REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA A PRÁTICA DO(A) PSICÓLOGO(A) NOS PROGRAMAS DE DST E AIDS

Brasília, dezembro de 2008

Conselho Federal de Psicologia
Fone: (61) 2109-0100
Fax: (61) 2109-0150
SRTVN 702 – Ed. Brasília Rádio Center – sala 4024-A
CEP: 70.719-900 – Brasília – DF
Home page: www.pol.org.br

Conselho Federal de Psicologia XIV Plenário

Diretoria do CFP
Humberto Cota Verona
Presidente

Ana Maria Pereira Lopes
Vice-Presidente

Clara Goldman Ribemboim
Secretária

André Isnard Leonardi
Tesoureiro

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

Psicólogos convidados
Aluízio Lopes de Brito
Roseli Goffman

Conselheiros 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

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 C. Castellucio
Natasha R. R. Fonseca
Assessoria de projetos

Comissão de elaboração do documento

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

Arte da Capa: Adpeople

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)
Referências técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de DST e aids
Conselho Federal de Psicologia (CFP).
– Brasília, CFP, 2008.
94p.
ISBN: 978-85-89208-07-9

Documento disponível em: http:// crepop.pol.org.br

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento por todos os meios, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial

SUMÁRIO

Apresentação 09
Nota Introdutória 10
INTRODUÇÃO 13
EIXO 1 - DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO ATENDIMENTO A PESSOAS COM DST, HIV E AIDS 15
1.1 Políticas públicas no cenário da aids 16
1.2. Psicologia e a epidemia da aids 19
1.2.1. Saberes polissêmicos 20
1.2.2. Direitos humanos 20
1.2.3. Discriminação social 22
1.2.4. Ética e as práticas cotidianas 24
EIXO 2 – A PSICOLOGIA E O CAMPO DE DST/AIDS 29
2.1. Considerações sobre a subjetividade: implicações para a prática profissional no campo da saúde 30
2.2. O desafio da formação para o trabalho com HIV e aids: o desenvolvimento de postura crítica 36
2.2.1. Capacitação teórico-prática 37
2.2.2. Acompanhamento programático 39
2.2.3. Acompanhamento das duplas: autoconhecimento e suporte pessoal 40
EIXO 3 - ATUAÇÃO DO(A) PSICÓLOGO(A) EM PROGRAMAS DE DST/AIDS 41
3.1. Limites e alcance da prática do(a) psicólogo(a) em Programas de DST e Aids 42
3.2 Níveis de assistência 47
3.2.1 Atenção básica ou primária 48

3.2.2. Atenção secundária 51
3.2.3. Atenção terciária 53
3.3 Vulnerabilidades 54
3.3.1 Direitos sexuais e reprodutivos 55
3.3.2. Violência sexual e disfunções sexuais 56
3.3.3. Mulheres e aids 56
3.3.4. Direito à gravidez 58
3.3.5. Adolescentes e aids 59
EIXO 4: GESTÃO DO TRABALHO NOS PROGRAMAS DE DST/AIDS 63
4.1. Os princípios do SUS na perspectiva dos serviços e ações voltados para as DST/aids 64
4.1.1. A descentralização dos serviços 64
4.1.2. O princípio da integralidade 66
4.1.3. O controle social 67
4.2 Sobre o desenvolvimento institucional e a gestão dos programas 69
4.3 Lições aprendidas: a gestão do trabalho na perspectiva de psicólogos(as) que atuam em programas de DST e Aids 70
4.3.1. Ampliação das ações 71
4.3.2. Gestão 73
4.4. Sobre a incorporação dos princípios do SUS na prática cotidiana: integralidade, trabalho em equipe e incentivo à participação da comunidade 75
4.4.1. Integralidade 75
4.4.2. O trabalho em equipe multiprofissional 76
4.4.3 Controle social e participação 77
4.5. Problemas e desafios 78
CONSIDERAÇÕES FINAIS 79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 81
PROCESSO DE CONSULTA PÚBLICA 89

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia tem a satisfação de apresentar à categoria, e à sociedade em geral, mais um documento de referências técnicas para atuação do psicólogo em políticas públicas, produzido por meio do CREPOP, o documento Referências para a atuação do(a) psicólogo(a) em serviços de DST/AIDS.

A publicação deste documento, que aborda um campo de problemática importante para nossa sociedade, marca a contínua busca de consolidação com mais um passo para a recente aproximação da Psicologia com o campo das políticas públicas, numa perspectiva de garantia dos direitos humanos e de fortalecimento da cidadania por meio do controle social e de um Estado responsável, do qual participam os vários segmentos da sociedade organizada, como os profissionais da Psicologia.

Em conjunto com os dispositivos institucionais que os Conselhos de Psicologia vêm desenvolvendo e aprimorando ao longo desses anos, este documento reflete o fortalecimento do diálogo que os Conselhos vêm construindo com a categoria, no sentido de legitimar-se como instância reguladora do exercício profissional por meios cada vez mais democráticos, pautados por uma política de reconhecimento mútuo entre os profissionais e pela construção coletiva de uma plataforma profissional que seja também ética e política. Além disso, esses documentos de referência resultam em um recurso concreto para a negociação com o gestor público, no sentido de apresentar uma Psicologia que, por seu histórico de mobilização social e por sua capacidade auto-organizativa, está qualificada para o exercício de um cuidado com o mundo, no sentido político e relacional que Hannah Arendt deu a essa expressão.

Redigido por competentes colaboradores, em diálogo com informações fornecidas pela categoria em pesquisa recente e submetida à avaliação dessa mesma categoria em processo de consulta pública: eis, aqui o documento de referências para atuação no campo das DST/AIDS. É oferecido pelo Sistema Conselhos à sociedade brasileira não para ser seguido como uma norma rígida, mas para ser tomado como uma referência sólida e cuidadosa a fim de fortalecer as discussões e as experiências práticas da Psicologia brasileira no âmbito dessa temática tão cara e delicada.

HUMBERTO COTA VERONA
Presidente

NOTA INTRODUTÓRIA DO CREPOP/CFP

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – o CREPOP – torna-se cada vez mais conhecido como uma resposta séria e cuidadosa dos gestores do Sistema Conselhos de Psicologia aos anseios profissionais da categoria, anseios de reconhecimento pelo trabalho e de formulação de diretrizes comuns diante das inúmeras possibilidades de contribuição prática que a categoria vem oferecendo ao Estado e à população no campo das políticas públicas. Esse anseio vem encontrando resposta nos resultados concretos que, paulatinamente, o CREPOP apresenta à comunidade.

Este, que é o terceiro documento de referência técnica a ser publicado pelo CREPOP, está voltado para a atuação em serviços do Programa de DST/AIDS, cujas ações têm início na segunda metade da década de 1980. Articula-se aqui mais uma vez o produto de uma metodologia nova e complexa para referenciação técnica com a experiência de contribuições da Psicologia ao campo da saúde.

Por um lado, mais uma vez, a produção de referências se volta para o âmbito das políticas públicas de saúde, a exemplo do documento de referências para atuação na Saúde do Trabalhador (CFP/2008); por outro lado, isso é feito com uma variação metodológica que, neste documento, inclui dados de uma pesquisa realizada com profissionais da área.

Tem-se aqui o primeiro de uma série de documentos que estão sendo elaborados com essa metodologia, que tem início com a formação de uma comissão de conceituados especialistas, reunidos a convite do CFP, municiados com os resultados de uma pesquisa realizada nacionalmente – por meio de questionário on line e reuniões presenciais conduzidas por técnicos do CREPOP nas unidades locais dos CRPs. Como os outros documentos lançados anteriormente, a versão preliminar foi disponibilizada para avaliação da categoria por meio de uma consulta pública. As contribuições dessa consulta são apresentadas à comissão, que pode incorporá-las ao texto.

Assim, para elaboração deste documento, a comissão de especialistas convidados pôde contar com subsídios oferecidos por psicólogos que trabalham há muito tempo com esse tema em vários Municípios do Brasil. O resultado é a produção

de um documento de referência respaldado, desde o início, pela experiência de quem está na ponta do atendimento e em outras instâncias do serviço, o que aumenta a efetividade e a atualidade dos conteúdos apresentados.

Nunca é demais reafirmar que a finalidade do documento de referência é, principalmente, dar bases para a discussão da categoria, garantindo princípios éticos e políticos norteadores, sem estabelecer definições rígidas para o trabalho dos psicólogos nesse campo, mas possibilitando a elaboração de parâmetros compartilhados e legitimados pela participação crítica e reflexiva.

ANA MARIA PEREIRA LOPES
& MARIA DA GRAÇA M. GONÇALVES
Conselheiras responsáveis pelo CREPOP

INTRODUÇÃO

Este texto busca trazer subsídios para a prática do profissional da Psicologia que atua em serviços que atendem pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA). O trabalho parte de uma proposta do CFP de trabalhar em consonância com políticas públicas e, em conseqüência, com os conceitos e princípios historicamente construídos a partir do diálogo entre a sociedade civil organizada e os gestores.

Tem como conceitos centrais os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) definidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, incorporados na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90): universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização e participação da comunidade na gestão do SUS. Possui como premissa o reconhecimento do protagonismo brasileiro, que inclui tanto o Programa Nacional de DST e Aids como os movimentos sociais, principalmente de pessoas vivendo com HIV e aids, na construção da resposta brasileira à epidemia da aids. Nessa linha, compreende-se as PVHA como sujeitos de direitos.

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

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

condições potenciais de vulnerabilização existentes em determinados contextos e realidades sociais e individuais, de cada pessoa e dos grupos.

Este texto conta ainda com os ecos da pesquisa CREPOP/CEAPG[1], que buscou conhecer as práticas dos(as) psicólogos(as) no campo das DST/HIV/aids, a qual norteia alguns pontos de discussão e da qual foram destacados exemplos apresentados ao longo dos quatro eixos que estruturam as discussões realizadas: dimensão ético-política do atendimento a pessoas com DST, HIV e aids, a Psicologia e o campo de DST/aids, atuação do(a) psicólogo(a) em DST/aids e gestão do trabalho nos Programas de DST e Aids.

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

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

[1] A pesquisa que subsidia este documento foi realizada pelo CREPOP/CFP em parceria com o CEAPG/FGV-SP, sendo que o primeiro ficou responsável pela análise dos dados quantitativos e o segundo, dos dados qualitativos do estudo.

EIXO 1
DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO ATENDIMENTO A PESSOAS COM DST, HIV E AIDS

EIXO 1 - DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO ATENDIMENTO A PESSOAS COM DST, HIV E AIDS

Explicitar a dimensão ético-política que orienta o trabalho do(a) psicólogo/a, no campo das políticas públicas relativas às DST/aids implica refletir sobre o compromisso social subjacente às práticas profissionais e estabelecer parâmetros que devem ser buscados nas ações desenvolvidas nesse campo. Desse modo, nesse eixo, destacamos alguns aspectos para nortear nossa discussão e reflexão, tais como políticas acerca da epidemia da aids no Brasil e no mundo, o trabalho do psicólogo na interface com as políticas públicas, direitos humanos, ética e discriminação social.

1.1 Políticas públicas no cenário da aids

Políticas públicas são aqui entendidas como ações do governo, definidas, de preferência, com ampla participação, voltadas para atender as necessidades da população (TEIXEIRA, 1997; SPINK, 2007). A sociedade civil tem papel fundamental no encaminhamento das demandas de resolução dos problemas sociais e na influência da criação de determinadas políticas. É na articulação entre governo e sociedade civil que se dá a criação de políticas públicas, envolvendo, portanto, atores e etapas distintas: a) a quem ela se destina e deve beneficiar; b) quem elabora a política; c) o executor das diretrizes de determinadas políticas, que transforma a teoria em prática. (CAPELLA, 2007). De tal modo, as questões e problemas que se tornam agenda dependem principalmente da política dos diferentes governos e de quem efetua a ação, seja o gestor ou o profissional que atende diretamente quem precisa da ação, e esses desempenham importante papel no cenário das políticas públicas sobre determinada problemática.

Dessa forma, este texto iniciar-se-á pela contextualização histórica da epidemia da aids e do sistema de saúde brasileiro para em seguida pontuar os dilemas éticos que atravessam esse campo e as estratégias políticas que têm permitido uma ampliação das ações do(a) psicólogo(a) para uma transformação dos modos de lidar com a aids na sociedade contemporânea.

No Brasil, a epidemia da aids se insere no contexto histórico-social de uma pandemia que atinge milhões de pessoas no mundo. A atenção às populações

atingidas, considerada sob a perspectiva da Declaração dos Direitos Humanos (1948), é obrigação dos governos e um direito de cada cidadão. Assim, desde o início, têm sido elaboradas políticas públicas que definem princípios e orientam ações governamentais na tentativa de lidar com os diferentes aspectos da pandemia.

A aids surgiu no início da década de 1980, momento em que o País passava por diversas transformações político-sociais que influenciaram as decisões e os direcionamentos das ações políticas no campo da saúde e, mais especificamente, da aids. Podem ser apontados como marcos históricos: a reforma sanitária, a Conferência Nacional de Saúde, a criação do SUS e todas as conquistas do movimento de saúde na elaboração da Constituição Federal Brasileira de forma a garantir que o direito dos cidadãos brasileiros à saúde fosse assegurado, como citado no Art. 196:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988a).

Na sua criação, em 1985[2], antes mesmo da promulgação da Constituição, o Programa Nacional de DST e Aids (PNDST/Aids) já demonstrava avanços no sentido de garantir os direitos dos cidadãos. A Política Nacional proposta fundamentou suas ações em algumas diretrizes e princípios básicos relacionados aos direitos humanos (Declaração dos Direitos Humanos, 1948) que foram incorporados na Constituição Federal para a garantia da saúde como um direito fundamental. Fica, assim, evidente a articulação das políticas específicas do campo da aids com as diretrizes das demais políticas de saúde, ou seja, o governo assume a responsabilidade pela saúde das populações, saúde entendida como direito de cidadania e de justiça social. (VENTURA, 2005; COHN, 2006).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990), é firmado o compromisso de cumprir os objetivos de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços com base nos princípios de universalidade, descentralização, integralidade, eqüidade e do

[2] Segundo Teixeira, (1997, p. 55), o Ministério da Saúde, "através da Portaria nº 236 (2.5.85), cria o Programa Nacional de AIDS e estabelece as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no País."

controle social com a participação da comunidade (Lei nº 8.142/1990). Diante desse contexto, o PNDST/Aids tem como desafio a implementação dos princípios do SUS em todas as suas ações. Como assinalado por Bravo et al. (2006, p.9), "Os princípios do SUS, de acesso gratuito e universal e da integralidade da atenção, são os esteios da política adotada para a AIDS. É com essa concepção que as ações de combate à AIDS foram estruturadas".

A fim de construir respostas políticas à epidemia do HIV/aids, a Política Nacional do programa brasileiro[3] compreende três eixos principais, e espera-se que funcionem de forma integrada e com base nos princípios do SUS. Todos os eixos explicitam um referencial teórico e ético que dialoga com conceitos tais como: promoção à saúde e prevenção, direitos humanos, controle social e vulnerabilidade. (BRASIL, 1999a):

1 - *Promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV e Aids e prevenção da transmissão das DST, do HIV/Aids e do uso indevido de drogas*. "Esse componente articula suas diretrizes, estratégias e ações tendo em vista a redução da incidência da infecção pelo HIV/Aids e por outras DST." (BRASIL, 1999a, p.13).

2 - *Diagnóstico e assistência*. Visa a garantir o acesso a procedimentos de diagnóstico e tratamento à população em geral e a pessoas vivendo com DST/HIV/aids. Relativo a esse componente, cabe lembrar a Lei Federal n° 9.313, de 13/11/1996, que "dispõe sobre a obrigatoriedade do acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais pelo sistema público de saúde", que contribui significativamente para maior sobrevida e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (BRASIL, 1999a, p.46).

3 - *Desenvolvimento institucional e gestão do programa*. Esse terceiro componente tem relação, principalmente, com o princípio de descentralização do SUS no que se refere aos vários aspectos de gestão do programa nacional, da execução de políticas e do seguimento de diretrizes pelos programas estaduais e municipais.

[3] A Política Nacional de DST e Aids se encontra disponível no site oficial do Programa Nacional, em documentos e publicações: <http:www.aids.gov.br>.

1.2. Psicologia e a epidemia da aids

Desde o início, as políticas públicas no campo da aids incluíram a atuação de psicólogos(as) dentro das equipes multidisciplinares. No contexto de implementação do SUS, a inserção do(a) psicólogo(a) para atuação na saúde se deu pela via da integralidade, com o princípio da atenção integral à saúde (MAZZA; IPIRANGA, 2003; SPINK; MATTA, 2007). A inserção desses profissionais no campo da aids tem ocorrido em três dimensões diferentes: a atuação na formulação das políticas e programas, a execução das ações programáticas previstas e a avaliação e o acompanhamento das ações.

As ações da Psicologia e dos(as) psicólogos(as) estão direcionadas às pessoas com necessidades psicossociais específicas que vivem em sociedades com políticas de governo diversas, de tal maneira que, para o melhor desenvolvimento do seu trabalho, o(a) psicólogo(a) precisa conhecer e construir referenciais ético-políticos que dêem conta da complexidade do campo em que atua. Conforme salientam as autoras,

> A compreensão do "espaço" político no qual a Psicologia está inserida, o SUS, envolve a própria compreensão que o psicólogo tem sobre o sistema (o "espaço") e sua atuação na saúde [...] necessitando que ele procure uma compreensão mais contextualizada com o campo no qual ele está inserido, acrescentando conhecimentos relativos ao "espaço" no qual estabelece relações, incluindo o político. (MAZZA; IPIRANGA, 2003, p. 106).

A formulação das políticas e programas tem sido realizada a partir do diálogo entre técnicos, setores da sociedade civil, gestores e o movimento social de saúde do qual participaram, e ainda participam, muitos psicólogos/as. Nesse contexto, fica claro que os(as) psicólogos(as) têm um importante papel na elaboração, execução e avaliação das ações oriundas das diretrizes dos programas dos governos federal, estadual e municipal voltadas para a saúde das populações.

As ações desenvolvidas devem estar pautadas não somente nos aspectos técnicos e científicos da profissão mas também em princípios ético-políticos que visem a garantir a atenção à saúde de todos, principalmente em relação às populações mais vulneráveis; o diálogo com outras disciplinas/saberes, a defesa

dos direitos humanos, a luta contra todo e qualquer tipo de discriminação social e o respeito aos princípios éticos na relação profissional-usuário de saúde são igualmente fundamentais. Apresenta-se, a seguir, uma breve discussão dessas noções.

1.2.1. Saberes polissêmicos

Estabelecer interfaces da Psicologia com as políticas públicas e com o campo da aids implica conhecer as políticas e buscar interlocutores dentro da equipe multidisciplinar para planejar e executar ações que visem à atenção integral à saúde. Tal ação demanda uma busca de recursos para além do campo específico da Psicologia e uma articulação que envolva outros profissionais de saúde que atuam no campo. Com esse propósito, é imprescindível o diálogo entre os diferentes saberes disciplinares e com as diretrizes das políticas públicas. Como assinala Benevides (2005, p.23), "é no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível".

O diálogo interdisciplinar possibilita obter informações que sirvam de instrumentos no desenvolvimento do trabalho acerca das políticas de saúde nos diferentes âmbitos de governo, como estas estão inter-relacionadas, como contribuem e mesmo definem o planejamento de ações no cotidiano de trabalho. Essas informações podem ser encontradas junto ao serviço em que se trabalha, à secretaria de saúde local, a organizações não-governamentais e/ou aos Programas de DST e Aids (nacional, estadual e municipal), sejam essas em relação a políticas de prevenção, de tratamento, de redução de danos, de reprodução assistida, de direitos humanos, de assessorias jurídicas ou outras.

1.2.2. Direitos humanos

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) traz princípios que devem nortear o trabalho do(a) psicólogo/a, como se encontra citado no art. 1º do Código de Ética profissional:

"O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos". (CONSELHO

FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p.7).

A Declaração Universal e outros vários acordos internacionais – convenções e pactos dos quais o Brasil é signatário – são fundamentais para a definição de políticas públicas voltadas para a promoção, garantia e defesa dos direitos humanos, dentre as quais se destacam: a *Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial* (1965), o *Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (1966), o *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* (1966), a *Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher* (1979) e a *Convenção sobre os Direitos das Crianças* (1989). Outro marco importante na defesa dos direitos humanos no Brasil é o Programa Nacional de Direitos Humanos do Governo Federal – Ministério da Justiça – PNDH, Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996.

No caso da aids, além dos acordos mencionados, a Declaração de Compromisso sobre o HIV/Aids, de 2001 (UNAIDS, 2001)[4], é referência para as ações de políticas públicas. A Declaração resultou da reunião de representantes de vários países em torno da discussão do problema da aids no mundo e da definição de objetivos e de diretrizes comuns para combatê-la. "Ela visa ao melhor gerenciamento das ações e recursos destinados ao seu controle e para o exercício do controle social sobre as políticas públicas de HIV/Aids." (GRANGEIRO et al., 2006, p. 5).

Com a Declaração da UNGASS, foram estabelecidas metas acerca de temas principais, divididos em 11 capítulos: 1) liderança; 2) prevenção; 3) cuidados, apoio e tratamento; 4) o HIV/aids e os direitos humanos; 5) a redução da vulnerabilidade; 6) as crianças órfãs e as que ficam vulneráveis por causa do HIV/aids; 7) atenuação do impacto social e econômico; 8) investigação e desenvolvimento; 9) o HIV em regiões afetadas por conflitos e catástrofes naturais, 10) recursos; 11) atividades em seguimento. Os temas contemplados nos capítulos podem contribuir também para o planejamento de ações locais, considerando-se o contexto de cada região, as populações mais vulneráveis e os recursos existentes.

Em vários dos capítulos da UNGASS, é abordada a importância de as pessoas terem acesso a cuidados psicossociais de qualidade sempre que necessitarem, sendo colocados como desafio e estratégia a ampliação desse tipo de atenção,

[4] Este documento pode ser acessado no site oficial do Programa Nacional de DST e Aids: <http://www.aids.gov.br >.

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, os(as) psicólogos(as) que atuam junto a essa população têm papel importante na identificação de vulnerabilidades, 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 do(a) psicólogo(a) em todas as ações desenvolvidas. Ações informativas e reflexivas, dirigidas a pessoas vivendo com DST/HIV/aids, a seus familiares e parceiros/as, bem como à equipe multiprofissional e à comunidade, podem ser realizadas também através de encaminhamento para outros profissionais da equipe e ainda para assessorias jurídicas e/ou comissões específicas que atuem na defesa dos direitos humanos. A violação dos direitos aumenta a vulnerabilidade e a dificuldade de acesso aos cuidados de prevenção e de tratamento. Assim, são necessárias ações contínuas para a promoção e a garantia da aplicação dos direitos humanos.

1.2.3. Discriminação social

A epidemia da aids, desde o seu início, colocou no cenário público a discussão acerca da sexualidade e da vida privada das pessoas, e muitos estigmas e preconceitos foram criados e outros reforçados. Atualmente, muitas pessoas ainda são discriminadas em função do diagnóstico de HIV/aids ou mesmo por suspeita de ter HIV positivo, conforme explicitado no seguinte exemplo:

> A minha sugestão é que se aborde o paciente no corredor do ambulatório, enquanto ele espera pelo atendimento médico, isso faz com que ele se sinta acolhido e aceito, entretanto, é preciso que se faça isso com muita discrição, pois o paciente de HIV tem uma grande resistência e um medo enorme que se descubram que ele é um portador do vírus, porque ainda hoje se encontra tanto preconceito, e este existe de verdade, e, de acordo com

> minha experiência ali, por quase 5 anos, pude testemunhar que esse medo não é uma fantasia deles, mas uma dura realidade. Precisamos, a qualquer custo, preservar a identidade de todos os nossos pacientes, especialmente a dos portadores do vírus do HIV. (D21) [5].

As discriminações ocorrem nas interações sociais e violam os direitos humanos das PVHA, muitas vezes com graves conseqüências para a vida amorosa, social, familiar, profissional e mesmo no cuidado à própria saúde. O direito a não ser discriminado tem como base o princípio de igualdade, e quem é discriminado pode recorrer a uma assessoria jurídica, gratuitamente, para orientação e encaminhamento judicial. (FAGUNDES JÚNIOR, 2002; NASCIMENTO, 2007). 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 os(as) psicólogos(as) 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 já estão presentes no cotidiano de trabalho de psicólogos(as) que atuam nesse campo, como indica a pesquisa CREPOP/CEAPG. Os(as) participantes se referiram, por exemplo, à realização de grupo de mulheres com foco nos "direitos humanos e reprodutivos", "grupos de promoção de DH" e ações relacionadas ao controle social. O trabalho em rede, buscando garantir o acesso a serviços e os direitos também foi apontado, como indica o seguinte exemplo: "Discuto as dificuldades com a equipe com a qual trabalho e faço os encaminhamentos/reuniões com os setores com os quais a demanda me leva a trabalhar - Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Saúde, direitos humanos, etc". (B190).

A pesquisa também indica, porém, que, no cotidiano do trabalho, há muitos desafios a serem enfrentados, e que é preciso buscar mecanismos que possam auxiliar os profissionais desse campo a superarem essas dificuldades, como

[5] Na análise dos dados qualitativos da pesquisa, realizada pelo CEAPG/FGV, foram destacadas respostas dos participantes, e estas se encontram identificadas por letra e número, conforme apresentado no Relatório elaborado para subsidiar este texto.

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).

1.2.4. Ética e as práticas cotidianas

A atuação dos profissionais de Psicologia nesse campo tem sido, desde o início, permeada por questões éticas suscitadas pela prática junto à população atendida e aos profissionais com quem trabalham. De tal modo, as especificidades da população atendida e dos diversos aspectos que envolvem a prevenção e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e, mais especificamente, do HIV/aids, têm suscitado a construção de ações dos profissionais da saúde e também da área da educação, que muitas vezes extrapolam os subsídios teóricos e técnicos das formações de graduação. Conforme apontaram os pesquisadores,

> No que se refere aos aspectos éticos na prática profissional, mais relacionados a uma postura ética frente à PVHA, aos usuários dos serviços, à equipe multiprofissional e, principalmente, quando suscitam a construção de uma ética pautada no diálogo com os atores envolvidos nas situações específicas, a/o psicóloga/o encontra mais um desafio, sendo provocado a (co)produzir respostas a partir das suas experiências. (SPINK et al., 2007, p. 81).

A esse respeito, os relatórios das pesquisas (CFP/CREPOP, 2007; SPINK, P. et al., 2007) indicam que há muitas indagações, conflitos e desafios vividos no cotidiano profissional dos(as) psicólogos/as. Dentre outros aspectos, estes se referem ao sigilo sobre a identidade da pessoa com HIV/aids, à orientação sexual da pessoa atendida, à forma de infecção, aos aspectos/informações do acompanhamento psicológico, ao trabalho em equipe multiprofissional e à solicitação e entrega de resultados de exames.

É responsabilidade ética do(a) psicólogo(a) e dos demais profissionais de saúde respeitar o direito da PVHA de ter acesso a informações sobre sua saúde, no que se refere, por exemplo, a opções de tratamento com os anti-retrovirais e demais medicações, a síndrome metabólica/síndrome lipodistrófica do HIV e a reprodução assistida. Dar acesso a informações é criar possibilidades para

o exercício de cidadania, e, dessa forma, considerar quem vive com HIV um sujeito de direitos e estimular a autonomia e a participação ativa no cuidado de si mesmo e, em conseqüência, nas decisões a serem tomadas durante o seu acompanhamento. Isso inclui redução de danos e aspectos relacionados à "prevenção posithiva" [6], como co-responsabilidade da PVHA, na sua própria prevenção e na de seu parceiro/a, de possíveis infecções pelo HIV, hepatite e DST.

A relação entre ética e direitos de cidadania na prática cotidiana possibilita a criação de políticas de prevenção e assistência mais próximas à realidade social e, assim, das necessidades de cuidado da população. (VENTURA, 1999). Fundamentada nos direitos humanos, no direito à privacidade, no Brasil e em vários países do mundo, existem legislações sobre os aspectos ético-legais acerca das informações a que uma pessoa tem direito sobre sua doença e tratamento.

Muitas legislações versam também a respeito da comunicação e do sigilo do diagnóstico por profissionais, por pessoas da sociedade civil em geral e mesmo pelas pessoas do convívio familiar e social da pessoa vivendo com HIV/aids. O sigilo profissional tem como principal objetivo a proteção do usuário dos serviços dos profissionais. Conforme o Código de Ética dos Psicólogos (art. 9º), "É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidenciabilidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações a que tenha acesso no exercício profissional." (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p.120). No caso da pessoa com HIV, com suspeita de ter HIV, de familiares e de parceiros, o sigilo diz respeito a aspectos de sua intimidade que precisam ser preservados. (FAGUNDES JÚNIOR, 2002). Estes podem se dar, por exemplo, em torno da necessidade de manter em segredo que fez um exame anti-HIV, que tem HIV, que tem outra DST e/ou sobre a orientação sexual, daí a importância da concepção de uma ética dialógica que leve em conta os vários aspectos e contextos das pessoas envolvidas tanto na assistência e prevenção como em pesquisa. (GUARESCHI, 2000; SPINK, 2000). Deve haver um exercício ético que inclua a pessoa no processo de reflexão e decisão, pois quem vai de fato indicar qual ou quais informações deseja manter em sigilo, ou tornar públicas, se terá ou não filhos, para quem contar ou não que tem HIV/aids ou outro aspecto envolvido no cuidado da PVHA é a pessoa atendida, e, portanto, ela deve ser

[6] A esse respeito, ver *Prevenção Posithiva*, em <http://www.aids.gov.br/documentosepublicacoes>.

consultada sobre isso. Obviamente, a qualidade do vínculo estabelecido entre a pessoa atendida e o profissional que a atende é fundamental para o melhor encaminhamento possível frente à complexidade do campo específico.

As referências ou referenciais éticos para a condução do exercício profissional são pautados nos Códigos de Ética de cada Conselho profissional, nas diretrizes específicas do campo de atuação bem como nas respostas construídas em contextos específicos pelos(as) psicólogos(as) 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, o(a) psicólogo(a) pode, em determinado momento, perguntar-se se possui os recursos teóricos e técnicos para atender determinada demanda que lhe é dirigida, se o encaminhamento cabe a outro profissional da área ou da equipe multiprofissional qualificado teórica e tecnicamente para o desenvolvimento de uma ação, ou ainda, se a intervenção precisa ser conjunta.

Como relataram os(as) psicólogos/as, no cotidiano do trabalho em equipe, são muitos os desafios enfrentados para que sejam construídas linguagem e postura ética compartilhada pelos diversos profissionais envolvidos no atendimento ao usuário dos serviços. Portanto, sua construção é parte do processo de discussão das situações vividas no campo, que inclui dificuldades e desafios que podem estar relacionadas a diferentes fatores, dentre os quais os sentimentos presentes na prática cotidiana e valores culturais e morais que precisam ser identificados para que o trabalho seja desenvolvido de forma a atender adequadamente às necessidades da população assistida.

Segundo a pesquisa realizada pelo CREPOP/CEAPG, o cotidiano dos(as) psicólogos(as) desse campo é marcado pela atuação em equipes multiprofissionais, e existem ações interdisciplinares com contínuo diálogo com outros saberes, demandadas pela necessidade de dar conta da complexidade da epidemia da aids.

A maioria dos participantes da pesquisa disse conhecer as políticas públicas voltadas para tratamento, prevenção, direitos humanos e pesquisa, ou seja,

as diretrizes do PNDST/Aids direcionadas para essas áreas. É na execução das políticas e das diretrizes que se concentra a maior parte dos(as) psicólogos(as) que trabalha nesse campo, com um número significativo de psicólogos(as) exercendo cargos de coordenação e de gestão, elaborando e implantando programas no campo da aids. Além disso, a pesquisa indica que há psicólogos(as) envolvidos(as) também na avaliação dos programas e das políticas, já que muitos realizam o trabalho em organizações da sociedade civil e estão ativamente envolvidos no controle social.

Por fim, cabe ressaltar que a definição e a execução das ações oriundas de determinadas políticas é responsabilidade do governo e da sociedade civil. Como assinalado por Souza (2007, p.70), as "políticas públicas, depois de desenhadas e formuladas, se desdobram em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação e grupos de pesquisa. Quando postas em ação, ficam submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação."

A epidemia da aids conta com a resposta social, com a participação política dos movimentos sociais, das organizações não-governamentais (ONGs) que exercem o controle social e buscam garantir ações integradas entre governo e sociedade civil. Vale salientar, entretanto, que a execução das políticas depende do compromisso ético-político com os grupos populacionais e com as unidades afetadas pela epidemia da aids.

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

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

Para se analisar as relações da Psicologia com o campo de DST/aids, é necessário ter como um dos parâmetros o fato de que o Programa Nacional de DST e Aids se insere nos princípios do SUS de integralidade, igualdade, regionalização e eqüidade, como discutiremos neste eixo.

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

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

As práticas profissionais explicitam a(s) concepção(ões) de saúde assumida(s) pelos profissionais que compõem as equipes. Uma possibilidade é ter como pressuposto que a dialética saúde-doença integra as dimensões da biologia, da ecologia, da sociologia, da economia, da cultura, da subjetividade de cada ser humano e dos valores e significações que são atribuídos à vida expressas na subjetividade social. Essa concepção permite romper uma visão ideológica de saúde e doença, onde elas aparecem como responsabilidade única e exclusiva do indivíduo (vale lembrar que a concepção que se sobressai no campo das DST/aids é a biomédica, segundo a pesquisa desenvolvida a respeito das práticas profissionais dos psicólogos em políticas públicas pelo CFP (2007, p. 5), e as questões sociais, culturais e históricas ficam reduzidas às 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).

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

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

Promover saúde e cidadania é um processo que capacita a população a ter controle e a desenvolver sua própria qualidade de vida, portanto, está diretamente relacionada com a construção da subjetividade individual e social expressas no desenvolvimento da consciência individual e do grupo. Nesse sentido, envolve o trabalho com toda a população, e não só com a população em situação de vulnerabilidade aumentada. (AYRES, 1997; BRASIL, 1999a, 2000a).[7] A implementação de ações de promoção da saúde demanda capacitar a população a assumir controle e responsabilidade por meio de ações espontâneas e planejadas, o que requer que a informação esteja disponível a todos. A informação é o primeiro passo para se assumir controle e responsabilidade sobre as ações de cidadania, que deverá ser seguida de reflexão e da organização individual e dos diferentes grupos que compõem o território para as ações se efetivarem. É a possibilidade de exercer controle social sobre as políticas públicas e sociais, que dependem de vontade política, portanto, de participação pública e concreta de todos os atores envolvidos. (FRANCO; MERTHY, 1999; IYDA, 1992; BERLINGUER, 1993).

O trabalho do(a) profissional de Psicologia deve promover a capacidade de intervenção transformadora pessoal e coletiva dos homens e das mulheres sobre o mundo cotidiano. Deverá permitir, nas situações em que ocorre

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

uma fragilização da pessoa, o rompimento desse processo, a apropriação e a produção de novos sentidos pessoais e a sua inserção num processo coletivo de engajamento na luta por melhores condições de vida e, em conseqüência, de saúde. A intervenção psicológica não pode deixar de considerar a historicidade dos processos envolvidos, portanto, vincula o(a) homem/mulher à sociedade e ao contexto sociohistórico em que está inserido/a, considera que tudo pode ser diferente e que o desenvolvimento humano é um processo dialético e histórico que se expressa no protagonismo de cada um(a).

Quem promove saúde? Em princípio, todas as pessoas, pois todas têm o direito inalienável à saúde, no entanto, como foi apontado anteriormente, ele não é dado, mas conquistado. Assim, a saúde de cada pessoa e da comunidade é um produto elaborado pela própria pessoa e pela comunidade ou grupo, e expressa os diversos momentos que estão embutidos nesse processo de conquista individual e coletiva. (SAN MARTIN, 1986; BERLINGUER, 1988, 1996; NUNES, 1994; CAMPOS, 1996; BRAVO, 2002).

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

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

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

A epidemiologia fornece ao(à) psicólogo(a) e aos profissionais de saúde em geral parâmetros para a interpretação de dados e para a divulgação, promoção e prevenção de saúde. Ela dará parâmetros para uma análise de totalidade das propostas de atuação e de enfrentamento das prioridades em saúde, ou seja, permite 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 HIV e aids deve contemplar uma análise crítica do desenvolvimento da epidemia no Brasil e no mundo, e dos programas nacionais, estaduais e municipais de enfrentamento, de controle e de assistência desenvolvidos ao longo dos últimos 20 anos. Por exemplo, como destacado na pesquisa CREPOP/CEAPG (CFP, 2007, p. 7- 8),

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

O(a) psicólogo(a) no hospital levou à criação da área de Psicologia hospitalar (SOUZA, 1992), que envolve atuações tanto em enfermarias como em ambulatórios. A função do(a) psicólogo(a) 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 e a promoção de saúde. O trabalho nesses locais exige uma compreensão do modo de viver a saúde e a doença que as limitações e armadilhas institucionais nem sempre permitem apreender.

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

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

A prática clínica associa-se a intervenções psicossociais e organizacionais que, dada a novidade da área e o próprio processo de construção de uma prática profissional, exigem uma atitude de pesquisador/a. Faz-se necessário integrar assistência e pesquisa na prática profissional do psicólogo, principalmente na área de HIV e aids, quando as dificuldades de adesão ao tratamento levam muito(a)s soropositivos a internações hospitalares sistemáticas.

A atenção primária requer um engajamento diferente do(a) psicólogo(a), que é formado para lidar com "distúrbios psicológicos ou transtornos mentais" com uma clientela diferente do(a)s usuário(a)s das unidades básicas de saúde e dos serviços de atendimento especializado. A atenção primária que envolve a promoção e a prevenção de saúde exige a incorporação dos conceitos de protagonismo e direitos humanos. A prática profissional do(a) psicólogo(a) 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. Além disso, torna-se necessário trabalhar com o conceito de vulnerabilidade (AYRES, 1997), que aborda os estudos epidemiológicos e as políticas de saúde como produções sociohistóricas, 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).

Na tarefa de construir uma Psicologia alinhada à saúde coletiva, com a qual os(as) psicólogos(as) se defrontam, alguns desafios exigem a criação de novas práticas, que considerem:

- como a articulação entre corpo e subjetividade se expressa nas doenças;
- 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;
- o(a)s usuário(a)s como parceiro(a)s em um processo de construção da realidade e das subjetividades;
- a instituição de saúde como uma instituição social que responde a demandas e interesses de grupos da sociedade. (CORREIA, 2000; BRASIL, 2000b; BRAVO, 2002).

Na intervenção psicológica, procuram-se construir técnicas terapêuticas e formas de trabalho que permitam ao sujeito:

1. refletir sobre o que se está trabalhando como foco da intervenção (trabalho, sexualidade, relações afetivas...), o que ele já construiu até esse momento da vida;
2. introduzir novas informações que possam contribuir para reestruturar o que

estava configurado, transformando o seu jeito de estar e intervir no mundo cotidiano e ampliando suas possibilidades de inserção e protagonismo.

3. Ações no mundo e sentidos psicológicos devem estar dialeticamente relacionadas para cada um de nós, gerando sentimentos de satisfação e movimentos pessoais. Por exemplo,

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

O grande desafio do trabalho psicológico junto às pessoas vivendo com HIV e aids é desenvolver práticas que, ao mesmo tempo, possibilitem ao(as) usuário(as) receber *feedback* sobre o seu percurso institucional, de forma que se apropriem de seu processo e insiram o tratamento no seu cotidiano, promovendo mudanças de atitudes e comportamento nos três níveis de *scripts* sexuais: cultural, interpessoal e intrapsíquico. (PAIVA, 2000). No cenário cultural, onde o sujeito desenvolve os papéis sociais, no cenário interpessoal, onde se estabelecem as relações através de padrões estruturados em interações cotidianas, e no cenário intrapsíquico, através de reflexões pessoais que farão eco na psicodinâmica do sujeito, promovendo transformações.[8]

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

Procuramos, no desenvolver de nossa prática, estar à disposição de uma população sem voz, e também de profissionais em formação (graduados

[8] Para outros exemplos de práticas, consultar Brasil (1999b).

> 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 (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 do(a) psicólogo(a), objetivando uma postura crítica, deve abarcar pelo menos três focos:

- Capacitação teórico-prática (informações - de saúde geral e específicos da área de DST/HIV/Aids e hepatites - e coordenação de grupo aberto);
- Acompanhamento programático;
- Acompanhamento da(a)s profissionais na prática cotidiana, que envolve suporte pessoal e auto conhecimento (cuidar do cuidador).

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

2.2.1. Capacitação teórico-prática

Esse foco é a base para formar e reciclar o(a)s profissionais e equipes de saúde, e pode ser desenvolvido por gestores e implantadores 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, tem-se trabalhado:

- *informações sobre saúde em geral* - Sistema Único de Saúde, promoção, prevenção e assistência em saúde pública e coletiva, cuidados básicos de saúde;
- *informações específicas da área* de DST, HIV e aids - programas nacional, estadual e municipal da área, formas de infecção e prevenção de DST, infecção pelo HIV, 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: alimentação, atividade física, lazer, sono...), adesão ao tratamento (medicação e seus efeitos colaterais, organização diária para cuidar-se, relação médico x usuário, direitos sociais da pessoa vivendo com HIV/aids);
- *informações específicas relacionando DST, HIV, aids e saúde mental:* relacionamentos afetivos e sociais (questões das relações de gênero, construção de intimidade entre casais, orientação sexual, relações familiares e preconceitos), aspectos neuropsiquiátricos (fadiga crônica, ansiedade, depressão, baixa auto-estima, dificuldade de compreensão). Os infectados pelo vírus HIV apresentam alterações psíquicas que ocorrem com muito mais freqüência que na população geral: mania – 10 vezes mais freqüente que na população geral (8%); depressão grave – 2,5 vezes mais freqüente que na população geral (40%). (STUMPF; ROCHA; CARNEIRO, 2006; NEVES; DICKENS; XAVIER, 2006; BRASIL; MEJIA-GUEVARA, 2003). É importante que o(a) s profissionais sejam habilitado(a)s a fazer diagnósticos diferenciais entre dificuldades psíquicas decorrentes e ou associadas à infecção pelo HIV e as decorrentes do processo particular de estar no mundo da(s) pessoas vivendo com HIV e aids.

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

É necessário fornecer subsídios teóricos para trabalhar com diferentes modalidades de prática profissional em instituições de saúde (vide eixo 3, adiante), além de dar oportunidade para que o(as) profissionais façam experiências de atuação, com algumas sessões de observação do ritmo do equipamento de saúde

onde se atua(rá) para se familiarizarem com a situação e, finalmente, iniciarem suas atividades de assistência.

Para o bom desenvolvimento das mesmas, é necessário que o(a) profissional seja um(a) facilitador(a) do processo de protagonismo das pessoas vivendo com HIV e aids. Isso exige uma atitude de compreensão e de acolhimento (suspensão de julgamentos de qualquer natureza a respeito do que é trazido, principalmente valorações de cunho moral), de disponibilidade e calor afetivo (sobretudo um convite à parceria), de percepção de que há na relação do(a) profissional com o(a)s usuário(a)s uma diferença a ser considerada: a de que (ele(a)s não são iguais, seja pela sua formação, pela forma de inserção no equipamento de saúde, seja pela finalidade de sua presença). Ele(a) deve estabelecer uma relação dialógica, favorecendo a troca e a construção conjunta de protagonismo e cidadania e promovendo saúde e qualidade de vida. Esse tipo de posicionamento é particularmente importante na área de HIV e aids, pois está se falando da sexualidade e da intimidade, que necessariamente remetem às normas, valores e prescrições sociais.

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

2.2.2. Acompanhamento programático

O segundo foco na formação é o acompanhamento programático, que consiste na implementação e na avaliação/monitoramento das ações de assistência em HIV e aids. Há algumas particularidades, como, por exemplo, a infecção que leva o(a) usuário/aos equipamentos de saúde ainda é bastante estigmatizada, e essas particularidades se expressam pelo silêncio do(as) usuário/as, pela dificuldade de se engajar numa conversa ou numa reflexão sobre todo o processo que envolve a adesão ao tratamento das pessoas vivendo com HIV e aids.

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

O(a) profissional precisa *criar* a partir do PNDST/Aids as adaptações necessárias de acordo com as demandas do(as) usuário/as, suas facilidades e dificuldades de manejo das situações e de acordo com os protocolos de assistência da instituição.

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

2.2.3. Acompanhamento das duplas: autoconhecimento e suporte pessoal

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

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

EIXO 3 - ATUAÇÃO DO(A) PSICÓLOGO(A) EM PROGRAMAS DE DST/AIDS

EIXO 3 - ATUAÇÃO DO(A) PSICÓLOGO(A) EM PROGRAMAS DE DST/AIDS

O Programa Nacional de DST e Aids é anterior ao Sistema Único de Saúde, que é de 1990. A execução do PNDST/Aids foi vitoriosa em muitos aspectos, inclusive no de incluir a dimensão subjetiva entre as preocupações no atendimento ao portador ou ao doente de aids. Muitos dos profissionais que hoje trabalham nos serviços de DST/aids no Brasil não vinculam sua prática aos princípios e diretrizes do SUS.

Alguns depoimentos de colegas que participaram da pesquisa ilustram essa questão: "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 tentativa de sistematização da prática do profissional de Psicologia no âmbito das DST/aids, contextualizando-a nos princípios do SUS.

3.1. Limites e alcance da prática do(a) psicólogo(a) em Programas de DST e Aids

Inicialmente, é preciso contextualizar a prática profissional do(a) psicólogo(a) que atua em DST/Aids quanto à lógica do Sistema Único de Saúde, à concepção de saúde, às noções de campo e núcleo de atuação e ao conceito de vulnerabilidade.

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

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

A incorporação de todas as dimensões que afetam a saúde precisa se dar em qualquer prática possível aos 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 o(a) psicólogo(a) questionar a pertinência de ele dirigir uma ação educativa, uma vez "que não se formou para isso". As ações que são comuns à equipe se inserem no paradigma da prevenção e da promoção da saúde, e estas constituem campo de atuação de todos os indivíduos envolvidos com as questões da saúde.

O núcleo, entendido como os conhecimentos que demarcam a identidade de uma área de saber e de uma prática profissional (CAMPOS, 2000), é muitas vezes confundido com a responsabilidade inerente à profissão escolhida. Comumente, o(a) psicólogo(a) reconhece como seu núcleo de atuação a psicoterapia, a avaliação psicológica e os grupos terapêuticos. Muitas vezes, esse tipo de leitura do alcance de sua atuação o faz ter dificuldades em encontrar seu papel quando lhe é requisitado planejar um treinamento ou dirigir uma ação extramuros, ou seja, 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 ajuda em outros setores, a que se dá nome de intersetorialidade, ao reconhecimento dos limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas, à busca por outros conhecimentos em diferentes setores e ao compromisso ético profundo.

Outro conceito que deve nortear a ação do(a) psicólogo(a) é o de vulnerabilidade ao vírus do HIV ou a qualquer DST, não só pela vulnerabilidade social que desfavorece em maior ou menor grau o indivíduo em análise mas também pela vulnerabilidade a transtornos emocionais ou desordens emocionais. A presença do HIV é um preditor para essa vulnerabilidade. A forma como o sujeito reage

a essa condição de portador determina maior ou menor vulnerabilidade a instabilidades emocionais, e a forma de reação não é apenas individual, é também coletiva – tanto social, como institucional. Um serviço que não oferece suporte emocional aos portadores de HIV pode estar corroborando para o aumento da vulnerabilidade emocional dos/das usuários(as) ali cadastrados.

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 prevenção, promoção 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 psicossexual. (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 prevenção da doença ou, para além dela, como uma promoção da saúde. (TEIXEIRA, 2001). Após considerar os diversos fatores, deve favorecer a possibilidade de o indivíduo fazer escolhas. A promoção de saúde vai possibilitar a atuação do indivíduo ou grupo no sentido da melhoria de sua qualidade de vida, minimizando os fatores de risco e potencializando os fatores de proteção.

Até bem pouco tempo, não se falava de prevenção como ação de um(a) psicólogo/a. Quando se fala de prevenção nos serviços de DST/aids, ela é vinculada sempre aos cuidados para evitar a infecção por HIV ou das DSTs. A prevenção às DST/aids tornou-se uma orientação tão presente nos discursos, textos e congressos da área que pouco se discute acerca do papel dos(das) psicólogos(as) na prevenção de saúde emocional ou mental. Uma intervenção junto a um grupo de cuidadores (pessoa da família ou círculo social do usuário 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.

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 DST/aids, as intervenções que podem ser entendidas como prevenção

primária e que devem ser desenvolvidas também pelos(pelas) psicólogos(as) são:

Ações na comunidade – palestras, oficinas, treinamentos;

Aconselhamento pré e pós-teste;

Aconselhamento coletivo.

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

A *prevenção secundária*[9] 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 ela ter sido fatal por muito tempo, trabalhou-se justamente para transformá-la em crônica. Na práxis do(da) psicólogo(a) que atua em DST/aids, já são comuns os(as) pessoas que, mesmo portando HIV ou vivendo com aids, recuperam ou não perdem a capacidade de interagir, produzir, amar, ter prazer, ser feliz. Novos infectados têm podido conviver com sua condição de soropositividade sem que isso interfira nos seus projetos e estilos de vida: mulheres têm feito planos reprodutivos, crianças têm-se tornado adolescentes, e adolescentes têm iniciado sua vida sexual. Entretanto, muitos deles sentiram a necessidade, em algum momento, de serem ouvidos por um profissional que os ajudasse a alcançar o objetivo desejado.

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

- Escuta psicológica;
- Aconselhamento individual e monitoramento da condição subjetiva.

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

[9] Está em debate a alteração da nomeação "prevenção secundária" para "prevenção positiva".

A *prevenção terciária* busca, com recursos da reabilitação, evitar ou reduzir a invalidez total, ou parcial, após a doença ter sido curada com seqüelas ou ter sido cronificada – caso da aids. Intervenções típicas da prevenção terciária poderiam ser:

- Intervenções na comunidade para enfrentamento do preconceito e discriminação;
- Reabilitação psicossocial com reinserção no mercado ou na comunidade;
- Atendimento a família e comunicantes;
- Construção de rede de apoio social.

Outras ações podem se encaixar nesse nível de prevenção, ou seja, todas as que visam a evitar a fragilização emocional do sujeito 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). A promoção busca, permanentemente, possibilidades para que o usuário ganhe autonomia e co-responsabilidade com o seu cuidado, reconheça e valorize o saber adquirido em experiências pessoais e de vida e se esclareça sobre o processo de sua saúde e doença e as opções que se lhe apresentam para que possa participar da condução do tratamento.

No trabalho de um Centro de Referência em DST/Aids, ao serem focados, por exemplo, o aumento da escolaridade das profissionais do sexo, a sua organização em associações, em projetos de prevenção, nos quais as próprias profissionais são protagonistas da ação, ou mesmo em encontros para conhecimento da rede de proteção social existente na cidade, está aí promovida a saúde dessa coletividade. Está sendo promovida também a saúde quando se monta uma capacitação para professores da rede pública ou quando se promovem cursos de atualização para profissionais de saúde na abordagem ao portador de HIV ou aids. Todas essas ações de promoção de saúde estão vinculadas à prevenção, modificando-se a ênfase: da doença para a pessoa.

Na outra ponta, completando o tripé com a prevenção e a promoção, tem-se a assistência. A assistência inclui o acompanhamento terapêutico e a reabilitação. No acompanhamento terapêutico, o(a) psicólogo(a) teria a seu dispor todo o arsenal técnico e teórico típico da intervenção clínica, desde que ele esteja comprometido com as singularidades, complexidades e necessidades de saúde da pessoa, e não somente com a enfermidade (aids, por exemplo) ou evento (transmissão). A assistência psicológica é núcleo do/da psicólogo/a.

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

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

3.2 Níveis de assistência

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

A atenção básica é a porta de entrada no SUS, é a principal provedora dos cuidados da atenção aos cidadãos adscritos a cada equipe, e mantém as características de sua organização – alta cobertura, profissionais generalistas, presença de agentes comunitários de saúde (ACS) – e é responsável pela resolução de 80% dos problemas de saúde da comunidade.

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

Os centros de referência em DST/Aids são classificados como atenção especializada de média complexidade, mas envolvem atividades de atenção básica, tanto na educação para a 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 pelo(a) psicólogo(a) num Centro de Referência em DST/Aids.

3.2.1 Atenção básica ou primária

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

Além das Unidades de Saúde da Família, há os Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA), que são Unidades da Rede Básica do SUS que dispõem de testagem e de orientações aos indivíduos sobre DST, HIV e aids. Essas unidades visam aos seguintes objetivos: i) estimular a adoção de práticas sexuais seguras para evitar as infecções; ii) incentivar as pessoas infectadas pelo HIV a procurar os serviços de assistência especializada (SAE) com o devido acompanhamento.

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

1. Promoção de adoção de práticas mais seguras, por meio do acesso à informação e dos insumos de prevenção;

2. Estabelecimento de modelos de intervenção, considerando aspectos culturais, sociais e valores relacionados aos segmentos populacionais envolvidos;
3. Priorização de intervenções realizadas por pares, que promovam mudanças de práticas, atitudes, valores e crenças em relação às DST/aids;
4. Fortalecimento das redes sociais/populares, com a implementação de alternativas para o enfrentamento do problema.

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

- Mapeamento de grupos mais vulneráveis;
- Disponibilização de informações qualificadas em DST/HIV/aids;
- Inserção da estratégia de redução de danos;
- Estabelecimento de critérios de referência e contra-ferência aos atendimentos psicológicos.

Na atenção básica, vê-se a necessidade de o profissional de Psicologia contribuir para a capacitação e o treinamento das equipes básicas de saúde, inclusive dos agentes comunitários de saúde, garantindo à população a qualidade das seguintes ações:

- Acolhimento;
- Ações de educação em saúde para as DST/aids em sala de espera;
- Aconselhamento;
- Comunicação dos parceiros sexuais;
- Formas de utilização dos insumos de prevenção.

As ações descritas não são privativas de qualquer profissional; elas são entendidas como campo de ação interdisciplinar e multidisciplinar, 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 dos(as) psicólogos(as), são melhor treinados para olhá-la com mais propriedade.

O aconselhamento, por exemplo, é uma técnica de abordagem centrada na pessoa, que surgiu na Psicologia, mas que foi incorporada por outros profissionais de saúde. É uma abordagem baseada na escuta ativa, na troca, e que visa, dentro do contexto do serviço de DST/Aids, a orientar os indivíduos sobre DST, HIV e aids em relação aos seguintes aspectos: i) avaliação de seus próprios riscos; ii) dificuldades enfrentadas; iii) adoção de medidas preventivas. Difere, portanto, do processo psicoterápico em profundidade e objetivos.

Os(as) psicólogos(as) que compõem o Serviço de Referência em DST/Aids devem, ainda, estar atentos para a construção da rede de acolhimento e acompanhamento dentro do 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 portadora do HIV. A unidade de saúde, em parceria com o Centro de Referência, pode propor um seminário voltado para todas as escolas e creches de sua área de abrangência, em que a questão dos direitos do portador e os cuidados relativos a ele estejam incluídos na programação. Essa seria uma atividade de promoção de saúde.

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n° 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 de saúde da família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008).

A Portaria n° 154 recomenda que pelo menos um dos componentes do NASF seja profissional de saúde mental. Esse profissional, que, na maioria dos NASFs, será um(a) psicólogo/a, deve ser um interlocutor importante para que os(as) psicólogos(as) que estejam nos serviços de DST/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 DST e aumentar a efetividade das ações por meio do desenvolvimento e da incorporação de tecnologias sociais estratégicas.

3.2.2. Atenção secundária

A atenção secundária compreende um "conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam a atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique sua oferta em todos os Municípios do País." (PORTARIA n° 95/GM, de 26/01/01).

Em função da hierarquização dos serviços preconizada pelo SUS, os atendimentos especializados em DST/aids estão presentes apenas 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 Individual, 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. No contexto do serviço de DST/Aids, uma atenção maior será destinada à adesão ao tratamento.

A adesão é extremamente complexa no campo do HIV/aids pelo fato de ser necessário o uso de preservativo em todas as relações sexuais, o vínculo com o sérvio ser contínuo e por toda a vida e pelo fato de essa terapia medicamentosa ser sempre combinada, provocar efeitos colaterais importantes com certa freqüência, além de provocar questões ligadas a estigma e preconceito. A introdução dos antiretrovirais marca, em muitos casos, a instalação da doença, ou seja, a mudança da condição de portador do HIV para doente de aids. Além disso, tendo em vista a eficácia da terapia e a natureza crônica da infecção pelo HIV/aids, qualquer interrupção do tratamento pode ter conseqüências adversas, como a emergência de cepas resistentes ao HIV, que leva a falhas no tratamento.

No caso do(a) psicólogo/a, as principais intervenções na atenção secundária são:

- Grupos operativos;
- Escuta psicológica;
- Aconselhamento e monitoramento da condição emocional;
- Acompanhamento terapêutico;
- Acompanhamento psicoterápico individual ou grupal;
- Reabilitação psicossocial com inserção no mercado;
- Atendimento a famílias e comunicantes;
- Avaliação psicodiagnóstica;
- Assistência e acompanhamento psicológico a familiares;
- Assistência domiciliar terapêutica;
- Resgate terapêutico;
- 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 Individual (PTI);
- Assistência em cuidados paliativos.

As quatro 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 freqüente nos serviços de DST/Aids. Trata-se de uma manobra clínica utilizada em pessoas vivendo com HIV/aids com múltiplas falhas terapêuticas e/ou evidências de resistência a múltiplas drogas. 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 a que 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 carga total, aos anti-retrovirais.

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 multissetorial, sinérgica e de unicidade – um conjunto de várias

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

3.2.3. Atenção terciária

Define-se a atenção terciária como um conjunto de serviços que exige ambiente de internação com tecnologia avançada e pessoal especializado. A assistência psicológica envolve o acompanhamento em unidades de terapia intensiva e 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 aids, a atuação do(a) psicólogo(a) não difere da assistência oferecida aos demias internados na unidade de cuidados intensivos ou pronto atendimento. Entretanto, quando o(a) psicólogo(a) do serviço ao qual o(a) usuário(a) está sendo acompanhado se dispõe a assisti-lo na UTI, com certeza a natureza do vínculo pré-existente determina maior qualidade da relação.

As principais atribuições do/da psicólogo(a) intensivista 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 para que participem do processo de cuidados junto à equipe;
- Coordenar grupos com os familiares;
- Acompanhar as informações médicas/equipes, buscando facilitar o processo de comunicação/compreensão desde a rotina de admissão até o encaminhamento para atendimento em enfermaria ou domiciliar, pós-UTI ou OS;

- Atuar junto à equipe no sentido de promover discussões, reflexões e ações sobre o cuidado/humanização;
- Aplicar questionários periódicos visando a avaliar os cuidados/humanização da assistência;
- Viabilizar campo para estágio, contribuindo com a formação de novos profissionais;
- Desenvolver estudos e pesquisas partindo da avaliação de protocolos assistenciais.

O acompanhamento psicológico se faz altamente necessário nesse momento em que o limite entre a vida e a morte se torna muito 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, conseqüência da dificuldade em seguir o esquema terapêutico e o uso de preservativo, o que, por sua vez, pode evidenciar uma falha na equipe por dificuldade de construir o protagonismo; pode também estar associada a ideações suicidas, quadros de depressão, ação do vírus ou efeitos colaterais dos anti-retrovirais.

Independentemente de qual tenha sido o fator desencadeante da falha terapêutica, 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 do(a) psicólogo/a. Esse profissional deve estar bem informado de todo o processo, assim como das decisões terapêuticas a serem tomadas frente ao caso. Deve-se, necessariamente, considerar a rotina diária, hábitos de vida, perfil biopsicossocial, fornecer orientações específicas, identificar os limites individuais, os enfrentamentos sociais, as barreiras para adesão e os vínculos estabelecidos.

3.3 Vulnerabilidades

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

3.3.1 Direitos sexuais e reprodutivos

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

> Ela vai além, defendendo um conjunto de direitos individuais e sociais que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana. (...) Tem como ponto de partida uma perspectiva de igualdade e eqüidade 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 Programa de Saúde da Família, na saúde do adolescente e no Programa de DST e Aids.

Como a transmissão mais comum do HIV é por via sexual, a incorporação dessa temática nos serviços é obrigatória, e, com ela, a possibilidade de detecção de disfunções sexuais por parte dos usuários e, em conseqüência, o aumento da demanda por atendimento é esperado. As queixas podem ser espontâneas

ou encaminhadas por outros profissionais da equipe. O profissional de Psicologia deve estar preparado para responder à demanda de atendimento às queixas de disfunções sexuais, esclarecimentos relativos à educação sexual e esclarecimentos de direitos sexuais e reprodutivos, o que muitas vezes chega a ser parte significativa no total de suas ações.

3.3.2. Violência sexual e disfunções sexuais

Como, na maioria das cidades brasileiras, principalmente as de médio porte, o Centro de Referência em DST/Aids é o local a que se faz referência para a abordagem sindrômica das DST e a dispensação de anticoncepcional de emergência, é comum serem os(as) psicólogos(as) que atuam nesses centros aqueles que, mais freqüentemente, 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, de 1998, que trata da "prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes" e dá ênfase ao acompanhamento psicológico e social da vítima atendida. Um dos itens da norma preconiza a garantia de atendimento psicológico durante e após a interrupção da gravidez ou, se for o caso, durante o pré-natal. Se o serviço de Psicologia for o único e não houver serviço específico para esse tipo de caso na cidade, é dever do profissional de Psicologia receber o usuário em tal situação para o acompanhamento necessário.

3.3.3. Mulheres e aids

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

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

A epidemia de HIV/aids associou-se à grave situação das mulheres em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST). As DST são um co-fator importante na transmissão e no controle da infecção pelo HIV, além de poder levar à infertilidade, às doenças neonatais e infantis, ao câncer e outras. De modo geral, também nesses casos prevalecem os estereótipos de gênero na prática dos profissionais de saúde, que, em geral, prescrevem algum tipo de medicação para o problema e recomendam abstinência sexual por um período, sem maiores esclarecimentos 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 médico.

A vinculação entre sexualidade feminina e risco está incorporada ao universo da mulher: risco de estupro, parto, violência sexual, gravidez, aborto. Risco de DST 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.

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

3.3.4. Direito à gravidez

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

A questão merece um cuidado especial. Cerca de 86% das mulheres brasileiras com aids estão em idade reprodutiva. Parte da população feminina tem diagnóstico do HIV durante o pré-natal ou quando descobre que seus filhos estão doentes. Por vezes, a testagem ocorre sem o prévio aconselhamento e consentimento esclarecido, justificado pela equipe de saúde como medida preventiva para o bebê. Desconsidera-se que a mãe também merece orientação e cuidado adequados não só médicos, mas psicológicos, sociais e legais, já que um dos problemas mais visíveis tem sido a orfandade decorrente da morte da mãe.

Outro fator importante é o valor social da maternidade, que, na cultura, é uma determinante da identidade social. Muitas mulheres com HIV positivo 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).

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 com HIV positivo 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 a possibilidade de inseminação artificial pelo processo de purificação do sêmen, que evita a transmissão do vírus para a mulher e para o bebê. (FAÚNDES, 2002).

Ainda não há uma política social que ampare as mulheres e seus filhos para

que possam exercer seus direitos reprodutivos sem barreiras. O estigma social das pessoas vivendo com HIV/aids, 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.

Os(as) psicólogos(as) 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.

3.3.5. Adolescentes e aids

Muitas crianças que nasceram infectadas pelo HIV no final de 80 e em 1990 chegaram à adolescência graças ao avanço na assistência e nas respostas aos anti-retrovirais, indício da cronicidade da doença. Nos últimos tempos, o Programa Nacional de DST e Aids tem se preocupado em aperfeiçoar o atendimento a adolescentes vivendo com HIV/aids e em promover a integração social desse grupo.

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

- Os adolescentes com vida sexual ativa têm tido acesso ao preservativo nos serviços de saúde;
- Os adolescentes não têm espaços coletivos de interlocução para tratar de temática, como sexualidade, saúde reprodutiva, acesso e permanência na escola, troca de vivências e suas percepções sobre as instituições de apoio social;
- Os cuidadores/familiares desses adolescentes têm pouca ou nenhuma oportunidade de discutir, em espaços coletivos, suas dúvidas e alternativas para apoiarem adequadamente os adolescentes;

- A maioria dos adolescentes que vivem em instituições de apoio, embora reconheçam e mantenham vínculos afetivos com os cuidadores, têm expectativa de viver com maior autonomia para tomada de decisões e em ambiente familiar – com madrinha, padrinho, tios, avós etc;
- A revelação do diagnóstico é uma grande dificuldade para profissionais de saúde e familiares, sendo que muitos adolescentes, embora "desconfiem" que são portadores do HIV, não tiveram ainda seu diagnóstico explicitado. A maioria dessas situações foi constatada entre os adolescentes da categoria de transmissão vertical;
- Muitos adolescentes têm tomado conhecimento do diagnóstico durante a internação;
- A estrutura dos serviços é inadequada – os espaços são pouco humanizados e pouco voltados para os adolescentes – ou são de pediatria ou de adultos;
- Falta de articulação dos serviços especializados de aids e serviços de saúde do adolescente;
- Reconhecem nos profissionais de saúde um bom acolhimento individual e apontam a necessidade de serem atendidos por diferentes profissionais, como psicólogos 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 do(a) psicólogo(a) 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, esclarecimento 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 acões de prevenção e de promoção de saúde. Entretanto, as ações devem ser bem construídas e planejadas para alcançarem seu objetivo. O planejamento deve constar de técnicas que possam servir de integração, apresentação da temática e momento de partilha de conteúdos, partindo sempre dos conhecimentos prévios da comunidade acrescidos de informações pertinentes ao tema escolhido. O número de participantes ideal gira em torno de 20 a 30 pessoas. Grandes palestras têm, em geral, a função de transformar um horário de aula num horário vago ou de facilitar encontros que nada têm a ver com o tema discutido.

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 pelo psicólogo(a) e algum professor-elo da escola trabalhada, responsabilizam-se por desenvolver as ações educativas nas salas de aula e na comunidade. Esses grupos conseguem uma linguagem direta com vocabulário facilmente compreendido pelos outros jovens, facilitam a identificação com os problemas e priorizam as informações mais adequadamente para o grupo-alvo. Com o tempo, os jovens se tornam referências no ambiente escolar para tirar dúvidas, esclarecer pontos e viabilizar o acesso à unidade de saúde com mais facilidade. Para isso, faz-se necessário manter um programa de formação continuada para os jovens protagonistas dentro da unidade ou na escola, dentro das atividades previstas na disposição semanal de trabalho do profissional e não como algo ocasional.

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

EIXO 4: GESTÃO DO TRABALHO NOS PROGRAMAS DE DST/AIDS

EIXO 4: GESTÃO DO TRABALHO NOS PROGRAMAS DE DST/AIDS

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

4.1. Os princípios do SUS na perspectiva dos serviços e ações voltados para as DST/aids

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

4.1.1. A descentralização dos serviços

A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre a descentralização político-administrativa nas três instâncias de governo e enfatiza a municipalização dos serviços e ações de saúde, com a conseqüente redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos Municípios. Sua implementação decorre, sobretudo, da NOB n° 96, que resulta, por sua vez, da experiência ditada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores – em especial da NOB nº 93, Portaria Ministerial nº 545 (BRASIL,1993a), que está contida no documento *Descentralização das Ações e*

Serviços de Saúde - a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.

Como instrumento de regulação do SUS, a NOB nº 96, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita os princípios e as diretrizes do sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080/1990 e n° 8.142/1990.

Dessa maneira, todas as ações de diagnóstico e assistência das DST e HIV/aids devem ser feitas de forma a seguir os princípios básicos do SUS, com ênfase na regionalização (descentralização), integralização e sustentabilidade das mesmas. Devem, portanto, promover a integração, a ampliação e a descentralização dos serviços da rede pública de saúde no intuito de consolidar essa rede. Para isso, é fundamental o estabelecimento de um processo de parceria com as instituições governamentais e não-governamentais envolvidas na atenção aos portadores de HIV e outras DST, particularmente com as coordenações estaduais e municipais de DST e aids, para a viabilização efetiva das diretrizes, estratégias e linhas de ações estabelecidas no nível central.

A política de descentralização se aplica igualmente às esferas nas quais os(as) psicólogos(as) freqüentemente atuam, como, por exemplo, na área de treinamento em DST/aids e na promoção da participação para efetivo controle social das ações voltadas para a promoção e a assistência nesse campo.

Quanto ao *treinamento*, segundo consta no texto que expõe a Política Nacional de DST e Aids, entre o final de 1995 e meados de 1996, foram financiados projetos que tinham como eixo de capacitação as universidades, caracterizando-se o início de uma política de descentralização dos treinamentos em DST/aids. O objetivo era a descentralização dos treinamentos para Estados e Municípios até o final do ano 2001, sendo os Estados inicialmente responsáveis pela consolidação da cooperação técnica estabelecida com instituições de ensino e serviços e o respectivo gerenciamento de recursos.

Mais recentemente, em 2007 (Brasil, 2007b), o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Pró-Saúde. Essa iniciativa visa à aproximação entre a Academia e os serviços, criando oportunidades para que a formação de graduação esteja em maior sintonia com as necessidades da atenção básica à saúde. Busca-se, por meio desse Programa, a formação de profissionais que estejam capacitados para desenvolver uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade.

Quanto ao *controle social*, busca-se o fortalecimento das ONGs nas ações de prevenção às DST/aids, por meio da promoção de articulação política, técnica e financeira, com a preservação das características de colaboradores críticos da política pública de saúde.

4.1.2. O princípio da integralidade

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

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

Dessa compreensão, decorre uma das políticas que tem sido a bandeira de luta de muitos(as) psicólogos(as) da saúde: a *Política Nacional de Humanização*, que propõe que toda política e ação de saúde devam ter como eixo a humanização (BRASIL, 2004). Apesar da polêmica em torno do nome humanização, essa ênfase explicita a crítica e a superação da concepção de doente identificada com o modelo anátomo-fisiológico da Medicina moderna e eleva-o à condição de sujeito, apresentando necessidades que vão além dos cuidados com a doença e com o corpo.

Humanizar, no sentido proposto pelo Ministério da Saúde, é mais que reorganizar os espaços sanitários, é reorganizar os processos de trabalho, formar e qualificar trabalhadores, garantir os direitos e a cidadania dos usuários por meio do controle e da participação popular, é instituir práticas fundadas na integralidade.

Dentre as reorganizações necessárias para implementar os princípios de integralidade e humanização, tem destaque a noção de trabalho em equipe. Existe uma clara tendência política de incentivar a formação e a organização de equipes de saúde para ampliação do acesso e para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Assim, pretende-se substituir o enfoque centrado no indivíduo e no modelo médico-curativo para redescrever suas teorias e práticas numa perspectiva coletiva e voltada para a integralidade. Para além das equipes que atuam diretamente nos serviços, há que se considerar ainda as equipes matriciais, grupos de profissionais especializados, que visam a fornecer suporte às equipes de atenção básica, entre eles profissionais de saúde mental, na condução de demandas específicas.

4.1.3. O controle social

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

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

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

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

> deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde. (BRASIL, 1993b).

Com a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece-se uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de forma que as decisões sobre o que fazer na sociedade terão que ser negociadas com seus representantes, uma vez que são eles os que melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso, o controle social é entendido como uma das formas mais avançadas de democracia. Porém, embora esteja prevista na lei, a participação social é um processo, e, por isso, se acha em permanente construção, comportando avanços e recuos; por esse motivo, depende, muitas vezes, de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

Os psicólogos que trabalham em serviços de DST e Aids, além de poderem participar como conselheiros nos Conselhos locais, municipais, estaduais e nacional como trabalhadores da saúde, têm o papel de estimular a participação dos usuários na educação em saúde.

A educação em saúde é um "campo de práticas e de conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população." (VASCONCELOS, 2007, p.18). Aos profissionais de saúde, cabe enfrentar o desafio de incorporar a educação popular em sua prática, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social.

A educação popular busca fomentar formas coletivas e dialógicas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. "É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social." (VASCONCELOS, 2007, p.18).

A incorporação dessa forma dialógica e processual de agir à prática cotidiana de psicólogos(as) que atuam em serviços de DST e Aids possibilita fortalecer o comprometimento social na formulação, avaliação e execução de políticas públicas assim como no exercício profissional da Psicologia, ou seja, o SUS foi resultado de uma ampla discussão democrática, mas a participação da sociedade não se esgotou na sua formulação.

4.2 Sobre o desenvolvimento institucional e a gestão dos programas

O desenvolvimento institucional é fundamental para o fortalecimento das instituições públicas e privadas responsáveis pela prevenção e controle das DST e aids. O componente "gestão" da Política Nacional de DST e Aids possui uma função estratégica, subsidiando o processo de tomada de decisões dos gestores de instituições governamentais e não-governamentais na formulação, execução e aprimoramento das políticas de prevenção e de controle das DST e Aids. É de sua alçada: 1) viabilizar a produção e a disponibilidade de informações sobre as tendências e o comportamento da epidemia na população, 2) desenvolver estratégias para o fortalecimento do processo de gestão de programas e projetos, incluindo o aprimoramento das etapas de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações implementadas, 3) possibilitar a capacitação de recursos humanos, proporcionando melhor prática profissional no âmbito das instituições que atuam na área, 4) disciplinar os processos administrativos e financeiros e 5) promover a cooperação técnica horizontal com os países da América Latina, do Caribe e da África de língua portuguesa e com organismos internacionais.

> O componente de desenvolvimento institucional e gestão implementa suas ações tendo como referência maior as diretrizes do Sistema Único de Saúde, promovendo o desenvolvimento de estratégias e ações que garantam as condições objetivas para a descentralização do programa em âmbito estadual e municipal, a efetiva participação comunitária e privada e o exercício do controle social da sociedade civil, o acesso universal aos serviços e insumos para a prevenção das DST e Aids e a atenção à saúde, particularmente junto às populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV e outras DST, tendo como pano de fundo os princípios de eqüidade e integralidade das ações. Mais ainda: as diretrizes e estratégias desse componente fundamentam-se na estreita interface e sinergia com aquelas desenvolvidas nos dois primeiros componentes referentes à promoção/proteção/prevenção e ao diagnóstico/assistência." (BRASIL, 1999a, p.51).

A participação dos psicólogos pode se dar em qualquer um dos aspectos relativos à gestão, com destaque para dois:

1. *Formação de recursos humanos,* buscando-se a capacitação de profissionais dos setores público e privado e da sociedade civil, que atuam na prevenção, controle e gestão de programas e projetos de DST/Aids no Brasil (subcomponente de treinamento).

2. *Aprimoramento do processo de gestão,* por meio de metodologias integradas e participativas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, aumentando-se a autonomia gerencial e tornando-se esse o processo decisório mais eficaz, flexível e participativo, com vistas à sustentabilidade das ações (subcomponente de gestão).

O monitoramento de práticas sociais abre um rico filão de pesquisa sobre as práticas de prevenção e comportamentos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis e a aids e uso indevido de drogas em uma população e/ou grupos específicos, com vistas a subsidiar o planejamento das ações de promoção e prevenção. Incluem-se aí estudos que visam a: (a) observar as tendências de comportamento na população ao longo do tempo; (b) realizar estudos comportamentais e de soro-prevalência na população de jovens; (c) realizar comparações das práticas de comportamento entre países; (d) realizar estudos de comportamento em grupos específicos da população, especialmente segmentos que têm maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV; (e) realizar estudos qualitativos sobre comportamento; (f) elaborar um sistema de monitoramento rápido de questões sobre o comportamento por meio de estudos de base populacional ou em grupos específicos; (g) realizar pesquisas de opinião pública ou institucional sobre assuntos relacionados ao controle do HIV/aids e (h) subsidiar a coleta de informações para a avaliação das ações de controle de DST/aids.

4.3 Lições aprendidas: a gestão do trabalho na perspectiva de psicólogos(as) que atuam em programas de DST e Aids

Em todos os instrumentos utilizados na pesquisa realizada para subsidiar a elaboração de documento de referências para a atuação de psicólogos(as) em

programas de DST e Aids, a grande maioria dos(as) psicólogos(as) informou conhecer e seguir as diretrizes dos Programas Nacional, Estadual e Municipal de DST e Aids que orientam as práticas dos profissionais atuantes no campo. A "normatização" de práticas profissionais é uma característica desse campo, que sempre esteve em consonância com as diretrizes mundiais do Programa Mundial das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Banco Mundial. E, certamente, a partir da publicação dos princípios e diretrizes do Programa Nacional de DST e Aids, em 1999, passou a estar em consonância também com os princípios do SUS.

No entrecruzamento das políticas setoriais e das experiências de psicólogas(as) atuantes na área das DST/Aids que participaram da pesquisa, três aspectos merecem destaque para a elaboração de referências para a atuação: (1) a ampliação das ações de psicólogos e psicólogas desde as primeiras inserções profissionais na área; (2) a incorporação efetiva dos princípios do SUS e (3) os desafios que ainda se fazem presentes.

4.3.1. Ampliação das ações

Historicamente, a inserção de psicólogos(as) no campo das DST/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 o portador do HIV e para a população em geral, as ações das(as) psicólogas(as) também se transformaram, e a atuação passou a ser também na promoção da saúde e na prevenção da infecção pelo HIV. Essas ações implicaram nova ampliação da esfera de atuação na medida em que passaram a exigir "ações extramuros", ou seja, a necessidade

de promover saúde para além das fronteiras das Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios, o que muitas vezes incluía outras instituições, como as escolas, as empresas e as organizações comunitárias. Criaram-se, assim, possibilidades de parcerias com outras instituições como escola, empresa, ONGs e mesmo com outros programas no campo da saúde, como o Programa de Saúde da Família. Por exemplo: "Penso que a maneira como trabalhamos no Programa Municipal de DST/AIDS de Belo Horizonte é muito interessante e inovadora, não é a ideal, mas funciona na maioria das vezes, e há um diálogo com as ONGs do setor e outras instituições, o que só vem contribuir. (C190)"[10].

Essas ações, que extrapolam os papéis tradicionalmente prescritos para as(as) psicólogas/os, demandaram a criação de novos modos de atuação e de novos saberes. O trabalho focalizado na prevenção com grupos de adolescentes e jovens, por exemplo, gerou a necessidade de criação de novas estratégias técnicas que fez com que as(as) profissionais se mobilizassem em busca de novas referências com abertura para o diálogo com outros campos de saber, como o teatro, a cultura popular e a saúde coletiva, entre outros.

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

Várias respostas obtidas por meio dos questionários e grupos focais demonstraram que, no dia a dia, os(as) profissionais da Psicologia têm buscado inspiração em novas teorias que lhes possibilitem criar práticas e estratégias que buscam ampliar as ações e atender as demandas da população atendida. Por exemplo: "Psicologia de base feminista; a prática da psicoterapia de grupo aliada com a perspectiva de "grupos de promoção de DH." (C101). "Na ADT, estamos trabalhando com os conceitos de clínica ampliada e equipe de referência. E, para dar conta da demanda dos pacientes, incorporamos os cuidados paliativos." (C93).

Nas respostas, também foram ressaltados os esforços existentes para manter um diálogo aberto com a comunidade e criar estratégias de empoderamento da população atendida, por meio, por exemplo, de ações de co-responsabilização:

[10] Vide nota 4, no início do texto.

"(...) novas talvez não, mas sempre apresentam bons resultados as ações que se originam da demanda da comunidade e a envolve como co-responsável na execução e na publicação ou divulgação dos resultados e das ações desenvolvidas. (C64)".

A ampliação da atuação profissional se deu também pela inserção no campo da gestão, com atividades diretamente voltadas para a coordenação e a gestão propriamente ditas, assim como aos demais componentes propostos pelo Programa Nacional de DST e Aids, como o treinamento e a pesquisa.

4.3.2. Gestão

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

Há certamente campos de atuação na gestão que estão abertos a psicólogos/as:

> Como sou **especialista em gestão**, minhas tarefas giram em torno de assistência (implantação e operacionalização de serviços), prevenção (capacitação de profissionais nas várias áreas que compreendem o programa), vigilância (acompanhamento do SINAN - Sistema Nacional de Agravos, que faz a análise e a interpretação dos dados, inclusive monitoramento, limpeza e organização do banco de dados). (A179).

> **Trabalho na coordenação do programa municipal de DST/Aids 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 e de outros aspectos burocráticos, tais como acompanhamentos de processos, gerenciamento de sistemas e controle orçamentário. (A16).

Também há amplo espaço de atuação em atividades de formação:

> A educação continuada é fundamental para a conscientização e a mudança de comportamento com relação às atitudes e formas de lidar com essa questão que tange à sexualidade, algo muito difícil para as pessoas lidarem, falarem e expressarem. Utilizamos peças teatrais produzidas no próprio grupo com a atuação de empregados da empresa. As peças buscam, de formas lúdicas, passar aos empregados as formas de prevenção e as dificuldades de as pessoas estarem se protegendo. (C62).

> Capacitação de equipes de PSF, em que, através da proximidade com a população, conseguem diagnosticar a população vulnerável daquele território, então elaborar um projeto que dê conta da especificidade daquele bairro. (C206).

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

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

4.4.1. Integralidade

Ficam evidentes os esforços dos profissionais para ampliar a noção de saúde e promover a articulação entre a saúde e os outros campos de saber, como a educação; são projetos que buscam envolver escolas, presídios, comunidade, entre outros, orientados pelo pressuposto de que a promoção da saúde é responsabilidade de todos. Esse trabalho, porém, nem sempre é fácil, já que há muitas resistências por parte dos outros profissionais envolvidos. Como exemplificam as respostas:

> Os desafios são sensibilizar outros profissionais de diferentes áreas para os temas das sexualidades e adolescências Firmar parceria com outros Municípios e oferecer formação para adolescentes. (B43).

> A dificuldade por parte dos agentes em entender a necessidade de cuidar do interno soropositivo e principalmente da necessidade de ministrar palestras de prevenção. Normalmente, acabo fazendo um resumo dos procedimentos e fazendo ver ao agente que aquele interno precisa aprender a se prevenir para não ser um transmissor de doenças que podem atingir qualquer membro da comunidade em geral. (B162).

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

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

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

4.4.2. O trabalho em equipe multiprofissional

A importância do trabalho em equipe apareceu tanto nas ações de prevenção como de tratamento, e há o reconhecimento de que a integração da equipe é necessária, bem como a leitura de que a existência de uma rede de apoio para encaminhamento é fundamental para que o trabalho possa atender as demandas da população atendida.

> O mais importante é trabalhar com uma equipe multidisciplinar, da forma mais integrada possível, ou seja, tentando discutir as situações em conjunto, encaminhando para colegas, tentando ter uma rede de apoio para encaminhamento de situações especificas (pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, etc.). (C57).

O trabalho em equipe inclui dimensões variadas: reuniões de equipe (técnica/administrativa; com psicólogos(as) e clínicas/discussão de caso), visitas domiciliares e reuniões para elaboração de plano de trabalho. São exemplos de atividades realizadas em equipe:

> (...)verificar o boletim de notificação de DST/AIDS registrada pelo médico durante a semana, reunião com médico e enfermeira para elaboração das atividades, deixar na farmácia preservativos para entrega aos usuários, reunião com os grupos, visitas domiciliares aos que não vêm às reuniões e orientações com a família. (A13).

O investimento no trabalho em equipe implica buscar aprimorar as relações dentro da equipe bem como criar espaço de diálogo e de trabalho conjunto, como indicado na seguinte resposta:

> Duas práticas novas surgiram a partir das dificuldades acima relatadas. Uma delas é a discussão com os médicos e assistentes sociais sobre uma

> leitura psicológica, psicodinâmica, psicanalítica e arqueológica (no sentido de Foucault) do HIV em cada paciente. (C136).

4.4.3 Controle social e participação

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

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

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

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

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

4.5. Problemas e desafios

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

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

> Enfatizam que a formação do psicólogo 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 psicólogos clínicos, psicoterapeutas." "Na faculdade, eu não ouvi falar em vigilância epidemiológica, gestão, recursos federais, saúde coletiva." Destacam que possuem uma formação fragmentada, positivista, que não dá conta da realidade global e que devem buscar ferramentas para uma qualificação mais ampla com o intuito de contribuir para a conquista de espaço nessa área. Enfatizam a importância da prática, de estágios na área, aliados à formação teórica. (CRP-16)

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto procurou levar em conta a prática de psicólogos(as) que atuam na área de DST e Aids à luz das informações colhidas junto aos profissionais por meio da pesquisa realizada pelo CREPOP/CEAPG, das experiências adquiridas na área pela comissão de elaboração e, sobretudo, das diretrizes e princípios do SUS e do Programa Nacional de DST e Aids.

Foram muitas as considerações feitas nos quatro eixos organizadores: dimensão ético-política, Psicologia e o campo de DST e Aids, atuação do psicólogo(a) nessa área e gestão do trabalho nos Programas de DST e Aids. Considerando a processualidade do campo, com mudanças no perfil epidemiológico, na organização dos serviços, na legislação e formulação de diretrizes, assim como nos movimentos sociais, deve-se alertar que, para além das contribuições possíveis dessas referências técnicas, é preciso que os profissionais se mantenham continuamente atualizados nesses vários aspectos que informam e subsidiam a prática psi.

Como o SUS está em processo de consolidação, cabe aos psicólogos refletirem sobre a prática e criar novas possibilidades de intervenções técnicas, assumindo seus lugares de protagonistas na história da saúde em nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico:* AIDS – Vulnerabilidade, C.R.T. DST/AIDS, ano XV, n°3, p. 2-4, dez. 1997.

AYRES, José Ricardo de Carvalho et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). *Promoção da saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

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

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

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

_____. *Questões de vida (ética, ciência, saúde).* Salvador, São Paulo, Londrina: APCE-Hucitec-CEBES, 1993.

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

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

BRASIL. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília,DF, 1988.

BRASIL. Senado Federal. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Senado Federal. Lei n° 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF,1990.

BRASIL. 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, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1993a.

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

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

BRASIL. *O SUS e o controle social:* guia de referência para conselheiros municipais. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1998.
BRASIL. *Política Nacional de DST/aids:* princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, DF, 1999a.
BRASIL. Coordenação Nacional de DST/AIDS – *Avaliação das ações de aconselhamento em DST/AIDS*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1999b.
BRASIL. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids*: diretrizes e procedimentos básicos. 4ª. ed. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2000a.
BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. *A prática do controle social*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2000b.
BRASIL. Portaria nº 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Ministério da Saúde. Dispõe sobre aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/ *Diário Oficial da União,* Poder Executivo(?), Brasília, DF, 29 jan. 2001.
BRASIL. *HumanizaSUS.* Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004.
BRASIL. *Legislação sobre DST e Aids no Brasil*. 3ª.ed. rev. e ampl. Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2005a.
BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Oficina de aconselhamento em DST/HIV/AIDS para atenção básica.* Série Manuais n° 66, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2005.
BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2006.
BRASIL. MS/Secretaria Executiva/Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário Temático: DST e Aids. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2007a.
BRASIL. Portaria Interministerial n°. 3.01926 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2007b.
BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2008.
BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: _____; PEREIRA, Potyara A. (Org). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

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

BRAVO, Maria Inês et al. Políticas públicas de DST/AIDS e controle social no Estado do Rio de Janeiro: capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à AIDS: relatório integrado. *Coleção ABIA. Políticas públicas, nº.5.* Rio de Janeiro:ABIA, 2006.

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

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

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

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

CAVALCANTE, Osmar; MORTARA, Patrícia C. Interdisciplinaridade no trabalho socioeducativo. In WANDERLEY, Mariangela Belfiore.; OLIVEIRA, Isaura Isoldi de Mello Castanho . *O trabalho com famílias*. São Paulo: IEE-PUCSP, v. 2, 2004. p. 93-98.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 231-258.

COIMBRA, Cecília M. A. B. Cidadania ainda recusada: o plano nacional de direitos humanos e a lei sobre mortos e desaparecidos políticos. In: *Psicologia, ética e direitos humanos*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2000. p. 89-108.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública*: Contribuições técnicas e políticas para fazer avançar o SUS - Relatório Final. Brasília: CFP, 20, 21 e 22 de outubro de 2006.

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

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

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

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

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

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

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

GUARESCHI, Pedrinho A. Relações comunitárias. Relações de dominação. In: CAMPOS, Regina Helena de Freitas. (Org.). *Psicologia social comunitária:* da solidariedade à autonomia. Petrópolis/ RJ: Vozes, 1996. p. 81-99.

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

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.

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

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

MAZZA, Selene Regina; IPIRANGA, Ana Sílvia Rocha. A inserção da Psicologia na saúde e a sua inter-relação com o contexto político do SUS. In: NÓBREGA-THERRIEN, Sílvia; ALMEIDA, Maria Irismar; LIMA, José Wellington de Oliveira. (Orgs.). *Saúde pública*: concepções, práticas e pesquisas. Fortaleza: INESP/ EDUECE, 2003. p. 97-110.

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

NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do. *Práticas sociais em situação de discriminação no cenário da aids*: sobre direitos, demandas e encaminhamentos. Tese de doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

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

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

PAIVA, Vera. A cena sexual: scripts femininos e masculinos, sujeito sexual. In: PAIVA, Vera. *Fazendo arte com camisinha*. São Paulo: Summus, 2000. p. 211-252.

_____. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. *Interface- Comunic., Saúde, Educação*, v. 6, n°11, p. 25-38, ago. 2002.

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

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

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. (Orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.65-86.

SOUZA, Maria Laurinda Ribeiro de. O hospital: um espaço terapêutico? *Percurso* nº 9, 2\1992.

SPINK, Mary Jane. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Psico*, Porto Alegre, v. 31, n.° 1, p. 7-22, 2000.

SPINK, Mary Jane; MATTA, Gustavo. A prática profissional *psi* na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, Mary Jane

Paris. (Org). *A Psicologia em diálogo com o SUS*: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 25-51.
SPINK, Peter. Políticas públicas e *Psicologia*: potencialidades e desafio dessa relação. In: *IV Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas*. Maceió, AL: CFP/ULAPSI, 2007. p. 80-98.
SPINK, Peter et al. Relatório preliminar de análise qualitativa dos dados da pesquisa *Práticas da(o) psicológa(o) no campo das DST/Aids*. São Paulo: CEAPG/ FGV-SP, 2007. 95p.
STUMPF, Bárbara P..; ROCHA, Fábio L.; CARNEIRO, Anna Bárbara F. Infecções virais e depressão. *J. Bras. Psiquiatr.*, 2006, 55 (2), p. 132-141, 2006.
TAKASHIMA, Geny. M. Karazawa. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. (Org.). *Família brasileira:* a base de tudo. São Paulo: Cortez; Brasília: DF: UNICEF, 2000. p.77-92.
TEIXEIRA, Carmen Fontes. *O futuro da prevenção*. Salvador-BA:Casa da Qualidade Editora, 2001.
TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, Modelos Assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v.VII (2), CENEPI/MS, 1998.
TEIXEIRA, Paulo. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard. (Org.). *Políticas, instituições e AIDS*: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 43-68.
TURCI, Maria Aparecida (Org). *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte-MG: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.
UNAIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. December, 1997.
UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Sessão extraordinária da Assembléia Geral sobre o VIH/SIDA. *Declaração de compromisso sobre o VIH/ SIDA*. Portugal: 25-27 de junho de 2001.
VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. (Org.). *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
VENTURA, Miriam. Direitos humanos e AIDS: o cenário brasileiro. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron. (Org). *Saúde, desenvolvimento e*

política. Rio de Janeiro: ABIA; Editora 34, 1999. p. 263-338.
_____. Direitos Reprodutivos no Brasil, 2. ed. Ed-Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, Brasília, DF: UNFPA, 2004.
_____. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação sobre DST e Aids no Brasil*. 3. ed. rev. e ampl. Programa Nacional de DST e Aids: Brasília, DF, 2005.

PROCESSO DE CONSULTA PÚBLICA

PROCESSO DE CONSULTA PÚBLICA

A versão preliminar do documento esteve disponível para *download* no site do CREPOP durante o período de 09/09/2008 a 21/07/2008. O sistema de registro coletava dados de cadastro, permitindo saber onde trabalha e qual o CRP da pessoa cadastrada; dados de *download*, permitindo saber quando era baixado o texto preliminar e/ou o formulário de avaliação/contribuições; e dados de *upload*, permitindo saber quais das pessoas cadastradas haviam enviado o formulário com suas contribuições.

Ao todo, 306 psicólogos(as) se cadastraram para a Consulta Pública. Desses, 259 visualizaram o documento de diretrizes, sendo que 14 enviaram formulário com avaliações e sugestões ao documento. Psicólogos de todos os Conselhos Regionais participaram da etapa de cadastramento da Consulta Pública.

CRPs em ordem numérica

CRP			
CRP 1	20	6,5%	6,5%
CRP 10	6	2,0%	2,0%
CRP 11	12	3,9%	3,9%
CRP 12	16	5,2%	5,2%
CRP 13	8	2,6%	2,6%
CRP 14	8	2,6%	2,6%
CRP 16	11	3,6%	3,6%
CRP 2	13	4,2%	4,2%
CRP 3	18	5,9%	5,9%
CRP 4	34	11,1%	11,1%
CRP 5	21	6,9%	6,9%
CRP 6	81	26,5%	26,5%
CRP 7	24	7,8%	7,8%
CRP 8	18	5,9%	5,9%
CRP 9	9	2,9%	2,9%
...	7	2,3%	2,3%
Total	306	100,0%	

CRPs de acordo com a participação

CRP			
CRP 6	81	26,5%	26,5%
CRP 4	34	11,1%	11,1%
CRP 7	24	7,8%	7,8%
CRP 5	21	6,9%	6,9%
CRP 1	20	6,5%	6,5%
CRP 3	18	5,9%	5,9%
CRP 8	18	5,9%	5,9%
CRP 12	16	5,2%	5,2%
CRP 2	13	4,2%	4,2%
CRP 11	12	3,9%	3,9%
CRP 16	11	3,6%	3,6%
CRP 9	9	2,9%	2,9%
CRP 13	8	2,6%	2,6%
CRP 14	8	2,6%	2,6%
CRP 10	6	2,0%	2,0%
...	7	2,3%	2,3%
Total	306	100,0%	

A maioria dos psicólogos(as) cadastrados(as) declarou trabalhar em organizações públicas (64,4%). Os que disseram atuar em organizações privadas somam 18% e apenas 4,2, aproximadamente, disseram atuar em outros tipos de organizações.

Tipo de organização

Tipo de Organização			
Não resposta	41	13,4%	13,4%
Organização pública	197	64,4%	64,4%
Organização privada	55	18,0%	18,0%
Outras .	13	4,2%	4,2%
Total	306	100,0%	

Sobre a natureza da organização, mais da metade (65,7%) trabalha no atendimento psicológico, 23,5% na assessoria técnica e 10,8% com ensino e pesquisa.

Natureza da organização

Natureza da organização			
Atendimento Psicológico	201	65,7%	65,7%
Assessoria Técnica	72	23,5%	23,5%
Ensino e pesquisa	33	10,8%	10,8%
Total	306	100,0%	

Dos 306 psicólogos, 5% (14 cadastrados) enviaram contribuições para o documento de diretrizes. Nesta etapa do processo, nem todos os regionais foram representados. A maior participação foi, respectivamente, dos CRP06, CRP03 e CRP02. Devido a fatores diversos, não houve participação de psicólogos registrados nos CRP01, CRP07, CRP08, CRP13, CRP14 e CRP15.

CRP			
CRP			
CRP 6	4	28,6%	28,6%
CRP 3	2	14,3%	14,3%
CRP 2	2	14,3%	14,3%
CRP 4	1	7,1%	7,1%
CRP 9	1	7,1%	7,1%
CRP 5	1	7,1%	7,1%
CRP 17	1	7,1%	7,1%
CRP 16	1	7,1%	7,1%
CRP 12	1	7,1%	7,1%
CRP 14	0	0,0%	0,0%
CRP 13	0	0,0%	0,0%
CRP 15	0	0,0%	0,0%
CRP 11	0	0,0%	0,0%
CRP 10	0	0,0%	0,0%
CRP 1	0	0,0%	0,0%
...	0	0,0%	0,0%
Total	14	100,0%	

A maior parte dos psicólogos que enviaram contribuições para o documento declarou que trabalha em organizações públicas (64,3%). Desses, 3 (três) psicólogos atuam em organizações privadas e 1 (um) em outra organização.

Tipo de organização

Tipo de Organização			
Não resposta	1	7,1%	7,1%
Organização pública	9	64,3%	64,3%
Organização privada	3	21,4%	21,4%
...	1	7,1%	7,1%
Total	**14**	**100,0%**	

Quanto à natureza da organização, a maioria dos profissionais era ligada ao atendimento psicológico, havendo uma distribuição uniforme entre o ensino e pesquisa, atendimento psicológico e assessoria técnica.

Natureza da organização

Natureza da organização			
Atendimento Psicológico	7	50,0%	50,0%
Assessoria Técnica	3	21,4%	21,4%
Ensino e pesquisa	4	28,6%	28,6%
Total	**14**	**100,0%**	