



A atuação da Psicologia em uma Unidade de Acolhimento Temporário a pessoas vivendo com HIV e aids: um relato de experiência

The psychological work in na Temporary Unit Shelter for People Living with HIV and aids: an experience report

Jucélia Pereira Flexa

Mestra em Psicologia Clínica e Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Psicóloga da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA) e da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil;
E-mail: juceliaflexa@gmail.com; ORCID: 0009-0002-2413-6255

Resumo: Objetivos: Relatar a experiência de atuação da psicologia no contexto de um acolhimento institucional para pessoas vivendo com o HIV/aids. **Metodologia:** Estudo qualitativo do tipo relato de experiência. O local foi a Unidade de Acolhimento Temporário para HIV/aids, na cidade de Belém/Pará, entre os anos de 2005 e 2022, considerando os atendimentos em grupo ou individual desenvolvidos pela psicologia, e como referenciais teóricos da psicologia da saúde e coletiva. **Resultados e discussão:** A Unidade de Acolhimento, para além de favorecer apoio de estrutura de estadia enquanto necessidade de tratar da saúde física, proporciona um espaço de convivência grupal e de trocas com a equipe de saúde que possibilitam outras experiências subjetivas na vivência de uma doença complexa, que ao longo dos anos demarcado neste relato, apesar da melhoria das condições de avanços no tratamento, não apresentou mudanças significativas para os aspectos ligados aos estigmas e preconceitos vivenciados pelas pessoas que vivem com o HIV/aids. **Considerações finais:** A importância das casas de apoio, ainda atualmente, quando são registrados avanços da casos de HIV/aids em cidades do estado do Pará, e a ampliação de estudos e publicações nessa área de atuação da psicologia.

Palavras-chave: HIV; aids; acolhimento; psicologia da saúde; casas de apoio HIV.

Abstract: Objectives: To report the experience of psychology in the context of institutional shelter for people living with HIV/AIDS. **Methodology:** Qualitative study of the experience report type. The location was the Temporary Reception Unit for HIV/AIDS, in the city of Belém/Pará, between the years 2005 and 2022, considering group or individual care developed by psychology, and as theoretical references of health and collective psychology. **Results and discussion:** The Shelter Unit, in addition to supporting the stay structure while dealing with physical health, provides a space for group coexistence and exchanges with the health team that enable other subjective experiences in the experience of a complex disease, which over the years outlined in this report, despite the improvement in the conditions of advances in treatment, did not present significant changes in aspects related to the stigmas and prejudices experienced by people living with HIV/AIDS. **Final considerations:** The importance of support houses, even today, when advances in HIV/AIDS cases are registered in cities in the state of Pará, and the expansion of studies and publications in this area of psychology.

Keywords: HIV; aids; shelter; health psychology; HIV support homes.

Introdução

Os primeiros casos no mundo de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus este causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), surgiram na África, no Haiti e nos Estados Unidos, em meados da década de 1970 e início da década de 1980¹ e de lá já se passaram mais de 40 anos dessa pandemia que até hoje desafia os pesquisadores, pois apesar dos avanços de tratamento, no momento não se encontrou ainda a cura definitiva dessa doença. A complexidade que a medicina encontra em descobrir o fator de cura, é tal ou igual a complexidade que essa doença foi se desenvolvendo no imaginário das pessoas ao longo de todos esses anos, fazendo até hoje ser ainda envolvida sobre uma aura de estigmas e preconceitos.

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS)², o HIV/aids continua sendo considerado um problema de saúde mundial, sendo que em 2021, 38,4 milhões de pessoas viviam no mundo com o HIV, 1,5 milhões se tornaram recém infectadas e ocorreram 650 mil mortes em decorrência da aids. Desde o início da epidemia, 40,1 milhões de pessoas já morreram por doenças relacionadas à aids.

Dados do Ministério da Saúde do Brasil (MS)³ informam que de 1980 até junho de 2022 já foram detectados 1.088.536 casos de aids. Em 2021 foram diagnosticados 35.246 casos de aids e 40.880 novos casos de HIV, sendo na região norte 5.494 casos. O Pará consta como um dos cinco estados onde houve aumento dos números de casos em relação ao restante do Brasil. Dos municípios do Pará, quatro cidades aparecem entre os vinte primeiros municípios na tabela de ranking de detecção de aids do MS, sendo: Belém (1º), Castanhal (2º), Marituba (6º) e Ananindeua (15º).

A partir do início dos casos de aids no Brasil (em 1982 foi diagnosticada a primeira pessoa com HIV/aids no Brasil)¹, com as mobilizações principalmente da sociedade civil e das organizações não-governamentais, iniciaram-se vários serviços de atendimento e programas voltados às pessoas vivendo com o HIV/aids (PVHIV/aids)⁴. Em 1985, através da publicação de um decreto do Ministério da Saúde, foram estabelecidas as primeiras diretrizes em políticas de saúde do HIV/aids, onde aos poucos vai se configurando no programa de controle da síndrome de imunodeficiência humana⁵.

Em termos históricos, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids (PNDST/aids), criado em 1985 como estratégia para o combate à epidemia⁶, é anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), que é de 1990⁷. Um marco significativo para a saúde das pessoas infectadas, já sob a vigência do SUS, foi a introdução do tratamento antirretroviral (TARV), em 1996, e sua distribuição gratuita ocorreu através dos serviços de saúde⁸.

Com a ampliação das condições de cuidados à saúde, a questão da saúde mental também foi sendo articulada, passando assim os profissionais da psicologia a fazerem parte das equipes

multiprofissionais de atenção às PVHIV. “A execução do PNDST/aids foi vitoriosa em muitos aspectos, inclusive no de incluir a dimensão subjetiva entre as preocupações no atendimento às pessoas vivendo com HIV”^{9:91}, menciona texto da referência técnica voltada para atuação dos profissionais psicólogos (os) nos serviços de atenção ao HIV/aids. Aponta-se aí também a importância de se compreender a atenção a essas pessoas em seus diversos contextos, e mantendo o foco na melhoria de vida e garantia de seus direitos ^{9:36}.

Como propostas de atuação do profissional psicólogo (a), ainda segundo a Referência Técnica acima citada, estão ressaltadas as ações informativas e reflexivas com os PVHIV, familiares e parceiros, assim como os encaminhamentos quando necessários para apoio jurídico, na garantia dos direitos humanos. Alerta ainda para a questão que a violação de direitos “aumenta a vulnerabilidade e a dificuldade de acesso aos cuidados de prevenção e de tratamento” ^{9:49}.

Nesse contexto social e sob o impacto dos primeiros casos de HIV/aids no Brasil, nas décadas de 80 e 90, delineou-se também a necessidade de lugares para acolher pessoas em vulnerabilidade social, financeira e psicológica. Foram se configurando assim as casas de apoio voltadas para esse perfil que tiveram nesses primeiros anos, a mobilização e administração das organizações não governamentais (ONGs), comunitárias e religiosas. “As casas de apoio às pessoas vivendo com HIV/aids são organizações da sociedade civil de caráter privado com interesse público e sem fins lucrativos, majoritariamente mantidas com recursos que provêm da sociedade”^{9:170}.

No Brasil, a Casa Brenda Lee é considerada a primeira casa de apoio para pessoas com HIV/aids. Foi aberta nos primeiros anos da década de 80, mas só se formalizando em 1988, com a parceria do Governo de São Paulo. Brenda foi uma pioneira no ativismo contra o HIV/aids, recebendo em sua própria casa pessoas que estavam sofrendo em termos de exclusão e preconceito, como os trans, travestis e profissionais do sexo^{10,11}.

Com a ampliação desses locais, em 1997, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil desenvolveu uma cartilha de Guia de Recomendações às Casas de Apoio¹² onde é enfatizado a importância que essas instituições desenvolvem enquanto contribuição social efetiva das instituições comunitárias no SUS e ao conjunto da sociedade. Segundo o MS, o objetivo principal das casas de apoio é “oferecer assistência multidisciplinar aos portadores do HIV ou doentes de aids sem recursos financeiros ou apoio familiar, promovendo sua reintegração familiar e na sociedade”^{12:8}.

De acordo com a portaria 2.555 do MS, de 28 de outubro de 2011, que trata do incentivo financeiro destinado ao custeio das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para HIV/aids, são caracterizados dois tipos de casas de apoio: a tipo I e a tipo II. Na casa tipo 1, os principais critérios para abrigo relacionam-se a crianças, adultos e adolescentes, com quadros assintomáticos do HIV ou com

os primeiros sinais de aids, mas prioritariamente apresentando-se independentes na realização de suas atividades diárias, para estadia de curta temporada. No tipo 2, a diferença principal se refere ao quadro de saúde, voltado a pessoas já com o quadro de aids instalado. Neste perfil, há uma ênfase nos cuidados dessas pessoas que em alta hospitalar possam necessitar de um local para recuperação do estado de saúde, tanto física, psíquica e social¹³.

O território do Estado do Pará, pela sua grande extensão, entremeada por uma riqueza de rios e ilhas, tem cidades de difícil acesso. Há municípios que mesmo por terra uma viagem de ônibus chega a durar de doze ou bem mais horas, considerando-se também as condições de viagem. O primeiro caso no Pará consta no ano de 1985¹⁴, em Belém, e ao longo dos anos foi expandindo-se para outras cidades do estado. Belém passou a receber casos de pessoas vindas dos seus diversos municípios, pois a única referência de tratamento e unidade hospitalar situavam-se na capital do Pará.

Nesse aspecto, com o aumento dos quadros da infecção de pessoas residentes em áreas remotas, foi criado no início dos anos 2000, a Unidade de Acolhimento Temporário – HIV/AIDS (UAT) e que aponta como um serviço que vem contribuir nos cuidados em saúde, no acesso aos serviços de tratamento das pessoas infectadas, sendo o único acolhimento para HIV com gestão estadual no Brasil.

A psicologia da saúde, por outro lado, fazendo sua presença nesse espaço de atuação encontra desafios e possibilidades de refletir sobre estratégias de intervenção junto aos PVHIV. “A Psicologia da Saúde avança na atualidade buscando novos espaços expandindo-se na direção de atender às novas demandas de produção de saber e de saúde que visam a contemplar comunidades antes não assistidas pelas prioridades das Políticas Públicas”^{15:148}. Corroborando com as discussões, encontra-se a psicologia da saúde coletiva que compreende um entendimento multidimensional do processo saúde-doença, como os fatores biológicos, psicológicos, sociais, políticos, ambientais e culturais¹⁶.

Segundo Soares, Forster e Santos (2005) as casas de apoio “podem ser consideradas *locus* de uma teia complexa de relacionamentos de diferentes atores sociais implicados – administradores dos serviços, população assistida –, com reflexos nas instâncias sociais atingidas por sua intervenção”^{17:112}. Contudo, poucos estudos abordam esse tipo de organização, ainda que apresentem grande relevância social, estudos estes que poderiam sistematizar o conhecimento dos trabalhos ali realizados¹⁷.

Embora muitos textos e estudos abordem os aspectos e contextos do HIV/aids e suas repercussões psicoemocionais, o espaço de um Acolhimento pela configuração de trocas de experiências entre pessoas com diversas histórias, pode constituir-se em ressignificações e novos sentidos de vida a partir desse compartilhamento como outros sujeitos que estão vivenciando as mesmas dores.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo aqui refletir sobre a atuação do psicólogo (a) nesse contexto, descrevendo sobre os contornos que um espaço físico e institucional de um Acolhimento para HIV/aids pode apresentar enquanto implicações e repercussões psíquicas na vida dessas pessoas. Trazendo ainda, a partir do público assistido ao longo dos anos na UAT, as dificuldades sociais e vulnerabilidades, os significantes do diagnóstico, e as repercussões que podem trazer nos cuidados em saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, tipo qualitativo, realizado na Unidade de Acolhimento Temporário a Pessoas com HIV/aids (UAT), na cidade de Belém/Pará, pertencente a Secretaria de Saúde Pública do Estado (SESPA).

A análise dos dados foi obtida a partir dos relatos dos usuários, em atendimentos individuais, com registro em prontuário, e relatórios de atividades grupais. Norteia neste relato de experiência, enquanto referencial teórico, os estudos em psicologia da saúde e coletiva. A psicóloga neste relato atuou na observação de campo e na escuta especializada, vinculada ao serviço enquanto servidora pública lotada nesta Unidade estadual, a partir de atendimentos individuais da psicologia, assim como percepções e reflexões dos comportamentos e discussões nas atividades na modalidade grupal, estes em geral realizados com a participação da equipe multiprofissional. O período compreende os anos de 2005 a 2022, espaço de tempo que também foi possível analisar as mudanças no contexto do HIV/aids.

Para fins de contextualizar este espaço de atuação, algumas informações sobre o local e serviço: a UAT tem a capacidade de acolhimento de dezesseis camas e quatro berços, distribuídos em dois quartos masculinos, dois femininos, um quarto térreo para abrigar famílias e outro térreo para situações de usuários cadeirantes, com alguma dificuldade motora, visual e/ou com quadros de saúde que necessitem de isolamento. O tempo de permanência restringe-se ao período para realização de procedimentos de saúde.

O corpo técnico do Acolhimento é composto por equipe multiprofissional, com profissionais em psicologia, serviço social, nutrição, terapia ocupacional e enfermagem. Há uma gerência, serviço administrativo e serviço de copa/nutrição, coordenado pelas nutricionistas, que disponibilizam seis refeições diárias aos acolhidos da Unidade.

Os critérios para o acolhimento são: pessoas com o diagnóstico de HIV/aids, em situação de vulnerabilidade social, com agendamento de consultas ou exames, ou que foram encaminhados à UAT (em geral, esses encaminhamentos são da Unidade de Referência a Doenças Infecto Contagiosas do Pará ou secretarias de saúde municipais), para poderem realizar os trâmites necessários de

agendamentos. Outras situações que abarcam condição para acolhimento são a necessidade de recuperação nutricional, ou de reabilitação física, como de sessões em fisioterapia e terapia ocupacional.

Resultados e Discussão

Pensar sobre um acolhimento institucional, remete a várias situações em que pessoas em quadros de abandono, violência, vulnerabilidade estão presentes, como as instituições para crianças e adolescentes, idosos, moradores de rua, mulheres vítimas de violência doméstica, entre outros. Em todos esses grupos, as vivências subjetivas estão, em geral, carregadas de perdas e dores.

No caso do HIV, o isolamento e o peso social nos faz refletir no que esse lugar de acolher pode ressignificar em uma história de vida atravessada por uma doença. Não raro, a doença não é somente a causa de sofrimento, mas uma trajetória de situações e vivências que se somam a ela.

Para compreensão melhor de alguns componentes comportamentais aqui trazidos, vale explicitar algumas questões da própria infecção pelo HIV e adoecimento de aids. A partir do momento que uma pessoa se infecta pelo HIV, ela leva um período para desenvolver sintomas físicos, que pode levar anos. Com a multiplicação do vírus no corpo acarretando a redução das células de defesa, iniciam-se sintomas considerados característicos da aids, como emagrecimento considerável, fraqueza, infecções diversas ou desenvolvimento de doenças chamadas oportunistas, que se “oportuniza” do corpo vulnerável em sua defesa, com a baixa imunológica. Clinicamente existe um leque de mais de vinte doenças graves que estão entre as oportunistas, que podem levar a sequelas físicas significativas e até a morte¹⁸.

O diagnóstico tardio da doença evidenciou-se de forma mais intensa nos primeiros períodos da epidemia, motivado por uma série de fatores, entre elas: pânico maior das pessoas pela falta de conhecimento sobre o HIV, poucos locais de acesso a testagem, medo de um resultado positivo no exame para o HIV, receio de serem vistas realizando o teste. Havia ainda os estereótipos associados ao HIV/aids como acometidos por homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo^{19,20}, ou como algo distante, que ocorria em grandes centros urbanos. Diante dessas percepções, seria a aids considerada assim como a “doença do outro”, um imaginário social que impactou e impacta nos cuidados precoces em saúde sexual.

Com o aumento do número de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) nos municípios e campanhas de testagem, observou-se que houve uma redução de descoberta tardia do diagnóstico. O diagnóstico tardio contribui para que internem com quadro avançado da doença e, portanto, ficando

com maiores riscos de desenvolverem limitações motoras, de linguagem, visão, entre outras. Segundo a UNAIDS, em 2021, 5,9 milhões desconheciam que estavam infectadas pelo HIV².

No acolhimento encontram-se diversas histórias sobre esse processo de descoberta do diagnóstico e início do acompanhamento, do que sabiam e da compreensão sobre o HIV/aids antes e depois da infecção. Importante ressaltar que nesse ambiente, há diferenças significantes entre os acolhidos e seus processos de vida, pois vão de pessoas com recente diagnóstico, a pessoas, às vezes, com mais de vinte anos vivendo com o vírus. Situações diversas também ocorrem na faixa etária dos acolhidos, que vai de uma mãe e seu bebê recém-nascido, que precisa passar pelos cuidados iniciais para não desenvolver o vírus da mãe, ou outros descobrindo o vírus já na velhice. Encontram-se pessoas vivenciando fases de sua vida como ingresso no mercado de trabalho, uma gravidez onde se detectou o HIV no pré-natal, ou as que precisaram se adaptar a perdas motoras, visuais, por conta de sequelas do adoecimento por doenças oportunistas da aids, além das diferenças nas orientações sexuais.

Uma situação identificada ainda com certa frequência é das pessoas que se inserem no tratamento e depois abandonam assim que melhoram seu estado de saúde. Retornam ou se veem obrigados a retornar logo que voltam a apresentar nova recaída em sua saúde. Essas várias interrupções e reinícios de tratamento podem levar a falência terapêutica. Aspectos emocionais conflituosas por vezes se fazem presentes nesse processo desde o início do tratamento e adoecimento pelo HIV, surgindo sentimento de revolta, tristeza, negação do diagnóstico, quadros estes que se refletem nos processos de cuidado em saúde.

Nesse aspecto, há um processo bem mais angustiante, quando essa perda da "saúde", não é vivenciado como um processo de luto, mas um processo melancólico, de esvaziamento de sentido de vida, do desejo por novos projetos e que muitas vezes levam mais tempo para efetivamente cumprir com os procedimentos de cuidados à saúde. Complicadores dessa vivência, quando são abandonados por seus parceiros amorosos e sofrem rejeição familiar e outras perdas significativas.

Nesse contexto, um material publicado pelo MS (2012), ilustra as percepções sobre o viver com o HIV e sofrimento psíquico:

Apesar de todo o conhecimento científico que se tem sobre a doença, além do acesso universal ao tratamento e dos benefícios sociais conquistados, as PVHA ainda sofrem preconceitos na família, nos grupos sociais e nos serviços assistenciais. Muitas se isolam em vista das dificuldades de iniciar novos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais, bem como compartilhar o diagnóstico positivo, com medo de serem rejeitadas. Aquelas que se encorajam na retomada dos seus projetos de vida não raro vivenciam conflitos e situações de constrangimento, vulnerabilidade e desrespeito aos seus direitos de cidadania. Todas essas situações e condições podem levar a sentimentos de baixa autoestima, falta de pertencimento e perda da identidade social e psicológica, desencadeadores de estados de sofrimento psíquico e transtorno mental ^{21:12}.

A atuação da psicologia no Acolhimento, neste contexto, volta-se no suporte emocional a essas pessoas, diante de todos esses impactos que possam estar sofrendo e com o objetivo que junto com a equipe de saúde favorecer a permanência do PVHIV no tratamento. A partir do enfoque da psicologia da saúde, trabalha-se na escuta aos sofrimentos e componentes psicoemocionais e comportamentais que possam estar interferindo no processo saúde-doença. Parte significativa dos atendimentos individualizados em psicologia acontece com pessoas em início de tratamento, sentindo-se fragilizadas e impactadas diante do recente diagnóstico. Sentimentos de medo da doença, decisões sobre o contar para familiares e parceiro (a), dúvidas sobre o tratamento, em geral, são as demandas mais predominantes. Estes atendimentos são pontuais, se direcionando a escuta e intervenções ao suporte e diminuição de quadros ansiógenos, além de avaliações para possível encaminhamentos para a rede de saúde mental.

Nessas escutas da psicologia sobre a descoberta do diagnóstico e início do tratamento, encontram-se falas desse percurso e das dificuldades enfrentadas, tanto no que diz respeito aos aspectos psicológicos, quanto aos sociais e de busca aos serviços de saúde. Para abarcar essa complexidade de problemáticas, voltados aos perfis epidemiológicos em HIV/aids, a psicologia da saúde passou a utilizar o conceito de vulnerabilidade, com o intuito de fornecer um viés alijado dos preconceitos associados nos primeiros estudos epidemiológicos. “O conceito de vulnerabilidade teve destaque no início da década de 1990 entre cientistas do campo da saúde que, na intersecção de vários campos do saber, buscavam estratégias para o enfrentamento da aids”^{22:10}.

Assim temos as vulnerabilidades sociais, psicológicas e as pragmáticas, esta última que vem identificar as dificuldades no acesso aos serviços e cuidados em saúde, principalmente no serviço público. Esse novo olhar para os estudos de HIV/aids, o conceito de vulnerabilidade, veio em substituição aos termos grupos de risco e comportamento de risco, termos esses que reforçaram os estigmas e preconceitos associados ao HIV/aids nos primeiros anos da epidemia.

Na questão da vulnerabilidade social, o perfil epidemiológico do HIV/aids sofreu mudanças significativas ao longo dos anos. Nos primórdios da epidemia no Brasil, os casos de infecções se apresentavam em áreas urbanas, grandes cidades, sendo predominantemente em brancos de classe média alta²³. Alterações desse perfil vem se apresentando ao longo dos anos, passando por diversos cenários, com o denominado o do feminização da epidemia ocorrido nos anos 2000, e entre outros perfis que foram temas de campanhas governamentais, como os jovens e idosos, e com a prevalência mais atual da pauperização, heterossexualização e interiorização da epidemia ^{24,25}.

Entre os PVHIV que frequentam a Unidade, uma parcela significativa está atuando na informalidade, vivendo de pequenos serviços, autônomos, residindo em colônias ou comunidades, sobrevivendo da pesca, agricultura ou recebendo benefício de prestação continuada (BPC). A baixa escolaridade é frequente, em sua maioria sem terminar o ensino fundamental, e ocorrendo também o analfabetismo. A não escolaridade implica na dificuldade de seguir e entender as orientações e prescrições médicas, descobrindo-se casos de uso indevido da terapia antirretroviral (TARV). Esses quadros relativos a essas condições sociais precárias afetam diretamente a manutenção da saúde, da alimentação à moradia digna, e falta de recursos até para compra de medicações para outros adoecimentos, pois nem todas as doenças oportunistas têm medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo SUS.

Para as pessoas que têm trabalho fixo ou estudos em seu município, o deslocamento para Belém também se torna fator determinante de desistência muitas vezes do tratamento, e consequente risco à saúde. Porém, mesmo com a ampliação para os municípios dos Serviços de Assistência Especializada HIV/Aids (SAE), serviço ambulatorial com equipe multiprofissional disponibilizado pelo SUS, muitos usuários preferem deslocar-se para a capital e realizar o tratamento em Belém, evitando que possam ser identificados em seu município como PVHIV. Há a preocupação da descoberta de seu diagnóstico, considerando-se que por vezes amigos e familiares são funcionários desses espaços de atendimento em saúde.

Em relação às vulnerabilidades individuais, apresenta-se as questões em saúde mental, desde pessoas que já realizam tratamento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como aquelas que pelo pouco suporte social que possuem, não conseguem ter uma continuidade de tratamento. No Acolhimento, nessas condições, a realidade se apresenta com situações familiares distanciadas, o que dificulta nos cuidados em saúde. O agravante da saúde mental associado a falta de rede de apoio e outros quadros de vulnerabilidade, como baixa escolaridade, em situação de rua, comorbidades como dependências químicas e/ou alcoolismo, tornam-se desafios no cuidar da saúde dessas pessoas.

Questões institucionais também estão presentes em um espaço de múltiplos atores e suas diversidades. Na convivência e relações que lá vão se desenvolvendo com a equipe técnica e demais acolhidos na Unidade, ocorrem invariavelmente conflitos a partir dessas interações, propiciados principalmente às dificuldades de compartilhamento do espaço, nos acordos de convivência grupal. Pela periodicidade ao longo dos anos de utilização da Unidade, favorece também, o desenvolvimento de uma certa vinculação afetiva, por vezes positivo, negativo ou ambivalentes em relação ao espaço, principalmente quando surgem dificuldades em relação as regras administrativas da Instituição, seguir horários, organização de pertences etc.

Nesse processo institucional o psicólogo vai desenvolvendo suas atividades entrelaçado com essas questões, e atuando junto a equipe técnica na condução dessas relações, com diálogos e reflexões que podem surgir nos comportamentos e eventos que vão surgindo. Das atividades enquanto corpo técnico, participa de alguns procedimentos, como a da entrevista de triagem. Esta entrevista tem como objetivo o levantamento dos dados pessoais, documentação, informações relevantes sobre seu início de tratamento, assim como algumas condições de saúde que necessitem de algum suporte especial, como acomodação em quarto térreo etc. Nessa entrevista, também são feitas orientações sobre o perfil da Unidade de Acolhimento, seu objetivo, o que é disponibilizado às pessoas ali acolhidas, orientações sobre o convívio grupal, e a manutenção de um contato rotineiro com a equipe atualizando sobre seus procedimentos de saúde. Quando a pessoa está com acompanhante, as mesmas orientações são repassadas. Os estudos de casos com a equipe multiprofissional são realizados nas situações que suscitam um maior alinhamento de condutas, intervenções e encaminhamentos para outras instituições com produção de relatórios e pareceres para Ministérios Público, Secretarias municipais, entre outros.

Um importante trabalho enquanto intervenção, atuando na facilitação de comunicação e reflexão, ocorrem nas atividades de grupo. Estas atividades acontecem no formato de rodas de conversa, com a participação da equipe técnica ou parte dela, desenvolvendo temáticas em educação em saúde ou outros próprios das vivências do PVHIV/aids, como a questão do preconceito e dificuldades decorrentes dessa experiência.

As atividades em grupo pode ser um fator de reconhecimento e troca de experiências, e que pode favorecer estratégias de enfrentamento. No Acolhimento, ao se encontrarem em contato com esse “outro”, que passa pelas mesmas coisas, sofre as mesmas experiências de tratamento, constrói-se em um novo olhar dessa questão em comum. Estudos apontam para o valor positivo dos grupos em PVHIV/aids “favorecer a construção de um sentimento de identidade, que funcione como um continente das angústias” ^{26:13}.

Entre os acolhidos, os relatos sobre a divulgação do diagnóstico para familiares próximos, contudo, ainda se encontram pessoas que preferem manter em segredo sua condição de PVHIV/aids, na certeza de que se o contarem passarão por situações de preconceito. Essas questões passam a ser relatadas nos contextos de grupos, deixando que cada um possa falar livremente de suas experiências. O movimento em geral nos grupos para os momentos de falas mobilizadoras, promovem nos próprios participantes atitudes de acolhida e sensibilização.

As questões ligadas à sexualidade são temáticas que se apresentam nas discussões de grupo e nos atendimentos individuais. Conflitos e angústias estão presentes, afetando aspectos da auto

aceitação e autoestima, e especialmente na questão da contaminação pelo vírus, e muitas vezes relatando o julgamento moral de pessoas próximas. Impregnado de preconceitos e culpabilização, do julgamento social, moral, cultural e religiosa, essas reflexões promovem que se fale desses temas tão complexos e singulares, mas que se mostram rico como troca de experiências.

Nessa questão, ainda que ações de divulgação pelos órgãos públicos, as vezes restritos às campanhas em períodos como carnaval ou no mês de dezembro, em decorrência do dia Mundial de Luta Contra Aids, em 1 de dezembro, para diminuir o desconhecimento da doença e formas de contaminação, reflete-se que há muitos casos de pessoas que se encontram com pouca percepção e conhecimento efetivo sobre o HIV e prevenção sobre outras infecções sexualmente transmissíveis, ainda que se tenha muitos informativos publicados e disponibilizados nas mídias.

Diante desse contexto tão diverso, os desafios são diários em um acolhimento, nas relações da equipe versos acolhidos, entre os acolhidos e entre as equipes. Produzem-se vários processos e barreiras que vão das relacionais às de comunicação. No HIV, mais do que em qualquer doença, e desde seu início, as temáticas de morte e sexualidade se encarnaram como um castigo à vivência de uma sexualidade excessiva ou fora da moral social. Neste contexto, a escuta e a desconstrução desses estigmas perpassam por uma abertura pessoal de reconhecimento de toda equipe às suas próprias vivências em relação a esses estigmas para efetivamente acolher com efetividade essa pessoa que procura a Unidade.

Em estudo com a parceria de várias instituições e organizações junto a UNAIDS, em 2019, realizado no Brasil, revelou que 64,1 % das pessoas pesquisadas que vivem com o HIV relataram que já sofreram alguma forma de estigma ou discriminação, como comentários discriminatórios vindo dos próprios familiares, além de situações de assédio verbal, perda de emprego e até agressão física²⁷.

Não se tem muitos trabalhos do profissional da psicologia em casas de apoio para PVHIV/aids, principalmente já mais recentemente, voltados a esses aspectos relacionais e nesse contexto geral. De acordo com os dados epidemiológicos apresentados, apesar de se ter avançado no tratamento medicamentoso, vemos casos ainda surgindo e crescente em uma população que já vem de toda uma dificuldade de acesso a saúde e outras vulnerabilidades. Todo esse quadro é desafiador na construção de um trabalho que venha a atender esse público. O papel da psicologia de interlocutor, mediador, escuta, promotor de acolhida, do respeito e de coibir práticas discriminatórias, vem junto a uma equipe multiprofissional trabalhando e aprendendo com os desafios e limitações estruturais de uma instituição pública e pelo amadurecimento do grupo em suas relações de trabalho.

Dessa experiência de atuação, na escuta diária dessas histórias, constata-se que os impactos deixados pelos primeiros tempos da infecção, que semearam um imaginário social carregado de medo

e culpa, mesmo hoje com avanço médico, permanecem até os dias atuais, e para muitos o estar infectado, é viver sob um medo da rejeição, é nunca mais esquecer que tem o vírus, ou seja, após mais de quatro décadas os estigmas associados permanecem ²⁸.

Considerações finais

O papel desempenhado pelas Casas de Apoio se configura como um espaço fundamental de suporte às PVHIV/aids, constituindo-se assim desde os primeiros tempos de HIV no Brasil, e até hoje, de favorecimento do cuidado em saúde, acesso a tratamento e a cidadania.

A UAT enquanto seu papel institucional, em uma região com diversas dificuldades sociais e geográficas, fortalece e proporciona, sua função social de uma garantia de acesso a esse cuidado, o direito à saúde, como a Constituição Federal de 1988 resguarda a todos os cidadãos brasileiros. Levando-se em consideração também os dados ainda não satisfatórios em relação aos dados epidemiológicos em alta no estado do Pará, com municípios em aumento de detecção de casos de HIV, que nos faz pensar em reforçar esforços para atuar frente a essa demanda.

Considera-se relevante que as questões direcionadas à ampliação de estudos no campo de trabalho das equipes multiprofissionais, e do psicólogo, fomentando discussões, capacitação e qualidade na atenção nos contextos diversos que no campo da saúde, das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e especificamente do HIV/aids, já que esta epidemia (HIV), ao longo desses já quarenta anos, propicia ainda inquietações e reflexões do comportamento humano.

O convívio com essas condições, das psicológicas às sociais, as quais os PVHIV chegam à Unidade, não torna fácil o trabalho dos profissionais dessa instituição, que tem como proposta principalmente o cuidado para que essa atenção e acolhida seja realizada a contribuir para a inserção do usuário, em seu tratamento e conseqüentemente, consiga manter sua saúde. A psicologia se insere em uma atuação de compromisso, ética e suporte às demandas dessas pessoas que procuram a Casa, reforçando assim o papel da psicologia na sociedade, a grupos em vulnerabilidade e sofrimento emocional, conjugando com sua história de luta pelos direitos humanos e contra qualquer ação de desrespeito e que venha a ferir a dignidade humana.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). O vírus da aids: 20 anos depois [internet]. Fiocruz; s/d. Disponível em: [O vírus da Aids, 20 anos depois: \(fiocruz.br\)](https://www.fiocruz.br/aids). Acesso em: 20/02/2023.
2. UNAIDS. Estatísticas globais sobre HIV (BR). [internet]. UNAIDS; s/d. Disponível em: <https://unaid.org.br>. Acesso em: 10/06/2023.

3. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2022 [internet]. Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 22/01/2023.
4. Galvão J, Parker R. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente a epidemia de HIV/AIDS. J Brasil. 1997;12:83.
5. Galvão J. 1980 - 2001 Uma cronologia da epidemia de HIV/aids no Brasil e no mundo. Políticas Publicas. 2002;2:10.
6. Souza W, Santos J, Oliveira M. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da aids no Brasil. Rev Eletr Gestao Saude. 2015;6(1):487. Disponível em: <https://periodicos.unb.br>. Acesso em: 15/05/2023.
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de DST/aids. Princípios e Diretrizes. [internet]. Ministério da Saúde; 1999. Disponível em: www.bvsmg.saude.gov.br. Acesso 15/03/2023.
8. Ministério da Saúde (BR). Tratamento de Aids/HIV. s/d. Disponível em: www.gov.br. Acesso em 20/02/2023.
9. Conselho Federal de Psicologia. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/AIDS; 2020 [internet]. Disponível em: www.cpf.org.br. Acesso em: 15/01/2023.
10. Rebeca F. Biografia: Brenda Lee [internet]. s/d. Disponível em: www.ebiografia.com. Acesso em: 12/06/2023.
11. Outros- Laboratório para Outros Urbanismos [internet]. Palácio das Princesas Brenda Lee. Disponível em: www.outrosurbanismos.fau.usp.br. Acesso em: 12/06/2023.
12. Ministério da Saúde (BR). Guia de Recomendações: Casas de Apoio. Ministério da Saúde; 1997 [internet]. Disponível em: [Guia de recomendações: casas de apoio em HIV/AIDS \(saude.gov.br\)](http://Guia%20de%20recomenda%C3%A7%C3%B5es:%20casas%20de%20apoio%20em%20HIV/AIDS%20(saude.gov.br)). Acesso em: 21/02/2023.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.555, 28 de outubro de 2011[internet]. Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20(saude.gov.br)). Acesso em: 12/02/2023.
14. Carvalho de JM, Monteiro CN, Dantas DR, Pantoja EC, Saldanha IM, et al. Perfil Epidemiológico dos Casos de Aids em Belém- PA [internet]. 2019. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/perfil-epidemiologico-dos-casos-de-aids-belem-pa> . Acesso em 12/05/2023.
15. Alves RF, Lima AGB, Souza FM, Ernesto MV, Silva RP. A saúde do homem na interface com a psicologia da saúde. Em: Alves RF, (Org). Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa [internet]. Campina Grande: EDUEPB; 2011. ISBN 978-85-7879-192-6. Disponível em: SciELO Books. Acesso em: 28/03/2023.
16. Soares FBP, Macedo JPS. Intersecções entre psicologia da saúde e saúde coletiva: uma revisão integrativa. Rev Psicol Saude. 2020;12(1),33-47. doi: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.741>. Acesso em: 20/05/2023.
17. Soares MVB, Forster AC, Santos MA. Avaliação das casas de apoio para portadores de HIV/aids do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2005;14(2):111-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000200007>. Acesso em: 12/06/2023.
18. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. [internet]. Brasília; 2013. Disponível em: https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf. Acesso em: 20/04/2023.
19. Barbara A, Reis VAS, Crepaldi MA. Contribuições das Representações Sociais ao Estudo da Aids. Interacao Psicol. 2005;9:331-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br>. Acesso em: 15/04/2023.
20. Leal NSB, Coelho AEL. Representações Sociais da AIDS para estudantes de Psicologia. Fractal Rev Psicol [internet]. 2016;28:9-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/918>. Acesso em: 12/03/2023.
21. Ministério da Saúde (BR). Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, DF; 2012 [internet]. Disponível em: <http://bvsmg.saude.gov.br>. Acesso em: 12/03/2023.

22. Garcia S, de Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2010 dezembro; 19:9-20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>. Acesso em: 20/04/2023.
23. Rachid M, Schechter M. *Manual de HIV/Aids*. 10ª edição. Thieme Revinter Publicações; 2017.
24. Aguiar TS, Fonseca MC, Santos MC, Nicoletti GP, Alcofarado DSG, et al. Perfil Epidemiológico do HIV aids no Brasil com base nos dados provenientes do DataSUS no ano 2021. *Resear Soc Developm*. 2022;11(3):1-16. Disponível em: <https://rsdjournal.org>. Acesso em: 01/07/2023.
25. de Brito AM, Castilho EA, de Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Tropical* [internet]. 2002;34(2):207-17. doi: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>. Acesso em: 01/05/2023.
26. Souza N, Vietta E. Benefícios de Interação Grupal entre os Portadores de HIV/Aids. *DST J Bras Doencas Sex Transm*. 2004;16(2)10-7.
27. UNAIDS. Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/aids Brasil. Postado 10/12/2019. Disponível em: <https://unaids.org.br>. Acesso em: 20/07/2023.
28. Muniz CG, Brito C. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia. *Saude Debate* [internet]. 2023;46(135):1093-106. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213510>. Acesso em 14/06/2023.

Como citar: Flexa JP. A atuação da Psicologia em uma Unidade de Acolhimento Temporário a pessoas vivendo com HIV e aids: um relato de experiência. *Rev Saude Redes*. 2023;9(3):4173. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9n3.4173

Submissão: 17/04/2023

Aceite: 14/08/2023