 2016

CRT- DST/AIDS- CCD – Diretrizes Para implantação da rede de cuidados em IST/HIV/Aids. Manual de Implantação. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017

FAGUNDES JÚNIOR, José Cabral Pereira. *Direito à vida privada e à intimidade do portador do HIV: aspectos constitucionais*. São Paulo: Celso Bastos, 2002.

FAUNDES, Daniel. *Reprodução Assistida e HIV/Aids*. In: MAKSD, I.; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard. (Orgs). *Conjugabilidade e Aids: a sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

FRANCO, Túlio Batista; MERTHY, Emerson Elias. *Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios*. In *Anais do Congresso Paulista de Saúde Pública*. Águas de Lindóia, SP, out. 1999, p. 17-20.

FÁBREGAS, Bruno Cópico; ÁVILA, Renata Eliane de; FARIA, Marjore Novaes.; MOURA, Alexandre Sampaio; CARMO, Ricardo Andrade; TEIXEIRA, Antonio Lúcio - Health related quality of life among patients with chronic hepatitis C: a cross-sectional study of sociodemographic, psychopathological and psychiatric determinants. *Braz J Infect Dis* vol.17 no.6 Salvador nov./dez. 2013 <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2013.03.008>

FALZARANO, MARY; PIZZI, MICHAEL. *Experiences of lesbian and gay occupational therapists in the healthcare system*. *J Allied Health*; 44(2): 65-72, 2015.

FERREIRA, F. C.; NICHATA, L. Y. I. *Mulheres vivendo com Aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico*. *Revista da Escola de Enfermagem/ USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 483-489, jul./set. 2008.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – UNFPA. Cairo, Cairo +5,

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. In: MERHY, E. E. et al (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-124.

GARBIN, C. A. S., Gatto, R.C. J., & Garbin, A. J. I. (2017). *Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura*. *Archives of Health Investigation*, 6(2), 65-70. doi:10.21270/archi.v6i2.1787

GETRAJDMAN, CHLOE ; LEE, JOSEPH A. ; COPPERMAN, ALAN B. - Co-IVF for Same-Sex Female Couples Semin Reprod Med 2017; 35(05): 415-419 DOI: 10.1055/s-0037-1605380

GONDIM, S. M. G., Bastos, A. V. B., & Peixoto, L. S. A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. Em A. V. B. Bastos & S.M.G. Gondim (Eds.), O trabalho do psicólogo no Brasil (pp. 174-199). Porto Alegre: Artmed.

GONZALEZ REY, F. Epistemologia cualitativa y subjetividad. Havana: Pueblo y Educacion, 1997.

GRANGEIRO, Alexandre et al. UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. Revista de Saúde Pública, 40 (Supl), p. 5-8, 2006.

GRANGEIRO A. et al. (2015). Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. BMJ Open, 5:e009021. doi:10.1136/bmjopen-2015-009021

GUARESCHI, Pedrinho. Ética, justiça e direitos humanos. In: Psicologia, ética e direitos humanos. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2000. p. 11-21.

GUERRA, C. P. P.; SEIDL, E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 19, n. 42. 2009.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de Saúde e escalas geográficas. In: Cadernos de Saúde Pública. 21(4) 1017-1025, RJ, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400004 Acesso em 06 de abril de 2019.

HULL, M., Lange, J., & MONTANER, J. S. (2014). Treatment as prevention – Where next? Current HIV/AIDS Reports, 11(4),496-504. doi:10.1007/s11904-014-0237-5

JESUS, BETO de et al. Diversidade Sexual na Escola: uma metodologia de trabalho. São Paulo: ECOS, 2008.

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.

IYDA, Massako. Saúde pública: reprodução ou legitimação? In: SPINOLA, Aracy et al. (Org.). Pesquisa Social em Saúde. São Paulo: Cortez, 1992, p. 53-57.

JUNIOR, N. P.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface (Botucatu)[online]. 2014, vol.18, suppl.1, pp.895-908. Disponível em: . Acesso em: 10 abr. 2019.

KAHHALE, E. M. P. Orientação sexual na adolescência: uma experiência com jovens da escola pública. In: Bock, Ana M.B. (org.) Psicologia e o compromisso social. - 2. ed. rev. - São Paulo: Cortez, 2009, pg. 333-345.

LACOMBE-DUNCAN, ASHLEY & LOGIE, CARMEN H. Correlates of clinical breast examination among lesbian, gay, bisexual, and queer women. *Can J Public Health*; 107(4-5): e467-e472, 2016 12 27.

LEAL, NOÊMIA SOARES BARBOSA & COÊLHO, ANGELA ELIZABETH LAPA. Representações sociais da AIDS para estudantes de Psicologia Fractal: *Revista de Psicologia*, v. 28, n. 1, p. 9-16, jan.-abr. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/918>

LO, IRIS P Y; CHAN, CELIA H Y; CHAN, TIMOTHY H Y. Perceived importance of childbearing and attitudes toward assisted reproductive technology among Chinese lesbians in Hong Kong: implications for psychological well-being. *Fertil Steril*; 106(5): 1221-1229, 2016 Oct.

LOURO, G.L. . Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: RJ. Vozes, 2007, 14-36.

LOURO, G.L. Pedagogias da sexualidade. O corpo educado: pedagogias da sexualidade, 1999, 2, 7-34.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. *Vivências*. n. 32. 2007 p. 79-95. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%205_LEILA%20D%20MACHADO_E_MARIA%20CRISTINA.pdf Acesso em 06 de abril de 2019.

MACHADO, Maria de Fátima A. S.; MONTEIRO, Estela Maria L. M.; QUEIROZ, Danielle T.; VIEIRA, Neiva Francenely.C.; BARROSO, Maria Graziela. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), p. 335-342, 2007.

MARINS, J. R. P. (2010). Acesso universal aos ARV hoje, uma prioridade mais do que nunca! *Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva*, 4(2),75-87.

MARQUES, EMM. A transformação dos esquemas de motivação, percepção e de ação que compõem o habitus de jovens em risco de desinserção social [Tese de Doutorado]. Porto: Faculdade de Letras, Universidade do Porto; 2012.

MARQUES, H. H. S. et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 619-29, 2006

MARTINS, Ricardo Barbosa. O programa de DST/Aids e a formação em psicologia: determinações e contradições para o trabalho do psicólogo / Ricardo Barbosa Martins; orientadora Maria Inês Assumpção Fernandes. -- São Paulo, 2012.

MARTINS, T. A., Kerr, L., Macena, R. H. M. Mota, R. S., Dourado, I. Brito, A. M. Duall, L. A., Vidal, L., & Kendall, C. (2018). Incentivos e barreiras ao teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo no Ceará. *Revista de Saúde Pública*, 21 (jun). doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000300

MATTOS, A. & CIDADE, M. L. Para Pensar A Cisheteronormatividade Na Psicologia *Periódicus*, Salvador, n. 5, v. 1, maio-out.2016, 132-153. ISSN: 2358-0844 – Disponível em <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus>

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C.. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a ed. Brasília (DF): MS; 2008. Disponível em: . Acesso em: 10 abr. 2019.

MIOTO RCT, & DAL PRÁ KR. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: Mioto RCT, Campos MS, Carloto CM, organizadoras. *Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez Editora; 2015. p. 147-78.

MISKOLCI, R. . *Teoria Queer: um aprendizado pelas diferenças* . (Serie Cadernos da Diversidade, vol. 6) Belo Horizonte: Autêntica, 2012 /2017.

MOIRA, A.; ROCHA, M; BRANT T; NERY, J.W. – *Vidas trans*. Bauru/SP: Astral Cultural, 2017.

MONTANER, J. S. G. (2013). Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. *Topics in Antiviral Medicine*, 21(3), 110-114.

MOURA, Demócrito. *Saúde não se dá, conquista-se*. São Paulo: Hucitec, 1989.

NEMES, M. I. B., Castanheira, E.R.L., Santa Helena, E. T. de, Melchior, R., Caraciolo, J. M., Basso, C. R., Alves, M. T. S. S. De B, Alencar, T. M. D. De, & Ferraz, D.A. de S. (2009). Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em aids no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(2), 207-212.

NEVES, Antônio Cruz; DICKENS, Christopher; XAVIER, Miguel. Comorbidade entre hepatite C e depressão: aspectos epidemiológicos e Etiopatogénicos. *Acta Med. Port.*,v.1 nº 19, p. 21-28, 2006.

NOGUEIRA, G. S., & Seidl, E. M. F. (2016). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas vivendo com HIV/aids. *Temas em Psicologia*, 24(2), 595-608. doi: 10.9788/TP2016.2-12

NUNES NMSG. *Inserção produtiva e assistência social: caminhos para a inclusão?* [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012.

NUNES, Everaldo Duarte. *Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito*. *Saúde e Sociedade*, 3 (2), p. 5-21, 1994.

PAIVA, Vera. A cena sexual: scripts femininos e masculinos, sujeito sexual. In: PAIVA, Vera. *Fazendo arte com camisinha*. São Paulo: Summus, 2000. p. 211-252. _____ . Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. *Interface- Comunic., Saúde, Educação*, v. 6, nº11, p. 25-38, ago. 2002.

PAIVA BA, CARRARO D, ROCHA MF. Cartografia teórico-metodológica no estudo da proteção socioassistencial básica do SUAS. In: Paiva BA, organizadora. *Sistema Único de Assistência Social em perspectiva: direitos, política pública e superexploração*. São Paulo: Editora Veras; 2014. p. 27-74.

PAUGAM, SERGE - Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales International Journal on Collective Identity Research, ISSN-e 1695-6494, Nº. 2 (Septiembre), 2012.

PENNA, Lucia Helena Garcia; RODRIGUES, Raquel Fonseca; RIBEIRO, Liana Viana; PAES, Mírian Verdeno; GUEDES, Claudia Rosane. Sexualidade das adolescentes em situação de acolhimento: contexto de vulnerabilidade para DST. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 jul/ago; 23(4):507-12.

POCAHY, F. (org.) -Políticas de enfrentamento ao heterossexismo: corpo e prazer. Porto Alegre: Nuances, 2010.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS BRASIL). Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS 2015. Disponível em: <<http://unaid.org.br>>.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

ROCHA SR. Possibilidades e limites no enfrentamento da vulnerabilidade social juvenil: a experiência do Programa Agente Jovem em Porto Alegre [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.

RUBIN, G. Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade. In: Social Perspectives In Lesbian And Gay Studies. Abingdon: Routledge, 1998. p. 100-134. Tradução: Felipe Bruno Martins Fernandes.

RUBIN, G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: VANCE, C. Pleasure and Danger: exploring female sexuality. New York: Routledge & Kegan Paul, 1984.

SAN MARTÍN, Hernán. Manual de salud pública y Medicina preventiva. Barcelona: Masson, 1986.

SANT' ANNA, A.C.; SEIDL, E. M. F. Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas. Psicologia: Reflexão e Crítica (UFRGS. Impresso) , v. 22, p. 244-251, 2009.

SANTOS, M. O espaço cidadão. 7ª ed. São Paulo: EDUSP, 2007 p.82.

_____. A Natureza do Espaço. São Paulo: EDUSP, 2008, p. 313 – 327.

SANTOS, Naila Janilde Seabra Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.602-618, 2016

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para análise histórica., 1990 Tradução: Christiane Rufino Dabat e Maria Betânia Avila.

SCOTT, J.W. - Performace a gender and politics of history. Cadernos Pagu, 1994, (3), 13.

SEIDL, E. M. F. (2015). Atuação da psicologia em HIV/aids: reflexões e experiências a partir de um projeto de extensão universitária. In L. Polejack, A. M. de A. Vaz, P. M.

- G. Gomes & V. C. Wichrowski (Eds.), Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios (pp. 100-120). Porto Alegre: Rede Unida.
- SEIDL, E. M. F.; ROSSI, W. S.; VIANA, K. F.; MENESES, A. K.; MEIRELES, E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, v. 21, n. 3, p. 279-288, 2005.
- SEN, AMARTYA – Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SILVA, Cristiano Domingues da; MAGALHÃES JÚNIOR Carlos Alberto de Oliveira; INADA Jaqueline Feltrin. *Psicologia Social, Representações Sociais e AIDS. Rev. Ens. Educ. Cienc. Human.*, Londrina, v. 18, n.4, p. 458-463, 2017
- SIMÕES, Julio; FACCHINI, Regina. Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.
- SITE do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.
- SOUZA, Maria Laurinda Ribeiro de. O hospital: um espaço terapêutico? *Percurso* nº 9, 2\1992.
- SPINK, Peter. Políticas públicas e Psicologia: potencialidades e desafio dessa relação. In: IV Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas. Maceió, AL: CFP/ULAPSI, 2007. p. 80-98.
- SPINK, Peter et al. Relatório preliminar de análise qualitativa dos dados da pesquisa Práticas da(o) psicóloga(o) no campo das DST/Aids. São Paulo: CEAPG/ FGV-SP, 2007. 95p.
- SPOSATI, A. Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2009.
- WELZER-LANG, D.. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Estudos feministas*, 2001, 9(2), 460.
- STUMPF, Bárbara P.; ROCHA, Fábio L.; CARNEIRO, Anna Bárbara F. Infecções virais e depressão. *J. Bras. Psiquiatr.*, 2006, 55 (2), p. 132-141, 2006.
- TAKASHIMA, Geny. M. Karazawa. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. (Org.). *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez; Brasília: DF: UNICEF, 2000. p.77-92.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes. *O futuro da prevenção*. Salvador-BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- TEIXEIRA, Paulo. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard. (Org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 43-68.

TURCI, Maria Aparecida (Org). Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.

UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. December, 1997. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Sessão extraordinária da Assembléia Geral sobre o VIH/SIDA. Declaração de compromisso sobre o VIH/ SIDA. Portugal: 25-27 de junho de 2001.

UNAIDS – Community Innovation – Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HV response. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and The ATHENA Network, 2011.

UNAIDS - Visibilidade Lésbica: um momento para refletir sobre direitos a saúde e bem estar das mulheres. Disponível em - <https://unaid.org.br/2018/08/visibilidade-lesbica-um-momento-para-refletir-sobre-direitos-saude-e-bem-estar-das-mulheres/> acesso em 07 de junho de 2019.

VENTURA, Miriam. Direitos humanos e AIDS: o cenário brasileiro. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron. (Org). Saúde, desenvolvimento e política. Rio de Janeiro: ABIA; Editora 34, 1999. p. 263-338.

_____. Direitos Reprodutivos no Brasil, 2. ed. Ed-Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, Brasília, DF: UNFPA, 2004.

VÖROS, F. Raw Fantasies. An interpretative sociology of what bareback porn does and means to french gay male audiences. In: BORBA, R.; FABRÍCIO, B. Falabella; PINTO, D.; et al. (orgs.) Queering paradigms IV, 2014, p.321-43. Disponível em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01484153/document> .

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. Fractal, Rev Psicolog, 25, n.1, p.41-58, jan/abril, 2013.

ZUGE, S., Primeira, M., Remor, E., Magnago, T., Paula, C., & Padoin, S. (2017). Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. Revista de Enfermagem da UFSM, 7(4), 577-589. doi: 10.5902/2179769225657.