

# Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids

Edição Revisada

DISTRIBUIÇÃO  
GRATUITA



Conselho  
Federal de  
Psicologia

Conselhos  
Regionais de  
Psicologia

  
**CREPOP**  
Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

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  
E SERVIÇOS DE IST/HIV/AIDS**

**COMISSÃO DE REVISÃO DO DOCUMENTO**

**Conselheiro Federal Responsável-XVII Plenário:**  
Sandra Elena Sposito

**Especialistas**  
Edna Peters Kahhale  
Eliane Maria Fleury Seidl  
Sandra Elena Sposito  
Theófilo Gravinis

Edição Revisada  
2020

© 2020 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: [www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br).

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Diagramação: Agência Movimento

Revisão e normalização: Carlos Otávio Flexa | MC&G Design Editorial

### **Referências bibliográficas conforme ABNT NBR**

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF  
(61) 2109-0107 E-mail: [ascom@cfp.org.br](mailto:ascom@cfp.org.br)/[www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br)  
Impresso no Brasil – outubro de 2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

C755 Conselho Federal de Psicologia (Brasil).

Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos programas e serviços de IST/HIV/AIDS / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas.

– 1. ed. rev. – Brasília : CFP, 2020.

136 p. ; 28 cm.

ISBN 978-65-5854-027-4

1. Psicologia – Manuais, guias, etc. 2. AIDS (Doença) - Aspectos psicológicos. 3. Saúde pública - Brasil. I. Conselhos Regionais de Psicologia. II. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). III. Título.

CDD 155.916

---

Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

## **Informações da Edição Revisada**

### **Coordenação Geral/ CFP**

Miraci Mendes — Coordenadora Geral

### **Gerência de Comunicação**

Luana Spinillo Poroca — Gerente

### **Coordenação Nacional do CREPOP/CFP**

Célia Zenaide Silva – Conselheira CFP

Mateus de Castro Castelluccio – Supervisor

Queli Cristina do Couto Araujo – Analista Técnico-Psicologia

Alan Felipe Alves dos Santos – Estagiário

### **Integrantes das Unidades Locais do Crepop nos CRPs**

**Conselheiras(os):** Sílvia Reis (CRP01); Priscilla Gadelha Moreira (CRP02); Mailson Santos Pereira, Monaliza Cirino de Oliveira e Regiane Lacerda Santos (CRP03); Walter Melo Júnior e Luiz Felipe Viana Cardoso (CRP04); Isabel Scrivano Martins (CRP05); Talita Fabiano de Carvalho (CRP06); Carolina dos Reis (CRP07); João Batista Martins (CRP08); Cândido Renato Alves de Oliveira (CRP09); Maria Eunice Figueiredo Guedes (CRP10); Tássia Oliveira Ramos e Joyce Hilario Maranhão (CRP11); Roberta Borghetti Alves (CRP12); Clarissa Paranhos Guedes (CRP13); Maria de Lourdes Dutra (CRP14); Emylia Anna Ferreira Gomes (CRP15); Bruno da Silva Campos e Juliana Brunoro de Freitas (CRP16); Rafael Alves Gonçalves e Keyla Mafalda de Oliveira Amorim (CRP17); Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo (CRP18); Pedro Henrique do Nascimento Pires (CRP19); Cleison Guimarães Pimentel e João Lucas da Silva Ramos (CRP20); Joyce Mesquita Nogueira (CRP21); Péricles de Souza Macedo (CRP22); Ricardo Furtado de Oliveira (CRP23); Edna Mônica da Silva Wobeto (CRP24).

**Técnicas(os):** Cristina Trarbach (CRP01); Maria de Fátima dos Santos Neves (CRP02); Natani Evlin Lima Dias, Pablo Mateus dos Santos Jacinto e Gabriela Evangelista Pereira (CRP03); Leiliana Sousa e Luciana Franco (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05); Larissa Correia Nunes Dantas (CRP 06); Rodrigo Schames Isoppo (CRP07); Altieres Edegar Frei (CRP08); Regina Magna Fonseca (CRP09); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Mayrá Lobato Pequeno (CRP11); Paola Barros Delben (CRP12); Katiuska Araújo Duarte (CRP13); Krisley Amorim de Araujo (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Mariana Moulin Brunow Freitas (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17); Érika Aparecida de Oliveira (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); John Wedson dos Santos Silva (CRP21); Lívia Maria Guedes de Lima Andrade (CRP22); Stéfane Santana da Silva (CRP23);

## **PLENÁRIO RESPONSÁVEL PELA REVISÃO**

### **CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**

#### **XVIII Plenário**

#### **Gestão 2019-2022**

#### **Conselheiras(os) Efetivas(os):**

Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega – Presidente

Anna Carolina Lo Bianco Clementino – Vice-Presidente

Fabián Javier Marin Rueda – Secretário

Norma Celiane Cosmo – Tesoureira

Robenilson Moura Barreto – Secretário Região Norte

Alessandra Santos de Almeida – Secretária Região Nordeste

Marisa Helena Alves – Secretária Região Centro-Oeste

Dalcira Pereira Ferrão – Secretária Região Sudeste

Neuza Maria de Fátima Guareschi – Secretária Região Sul

Antonio Virgílio Bittencourt Bastos – Conselheiro 1

Maria Juracy Filgueiras Toneli – Conselheiro 2

#### **Conselheiras(os) Suplentes:**

Izabel Augusta Hazin Pires – Suplente

Katya Luciane de Oliveira – Suplente

Losiley Alves Pinheiro – Suplente

Rodrigo Acioli Moura – Suplente

Adinete Souza da Costa Mezzalira – Suplente Região Norte

Maria de Jesus Moura – Suplente Região Nordeste

Tahina Khan Lima Vianey – Suplente Região Centro-Oeste

Célia Zenaide da Silva – Suplente Região Sudeste

Marina de Pol Poniwas – Suplente Região Sul

Ana Paula Soares da Silva – Conselheira Suplente 1

Isabela Saraiva de Queiroz – Conselheira Suplente 2

## Informações da 1.<sup>a</sup> Edição (2008)

### **Conselho Federal de Psicologia**

#### **XIV Plenário (Gestão 2008-2010)**

##### **Diretoria do CFP**

Humberto Cota Verona - Presidente  
Ana Maria Pereira Lopes - Vice-  
Presidente  
Clara Goldman Ribemboim - Secretária  
André Isnard Leonardi - Tesoureiro

##### **Conselheiras(os) efetivas(os)**

Iolete Ribeiro da Silva  
Maria Christina Barbosa Veras  
Alexandra A. Anache  
Elisa Zaneratto Rosa  
Deise Maria do Nascimento

##### **Psicólogas(os) convidadas(os)**

Aluizio Lopes de Brito  
Roseli Goffman

##### **Conselheiras(os) suplentes**

Maria da Graça M. Gonçalves  
Andréa dos Santos Nascimento  
Aparecida Rosângela Silveira  
Henrique J. L. Ferreira Rodrigues  
Jureuda Duarte Guerra  
Anice Holanda Nunes Maia  
Cynthia R. Corrêa Araújo Ciarallo  
Acácia Aparecida A. dos Santos  
Marcos Ratinecas  
Maria Luiza Moura Oliveira

##### **Comissão de elaboração (1.<sup>a</sup> Edição-2008)**

Edna Peters Kahhale  
Mary Jane Paris. Spink  
Monalisa Barros  
Vanda L. V. do Nascimento

##### **Coordenação Geral do CFP**

Yvone Magalhães Duarte

##### **Coordenação Nacional do CREPOP/CFP**

Ana Maria Pereira Lopes e Maria da  
Graça M. Gonçalves  
*Conselheiras responsáveis*

Cláudio H. Pedrosa  
*Coordenador técnico CREPOP*

Mateus de Castro Castelluccio  
Natasha Ramos Reis da Fonseca  
*Assessoria de projetos*

# APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta à categoria e à sociedade a edição revisada da *Referência Técnica para Atuação de Psicólogos(os) nos Programas de IST/HIV/aids*, elaborada no âmbito do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas-CRE-POP. A primeira edição, lançada em dezembro de 2008, foi atualizada considerando as mudanças ocorridas em nossa sociedade, em especial na significativa presença das(os) psicólogas(os) neste campo.

É relevante apontar que, enquanto política pública, o programa brasileiro de ISTs/HIV/aids tornou-se referência mundial, para o qual destacamos dois aspectos determinantes: 1) a existência de um sistema de saúde público universal e, 2) o diálogo com os movimentos sociais. A partir de tal exemplo reforçamos nossa defesa do SUS para todas e todos, universal, democrático e apoiado em bases científicas.

Mesmo após mais de trinta anos de política de prevenção e de atenção às pessoas vivendo com HIV este ainda é um tema envolto em preconceito, para o qual chamamos a atenção da categoria quanto ao que preconiza os princípios do Código de Ética:<sup>1</sup>

[...]

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.

[...]

---

<sup>1</sup> Res. CFP n.º 10 de 2005 - Código de Ética Profissional do Psicólogo.

O XVIII Plenário do CFP agradece à todas e a todos os envolvidos na elaboração deste documento, em especial as(aos) especialistas membros da comissão ad-hoc responsáveis pela redação. Desejamos que esse documento seja um importante instrumento de orientação e qualificação da prática profissional e de reafirmação do compromisso ético-político da Psicologia. Que possa auxiliar profissionais e estudantes no trabalho nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids construindo práticas de proteção integral e promoção de Direitos Humanos.

XVIII Plenário  
Conselho Federal de Psicologia

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
HISTÓRIA DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA NO ENFRENTAMENTO DA AIDS NO BRASIL .....	12
CAMPANHAS DE PREVENÇÃO DA AIDS NO BRASIL .....	16
<b>EIXO 1: DIRETRIZES GERAIS PARA GESTÃO E ATUAÇÃO NOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE IST/HIV/AIDS</b> .....	<b>23</b>
CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE IST/HIV/AIDS NO MOVIMENTO BRASILEIRO DA REFORMA SANITÁRIA .....	25
OS PRINCÍPIOS DO SUS NA PERSPECTIVA DOS SERVIÇOS E AÇÕES VOLTADOS PARA AS IST/HIV/AIDS .....	27
A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS .....	28
O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE .....	29
O CONTROLE SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	31
ATENÇÃO À SAÚDE AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS .....	34
INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS .....	35
AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES .....	37
GESTÃO .....	38
SOBRE A INCORPORAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS NA PRÁTICA COTIDIANA: INTEGRALIDADE, TRABALHO EM EQUIPE E INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE .....	39
CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO .....	40
PROBLEMAS E DESAFIOS .....	41

<b>EIXO 2: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO CAMPO DAS ISTS, HIV E AIDS .....</b>	<b>43</b>
SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DAS ISTS, HIV E AIDS .....	44
ENFRENTAMENTO DA LGBTIFOBIA E DEMAIS PRECONCEITOS E DISCRIMINAÇÕES .....	45
DIREITOS HUMANOS E CÓDIGO DE ÉTICA .....	46
REFLEXÕES ACERCA DO SIGILO PROFISSIONAL .....	50
RESOLUÇÕES CFP 01/99, CFP 18/02 E CFP 01/18 .....	51
<b>EIXO 3: A PSICOLOGIA E O CAMPO DE IST/HIV/AIDS .....</b>	<b>54</b>
CONSIDERAÇÕES SOBRE A SUBJETIVIDADE: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE .....	54
SEXUALIDADE, RELAÇÕES DE GÊNERO E IST/HIV/AIDS .....	67
O DESAFIO DA FORMAÇÃO PARA O TRABALHO COM HIV E AIDS: O DESENVOLVIMENTO DE POSTURA CRÍTICA .....	79
<b>EIXO 4: ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) EM SERVIÇOS DE IST/HIV/AIDS .....</b>	<b>90</b>
LIMITES E ALCANCE DA PRÁTICA DA(O) PSICÓLOGA(O) EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA DE IST/HIV/AIDS .....	90
NÍVEIS DE ATENÇÃO .....	100
ASPECTOS ESPECÍFICOS RELEVANTES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DA PSICOLOGIA .....	110
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>125</b>

# INTRODUÇÃO

O presente documento se propõe a atualizar e rever as Referências Técnicas para a prática da(o) psicóloga(o) nos Programas de IST e aids, produzidas em 2008. Como será apontado ao longo do texto, o processo histórico tanto da sociedade como dos conhecimentos e práticas na área das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) têm se alterado, configurando outras práticas e exigindo revisões e atualizações, dado o compromisso ético-político do Sistema Conselhos e da Psicologia como ciência e profissão.

Vale algumas considerações ao que se refere ao utilizar a sigla *IST*. Em consonância com os diálogos mais recentes com movimentos sociais acerca dos direitos das pessoas vivendo com ISTs, HIV e aids, o Ministério da Saúde<sup>2</sup> modificou a terminologia DST para *IST*. Tal mudança buscou enfatizar o diagnóstico e o tratamento adequados — e a possibilidade de cura — que possuem hoje as infecções, afastando o estigma na antiga caracterização das *Doenças Sexualmente Transmissíveis*, levando também em conta a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são as infecções causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. São transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual, oral, vaginal ou anal, sem o uso de camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação, caso da transmissão vertical. O tratamento das pessoas com IST melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções. O atendimento e o tratamento são gratuitos nos serviços de saúde do SUS. As ISTs mais frequentes são:

---

2 Cf.: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist>. Acesso em: 14 abr. 2019.

herpes genital, sífilis, gonorreia, infecção pelo HIV, infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e hepatites virais B e C.<sup>3</sup>

Das diversas ISTs, tem merecido atenção especial a infecção pelo HIV<sup>4</sup> pela complexidade envolvida na assistência e na prevenção. O HIV é a designação corrente no Brasil originária do termo em inglês, *Human Immunodeficiency Virus*. Viver com o HIV não é a mesma coisa que ter aids.<sup>5</sup> Há muitas pessoas com condição sorológica positiva para o HIV que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas, quando não se tomam as devidas medidas de prevenção, podem transmitir o vírus a outras pessoas pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas, ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação. Há formas de diagnóstico e tratamentos com terapia antirretroviral (TARV), mas é uma doença crônica, atualmente sem cura, e que exige cuidados de prevenção contra reinfecção. Além disso, existe no imaginário social a associação do HIV à sexualidade

---

3 Id. ibd.

4 “HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da aids, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4<sup>+</sup>. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo”. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em: 15 out. 2019.

5 A aids é o termo correspondente no Brasil para a sigla em inglês *autoimmune deficiency syndrome*. Em outros países de língua portuguesa, a infecção é designada como sida, acrografia para síndrome da imunodeficiência adquirida. Neste documento, adota-se como referência o termo aids, como substantivo comum e, sempre que possível, em letras minúsculas, também no esforço de desconstrução do apelo trágico e negativo que as terminologias variadas carregaram ao longo da epidemia do HIV na história.

e à afetividade de populações já estigmatizadas como desviantes, como a de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Intersexos (LGBTI). Dada a complexidade dessa infecção para uma assistência integral à saúde, daremos prioridade nesta Referência Técnica ao HIV/aids e às práticas desenvolvidas pela Psicologia com essa temática.

## História da sociedade civil organizada no enfrentamento da aids no Brasil

No histórico de construção dos programas e serviços IST/HIV/aids, destaca-se a participação da sociedade civil organizada. A aids surgiu no Brasil no início dos anos 1980, com as primeiras notificações em 1982, e seu início marcou uma importante transição sobre os ativismos de diversidade sexual e sobre os movimentos LGBTI, que vinham de uma vivência de contestação cultural e política nos anos 1960 e 1970.

No percurso de desenvolvimento da epidemia, as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIVs) desse período estiveram identificadas no imaginário social e nos meios de comunicação com variados grupos já estigmatizados, como homossexuais, travestis, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Nesse período também, as campanhas governamentais produzidas reforçaram a deterioração da imagem das pessoas vivendo com HIV/aids até o início dos anos 1990, com conteúdos discriminatórios e alarmistas.

Diante da repercussão negativa da epidemia sobre as disputas por reconhecimento político das identidades sexualmente diversas, o surgimento das lutas organizadas contra a aids e pela dignidade das PVHIVs foram historicamente favorecidas pelas organizações LGBTI emergentes do início dos anos 1980.

Nesse período, os coletivos passaram pela transição dos repertórios dos movimentos homossexuais das décadas anteriores, mais refratários ao Estado e contestatórios, para ações diversificadas dentro e fora das arenas institucionalizadas de participação, tomando espa-

ço na interlocução com o governo e na formulação e debate das políticas públicas de prevenção à epidemia de aids e de apoio às PVHIVs.

Era o momento de surgimento das ONGs/aids, como o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), em São Paulo, 1985; a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), fundada no Rio de Janeiro pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, em 1987; e o Grupo pela VIDDA (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids), em 1989 também na cidade do Rio de Janeiro (SIMÕES & FACCHINI, 2009).

Além disso, essas organizações e movimentos de luta e defesa dos direitos das PVHIVs se articularam aos processos de redemocratização do país e de fortalecimento da participação social na construção do SUS, que despontou pouco depois de alguns dos precedentes em iniciativas públicas de assistência às pessoas vivendo com HIV/aids. A primeira resposta governamental à aids, o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, em 1983, seguiu-se na época a construção de outros programas estatais de atenção às PVHIVs em outros estados pelo país, até a criação, em 1988, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids. Nos anos 1990, a articulação interinstitucional com Estado e com organismos internacionais favoreceram a intensificação do protagonismo das ONGs/aids na produção de campanhas e no posicionamento afirmativo, reorientando a representação social acerca da epidemia e formulando alternativas de atenção em saúde valorizadoras das PVHIVs e dos segmentos vulneráveis à discriminação social e à infecção.

Tais estratégias se desenvolveram somadas aos esforços de produção de informações sobre o avanço da infecção e às mobilizações globais de enfrentamento, que produziram, no contexto brasileiro, um contínuo aprofundamento no debate e na consciência social sobre a diversidade de segmentos da população e de expressividades e afetividades sexuais a serem implicadas contra o crescimento da epidemia. Parte fundamental de investimento sobre a consciência dessa diversidade foram os boletins epidemiológicos, que passaram a acompanhar a epidemia do HIV mediante o tratamento dos dados obtidos pela notificação compulsória dos serviços de saúde.

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 e sífilis fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria n.º 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 notificação compulsória de infecções permite uma compreensão e mapeamento de como determinadas infecções estão acontecendo na sociedade. É uma forma que possibilita a criação de políticas públicas de prevenção, de qualificação de profissionais, da assistência e da oferta de insumos. Os dados provenientes da notificação permitem também ajustes dessa política às demandas e condições territoriais das diversas regiões do Brasil. Por tudo isso, as notificações compulsórias são importantes, no entanto, é do Estado a competência para determinar qual infecção é de notificação compulsória e de transformá-lo em dados orientadores das políticas.

A aids é de notificação compulsória desde 1986,<sup>6</sup> as hepatites virais, desde 1996, a infecção pelo HIV desde 2014 e a de sífilis desde outubro 1985 (no caso da sífilis, no entanto, a subnotificação é particularmente alta, o que dificulta a análise dos casos). É a partir das notificações compulsórias que são produzidos os boletins epidemiológicos, que são publicados segundo um cronograma, definido pelo Ministério da Saúde, em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS), e com os representantes dos movimentos da sociedade civil na luta contra as diversas ISTs. 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, 1.º 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

---

6 Cf.: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 14 abr. 2019.

Setor de Produção do Departamento de Informática do SUS (DATA-SUS) 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 se utilizar dessas informações para planejar ações específicas que atendam às demandas da população, tanto na direção das prevenções primária e combinada, como na assistência e reabilitação. No entanto, é necessário que a (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, seja por suas circunstâncias de vulnerabilidade específicas, seja por sua expressividade numérica reduzida para determinadas infecções sexualmente transmissíveis, como é o caso da saúde das mulheres lésbicas e da população idosa.

O primeiro Boletim Epidemiológico de aids começa a ser publicado em 2001, ou seja, quinze anos após a obrigatoriedade de notificação. A partir daí, começamos a ter uma visão mais global da configuração da epidemia de aids no Brasil e os boletins sobre HIV/aids passam a ser publicados anualmente. Em 2010, publica-se o primeiro a respeito das epidemias das Hepatites Virais. A partir de 2010, temos a publicação anual de boletins das duas infecções (HIV/aids e hepatites) constituindo uma série até 2018. Em 2017, foi realizada a publicação do primeiro Boletim Epidemiológico de Tuberculose e HIV, uma visão global dessa coinfeção presente nas PVHIV.

Por outro lado, sobre a epidemiologia da sífilis, registrada em boletins específicos temos, até o momento, somente dois, de 2012 (1.º Boletim) e 2018, apesar de ser uma das primeiras ISTs a ter notificação compulsória.

As outras ISTs (com exceção de HIV, hepatites virais e sífilis) não têm notificação compulsória, o que não nos permite uma visão global e dificulta a criação de políticas públicas.

Outra parte do conjunto de estratégias de enfrentamento à epidemia do HIV deram-se por meio das campanhas de prevenção desenvolvidas junto à população, encampadas pelo Ministério da Saúde a partir da demanda dos movimentos organizados das PVHIV

e de outros atores sociais relevantes como o Movimento de população LGBTI, de profissionais do sexo e de outros, que com sua participação contribuíram com o enfrentamento do HIV e também com promoção da dignidade dos variados segmentos discriminados pela falta de conhecimento por parte da sociedade acerca das ISTs e das alteridades inscritas na diversidade humana e cultural.

Campanhas de Prevenção da aids no Brasil			
Ano	Campanha	Descrição	Público de Enfoque
1998	<i>Jovens: a força da mudança</i>  <i>Campanha Nacional</i>	Mobilização para a prevenção à aids e para a melhoria da qualidade de vida de jovens vivendo com HIV/aids. Oferta de 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.	População jovem
1998	<i>Se fosse seringa, você usava?</i>  <i>Programa Nacional de Aids</i>	As imagens utilizadas estimularam o envolvimento de usuários de drogas injetáveis (soropositivos ou não) no debate sobre a saúde dos usuários de substâncias psicoativas, iniciando a abordagem de redução de danos para os cuidados em saúde durante o uso de drogas.  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.	Usuários de drogas injetáveis

1999	<i>Campanha de Adesão de Pessoas Vivendo com HIV/ aids</i>	<p>A estratégia da ação incluía a distribuição de estoques 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 quarenta treinamentos para quarenta e oito facilitadores de adesão ao tratamento.</p> <p>Profissionais de saúde estavam com dificuldades no gerenciamento das medicações</p>	Pessoas com HIV que fazem uso de medicamentos antirretrovirais
1999	<i>Camisinha: eu vivo com ela</i>	<p>Realizada em parceria com a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e Pela Vida, a campanha enfatizou o diálogo com o estrato mais pobre da população brasileira por meio da participação de personalidades de destaque na área artística veiculada gratuitamente pelas emissoras de TV aberta</p>	População de baixa renda
2000 - 2001	<i>Campanha de 1.º de dezembro: "Não leve aids para casa"</i>	<p>Enfoque nas vulnerabilidades específicas da população de sexo masculino, levando em conta contextos de negligência na promoção do auto-cuidado da população masculina e seus fatores de risco para homens e mulheres.</p> <p>Em 2001, sob o tema "<i>Não importa com quem você transa, não importa como. Use camisinha. Não transmita, nem se infecte com o HIV</i>", a campanha se dirigiu à diversidade masculina em suas práticas homo, bi ou heterossexual.</p>	População masculina

2001	<i>“TRAVESTI E RESPEITO”</i>	Sob o tema <i>“TRAVESTI E RESPEITO: já está na hora de os dois serem vistos juntos. Em casa. Na boate. Na escola. No trabalho. Na vida”</i> , contribuiu com o reforço à inclusão social e o reconhecimento da dignidade da população travesti.	Travesti
2002	<i>Campanhas Profissionais do sexo: “Sem vergonha, garota. Você tem profissão”</i>	Com ações variadas em materiais de comunicação em impresso, rádio e televisão, a campanha disseminou a visibilidade positiva das profissionais do sexo articulado à formação de multiplicadoras de prevenção e cuidado nas práticas sexuais, com a promoção do uso adequado e distribuição dos preservativos masculino e feminino.	Profissionais do sexo
2003	<i>1.ª campanha de Carnaval</i>	Campanha de prevenção à aids com foco na população jovem feminina no início da vida sexual, com recomendações ao uso do preservativo. A campanha protagonizada pela cantora <i>Kelly Key</i> , sob o mote <i>“Sexo é com camisinha, ou então só olha e baba baby”</i> .	População jovem feminina
2005	<i>Campanha com tema racismo</i>	Primeira campanha de enfrentamento à epidemia com a abordagem da saúde da população negra, levando em conta o aumento da incidência da epidemia entre o segmento mais pobre do país cuja maioria é de pessoas negras, englobando à época, segundo o IBGE, aproximadamente 65 % da população de baixa renda.	População negra

2006	<i>Prevenção posithiva</i>	Em decorrência do sucesso da maioria dos casos da Terapia Antirretroviral, a campanha deu visibilidade ao conceito de Prevenção <i>Posithiva</i> , voltada à promoção da saúde e da dignidade das pessoas que vivem com HIV/aids. A campanha deu visibilidade à qualidade aos projetos de vida das PVHIV decorrentes dos recursos de assistência disponíveis, refutando a estigmatização sobre as perspectivas de vida para as pessoas que vivem com HIV/aids.	Pessoas que vivem com HIV/aids
2008	<i>Sexo não tem idade, proteção também não</i>	Diante da incidência de HIV/aids que quase dobrou na população de homens mais velhos das classes C e D, a campanha, sob o mote “ <i>camisinha depois dos cinqüenta: experimenta</i> ” buscou estratégias de promoção da saúde por meio do uso de preservativos entre a população brasileira mais idosa.	Sexualidade de pessoas acima dos cinquenta anos
2015	<i>Cuidar da Saúde de Todos. Faz bem para a Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil</i>	Campanha lançada se inseriu nas comemorações do Dia Nacional da Visibilidade Lésbica, 29 de agosto, com trabalho de sensibilização de trabalhadores, gestores de que atuam no SUS para acolhimento e atendimento qualificado e humanizado às demandas específicas de mulheres lésbicas e bissexuais.	Mulheres lésbicas e bissexuais.

2018	<i>Sou + indetectável</i>	A campanha destacou a promoção do reconhecimento da dignidade das PVHIV. Foram veiculados relatos de treze pessoas que vivem com HIV e se tornaram indetectáveis após adesão ao tratamento, com a participação de pessoas que vivem com HIV e receberam o diagnóstico recentemente, e outras que descobriram ser HIV positivo nos anos oitentas e noventa, logo no início da epidemia.	Pessoas vivendo com HIV
------	---------------------------	--	-------------------------

Fonte: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde. Disponível em:

Nesse contexto, o desenvolvimento de estratégias de “educação entre pares” (SIMÕES & FACCHINI, 2009) e de comunicação aberta com a sociedade sobre aspectos importantes — e até então pouco discutidos — da saúde e da sexualidade disseminaram mais informação e qualidade de vida às pessoas vivendo com HIV e à sociedade em geral no tocante à promoção da saúde. No quadro acima, o panorama de algumas das inúmeras campanhas publicitárias desenvolvidas pelo governo brasileiro em parceria com a sociedade civil organizada e com movimentos sociais<sup>7</sup> no decorrer das ações contra a epidemia da aids no país demonstram o quanto o enfrentamento à epidemia promoveu a visibilidade social e a promoção da dignidade de muitos segmentos vulneráveis não apenas ao HIV/aids, como também às condutas discriminatórias e às iniquidades que repercutem sobre o acesso à saúde da diversidade população brasileira.

Ao analisar o histórico dos boletins epidemiológicos e das campanhas, compreende-se parte importante da expansão das políticas públicas na área das IST, HIV, aids e hepatites no Brasil, e do quanto a participação da sociedade civil na formulação de respostas à epidemia construíram alternativas

<sup>7</sup> Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/campanhas-glossario/C>. Acesso em: 18 fev. 2020.

ao medo e à discriminação que marcaram o histórico de surgimento da infecção.

Sob os preceitos orientadores da participação social e dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV), este documento busca trazer subsídios para a prática da(o) profissional da Psicologia que atua em serviços e programas que atendem esse segmento em sua diversidade, compreendendo as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) como sujeitos de direitos. 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 das conquistas políticas da sociedade civil e dos movimentos sociais em face do Estado. Tal paradigma, de valorização da democracia e dos direitos humanos nas políticas públicas, é transversal aos quatro eixos organizadores do texto.

\*\*\*

O **EIXO 1** dispõe sobre as diretrizes gerais para gestão e atuação em IST/HIV/aids, levando em conta sua inserção no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua estruturação em níveis de atenção que incidem sobre a configuração dos trabalhos de assistência dos programas e serviços em estudo neste documento.

O **EIXO 2** demarca os compromissos necessários para a atuação profissional nos dispositivos de promoção e de atenção à saúde para as questões relacionadas às ISTs/HIV/aids, com observância às normativas e aos aspectos éticos (e políticos) relacionados à prática da(o) psicóloga(o) na política pública.

O **EIXO 3** destaca alguns elementos provenientes dos debates da Psicologia na relação com o campo em foco, enfatizando conceitos e fenômenos pertinentes da atuação em interface com as subjetividades e seus contornos sociais.

Com enfoque nas possibilidades e nos contextos da atuação nos serviços e programas em análise, o **Eixo 4** passa à atuação da(o) psicóloga(o) com destaque às especificidades dos níveis de atenção dos equipamentos e dos segmentos diversos em demanda por atenção.

Os princípios doutrinários do SUS estão presentes em todos

os eixos, mas estão particularmente presentes nas reflexões sobre diretrizes gerais para gestão e atuação nos serviços de IST/HIV/aids (eixo 1) e para capacitação da(o) psicóloga(o) atuar no campo das IST/HIV/aids (eixo 3). A vulnerabilidade, os direitos humanos e a ética são focos principais das considerações sobre a dimensão ético-política (eixo 2), a vulnerabilidade é também central na discussão sobre a prática da(o) psicóloga(o) no contexto do HIV e aids (eixos 3 e 4), 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 IST, HIV 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 subjetivas, sociais e políticas das questões relacionadas com a saúde. Lembramos que a forma de descobrir, enfrentar, conviver com o diagnóstico e o vírus deve ser cuidada incluindo a dimensão da subjetividade, acolhendo e compreendendo as dificuldades e transformações singulares do processo, em que a(o) psicóloga(o) tem muito com o que contribuir. Para além de diretrizes, trata-se, portanto, de um convite ao diálogo e à reflexão sobre a prática.

# EIXO 1: DIRETRIZES GERAIS PARA GESTÃO E ATUAÇÃO 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).

# 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 adentrar a história do Sistema Único Saúde (SUS). Seu surgimento remonta à luta de muitos profissionais e cidadãos diante do então descontentamento com os serviços de saúde prestados pelo Estado, esses movimentos culminaram no reconhecimento da saúde e da participação social como direitos fundamentais, concretizados no SUS e na democratização que produziu a nossa Constituição de 1988. Organizações como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), junto com movimentos populares por todo o país, sacudiram os anos 1970 e 1980, garantindo o lugar da sociedade na formulação dos caminhos da saúde pública nacional.

Exemplar dessa longa caminhada foi a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (1986), a partir da qual foram construídas as principais propostas que subsidiaram a formação do SUS, orientado nos propósitos de universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada. Tais diretrizes reorientaram o modelo de atenção e a concepção de saúde, redesenhando as atribuições do Estado e da participação cidadã nos eixos da política, e esses aspectos as bases ético-políticas para a atuação nos serviços e programas do SUS. Consideramos, por isso, relevante apresentar esses princípios<sup>8</sup> para em seguida apresentar sua articulação com as questões de inserção da Psicologia:

- **Universalidade:** trata-se do princípio por meio do qual a saúde é reconhecida como um direito de todas e de todos os cidadãos, devendo ser assegurada por meio de serviços disponíveis a todos os sujeitos, a despeito de suas especificidades e de seus marcadores de identidade relacionados, como raça, cor e etnicidade, gênero,

---

8 Cf.: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 17 out. 2019.

orientação sexual, classe social, religião, dentre outros;

- **Integralidade:** oferecida a todos, o serviço público ofertado pelo Estado precisa garantir ao cidadão uma concepção ampliada de saúde, que vai desde suas demandas variadas por atenção e prevenção relacionados à doença até a promoção da qualidade de vida e dignidade humanas por meio das estratégias em saúde;
- **Equidade:** para a garantia da universalidade, as especificidades de cada sujeito precisam ser consideradas para a qualidade da assistência, e a atenção à saúde precisa então levar igualmente em conta as diferenças de todos os usuários para assegurar um cuidado integral em saúde.

A garantia de uma saúde equânime, universal e integral depende do aprimoramento de uma complexa articulação de rede de serviços e de estratégias de atenção — envolvendo também a intersetorialidade com outras políticas, como as de assistência, educação e outras. No âmbito do SUS, as principais diretrizes organizativas são:

- **Regionalização e Hierarquização:** organizar os equipamentos e serviços disponíveis conforme a complexidade e o grau de especificidade das demandas por saúde no território é fundamental para a garantia da qualidade da atenção e sua integralidade. Assim, os serviços são hierarquizados em níveis crescentes (atenção básica, média e alta complexidade), e sua abrangência, delimitada em uma determinada área geográfica em função das características e necessidades da população a ser atendida;
- **Descentralização e Comando Único:** no desenvolvimento dessa complexa rede de atenção, a descentralização se faz necessária para a distribuição de poderes e para a ampliação do número de atores institucionais envolvidos na efetivação dos princípios do SUS, promovendo a corresponsabilização e a autonomia da União, em nível federal, e dos estados e municípios, para a

prestação de serviços de saúde com qualidade. Para isso, todas as instâncias descentralizadas devem dispor de condições técnicas, gerenciais e financeiras para essas ações, respeitando o comando único, a soberania, de cada esfera de governo em sua autonomia para o desenvolvimento das ações sob sua competência.

- **Participação Popular:** Nenhuma dessas ações de gestão pode ser plenamente efetivada sem a participação da sociedade no cotidiano dos serviços e na formulação em todos os níveis da política. Sob esse aspecto, o SUS possui pioneirismo no desenvolvimento de dispositivos de garantia da participação social na formulação, controle e avaliação das políticas públicas de saúde, a exemplo da criação dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Esses aparelhos se encontram dispostos nos mais variados níveis e equipamentos, e buscam conferir à participação dos usuários a representação dos mais variados segmentos da população, com voz e voto no debate sobre o SUS em face do segmento de profissionais e de gestores da política de saúde.

Nesse sentido, como bem observa Ricardo Martins (2012), a nova concepção de atenção à saúde, inaugurada com o SUS, ofereceu à Psicologia uma nova possibilidade de inserção e de contribuição, revendo a dimensão social atribuída à doença e o lugar da atuação profissional em saúde para a garantia dos direitos dos usuários dos serviços. Sob esse aspecto, vale notar:

alguns eventos de base sociológica podem nos ajudar na ampliação dessa ideia. [...] o campo da Saúde Pública e da Saúde Coletiva não são coincidentes. Isso porque a saúde pública foi esquadrihada 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 [...] marca a identidade da Saúde Coletiva, se fez a partir da crítica à primazia estrita do campo biológico [...] Sendo assim, a franca entrada das ciências humanas na saúde marca a dimensão da saúde coletiva, fato que parece ter sido posto em prática pela concepção preconizada 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. (MARTINS, 2012, p. 37)

## Os princípios do SUS na perspectiva dos serviços e ações voltados para as IST/HIV/aids

Do ponto de vista do trabalho de psicólogas(os) na área de IST/HIV/aids, há de 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).

## A descentralização dos serviços

A Lei n.º 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 consequente redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios. Sua implementação decorre, sobretudo, da NOB n.º 96, que resulta, por sua vez, da experiência ditada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores — em especial da NOB n.º 93, Portaria Ministerial n.º 545 (BRASIL, 1993a), que está contida no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a Ousadia de Cumprir e de Fazer Cumprir a Lei. Como instrumento de regulação do SUS, a NOB n.º 96, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita os princípios e as diretrizes do sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990. Como notam De Zambenedetti e Silva (2016, p. 791):

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

Nesse sentido, é possível destacar uma mudança gradativa nos últimos dez anos no cenário para as ações de prevenção e nos programas de IST/HIV/aids, quando 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, por meio 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 pela Portaria n.º 77, de 12 de janeiro de 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.<sup>9</sup>

## 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 ministérios 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 (2004), 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. A integralidade resignifica, portanto, o então “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

---

9 Cf.: Portaria n.º 29, de 17 de dezembro de 2013, que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.

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” (SPINK, 2007, p. 47)

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 (BRASIL, 2004). Apesar da polêmica em torno do termo humanização, essa ênfase explicita a crítica e a superação da concepção de doente identificada com o modelo anátomo-fisiológico da medicina moderna, e eleva os usuários dos serviços de saúde 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 reescrever suas teorias e práticas numa perspectiva coletiva e voltada para a integralidade. Para além das equipes que atuam diretamente nos serviços, há de 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 publicações recentes sobre as novas estratégias de prevenção assumidas pelo Ministério da Saúde, tais como a Prevenção Combinada do HIV (BRASIL, 2017a); a Diretrizes para Organização do CTA no Âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017b) e a Agenda Estratégica – para Aplicação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-chave (BRASIL, 2019), a atuação da(o) psicóloga(o) requer a observância das populações consideradas mais vulneráveis ou chamadas populações-chave, tais

como gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadoras(es) do sexo, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas e pessoas trans, para um trabalho qualificado às suas especificidades e demandas de atenção:

A organização dos processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento (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, Profilaxia Pré-Exposição (PreP) e Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (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 atenção básica (AB), sendo que, nesse tipo de organização, o cuidado é realizado de forma compartilhada entre as equipes da AB e a equipe especializada (BRASIL, 2017b, p. 31)

## O controle social e Educação em Saúde

O controle social é produto das diretrizes democráticas para a gestão da política de promoção da saúde e de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids, caracterizando elemento caro da das diretri-

zes da política nacional:

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 (BRASIL, 1999, p. 13)

Aqui, a participação social é reforçada no arcabouço institucional do SUS. A Lei Orgânica do SUS (n.º 8.142/1990) dispõe sobre a criação dos conselhos de saúde, das conferências de saúde e da participação da comunidade na gestão dos equipamentos do sistema. 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, se estabelece uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de forma que as decisões passam a 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 encontra em permanente construção, comportando avanços e recuos; por esse motivo, depende, muitas vezes, de ampla mobilização da comunidade de usuárias(os) dos serviços de saúde e trabalhadoras(es) na defesa de seus direitos à efetivação da participação nos rumos da política pública de saúde.

As(os) psicólogas(os) 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, 2004, p. 18), cabendo estimular a gestão participativa dos serviços e trazendo os usuários para o plano decisório das ações desenvolvidas, incorporando à saúde a educação popular no desenho das estratégias de atenção. 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.

## Atenção à saúde as pessoas que vivem com HIV/aids

No atual contexto de recursos de atenção às pessoas vivendo com HIV, os resultados obtidos por meio do tratamento antirretroviral (TARV) vem dando novos contornos ao desenho dos serviços de atenção às PVHIVs, com a constatação de limitações e deficiências na centralidade dos serviços especializados (BRASIL, 2017d, p. 7). Sob nova configuração, inovações locais em gestão da rede vêm estendendo a assistências às pessoas vivendo com HIV/aids para além dos serviços especializados, por meio de estratégias de matriciamento e suporte para a atenção de demandas variadas das PVHIVs em outros dispositivos da rede de saúde, mantendo a articulação e o suporte técnico para atenção integral ao segmento em todos os níveis de atenção da rede:

Na perspectiva do novo modelo de atenção ao HIV, os Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids (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 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. (BRASIL, 2014b, p. 2)

Esta nova orientação de espaço envolve também os usuários que iniciaram seu tratamento em unidades como centros de testagem e aconselhamento (CTAs) e serviços de atenção especializada (SAEs) nos anos de 1990, no início em que a epidemia era relaciona-

da ao isolamento social, à morte e à perda de perspectivas de vida. Essas pessoas estão há mais tempo sendo acompanhadas e acolhidas em seu percurso de infecção pelo HIV nesses equipamentos, e vivenciaram, junto com os múltiplos profissionais, as muitas mudanças nos processos de enfrentamento à epidemia, demandando uma necessidade de maior atenção e cuidado na relação desses sujeitos na adaptação aos novos arranjos de atenção, uma vez que a centralidade desses antigos espaços — criados para diagnosticar, tratar e acolher — foram terrenos importantes de segurança e valor afetivo e simbólico que precisam ser ressignificados.

O que apresentamos aqui é uma breve reflexão, pois, com a perspectiva de um novo modelo de atenção ao HIV, é necessário observar as múltiplas demandas dos usuários, tanto os que migram para a atenção primária, como os que continuam nos SAEs. É necessário ficar atenta(o) a essas mudanças, pois é preciso reconhecer que existe uma subjetividade que deve ser cuidada, que está relacionada com uma cultura, com uma capacidade cognitiva e com os afetos das pessoas que vivem com HIV. A atenção a essas pessoas deve considerar a heterogeneidade destes sujeitos, e desenvolver ações que favoreçam compreender e vivenciar, da melhor maneira possível, as constantes mudanças, seja das políticas de IST/HIV/aids, no tratamento (medicalização, prevenção e outras), seja do perfil da epidemia de HIV/aids, mantendo sempre o foco na melhoria de vida dessas pessoas e na garantia de seus direitos.

## Interdisciplinaridade e intersetorialidade como estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids

A atuação profissional frente às ações de enfrentamento à epidemia de HIV/aids tem a necessidade de avançar no processo de desenvolvimento de redes intersetoriais. Não podemos negar que este continua sendo um desafio na sociedade contemporânea, mas cada vez mais se observa uma melhoria na efetivação de estratégias

em prevenção das ISTs e HIV quando é propiciado um diálogo entre as políticas de saúde 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 das IST/HIV/aids para a população geral, mas de forma isolada, tendo muitas vezes uma menor efetividade sobre o enfrentamento da epidemia. Vários estudos apontam para a necessidade de ampliar a rede de apoio tanto às pessoas que vivem com HIV, como ações específicas para populações-chave. Importante ressaltar que a epidemia de HIV/aids no Brasil é concentrada em alguns segmentos populacionais mais vulneráveis 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, 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 às pessoas que vivem com HIV, nas ações de prevenção às IST/HIV/aids e na elaboração de novas políticas de promoção à saúde.

Estabelecer uma rede de prevenção às IST/HIV/aids perpassa os 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.

## 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 *on-line* e reuniões presenciais conduzidas por técnicos do Crepop nas unidades locais dos CRPs. Historicamente, a inserção de psicólogas(os) no campo das IST/HIV/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(os) psicólogas(os) 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 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 escolas, empresas, ONGs e mesmo com outros programas no campo da saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF). 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).

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 focalizar 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(os) parceiras(os)

Reconhecemos que as indicações que atualizamos nesta edição já estavam presentes 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 sob seus cuidados. Por exemplo, alguns relatos são ilustrativos: “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).

## 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 IST/HIV/aids.

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

- “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 Sistema Nacional de Agravos (SINAN) , 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).

Para a garantia de desenvolvimento institucional e melhoria da sua própria gestão, é possível também implementar, desenvolver e estimular pesquisas.

## 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 saúde e 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 resistên-

cias por parte de outros profissionais envolvidos. Como exemplificam as respostas à pesquisa:

- “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).

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

## Controle social e participação

Há poucas respostas na pesquisa do Crepop (CFP, 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 às 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).

## Problemas e desafios

Trata-se de desafios diretamente relacionados à formação tradicional em Psicologia que exclui ou minimiza as questões políticas e sociais. Diante desse panorama, extraído das experiências da prática da(o) psicóloga(o), as referências técnicas para a atuação em programas e serviços de IST e aids trabalham no sentido de implementar e aprofundar a formação e a capacitação, buscando contemplar os antecedentes dessa inserção profissional e as possíveis estratégias para a superação de algumas lacunas da formação profissional.

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

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 seguimento 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.

## **EIXO 2: 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 engendra a prática profissional da(o) psicóloga(o) impondo limites e abrindo possibilidades que se configuram no papel da Psicologia e de 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.

As ISTs, HIV e aids são enfermidades acolhidas e tratadas no campo da saúde pública brasileira por meio de políticas públicas específicas, tendo em vista as 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 de 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.

## Sobre as Políticas Públicas no Campo das ISTs, HIV e aids

Atualmente, as políticas públicas direcionadas às 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, seja o profissional que atende di-

retamente quem precisa da ação, desempenhando 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 em decorrências das diferentes formas de gestão.

## Enfrentamento da LGBTIfobia e demais preconceitos e discriminações

As inquietações que envolvem as práticas sexuais e as questões de gênero nas sociedades ocidentais — amplamente discutidas por Foucault (1988), Scott (1990), Butler (2013) e Rubin (2017) como temas pensados 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) (BUTLER, 2013). 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 (RUBIN, 2017).

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 (BUTLER, 2013).

Os estudos de sexualidade e gênero no decorrer do século XX e em desenvolvimento no atual momento histórico são contundentes

tes em reconhecer que não há patologias ou problemas morais em pessoas não heterossexuais, (FOUCAULT, 1988; QUINET e JORGE, 2013; CFP, 2011) 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. É necessário, nesse sentido, desnaturalizar a relação entre diferença sexual e gênero, ou seja, a fórmula: macho = masculino e fêmea = feminino, não corresponde às evidências históricas e antropológicas (BUTLER, 2013; SCOTT, 1990; RUBIN, 2017).

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

Para a(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 LGBTIfobia também se referem ao cuidado com as concepções que são difundidas pela equipe multiprofissional — onde a(o) psicóloga (o) está inserida(o) — dos serviços.

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

## 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 pro-

fissional: “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”. (CFP, 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 onze 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. (UNAids, 2001).

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 colocado 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 vulnerabilidades,10 violação, defesa e promoção 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 às pessoas vivendo com IST/HIV/aids, a seus familiares e parceiros/as, bem como à equipe multiprofissional e à comunidade podem ser realizadas também por meio 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 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.

---

10 Cf.: Acerca da Psicologia e a atenção às vulnerabilidades no contexto das PVHIVs, ver no Eixo 3: A Psicologia e o Campo das IST/HIV/aids.

III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade de 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(-do) profissional frente às LGBTFobias e aos preconceitos também muito atuantes na sociedade brasileira — como o racismo e o machismo — implica numa atitude ético-política de interdição, impedimento, bem como prevenção e intervenções educativas na perspectiva de mudar concepções e preconceitos.

O Princípio Fundamental III direciona a(o) psicóloga(o) 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 pelo respeito à diversidade. Essa diretriz ética indica que a prática profissional e o próprio objeto de estudo da Psicologia (subjetividade) não estão desconectados 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(o) psicóloga(o) 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 a 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 que afetam a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV ou que estão em tratamento de outras ISTs ou aids.

# 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.

O sigilo profissional tem como principal objetivo a proteção do usuário dos serviços dos profissionais. Conforme o Código de Ética do(a) psicólogo(a), artigo 9.º, “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.” (CFP, 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 IST 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 na 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 PVHIV 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 Con-

selho 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 de intervenção profissional. Na prática cotidiana, a(o) psicóloga(o) pode, em determinado momento, se perguntar 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.

Ainda cabe destacar as contribuições da Resolução CFP 06/19, que padroniza a elaboração de documentos escritos decorrentes do exercício profissional e que prevê inclusive a confecção de documentos oriundos de trabalhos multiprofissionais (mencionado várias vezes por psicólogas entrevistadas nessa pesquisa). Essa Resolução orienta que os destinatários/solicitantes dos documentos produzidos pela(o) psicóloga(o) ou equipe multiprofissional, também devem preservar o sigilo em relação aos seus conteúdos (mediante protocolo de entrega assinado, ver artigo 16, item 2 da Resolução CFP 06/19).

## Resoluções CFP 01/99, CFP 18/02 e CFP 01/18

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 étnico-raciais.

Esse conjunto de resoluções representa um explícito posicionamento da profissão para dar conta de especificidades decorren-

tes das expressões da LGBTfobia e do racismo e seus impactos 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 (UNAids, 2018) ainda apontam que as PVHIV 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 das populações-chave.

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.

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 (CFP, 2007). 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 aos 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 indicou, 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).

## EIXO 3: A PSICOLOGIA E O CAMPO DE IST/HIV/AIDS

Para se analisar as relações da Psicologia com o campo de IST/HIV/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 e resolutividade.

Todo sujeito tem direitos à atenção igualitária, e o dever de todo profissional, em especial a(o) psicóloga(o), é de articular, não dicotomizando, a atenção individual e a coletiva. A importância de uma equipe multi e interdisciplinar é estabelecer estratégias de diálogos entre os distintos saberes, que contribuem com as ações de promoção à saúde nos dois âmbitos, individual e coletivo, por isso, a importância da formação de profissionais e a preparação das equipes.

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

Podemos tomar Gonzalez Rey (1997; 2016; REY; MARTINEZ, 2017) como referência para delimitar subjetividade como a constituição psíquica, o mundo interno singular, do sujeito individual, que integra processos simbólicos, emoções e estados experienciados por ele nos diferentes momentos de sua inserção no mundo e de suas ações sociais. Tais momentos implicam em sentidos subjetivos e configura-

ções subjetivas singulares, que nos permitem apreendê-las, e diferem qualitativamente dos processos que os originaram. A subjetividade também integra a vida social, como dimensão subjetiva da realidade — integrando unindo 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 para a atuação prática da/os profissionais, o desafio de não dissociar a atenção individual da coletiva, é importante a(o) psicóloga(o) saber especificar a demanda e escolher as melhores formas de abordá-la, considerando técnicas que abordam a subjetividade no seu contexto singular/pessoal e social. Para isso, a escuta, o cuidado e o acolhimento — assim como o reconhecimento do sofrimento humano — são ferramentas potentes no trabalho da(o) psicóloga(o).

Poderiam ser facilitadores desse processo o trabalho em equipe multi e interdisciplinar desde o início da formação profissional; o estabelecimento de estratégias de aprendizagem e de trabalho que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuem para as ações de promoção da saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo. A discussão da integralidade e dos demais princípios do SUS perpassa pela formação profissional e pela educação permanente das equipes de saúde. (MACHADO *et al.*, 2007).

As práticas profissionais explicitam a(s) concepção(ões) de saúde assumida(s) pelas(os) 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 expressos na subjetividade social. Essa concepção permite romper uma visão ideológica de saúde e doença, em que estas aparecem como responsabilidade única e exclusiva do indivíduo,<sup>11</sup> de modo que as

---

11 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 da/os psicólogas(os) em políticas públicas pelo CREPOP (CFP, 2007, p. 5)

questões sociais, culturais e históricas ficam reduzidas a 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). Vale lembrar que a culpabilização do sujeito pelo seu adoecimento deve ser acolhida e refletida para, num movimento dialético, superá-la e propiciar um processo de integração psíquica, potencialização e autonomia do sujeito.

Os limites à saúde podem ocorrer devido a mal-estar, insegurança social, estresse, tensões no ambiente social, déficits orgânicos, problemas comportamentais, 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, da comunidade e da sociedade em geral, e expressa a subjetividade individual e social de um determinado momento histórico. Cabe à Psicologia o 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 (e de classe).<sup>12</sup> Nesse sentido, envolve o trabalho com toda a população, e não só com a população em situação de vulnerabilidade<sup>13</sup> aumentada. (AYRES, 1997; BRASIL, 1999a,

---

12 Há, nesse sentido, os segmentos da população em situação aumentada de vulnerabilidade, devendo-se dar especial atenção a suas especificidades para a promoção da autonomia e da qualidade de vida da totalidade da população. As dimensões particulares da vulnerabilidade e dos grupos serão discutidas neste eixo mais adiante.

2000a).<sup>14</sup> 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 precisa 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 & MERHY, 1999; 2004; IYDA, 1992; BERLINGUER, 1993), como já apontado e descrito na Introdução nas histórias do movimento da sociedade civil e das políticas de enfrentamento à epidemia da aids.

O trabalho da(o) profissional de Psicologia objetiva promover a capacidade de intervenção transformadora pessoal e coletiva dos homens e das mulheres sobre o mundo cotidiano. Poderá potencializar, nas situações em que ocorre uma fragilização da pessoa, a interrupção desse processo, a apropriação e a produção de novos sentidos pessoais e possibilitar a sua inserção num processo coletivo de engajamento na luta por melhores condições de vida e, em consequência, de saúde. O engajamento em lutas do território onde as pessoas se inserem poderá reivindicar a construção de políticas públicas principalmente naquelas situações de precariedade das condições socioambientais. A intervenção psicológica não pode deixar de considerar a historicidade dos processos envolvidos, portanto, vincula a pessoa à sociedade e ao contexto sócio-histórico 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 singular de cada um(a).

Quem promove saúde? Em princípio, todas as pessoas, pois todas têm o direito inalienável a ela, 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, 1997; BRAVO, 2002; CAIRO+10, 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, acolhimento, escuta, revisão e proposta e/ou criação de soluções para os problemas vividos por elas (MOURA, 1989; CORREIA, 2000; TAKASHIMA, 2000; FERREIRA & NICHIAITA, 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, construir junto com o usuário reflexões e ações que lhes propicie uma apropriação de seu processo de saúde e doença como destacado na pesquisa Crepop (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 ela/ele tenha como referência o sistema de saúde brasileiro, a epidemiologia e os programas de saúde

(federal, estaduais e municipais),<sup>15</sup> 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/aids deve contemplar uma análise crítica do desenvolvimento da epidemia no Brasil e no mundo, e dos programas nacionais, estaduais e municipais<sup>15</sup> de enfrentamento, de controle e de assistência desenvolvidos ao longo dos últimos trinta anos, bem como as demandas colocadas pela sociedade civil, principalmente às referentes aos direitos humanos da população LGBTI. Por exemplo, como destacado na pesquisa Crepop (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

---

15 Cf.: Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), ao nível federal. As informações sobre os programas e ações em IST/HIV/aids de âmbito local devem estar disponíveis nas páginas virtuais da secretaria de saúde responsável em âmbito estadual e municipal de sua localidade.

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 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).

A(o) 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 se depara com problemas e limites à saúde particulares do(a) usuário(a) que condicionam seu trabalho. Como apontado pela pesquisa do Crepop (CFP, 2007, p. 12):

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).

Além desse tipo de atuação específica da UTI, grande parte da/os psicóloga/os, trabalha atualmente com intervenções breves, focais e pontuais; surgindo outras demandas psicológicas são feitos encaminhamentos a outros serviços, quando possível, num trabalho de rede. A prática clínica no campo da saúde associa-se a intervenções psicossociais e organizacionais que, dada a complexidade da área e o próprio processo de construção de uma prática profissional, exigem uma atitude de pesquisador. 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(as) a internações hospitalares sistemáticas ou mesmo à falência terapêutica.

A atenção primária requer um engajamento diferente da(o) psicóloga(o), que é formado, em geral, para lidar com as especificidades de 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, no cuidado oferecido que vem sendo gradativamente construído pela Psicologia juntamente com a área de saúde em geral. Um aspecto dessa mudança deve ser a compreensão do que caracteriza a categoria de vulnerabilidade na área de saúde.

## 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).

O conceito de 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(ões) 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 e manejos de ativos — e a estrutura de oportunidades — isto é, o conjunto de leis, instituições e 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 à 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 *bareback*.<sup>16</sup> A(o) psicóloga(o) precisará ter em conta a

---

<sup>16</sup> Segundo Vöros (2014, p. 1), “essa expressão é ressignificada nas sub-

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 restritos de subsistência 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 às desigualdades instauradas no acesso a recursos de bem-estar e qualidade de vida. 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.

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

---

culturas 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”, e envolve intencionalidade e responsabilidade individual.

muitas vezes acirrados nas pessoas que vivem com HIV. (BARATA *et al.*, 2013; 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 sociohistórica da existência humana, de forma tal que cada indivíduo atribui a si mesmo a responsabilidade pelo seu sofrimento. Gerando vergonha, humilhação, culpa, perda de autorrespeito 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 seus 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 quinze e sessenta e quatro 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, 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 na pesquisa Crepop (CFP, 2007, p. 7-8) das campanhas e da prevenção, cito depoimento e reflexão proposta por Bezerra, Giacomini e 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, presuppõe adesão a uma vertente de cuidado que admite a existência de protagonismos 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 públicos, maior aproximação possível com o cotidiano da vida das pessoas, pois é nele que riscos e vulnerabilidades se constituem (CARMO e GUIZARDI, 2018; LEAL e COELHO, 2016; SILVA, MAGALHÃES JÚNIOR e INADA, 2017).

Não se pode esquecer que a vulnerabilidade programática se caracteriza 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.

## Sexualidade, Relações de Gênero e IST/HIV/aids

Para entendermos e contextualizarmos as práticas da Psicologia no campo das IST/HIV/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, p. 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 “dispositivo<sup>17</sup> histórico” (FOUCAULT, 1988), ela está envolvida por múltiplos discursos sobre o sexo: discursos que regulam, que 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, dentre outros). Compreende os mecanismos que buscam, por meio de diversos modos, aproximar homens e mulheres de um certo ideal, que impulsiona tanto na formação das identidades de

---

17 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 “governamentalidade” ou de “governo dos homens”. Significa: “1) É 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 *reseau*, 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).

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 e 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 des-

de 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, 1998). É importante destacar que orientação sexual é diferente de identidade de gênero.

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, p. 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).

## 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, no estado de São Paulo, em particular, pelo CRT/SP (2017).

Sexo entre mulheres é sexo, portanto, sua prática é passível de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, tanto por meio de relação sexual oral quanto do compartilhamento de acessórios sem proteção. 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 e 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 sexuais relatados (UNAids, 2018; ANDRADE *et al.*, 2019; TAKEMOTO *et al.*, 2019).

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; AN-

DRADE *et al.*, 2019; TAKEMOTO *et al.*, 2019).

Alguns 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 femininas (luvas durante o sexo genital-digital, preservativos com brinquedos sexuais e barreiras de látex ou plástico) foi infrequente em todos os estudos (UNAids, 2018). Apesar disso, poucas fontes abrangentes e confiáveis de informações de saúde sexual para mulheres que fazem sexo com mulheres estão disponíveis. Isso é reforçado por Takemoto *et al.* (2019) quando, na revisão sistemática de literatura sobre essa questão, afirmam que pouco se sabe sobre a dimensão da transmissão de ISTs e vaginose bacteriana em atividades sexuais entre mulheres ou sobre os fatores de risco para ISTs e vaginose bacteriana em mulheres lésbicas.

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 *et al.*, 2016; GETRAJDMAN; LEE; COPPERMAN, 2017); cuidados inadequados durante o pré-natal (BUSHE e 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).

## 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 *gender queer*, 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 identificam seu gênero em função deles (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!) [...]

“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. 5-6).

O foco reside na auto-identificação, que orienta a maneira de tratar a pessoa. Nosso desafio como profissionais da saúde será superar a crítica desenvolvida por Mattos e 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. (MATTOS; CIDADE, 2016; p. 135)

Nesse sentido, 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).

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 2). Podemos exemplificar o processo de comprometimento da saúde mental das pessoas vivendo a transgeneridade com a fala de Moira:

O medo de sofrer violência, primeira coisa que me ensinaram, primeira coisa que ensinam uma criança a temer, era muito maior do que a vanta-

de 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 efficientíssimo de enlouquecimento, a criação para o medo junto de uma vida inteira ouvindo que a compreensão que você faz de si é equivocada, impossível, já que você tem o genital que tem. (MOIRA, 2017, p. 10, grifo nosso)

## 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 ISTs, em especial a infecção pelo HIV com a qual as(os) psicólogas(os) se defrontam, alguns desafios exigem a criação de novas práticas (CORREIA, 2000; BRAVO e MATOS, 2002), que considerem:

- como a articulação entre corpo e subjetividade se expressa na saúde e nas doenças;<sup>18</sup>
- como o(a) usuário(a) do sistema de saúde se constitui como sujeito histórico, apropriando-se das suas determinações;
- como processos corporais são criados e significados pelo sujeito ao mesmo tempo em que expressam o processo coletivo, social e cultural;

---

18 Cf.: Para aprofundar a questão, a análise recente sobre corpo, pele e sexo *bareback*, em Bezerra, Giacomini e DaMatta (2019).

- como o(a)s usuário(a)s se constituem parceiro(a)s em um processo de construção da realidade e das subjetividades envolvidas;
- como os equipamentos de saúde se articulam institucionalmente com demandas e interesses de grupos da sociedade.

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 são condicionados 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, dentre outros); 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, técnicas terapêuticas e formas de trabalho que permitam ao sujeito:

- 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;
- 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.
- 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 IST, 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 cultural, 19 em que o sujeito desenvolve os papéis sociais, no cenário interpessoal, em que se estabelecem as relações por meio de padrões estruturados em interações cotidianas, e no cenário intrapsíquico, por meio de reflexões pessoais que farão eco na psicodinâmica do sujeito, promovendo transformações.

## 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. Comumente esses aspectos se transformam em sentimento de frustração e desesperança para os envolvidos. 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 exem-

---

19 Lembrar de todas discriminações abertas e encobertas que a população LGBTI sofre.

plo, 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 Profilaxia Pré-Exposição Sexual (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 “hetero” 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 PrEP era 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, como psicólogas(os) 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.

## Capacitação teórico-prática

Esse foco é a base para formar e reciclar os 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; registros, prontuários das especialidades e multiprofissionais.<sup>20</sup>

- *Informações específicas da área de IST/HIV/aids* - programas nacional, estadual e municipal da área, formas de infecção e prevenção de IST, infecção pelo HIV,<sup>21</sup> 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, dentre outros), adesão ao tratamento (medicação e seus efeitos colaterais, organização diária para cuidar-se, relação profissional de saúde x usuário, direitos sociais da pessoa vivendo com HIV/aids);
- *Informações específicas 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

---

20 Cf.: mais adiante a articulação entre os princípios do SUS e os específicos da área de HIV/aids citados no início desse texto com as questões de sigilo profissional.

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

atravessados pelas questões raciais, que discriminam e acirram problemas de saúde mental, que se apresentam 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 a(o)s profissionais sejam habilitadas(os) 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 das pessoas vivendo com HIV associado a vulnerabilidades social e programática.

Outro aspecto da formação e capacitação para trabalhar especificamente com HIV e aids diz respeito aos princípios complementares aos princípios gerais do SUS, que foram propostos especificamente para respeitar os direitos das pessoas e minimizar os preconceitos e estigmas: voluntariedade; confidencialidade, anonimato e resolutividade.

Esses princípios têm articulação com as questões de sigilo profissional (já apontadas no eixo 2). Voluntariedade refere-se à autorização voluntária do usuário para a realização da testagem para HIV, mas seu teste e resultado devem permanecer anônimos nos laboratórios — anonimato — (a identificação se faz por códigos combinados entre profissional e usuário), aspecto hoje facilitado pela testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite C. O resultado deve ser comunicado unicamente ao usuário garantindo a confidencialidade.

Caso o resultado seja positivo para HIV ou outra IST deverá passar por um acolhimento e encaminhamento imediato ao serviço de assistência especializada, isto que significa o princípio de resolutividade. Caso o usuário tenha uma parceria estável, a resolutividade envolverá um diálogo reflexivo com o usuário para que convide sua parceria para realização da testagem para HIV. Essa atividade em ge-

ral envolve toda a equipe multiprofissional, tanto no respeito a esses princípios, como na atuação pela efetividade da assistência como na direção da interrupção da cadeia de transmissão. A confidencialidade e anonimato envolve decidir junto com o usuário a quem relatar sobre sua condição de soropositividade, situação algumas vezes muito delicada, podendo envolver, conforme o caso, uma parceria estável, um feto, no caso de uma mulher grávida, familiares, amigos entre outros. A reflexão junto com o usuário e a equipe auxilia na decisão sobre o melhor manejo para cada situação. A equipe e o psicólogo precisam estar atentos e abertos para identificarem seus julgamentos de valor e crenças pessoais na reflexão. Sob esses aspectos, educação continuada e supervisões de equipe podem auxiliar.

A(O) psicóloga(o), como parte da equipe dos equipamentos de saúde, precisa qualificar-se para o uso de prontuários eletrônicos e ser colaboradora(dor) no processo de manter a confidencialidade e o anonimato das informações. Cabe às(aos) profissionais explicarem ao usuário sobre o registro em prontuário como parte do processo de assistência qualificada, como recomenda a Resolução CFP 06/2019, sobre elaboração de documentos escritos pela(o) psicóloga(o) decorrentes de avaliação e/ou de intervenções psicológicas. A elaboração e guarda dos relatórios estão claramente especificados nesta resolução que orienta a(o) psicóloga(o) como fazê-lo.

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 4), além de dar oportunidade para que as(os) profissionais façam experiências de atuação, com algumas sessões de observação do ritmo do equipamento de saúde onde deve atuar, para se familiarizarem com a situação e, finalmente, iniciarem suas atividades de assistência.

Para o bom desempenho, é necessário que a(o) profissional

seja uma(um) facilitadora(dor) do processo de protagonismo das PVHIV. Isso exige uma atitude de compreensão e de acolhimento (suspensão de julgamentos de qualquer natureza a respeito do que é trazido e relatado pelo usuário, principalmente valorações de cunho moral), de disponibilidade e calor afetivo (sobretudo um convite à parceria), de percepção de que há, na relação da(o) profissional com os(as) usuários(as), uma diferença a ser considerada: a de que eles(as) não são iguais, seja pela sua formação, pela forma de inserção no equipamento de saúde, seja pela finalidade de sua presença. A(O) psicóloga(o) deve estabelecer uma relação dialógica, favorecendo a troca e a construção conjunta de protagonismo e cidadania, 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) possa(m) se sentir 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 (usuários(as) e profissionais de saúde).

## 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 dos(as) usuários(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 aids e/ou hepatites. Tem ainda 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 agravos, 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 educativa 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.

A(o) profissional precisa criar, a partir da política nacional de IST/HIV/aids, as adaptações necessárias de acordo com as demandas do(as) usuário/as, suas facilidades e dificuldades de manejo das situações, 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 — 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 3.º:

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 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 permitam uma prática sexual prazerosa e segura mesmo sem autorização expressa de seus responsáveis legais.

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

Outro aspecto imprescindível é o registro e a 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).

## 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. A assistência às pessoas vivendo com HIV tra-

balha aspectos da publicização da intimidade, e da sexualidade. O domínio das informações específicas da área e, principalmente, a compreensão dos comportamentos de risco e de proteção e das situações de vulnerabilidade leva a um redimensionamento na esfera pessoal da(o)/das(os) profissional(is) da área. A escuta atenta e aberta das vivências, sentimentos e sofrimentos psíquicos das pessoas vivendo com HIV leva as(os) profissionais ao questionamento sobre suas próprias escolhas 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 às PVHIV.

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 da(o) supervisora(or), que deve ser aberta(o) e estar atenta(o) para o processo grupal e individual das(os) suas(seus) supervisionandas(os). O ideal é que a(o) 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.

# EIXO 4: ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) EM SERVIÇOS DE IST/HIV/AIDS

Em termos históricos, o Programa Nacional de DST e aids (PNDST/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 às 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.

## Limites e alcance da prática da(o) psicóloga(o) em serviços de saúde na área de IST/HIV/aids

Como vimos ao longo deste documento, 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 (ver Eixo 1). O modelo privatista deu lugar a um modelo de vigilância à saúde. Trata-se da proposta de construção da vigilância à 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. 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 constituem campo de atuação de todos os profissionais 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 acerca 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 intersectorialidade —, 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, como visto no eixo 3. 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 psicossocial (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) 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 setenta e duas horas após o episódio (relação sexual) que eventualmente resultou na exposição ao vírus e os medicamentos devem ser tomados por vinte e oito 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, ou com carga viral detectável, fazendo ou não 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 des-

ses medicamentos, tendo em vista as situações de risco e vulnerabilidade. A participação da(o) profissional de psicologia é importante no desenvolvimento dessas estratégias que integram a prevenção combinada, provendo escuta ativa e qualificada em temas que tocam à vivência da sexualidade. No contexto da PEP e da PrEP, é fundamental entender a relação indetectável igual a intransmissível.

## Indetectável igual a intransmissível (I=I)

Indetectável igual a intransmissível é a mensagem da nova Nota Explicativa do UNAIDS.<sup>22</sup> A declaração de consenso, abordando o risco de transmissão do vírus por PVHIV 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 vinte 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 tem carga viral indetectável, o vírus não é transmitido nas relações sexuais (BRASIL, 2019). 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 PVHIV, cuja carga viral está suprimida ou indetectável,

---

22 Cf.: UNAIDS. Disponível em: <https://unids.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>. Acesso em: 15 out. 2019.

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.

## A atuação da(o) psicóloga(o) em ações preventivas

Até bem pouco tempo, não se falava de prevenção como ação de uma(um) psicóloga(o). Quando se aborda a prevenção nos serviços de IST/HIV/aids, ela é vinculada muitas vezes aos cuidados para evitar a infecção por HIV ou outras 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 específico 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) psicólogas(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.

Aconselhamento pré e pós-teste se refere a um processo de escuta ativa, realizado em grupo ou individualmente, voltado para a troca de informações sobre IST/HIV/aids e suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, permitindo a autoavaliação de vulnerabilidades e a tomada de decisão quanto à testagem sorológica (BRASIL, 2005). Seus objetivos principais são: melhorar o nível de conhecimento sobre HIV/aids e ISTs: formas de transmissão, prevenção, diagnóstico e tratamento; favorecer a avaliação de vulnerabilidades, visando a sua redução; favorecer a adesão à testagem e/ou ao tratamento; permitir a identificação de recursos pessoais e sociais para a adesão à testagem sorológica, às práticas preventivas e/ou ao tratamento.

Nas ações no âmbito do diagnóstico do HIV, além da prática de aconselhamento pré e pós-teste, é facultado à(o) profissional de psicologia a realização do teste rápido junto aos usuários do serviço. Nesse contexto, é decisão da(o) profissional realizar ou não esse procedimento, mas deve estar garantida a capacitação específica para a aprendizagem da execução do teste rápido (CFP, s.d.).<sup>23</sup> A nota técnica do CFP destaca ainda que a participação no aconselhamento pré e pós-testagem é condição essencial para a atuação da(o) psicóloga(o) na realização do teste rápido, salvo condições estritamente emergenciais.

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(Os) 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

---

23 Apesar da ausência de ano na normativa, a publicação é do ano de 2013.

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).

Não obstante a relevância e boa cobertura dos serviços de saúde que garantem o acesso à testagem sorológica para o HIV, como os CTA, ressalta-se que os testes via saliva já estão disponíveis para autoteste. Os resultados do autoteste para o HIV podem ser “reagente” ou “não reagente”. Se o resultado for “reagente”, ou seja, positivo, isso indica que a pessoa pode estar infectada pelo HIV, no entanto esse resultado não é definitivo. Merece destaque que o teste via saliva não permite o diagnóstico, de modo que seu resultado deve ser confirmado com outros testes sorológicos para o HIV, realizados em serviços de saúde, dado por um profissional que emitirá o laudo acerca desse resultado. Caso se confirme a infecção pelo HIV, esse profissional fará o encaminhamento aos serviços de tratamento para que o tratamento seja iniciado (BRASIL, 2018c).

A prevenção secundária tem por objetivo impedir o avanço de uma doença instalada, evitar a morte do indivíduo ou impedir que a doença se torne 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 pessoais (BRASIL, 2012). Na práxis da(do) psicóloga(o) que atua em IST/HIV/aids, já são comuns as pessoas que, mesmo infectadas pelo HIV ou vivendo com aids, recuperam ou não perdem a capacidade de interagir, produzir, amar, ter prazer e ser feliz.

Pessoas infectadas têm podido conviver com sua condição sorológica 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 que são desenvolvidas pela(o)s psicóloga(o)s:

- 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. *[sic]* 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 levar a condição sorológica da PVHIV às características de uma doença 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 e/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, ao lado das opções que se lhe apresentam para que possa participar da condução do seu tratamento e autocuidado.

No trabalho em um serviço de IST/HIV/aids, ao serem focados, por exemplo, o aumento da escolaridade das trabalhadoras do sexo, a sua organização em associações, em projetos de prevenção, nos quais as próprias mulheres 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 executa uma capacitação para professores da rede pública ou quando se realizam cursos de atualização para profissionais de saúde na abordagem à pessoa com HIV/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 e a ações de recuperação da saúde. 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 esteja comprometido com as singularidades, complexidades e necessidades da pessoa, e não somente com a enfermidade (aids, por exemplo) ou evento (transmissão).

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, pelos 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 da saúde ganha dimensão nova, a de educador (BRASIL, 2012).

## Níveis de Atenção

O SUS oferece diretrizes, princípios doutrinários e princípios organizativos que devem ser conhecidos pela(o) 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, 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 elevado 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) psicólogo(a) em um serviço de saúde em IST/HIV/aids.

## 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 um cuidado especial.

Nas unidades da rede básica do SUS há testagem e orientações específicas sobre IST, HIV/aids, sífilis, hepatites virais, dentre outras (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 (BRASIL, 2017):

1. Promoção de adoção de práticas mais seguras, por meio do acesso à informação e aos insumos de prevenção, com base na política de prevenção combinada;
2. Aconselhamento pré e pós-teste individual para testagem rápida ou convencional;

3. Aconselhamento coletivo para testagem sorológica;
4. Estabelecimento de modelos de intervenção, considerando aspectos culturais, sociais e valores relacionados aos segmentos populacionais envolvidos;
5. Priorização de intervenções realizadas por pares, que promovam mudanças de práticas, atitudes, valores e crenças em relação às IST/HIV/aids;
6. 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;
7. Participação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), promovendo a interlocução com outros saberes na construção de medidas preventivas das IST/HIV/aids e do sofrimento psíquico, e na elaboração de propostas de ações promotoras de saúde;
8. Apoio matricial ou matriciamento para a RAS, prioritariamente para a Atenção Básica, a fim de proporcionar a integralidade de cuidados e a construção de uma proposta pedagógico-terapêutica de intervenção, fortalecendo as linhas de cuidado às IST/HIV/aids, e atuando como facilitadores de um processo de educação permanente.

Ao serem traduzidas essas linhas estratégicas em ações junto à população (BRASIL, 2005b), percebe-se que os profissionais de saúde, inclusive as(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.

Ações de redução de danos no contexto do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas se consolidaram no país, a partir de meados dos anos 1980, voltadas para a prevenção da infecção pelo HIV em pessoas que faziam uso de drogas injetáveis. Assim, os chamados programas de redução de danos foram desenvolvidos em diversos municípios brasileiros, com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde. Redução de danos se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo (BRASIL, 2001; NIEL, XAVIER, 2008). Seus pressupostos são: respeito à liberdade de escolha e aos direitos humanos; não exigência de abstinência, pois essa escolha é do usuário(a); pragmatismo e tolerância; ampliação da definição de drogas, abarcando substâncias lícitas e ilícitas. Merece destaque que ações de redução de danos no contexto do uso e abuso de álcool e outras drogas fazem parte do conjunto de estratégias da política de prevenção combinada (BRASIL, 2017).

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;
- 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 mais bem capacitados para identificá-las e analisá-las com mais propriedade, intervindo de forma oportuna e qualificada.

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

As(Os) psicólogas(os) que integram 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 a unidade de saúde, 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 n.º 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 (ESF) na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008).

A Portaria n.º 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.

## Atenção secundária

A atenção secundária, conforme estabelece a Portaria do Ministério da Saúde n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, 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.”

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).

O atual protocolo de tratamento adotado em vários países, denominado *tratamento como prevenção* - TasP (MONTANER, 2013), intitulado *tratamento para todos* na política pública brasileira, que norteia

as ações assistenciais em HIV/aids, preconiza o início do tratamento antirretroviral tão logo o diagnóstico esteja confirmado (BRASIL, 2018d). Assim, o início da TARV ocorre, na quase totalidade dos casos, logo após o diagnóstico, independente dos valores da contagem de linfócitos T CD4<sub>+</sub> 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 PVHIV 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 de trabalho;
- Atendimento a famílias e comunicantes;
- Assistência e/ou acompanhamento psicológico a familiares e/ou pessoas da rede de apoio social;
- Atendimento psicológico com foco em adesão ao tratamento;
- Assistência domiciliar terapêutica
- Resgate terapêutico frente à falência da TARV;
- 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 sete 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 realizada junto a 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.

## 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, buscan-

do 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 à 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.

## Aspectos específicos relevantes para a prática profissional da psicologia

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

### 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 ESF, na saúde do(a) 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. A(O) profissional de psicologia deve estar preparada(o) 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 LGBTIs, que devem ser acolhidos e valorizados, visando atenção resolutiva, com base em suas demandas e anseios.

## 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 so-

cial 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 da(o) profissional de psicologia receber a usuária em tal situação para o acompanhamento necessário.

## Mulheres e HIV/aids

Grande parte das mulheres atingidas pela infecção pelo HIV está em idade reprodutiva. Em função disso, foram desenvolvidas 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 se associou 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 a outras enfermidades. 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 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, e estimulam o sexo protegido (UNAids, 1997).

## Direito à gravidez e à parentalidade

A gravidez de mulheres soropositivas para o HIV reveste-se de dupla criminalização — legal e social. Em geral, a mulher infectada não pode optar pela interrupção da gravidez, se for seu desejo, uma vez que a interrupção é permitida apenas nos casos previstos em lei. Ademais, muitas vezes ela é considerada irresponsável por setores da sociedade por estes desconhecerem que um pré-natal bem conduzido pode prevenir de forma efetiva a transmissão vertical do HIV.

A questão merece um cuidado especial. Cerca de 80 % das mu-

lheres 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 uma das situações mais críticas tem sido a orfandade decorrente da morte da mãe, quando esta não recebe a atenção e os cuidados adequados. Outro fator importante é o valor social da maternidade, que, na cultura, é um 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, 2019).

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 que o serviço diminua o estigma e a discriminação na assistência oferecida.

## 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, sentimento 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 preciso 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 entre 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).

## Adolescentes e aids

Muitas crianças que nasceram infectadas pelo HIV nos anos 1980, 1990 e 2000, por transmissão vertical, chegaram à adolescência e à vida adulta 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 têm poucos espaços coletivos de interlocução para tratar de temáticas como sexualidade, saúde reprodutiva, acesso e permanência na escola, troca de vivências e suas percepções sobre as instituições de apoio social, necessitando que esses espaços sejam ampliados;
- 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 afe-

tivos 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 episódios de 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 propiciar 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 vinte a trinta 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(o) 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, é necessário manter um programa de formação continuada para os jovens protagonistas na 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).

## 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 soropositivas 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 PVHIV, 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 soroposi-

vas 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.

## Trabalhadoras do sexo

Na resposta brasileira à epidemia de HIV/aids, a atenção tem sido dada em especial 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 as trabalhadoras do sexo uma dessas populações.

Trabalhadoras do sexo — mulheres, homens, travestis e pessoas trans — tem prevalência dez vezes maior para o HIV que a população em geral, alcançando prevalências da ordem de 5 % (UNAIDS BRASIL, 2015). Trabalhadoras 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 %) e a oferta na maioria das unidades básicas e/ou em horário não comercial (44,2 %).

Trabalhadoras 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 trabalhadoras 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.

## 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, na maioria das vezes, precisa ser vivido pelo indivíduo, pois tem o objetivo de diminuir o estresse, favorecer a aceitação do diagnóstico e elaborar a perda, bem como 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 PVHIV. 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, sendo importante oferecer atendimento psicológico aos usuários recém diagnosticados visando o enfrentamento adaptativo, garantindo que recebam esse atendimento, se o desejarem. O conceito de luto a partir da construção elaborada em *Sobre a Morte e o Morrer* (KÜBLER-ROSS, 1985) 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 modo fixo e estático, mas se desenvolve de maneira dinâmica.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto procurou levar em conta a prática de psicólogas(os) que atuam no campo de IST/HIV/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: diretrizes gerais para gestão e atuação; dimensão ético-política; Psicologia e o campo de IST e aids e atuação da psicóloga(o) nessa área.

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 as(os) profissionais se mantenham continuamente atualizados nesses vários aspectos que informam e subsidiam a prática psi. Considerando que a prática da(o) psicóloga(o) nos mais diversos espaços que dialogam e/ou desenvolvem ações em IST/HIV/aids, devemos estar atentas(os) às 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 a promoção e 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.

# REFERÊNCIAS 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, pp. 36-43, 2006.

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? **Outra travessia**, Florianópolis, n. 5, pp. 9-16, jan. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576>.

D.O.I.: <https://doi.org/10.5007/%x>. Acesso em: 10 out. 2019.

ANDRADE, J. et al. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Cien. Saúde Colet.** mar. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vulnerabilidade-de-mulheres-que-fazem-sexo-com-mulheres-as-infecoes-sexualmente-transmissiveis/17132?id=17132>. Acesso em: 11 out. 2019.

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, pp. 651-62, jul.-set. 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D., FREITAS, C. M., (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. pp. 117-39.

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

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia**.

**Boletim Epidemiológico: aids** — Vulnerabilidade, CRT DST/aids, ano 15, n. 3, pp. 2-4, dez. 1997.

BARATA, A. et al. Psychopathology and psychosocial adjustment in patients with HIV-associated lipodystrophy. **Braz. J. Infect. Dis.**, n. 17, n. 4, 2013, pp. 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://abiaids.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: Unicamp, 2003. pp. 339-389.

BENEVIDES, Regina. A Psicologia e o Sistema Único de saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, v. 17, n. 2, pp. 21-25, maio-ago. 2005.

BETANCUR, M. N. *et al.* 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, n. 5, pp. 507-514, 2017.

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

BERLINGUER, Giovanni. **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, pp. 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. Dissertação. (Mestrado em...) — Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, pp. 11-16, 2005. Suplemento.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília (DF), 1988b.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília (DF), 1990a.

BRASIL. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília (DF), 1990b.

BRASIL. Lei n.º 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 — SUS n. 01/93. Brasília (DF), 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília (DF), 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção de saúde: um novo paradigma mundial para a saúde**. Brasília (DF), 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST e aids. Política Nacional de DST/ aids: princípios e diretrizes**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de**

**Redução de Danos.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids.

**aids e sustentabilidade:** sobre as ações das organizações da sociedade civil. Brasília, 2001.

BRASIL. Aconselhamento em DST/HIV/aids para a Atenção Básica. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/aids para a atenção básica. Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria n.º 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). Brasília, 2006a.

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

BRASIL. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm). Acesso em: 17 out. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e aids. **Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e aids.** Brasília, 2008b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira.** Brasília, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_conhecimentos\\_atitudes\\_praticas\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf). Acesso em: 09 out. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/aids.** Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2012b.

BRASIL. Recomendações para Atenção Integral a adolescentes e Jovens vivendo com HIV/aids. Brasília, 2013.

BRASIL. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Cinco passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica:** guia para gestores. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

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

files/anexos/. Acesso em: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 e gestores de saúde. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização de CTA no Âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde.** Brasília, 2017b.

BRASIL. 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. **Prevenção Combinada do HIV:** bases conceituais para profissionais, trabalhadores e gestores de saúde. Brasília, 2017c.

BRASIL. 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. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica:** manual para a equipe multiprofissional. Brasília, 2017d.

BRASIL. Resolução n. 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.

BRASIL. 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. Boletim Epidemiológico - HIV aids. De julho de 2017 a junho de 2018. Brasília: 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. **Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças.** Brasília — DF: 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos.** Brasília: 2018c.

BRASIL. 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. **Viva melhor sabendo - guia instrucional.** Brasília, 2019a.

BRASIL. 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. 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, 2019b.

BRASIL. 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. Nota Informativa n.º 5/2019 - DIAHV/SVS/MS. Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos seis meses. Brasília, 2019c.

BRASIL, Marco Antônio; MEJIA-GUEVARA, Julieta. Hepatite C, interferon e depressão: uma revisão. **Jornal Brasileiro**

**de Psiquiatria**, v. 52, n. 2, pp. 117-126, mar.-abr. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília (DF), 2008. Disponível em: . Acesso em: 10 abr. 2019.

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. pp. 197-215

BRENICK, Alaina. Understanding the Influence of Stigma and Medical Mistrust on Engagement in Routine Healthcare Among Black Women Who Have Sex with Women. **LGBT Health**, v. 4, n. 1, pp. 4-10, 2017. 02.

BRONZO C. Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão. In: SPOSATI, A. (Org.). **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. pp. 171-201.

BRONZO, Carla. **A conceituação de vulnerabilidade e riscos sociais na política de Assistência Social e sua relação com a Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2015.

BUSHE, Sierra; ROMERO, Iris L. Lesbian Pregnancy: care and considerations. **Semin. Reprod. Med.** v. 35, n. 5, pp. 420-425, 2017 09.

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

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CAIRO + 10: Diez años In: CONFERENCIA INTERNACIONAL

- SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO. (Venezuela), 2004.
- 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, pp. 219-230, 2000.
- CAMPOS, Regina Helena de Freitas (Org.). **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: 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. pp. 87-122.
- CAVALCANTE, Osmar; MORTARA, Patrícia C. Interdisciplinaridade no trabalho socioeducativo. In: WANDERLEY, Mariangela Belfiore; OLIVEIRA, Isaura Isoldi de MELLO CASTANHO (Orgs.). **O trabalho com famílias**. São Paulo: IEE-PUCSP, 2004. v. 2, pp. 93-98.
- 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**, v. 34, n. 3, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>. DOI: 10.1590/0102-311X00101417htm. Acesso em:
- CARPINELLO, OLIVIA J et al. Utilization of fertility treatment and reproductive choices by lesbian couples. **Fertil Steril**, v. 106, n. 7, pp. 1709-1713, Dec. 2016. CIDADE, Maria Luiza Rovaris. **Nomes (im)próprios: registro civil; norma cisgênera e racionalidades do Sistema Judiciário**. Dissertação. (Mestrado em...). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Relatório**. Cairo, 1994. 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**, pp. 241-282, 2013.

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

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Psicologia e Diversidade Sexual: desafios para uma sociedade de direitos**. Brasília, 2011.

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: Fiocruz, 2000.

COSTA, J. de M. *et al.* Adherence to antiretroviral therapy for HIV/aids in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. **Journal of the International aids Society**, n. 21, 2018. Disponível em: 10.1002/jia2.25066. Acesso em:

COSTA, Maria Jacqueline Santana Melo da, et al. Atenção Secundária à Saúde no Atendimento de DST e HIV/aids: relato de experiência. **SANARE**, Sobral, v. 15 n. 1, pp. 132-138, jan.-jun. 2016.

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

FAGUNDES, 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: (Org.). CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, . 1999, Aguas de Lindóia — SP. **Anais...** pp. 17-20.*

FÁBREGAS, Bruno Cópio *et al.* 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.**, Salvador, v. 17, n. 6, nov.-dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2013.03.008>. Acesso em: 10 out. 2019.

FALZARANO, Mary; PIZZI, Michael. Experiences of lesbian and gay occupational therapists in the healthcare system. **J. Allied Health**, v. 44, n. 2, pp. 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, pp. 483-489, jul.-set. 2008.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque; J. A Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: 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. pp. 55-124.*

GARBIN, C. A. S., GATTO, R. C. J., & GARBIN, A. J. I. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 2, pp. 65-70, 2017. Disponível em: 10.21270/archi.v6i2.1787. Acesso em:

GETRAJDMAN, Chloe; LEE, Joseph A.; COPPERMAN, Alan B. Co-IVF for Same-Sex Female Couples. **Semin. Reprod. Med.** v. 35, n. 5, pp. 415-419. 2017; Disponível em: 10.1055/s-0037-1605380. Acesso em:

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

GONZALEZ REY, F. **Epistemologia cualitativa y subjetividad**. Havana: Pueblo y Educacion, 1997. GONZALEZ REY, F. Advancing on the topics of the social and subjetivity from a cultural-historical approach: moments, paths and contradictions. **Journal of the Theoretical and Philosophical Psychology**, n. 36, pp. 179-89, 2016.

GONZALEZ REY, F.; MITJÁNS MARTINEZ, A. **Subjetividade: teoria, epistemologia e método**. Campinas: Alínea, 2017.

GRANGEIRO, Alexandre *et al.* UNGASS-HIV/aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. **Revista de Saúde Pública**, n. 40 pp. 5-8, 2006. Suplemento.

GRANGEIRO A. *et al.* 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**, 2015. 5: e009021. Disponível em: 10.1136/bmjopen-2015-009021

GREEN, James N. *et al.* Somos – Grupo de Afirmação Homossexual: 24 anos depois. Reflexões sobre os primeiros momentos do movimento homossexual no Brasil (Mesa-

Redonda). **Cadernos AEL**, v. 10, n. 18-19, pp. 47-73, 2003.

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. pp. 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. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 42, 2009.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de Saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, pp. 1017-1025, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400004). Acesso em: 06 abr. 2019.

HULL, M.; Lange, J. & MONTANER, J. S. Treatment as prevention — Where next? **Current HIV/aids Reports**, v 11, n. 4, pp. 496-504, 2014. Disponível em: 10.1007/s11904-014-0237-5. Acesso em:

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.

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, pp. 333-345.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1985.

LACOMBE-DUNCAN, Ashley & LOGIE, Carmen H. Correlates of clinical breast examination among lesbian, gay, bisexual, and queer women. **Can J. Public Health**, v. 107, n. 4-5, pp. e467-e472, 2016 12 27.

LEAL, Noêmia Soares Barbosa & COELHO, Angela Elizabeth Lapa. Representações sociais da aids para estudantes de Psicologia Fractal. **Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, pp. 9-16, jan.-abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/918>. Acesso em:

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**, v. 106, n. 5, pp. 1221-1229, Oct. 2016.

LOPES, Vera; ELIANA, Cleide; ANDRADE, Sueli. Uma atenção especial ao adolescente soropositivo. **Revista Saber Viver**, pp. 6-7, jan. 2004. Edição especial: Adolescência e aids: experiências e reflexões sobre o tema.

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

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

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. **Vivências**, n. 32, 2007. pp. 79-95. Disponível em: [http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32PDF%20para%20INTERNET\\_32CAP%205\\_LEILA%20D%20MACHADO\\_E\\_MARIA%20CRISTINA.pdf](http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32PDF%20para%20INTERNET_32CAP%205_LEILA%20D%20MACHADO_E_MARIA%20CRISTINA.pdf). Acesso em: 06 abr. 2019.

MACHADO, Maria de Fátima A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS — um a revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, pp. 335-342, 2007.

MAGUIRE, Steve; HARDY, Cynthia; LAWRENCE, Thomas

B. Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/aids treatment advocacy in Canada. **Academy of Management Journal**, v. 47, n. 5, pp. 657-679, 2004.

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

MARQUES, E. M. M. **A transformação dos esquemas de motivação, percepção e de ação que compõem o *habitus* de jovens em risco de desinserção social**. Tese. (Doutorado em...) Faculdade de Letras, Universidade do Porto, 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 DTS/aids e a formação em psicologia: determinações e contradições para o trabalho do psicólogo**. USP, São Paulo, 2012 (Doutorado em...).

MARTINS, T. A. *et al.* Incentivos e barreiras ao teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo no Ceará. **Revista de Saúde Pública**, 21 jun. 2018.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, pp. 1411-1416, 2004.

MATTOS, A. & CIDADE, M. L. Para pensar a cisheteronormatividade na Psicologia. **Periódicus**, Salvador, v. 1, n. 5, maio-out. 2016, pp. 132-153. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus>. Acesso em:

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. pp. 60-75.

MIOTO R. C. T.; & DAL PRÁ KR. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: \_\_\_\_\_; CAMPOS, M. S., CARLOTO, C.M., (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015. pp. 147-78.

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

MOIRA, A. *et al.* **Vidas Trans**. Bauru: Astral Cultural, 2017.

MONTANER, J. S. G. Treatment as prevention: toward an aids-free generation. **Topics in Antiviral Medicine**, v. 21, n. 3, pp. 110-114, 2013.

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

NEMES, Maria Inês Batistella *et al.* Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, pp. 207-212, 2009 .

NEVES, Antônio Cruz; DICKENS, Christopher; XAVIER, Miguel. Comorbidade entre hepatite C e depressão: aspectos epidemiológicos e etiopatogênicos. **Acta Med. Port.**, v.1 n. 19, pp. 21-28, 2006.

NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: PROAD/UNIFESP; 2008.

NOGUEIRA, G. S. & SEIDL, E. M. F. Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas vivendo com HIV/aids. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, pp. 595-608, 2016.

NUNES NMSG. Inserção produtiva e assistência social: caminhos para a inclusão? Dissertação. (Mestrado em...). Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Pontifícia

- Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- NUNES, Everaldo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, pp. 5-21, 1994.
- P JÚNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface**, Botucatu, v. 18, pp. 895-908, 2014. Suplemento 1. Disponível em: . Acesso em: 10 abr. 2019.
- PAIVA, Vera. A cena sexual: *scripts* femininos e masculinos, sujeito sexual. In: \_\_\_\_\_. **Fazendo arte com camisinha**. São Paulo: Summus, 2000. pp. 211-252.
- PAIVA, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/aids e o processo de emancipação psicossocial. **Interface- Comunic., Saúde, Educação**, v. 6, nº11, pp. 25-38, ago. 2002.
- PAIVA, B. A.; CARRARO D.; ROCHA M. F. Cartografia teórico-metodológica no estudo da proteção socioassistencial básica do SUAS. In: PAIVA, B. A. (Org.). **Sistema Único de Assistência Social em perspectiva: direitos, política pública e superexploração**. São Paulo: Veras; 2014. pp. 27-74.
- PARKES, Colin Murray. **Luto estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.
- PAUGAM, Serge. Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales. **International Journal on Collective Identity Research**, n. 2, sept., 2012.
- PENNA, Lucia Helena Garcia *et al.* Sexualidade das adolescentes em situação de acolhimento: contexto de vulnerabilidade para DST. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul.-ago., v. 23, n. 4, pp. 507-12, 2015.
- POCAHY, Fernando (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://unaids.org.br>. Acesso em: 10 out. 2019.

QUINET, Antônio; JORGE, Marco Antônio Coutinho (Orgs.). **As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização**. São Paulo: Segmento Farma, 2013.

RAXACH, Juan Carlos et al. **Prevenção positiva: estado da arte**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Interdisciplinar de aids (ABIA), 2009.

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

RUBIN, G. Pensando o Sexo: notas para uma teoria radical das políticas da sexualidade. In: **Social Perspectives in Lesbian and Gay Studies**. Tradução: Felipe Bruno Martins Fernandes. Abingdon: Routledge, 1998. pp. 100-134.

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)**, v. 22, pp. 244-251, 2009.

SANTOS, M. **O Espaço Cidadão**. 7. ed. São Paulo: EdUSP, 2007 p. 82.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**. São

Paulo: EdUSP, 2008, pp. 313-327.

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

SÃO PAULO (estado). **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.

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

SCOTT, J. W. Performace a gender and politics of history. **Cadernos Pagu**, v. 3, n.13. 1994.

SEIDL, E. M. F. Atuação da psicologia em HIV/aids: reflexões e experiências a partir de um projeto de extensão universitária. In: L., A. M. de A. Vaz Polejack; GOMES, P. M. G. & WICHROWSKI, V. C. (Eds.) **Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios** Porto Alegre: Rede Unida, 2015. pp. 100-120.

SEIDL, E. M. F. *et al.* Crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, pp. 279-288, 2005.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEN, Amartya. **Social exclusion: concept, application, and scrutiny.** Manila: Asian Development Bank, 2000.

SILVA, Cristiano Domingues da; MAGALHÃES JÚNIOR Carlos Alberto de Oliveira; INADA Jaqueline Feltrin . Psicologia Social, Representações Sociais e aids. **Revista Ensino Educação e Ciências Humanas**, Londrina, v. 18, n. 4, pp. 458-463, 2017

SIMÕES, Julio; FACCHINI, Regina. **Na trilha do**

**arco-íris:** do movimento homossexual ao LGBT.  
São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

SIMÕES, Júlio. Uma visão da trajetória do movimento LGBT no Brasil. *In:* Políticas de enfrentamento ao heterossexismo: corpo e prazer. *In:* POCAHY, Fernando (Org.). Porto Alegre: NUANCES, 2010, pp. 15-35.

SOUZA, Maria Laurinda Ribeiro de. O hospital: um espaço terapêutico? **Percursos**, n. 9, p. 2, 1992.

SPINK, Mary Jane Paris. **Psicologia em Diálogo com O Sus**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 47.

SPINK, Peter. Políticas públicas e Psicologia: potencialidades e desafio dessa relação. *In:* SEMINÁRIO NACIONAL DE PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., **Anais...** Maceió: CFP/ULAPSI, 2007. pp. 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. 95 p.

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**, v. 9, n. 2, p. 460, 2001.

STUMPF, Bárbara P.; ROCHA, Fábio L.; CARNEIRO, Anna Bárbara F. Infecções virais e depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 2, pp. 132-141, 2006.

SUZUKI, M. Y.; ALMEIDA, E. V. & SILVA, T. B. L. Possibilidades de intervenções gerontológicas no processo de perdas e luto em indivíduos idosos. *In:* SANTOS, F. S. **Tratado brasileiro sobre perdas e luto**. São Paulo: Atheneu, 2014. pp. 469-478.

TAKEMOTO, Maira Libertad Soligo *et al.* Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, mar. 25, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00118118>. Acesso em: 11 out. 2019.

TAKASHIMA, Geny. M. Karazawa. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis — uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, Sílvia Manoug (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília: DF: UNICEF, 2000. pp.77-92.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 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. pp. 43-68.

TEODORESCU, Lindinalva Laurindo; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da aids no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. TURCI, Maria Aparecida (Org.). **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; HMP Comunicação, 2008.

UNAids. Report on the global HIV/aids epidemic. Dec., 1997. In: BRASIL. Joint United Nations Programme on HIV/aids. Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA. Sessão extraordinária da Assembleia Geral sobre o VIH/SIDA. (Portugal), jun. 2001.

UNAids. Community Innovation — Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response. In: \_\_\_\_\_. Joint United Nations Programme on HIV/aids (UNAids) and The ATHENA Network. 2011.

UNAids. Reference. Switzerland, 2018.

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: 10 out. 2019.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 2. ed. Brasília, DF: UNFPA, 2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, pp. 67-83, 2004.

VÖROS, F. Raw Fantasies. An interpretative sociology of what bareback porn does and means to french gay male audiences. In: BORBA, R. *et al.* (orgs.) **Queering paradigms**, 2014. v. 4, pp. 321-43. Disponível em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01484153/document> . Acesso em: 10 out. 2019.

WALLACK, Lawrence *et al.* **Media advocacy and public health: power for prevention**. London: Sage, 1993.

WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**, v. 9, n. 2, pp. 460-482, 2001.

ZAMBENEDETTI, Gustavo de; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Descentralização da atenção em HIV-aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 26, pp. 785-806, 2016.

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, Revista Psicologia**, v. 25, n. 1, pp. 41-58, jan.-abr., 2013.

ZUGE, S. *et al.* Fatores associados à adesão ao

tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 4, pp. 577-589, 2017.

# CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

2007 — Referências Técnicas para Atuação do(a) Psicólogo(a) no CRAS.

2010 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no Âmbito das Medidas Socioeducativas em Unidades de Internação.

2011 — Como os Psicólogos e as Psicólogas podem Contribuir para Avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) — Informações para Gestoras e Gestores.

2012 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) em Programas de Medidas Socioeducativas em meio aberto.

2012 — Referências Técnicas para Atuação das Psicólogas (os) no Sistema Prisional.

2013 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) nos Centros de Referências Especializado de Assistências Social — CREAS.

2013 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial.

2013 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) em Programas de Atenção a Mulheres em Situação de Violência.

2013 — Como a Psicologia pode contribuir para o Avanço do SUS: orientações para gestores.

2017 — Relações Raciais — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os).

2018 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos em Políticas Públicas de Mobilidade Humana e Trânsito.

2019 — Referências Técnicas para Atuação das(os) Psicólogas(os) em questões relativas à terra (Edição Revisada).



2019 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Educação Básica (Edição Revisada).

2019 — Saúde do Trabalhador no Âmbito da Saúde Pública: Referências para Atuação do(a) Psicólogo(a) (Edição Revisada).

2019 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas (Edição Revisada).

2019 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de esporte.

2019 — Referências Técnicas para Atuação da(o) psicóloga(o) em Varas de Família (Edição Revisada).

2019 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Serviços Hospitalares do SUS.

2019 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde.

2020 — Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.

2020 — Referência Técnica para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas de Segurança Pública.

2020 — Referência Técnica para Atuação de Psicólogas(os) nos Programas de IST/HIV/aids (Edição Revisada).

ISBN 978-65-5854-027-4



Conheça as publicações  
do CREPOP



Conselho  
Federal de  
Psicologia

Conselhos  
Regionais de  
Psicologia



CREPOP  
Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas