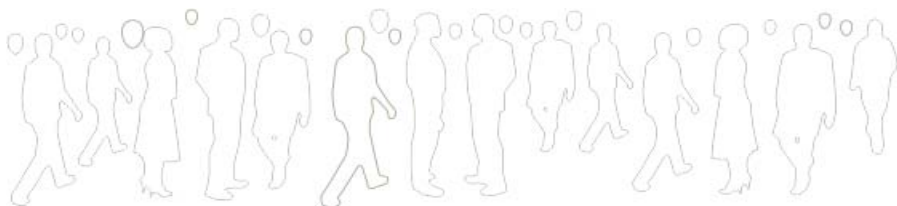


Práticas em Psicologia e Políticas Públicas

Nº . 1



Práticas Emergentes e Inovadoras de psicólogos(as) no campo das DST/aids



Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas (CREPOP)

Conselho Federal de Psicologia (CFP)

Brasília, 2009

Sumário

O uso do "Kit Revelação Diagnóstica" no trabalho com crianças e jovens portadores de HIV/aids

Eliana Galano

Pág. 6

O aconselhamento como acolhimento: a experiência da Associação Brasileira Interdisciplinar de aids (ABIA)

Marclei da Silva Guimarães

Pág. 29

Plenário responsável pela publicação
Conselho Federal de Psicologia - XIV Plenário
Gestão 2008 – 2010

Diretoria

Humberto Cota Verona
Presidente

Ana Maria Pereira Lopes
Vice-Presidente

Clara Goldman Ribemboim
Secretária

André Isnard Leonardi
Tesoureiro

Conselheiros efetivos

Elisa Zaneratto Rosa
Secretária Região Sudeste
Maria Christina Barbosa Veras
Secretária Região Nordeste
Deise Maria do Nascimento
Secretária Região Sul
Iolete Ribeiro da Silva
Secretária Região Norte
Alexandra Ayach Anache
Secretária Região Centro-Oeste

Conselheiros suplentes

Acácia Aparecida Angeli dos Santos
Andréa dos Santos Nascimento
Anice Holanda Nunes Maia
Aparecida Rosângela Silveira
Cynthia R. Corrêa Araújo Ciarallo
Henrique José Leal Ferreira Rodrigues
Jureuda Duarte Guerra
Marcos Ratinecas
Maria da Graça Marchina Gonçalves
Psicólogos convidados
Aluizio Lopes de Brito
Roseli Goffman
Maria Luiza Moura Oliveira

Psicólogos convidados

Aluizio Lopes de Brito
Roseli Goffman
Maria Luiza Moura Oliveira

Os textos podem ser reproduzidos livremente desde que seu conteúdo não seja alterado. Para publicações, a fonte deve ser citada.

Conselho Federal de Psicologia

SRTVN Q 702 Ed. Brasília Rádio Center sl. 4038^a
Cep:70719900 - Brasília/DF
Site: www.pol.org.br

Pesquisa: CEAPG/FGV
Coordenação técnica: CREPOP/CFP
Revisão: Ascom/ CFP
Diagramação e Projeto Gráfico: CI/ CFP

Práticas inovadoras / Conselho Federal de Psicologia (CFP) /
Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas (CREPOP) –
n.1 (2009). Brasília, CFP / CREPOP, 2009.

Periodicidade: quadrimestral

1. Psicologia 2. Políticas públicas I. Conselho Federal de
Psicologia

CDD 150

Práticas Emergentes e Inovadoras de psicólogos(as) no campo das DST/aids



A publicação Práticas em Psicologia e Políticas Públicas tem por objetivo dar visibilidade a ações desenvolvidas pelos psicólogos que tragam inovações para as práticas cotidianas.

O CREPOP apresenta, neste primeiro número, dois relatos de práticas emergentes e inovadoras no campo de DST/aids desenvolvidas por psicólogos e psicólogas.

O primeiro relato diz respeito a um trabalho voltado para crianças, adolescentes e suas famílias frente à necessidade de revelação do diagnóstico. É fruto das atividades de uma psicóloga, em conjunto com a equipe de saúde, no município de São Paulo.

O segundo é uma experiência relatada por um psicólogo,

em uma Organização Não Governamental na cidade do Rio de Janeiro, voltada para o aconselhamento em DST e aids.

A descrição das práticas dos psicólogos é produto da pesquisa realizada pelo Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas e Psicologia do Conselho Federal de Psicologia (CREPOP/CFP), em parceria com o Centro de Estudos em Administração Pública e Governo da Fundação Getúlio Vargas (CEAPG/FGV-SP).

O modo como se deu a escolha das experiências publicadas está descrito no documento intitulado [“A identificação das práticas emergentes e inovadoras”](#).

Os textos são de responsabilidade de seus autores, que autorizaram a publicação dos mesmos.

O uso do “Kit Revelação Diagnóstica” no trabalho com crianças e jovens portadores de HIV/aids

Autora: Eliana Galano¹

Revelar ou não o diagnóstico para uma criança com aids? Como revelá-lo? Por quem? Como fazê-lo? Essas são questões que não havia imaginado antes de iniciar meu trabalho no ambulatório de pediatria do Centro de Referência e Treinamento em DST/aids (CRT-SP). Como a maioria dos profissionais, também acreditava que omitir a verdade sobre a doença às crianças soropositivas seria uma forma de preservá-las de preocupações desnecessárias. Mas a prática cotidiana com esta população foi me dizendo o contrário: a criança deve saber a verdade sobre sua vida e sobre a sua doença, para poder cuidar de si e construir recursos para lidar com os desafios implicados em ter HIV/aids na sociedade atual.

¹ Psicóloga do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e colaboradora na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Autoria do Projeto: Eliana Galano; Orientadores: Dra. Daisy Maria Machado e Dr. Mário Alfredo de Marco.

Um dos primeiros casos que acompanhei de uma criança soropositiva, e que possibilitou que minha visão mudasse, foi quando realizei uma consulta de rotina com um menino de 14 anos que sabia ser portador do HIV. Ele tomava as medicações corretamente e era aderente ao tratamento. O garoto foi com o avô na consulta e quando perguntei o que queria ser quando crescesse, ele começou a chorar sem parar. Pedi ao avô que nos deixasse a sós e, nesse momento, o garoto confidenciou que será um cientista porque já havia descoberto a cura da aids. Contou também que ele sabia ser portador do HIV desde os 7 anos de idade porque, às escondidas, tentava precariamente ler as bulas do AZT e acabou fazendo associação com a informação dada pela televisão sobre a aids.

Ele sabia que não podia conversar sobre este assunto com ninguém, nem com os avós, pois existia um pacto de segredo sobre a doença na família. Relata que foram anos difíceis e de muita solidão e a maneira que encontrou para aliviar seu sofrimento foi inventando a Máquina de Cura da aids. Naquele momento, sentiu-se muito emocionado porque pela primeira vez em sua vida estava falando com alguém sobre suas descobertas.

Se, por um lado, esse foi um dos atendimentos mais difíceis e dolorosos até então vivenciados em minha experiência como terapeuta de crianças, por outro, não há dúvidas de que este criativo garoto nos ajudou a redimensionar a forma como conduzíamos equivocadamente o atendimento em aids pediátrica, em especial no que dizia respeito ao processo da revelação diagnóstica. A partir desse momento nos conscientizamos sobre a importância das crianças saberem a verdade sobre suas vidas.

O que acontece quando as crianças desconhecem sua condição sorológica? Diferentemente do que os adultos imaginam, elas sabem que existe um segredo, porque percebem que há algo diferente acontecendo em seus corpos e em seu cotidiano. Na realidade, mesmo as menores observam suas idas e vindas ao hospital, ouvem os adultos conversando e, conseqüentemente, pensam e imaginam muitas histórias. Sobra, para as crianças, uma solidão e um vazio, um espaço onde se criam muitas fantasias e medos.

Saber o diagnóstico é importante também para melhorar a adesão ao tratamento. Há momentos em que as crianças não querem mais tomar remédio e perguntam para as mães

até quando e por que tomam tantas medicações, diferentemente dos irmãos ou dos colegas da escola. Frequentemente, as mães respondem que elas têm um “probleminha no sangue”. Como esperar que a criança participe do tratamento ou se comprometa com algo da ordem do desconhecido? Temos identificado que esse quadro muda com a Revelação Diagnóstica, pois quando as crianças compreendem sua doença e a importância das medicações elas colaboram com o tratamento e começam a ter uma aderência melhor. A possibilidade de conversar sobre isso melhora muito.

Porém, não são todas as crianças que estão preparadas para receber o diagnóstico naquele momento. Algumas estão muito fragilizadas, outras não sabem guardar segredo. Guardar segredo é condição fundamental para a revelação diagnóstica, pois há muito preconceito na sociedade atual em torno das questões do HIV/aids e já tivemos situações em que crianças foram vítimas de preconceitos e expulsas de suas escolas por esta razão, entre outras vivências complicadoras.

Assim, fomos criando - em meio às conversas entrecortadas de um grupo de profissionais que compartilhava, no final do

dia, suas principais angústias e preocupações sobre esse tema - e a partir da prática - com as dicas que as crianças e os pais nos davam -, uma metodologia que facilitasse a revelação diagnóstica procurando responder às questões de como, por que, quando e por quem revelar o diagnóstico de uma criança com condição sorológica positiva para HIV².

A prática da revelação diagnóstica ainda mostra-se muito incipiente nos serviços que assistem a essas crianças e/ou jovens soropositivos para o HIV/aids. Por outro lado, as referências bibliográficas preconizam a importância de se conversar com essa população, mas não há estudos que consigam contemplar a diversidade de fatores que se encontram envolvidos nesse processo. Foi diante dessa realidade que nos sentimos impelidos na tarefa de pensar em critérios rigorosos para compreender, intervir e garantir a essas crianças jovens o acesso ao conhecimento sobre a verdade de suas histórias, com todas as nuances e singularidades, elemento essencial para constituírem-se enquanto sujeitos e para a superação de suas vivências

² Em função da necessidade de sistematizar e aprofundar os dados que fomos encontrando ao longo da nossa experiência, este trabalho foi desenvolvido como projeto de dissertação de mestrado na UNIFESP (SP), e concluído no mês de março de 2008. Nome: O Processo da Revelação Diagnóstica em crianças e jovens que vivem com o HIV/aids;

dolorosas. Assim, a estruturação de uma proposta que inclui a avaliação psicológica de cada uma das crianças e de suas famílias, a elaboração de um material psicopedagógico, que utiliza pressupostos teóricos de diferentes áreas de conhecimento, e o acompanhamento pós-revelação, que possibilita a esses pequenos pacientes a elaboração de uma nova condição que se impõe em suas vidas, parece-nos uma experiência que procura inovar a maneira de olharmos para a complexidade do tema, sem perder de vista a diversidade e riqueza do universo de cada uma dessas crianças e adolescentes.

Desse modo, elaboramos o **Kit Revelação Diagnóstica** e criamos a história que contamos para os pais/responsáveis e para as crianças sobre o que elas têm, bem como a metodologia que envolve o processo de revelação diagnóstica, que tem início no psicodiagnóstico, passa pela revelação e finaliza com um percurso de acompanhamento da criança até o momento de sua alta.

A metodologia que utilizamos no processo da Revelação do Diagnóstico é composta por três etapas: 1. Identificação de crianças e adolescentes/jovens com condição sorológica

positiva para o HIV; 2. Avaliação Psicológica, e 3. Encaminhamentos.

I. Identificação das crianças e jovens

A captação das crianças e/ou jovens é feita pelos profissionais da equipe que compõem o serviço de pediatria. São identificados os pacientes que ainda desconhecem sua condição sorológica para o HIV, bem como os familiares que se mostram resistentes para conversarem com seus filhos sobre sua enfermidade. Nesse sentido, é importante destacar que os cuidadores relutam em conversar com a criança sobre a doença e o tratamento da aids por ser uma doença impregnada de significados estigmatizantes.

II. Avaliação Psicológica

As crianças e/ou jovens, juntamente com seus responsáveis, são encaminhados para uma **Avaliação Psicológica** que objetiva um conhecimento mais detalhado acerca da dinâmica e estrutura de personalidade da criança,

incluindo aspectos que envolvem a investigação de suas condições psicológicas e intelectuais, recursos disponíveis para lidar com as dificuldades e apreciações prognósticas. Além disso, pretende-se avaliar o grau de conhecimento acerca da doença, bem como as fantasias e os medos suscitados pelo segredo sobre sua situação de soropositividade.

A Avaliação Psicológica ou o psicodiagnóstico possui seis etapas:

1. **Entrevistas semi-dirigidas com os responsáveis e/ou familiares**, que se orienta pelos pressupostos da técnica da entrevista semi-dirigida, utilizando-se de questões abertas e de um roteiro de anamnese, com perguntas específicas sobre o histórico da doença, desenvolvimento neuropsicomotor, gestação, parto, sono, alimentação, comportamentos apresentados, sexualidade, vida social e escolar. Além dos dados que contemplam a história pregressa e atual da criança, são investigados os recursos emocionais dos cuidadores para o enfrentamento da doença em todas as suas dimensões, quer seja biológica, psicológica e social.

Procura-se conhecer, ainda, os sentimentos, angústias, medos, crenças, entre outras preocupações relacionadas ao HIV/aids e as eventuais explicações que são dadas aos filhos mediante questionamentos e curiosidades. Por último, nossa atenção é focalizada nos comportamentos e reações dos familiares frente às situações adversas que envolvem os jovens soropositivos, especialmente no que diz respeito à revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV;

2. Sessões de **Observações Lúdicas Diagnósticas** para as crianças de até 10 anos, ou aquelas que ainda se mostrarem entusiasmadas para desenvolverem atividades com os brinquedos da caixa lúdica;
3. Aplicação dos testes gráficos, que inclui **HTP, Desenho Livre e Família**, com inquérito posterior;
4. Aplicação do teste projetivo **Teste das Fábulas**;
5. Estudo detalhado do material colhido para correlação e **Interpretação dos Resultados** obtidos através da

utilização dos diferentes instrumentos e técnicas utilizadas;

6. **Entrevista Devolutiva** com os pais e com as crianças, adolescentes e jovens para o fornecimento das informações obtidas durante a avaliação psicológica e **Encaminhamentos** a serem realizados.

Este processo se dá em atendimentos semanais com 50 minutos de duração, podendo acontecer de quatro a sete sessões. Outros testes psicológicos poderão ser utilizados segundo as características e peculiaridades da criança.

III. Encaminhamentos

De acordo com a interpretação dos resultados obtidos através da realização do psicodiagnóstico, a criança poderá ser encaminhada para a *Revelação diagnóstica completa, Revelação diagnóstica parcial ou Consultas terapêuticas para revelação diagnóstica.*

1. **Revelação diagnóstica completa:** Utilização do Kit revelação diagnóstica, composto por materiais cuidadosamente escolhidos, com brinquedos coloridos e atraentes às crianças. Nossa experiência

revela que os pequenos pacientes conseguem compreender com mais facilidade sua doença na medida em que visualizam através dos brinquedos os mecanismos de ação do HIV e a importância da medicação em seus corpos. Por outro lado, esse material tem possibilitado uma maior interação entre os profissionais e a criança de maneira que esse encontro, tão delicado, possa ocorrer de forma lúdica, atrativa e verdadeira. Durante o desenvolvimento do trabalho, nossa atenção focaliza-se especificamente na área que concerne às questões que envolvem a doença, possíveis hospitalizações e tratamento. Assim, nossas intervenções são orientadas para essa temática, objetivando a descoberta e o desenvolvimento de mecanismos internos para que a criança enfrente a realidade vivenciada, sem tantos prejuízos para seu desenvolvimento global.

2. Revelação diagnóstica parcial: Realiza-se o mesmo procedimento anterior, porém sem nomear a doença. São dadas informações apenas relacionadas ao mecanismo de ação do vírus e importância do

tratamento. Normalmente, essa conduta é tomada para aqueles pacientes que ainda não conseguem guardar segredos.

3. Consultas terapêuticas para revelação diagnóstica: Por diversas razões, algumas crianças e/ou jovens, apesar de possuírem indicação para a revelação do diagnóstico do HIV, necessitam de um preparo prévio para o conhecimento detalhado sobre sua doença. Assim, são realizados atendimentos psicológicos breves que visam o fortalecimento emocional e a descoberta de recursos internos criativos para o enfrentamento dessa nova realidade.

Breve descrição do kit Revelação Diagnóstica e seu uso:



O Kit Revelação Diagnóstica é composto por:

- Um boneco;
- Quatro soldadinhos que representam as células de defesa – Linfócitos T CD4+;
- Materiais que simulam os objetos utilizados pelo médico (estetoscópio, termômetro, injeção, bloco de receituário, entre outros);
- Bolinhas que se assemelham ao HIV;
- Microscópio de brinquedo;
- Seringa para injeção;
- Brinquedos para demonstração de diferentes doenças.

A **História** contada é a seguinte:

Começo assim: pego o boneco - que parece um menino e uma menina -, para facilitar a projeção. Digo que *essa é uma criança que tem o vírus do HIV, assim como você e todas as outras que vêm aqui nesse hospital... Esse vírus é muito pequenininho, tão pequenininho que a gente não consegue enxergar, é preciso um microscópio de verdade para que ele ficasse grande. Brincamos com o microscópio. Se ele pudesse ser visto ficaria mais ou menos assim... Bonitinho, né?* Mostro as bolinhas e continuo a conversa com a criança: *você sabe onde ele mora?* A criança fala: *na barriga, na cabeça, então, digo que o vírus mora no sangue e coloco o vírus no corpinho do boneco. Continuo: então, esta é uma criança com o vírus bem pequenininho, mas ele é muito safado. Existem algumas crianças que têm o vírus, outras não, mas todas as crianças têm soldadinhos dentro do seu corpinho. O exame da carga viral mostra a quantidade de vírus no organismo e o CD4 mostra as células de defesa e, por isso, algumas têm muitas defesas e outras menos. No começo, eu tinha três soldados e durante uma sessão a criança me perguntou: não é CD4, então por que só tem 3 soldadinhos? Daí eu comecei a pôr 4 soldadinhos. Então,*

falo que *esses soldadinhos defendem o organismo contra doenças* (apresento os soldadinhos). Eu pergunto para os pais que doenças as crianças conhecem ou já tiveram. Às vezes tem crianças que apresentam muita otite de repetição por causa do HIV, então digo que *estes objetos são as doenças: essa é a otite, a gripe, a pneumonia*. Mostro alguns objetos que representam as doenças e pergunto para a criança: *sabe o que esse vírus danado faz com os soldadinhos? Então, o HIV vai deixando esses soldadinhos bem fraquinhos* (desmonto todos os soldadinhos inteiros) e *vão ficando tão fraquinhos que chegam a desmaiar* (não falo que matam os soldadinhos). *Sem soldadinhos para defender o corpo da criança, as doenças fazem a festa e a criança fica doente... E sabe como devemos fazer para arrumar essa bagunça que o vírus fez no corpinho da criança?* Daí eu mostro o médico, o termômetro, e digo: *Tomar remédios... Os remédios assustam os vírus, eles saem correndo e acabam morrendo de medo... Os remédios também acordam os soldadinhos desmaiados e deixam eles bem fortes de novo, mas como eles são danados, se a criança parar de tomar, eles voltam, por isso é importante tomar todos os dias, no horário certinho. Esse remédio é bom, mata muitos, mas sempre fica um ou outro* (eu deixo um escondidinho e mostro

nesta hora), até os cientistas acharem um remédio que mata este aqui também, esse danado que ficou escondido... Então você tem que deixar seus soldadinhos fortes comendo bem, dormindo, brincando bastante e ficando feliz para quando chegar o dia em que eles vão achar a cura.

Eu conto esta história diversas vezes, considerando os processos de elaboração de cada criança, e vou marcando os retornos. O paciente brinca com o kit, proponho a inversão de papéis, ele é o médico e eu sou a mãe com o filho. Este é um momento muito especial porque, além de explorar os conhecimentos apreendidos pela criança, também conseguimos identificar possíveis confusões. Essa é uma forma de saber o que elas entenderam e como estão, até que posso espaçar as sessões, mas sempre me colocando à disposição para qualquer problema.

IV. O acompanhamento pós-revelação

Para a criança, a compreensão acerca dos mecanismos de ação da infecção pelo HIV é contínua, paulatina e, por vezes, contrastante. Portanto, seu entendimento também ocorre de forma lenta e gradual. Entretanto, acompanhar somente como o paciente foi assimilando as informações que lhe foram transmitidas não é o suficiente. Também

merece atenção analisar o impacto emocional vivenciado pela criança após saberem-se portadoras de uma doença grave e incurável, procurando identificar se o esclarecimento do diagnóstico trouxe benefícios ou modificações em seu comportamento. Tal qual os adultos, esses jovens necessitam de tempo e espaço para expressarem seus sentimentos e elaborarem essa nova realidade que se impõe.

Como procedimento, são propostos atendimentos semanais ou quinzenais posteriores ao momento da revelação diagnóstica, com cinquenta minutos de duração e limite de tempo estabelecido de aproximadamente seis meses, com continuidade do processo, se acaso avaliarmos a necessidade de acordo com a particularidade do caso. Nessas consultas, além de empregarmos o Kit revelação, utilizamos outros instrumentos para intervenção e interação com a criança, como jogos, brinquedos e materiais gráficos. A técnica de dramatização também tem sido um recurso que nos permite explorar os conhecimentos apreendidos pelos pacientes. As crianças são convidadas para representarem o papel do profissional, de forma a fornecer as explicações sobre a doença e tratamento, tal qual

realizado anteriormente. Este é um momento muito especial porque, além de identificarmos possíveis confusões, podemos observar que elas mergulham na brincadeira com entusiasmo e incorporam com seriedade a atividade sugerida. Paralelamente, são realizadas entrevistas junto aos familiares com objetivo de esclarecer suas dúvidas, acolher preocupações e orientá-los quanto aos prováveis questionamentos e sentimentos desencadeados na criança a partir do conhecimento de sua enfermidade e tratamento.

V. O processo de revelação na equipe multiprofissional

O profissional que se encontra diretamente implicado na condução do trabalho e que integra as etapas descritas acima é o psicólogo. No entanto, como esse tema é discutido amplamente nas reuniões de equipe, todas as pessoas que compõem o Ambulatório de Pediatria (médicos, assistente social, enfermeiros e técnicos de enfermagem) estão envolvidas, mesmo que de forma indireta, no processo da criança. Assim, após a revelação diagnóstica, tais profissionais são orientados para atentar e esclarecer possíveis dúvidas e angústias que o paciente possa vir a apresentar nos diversos contextos do ambiente

hospitalar. Nesse sentido, os cuidadores deverão estimulá-las para que verbalizem com espontaneidade sobre sua doença, tratamento ou quaisquer procedimentos aos quais são rotineiramente submetidos. Obviamente, este tipo de intervenção ainda ocorre de maneira lenta e gradual, pois requer uma mudança no padrão comportamental de todos aqueles que, ao longo de tantos anos, silenciaram em torno do HIV.

O público-alvo principal, além das crianças, adolescentes e jovens, são os cuidadores e os responsáveis por eles. Também trabalhamos com profissionais que atuam na área da aids pediátrica e, eventualmente, com crianças e jovens que não são soropositivos, mas que convivem com pais e/ou familiares portadores do vírus do HIV.

Conquistas, desafios e resultados

A principal conquista observada diz respeito ao bem-estar e à melhora da qualidade de vida das crianças, jovens e seus familiares. Nesse sentido, os pacientes que sabem sobre sua condição sorológica sentem-se menos solitários, confiam nas pessoas à sua volta, participam e colaboram

com o tratamento e intervenções que são realizadas. Além disso, podemos constatar, no cotidiano do nosso trabalho, que a maioria das crianças apresentou mudança significativa de seu estado emocional, com diminuição dos sintomas que estavam relacionados ao segredo do diagnóstico (quadro de fobia, depressão, nervosismo, sentimentos de tristeza, rebeldia, entre outros). A experiência também tem demonstrado que, após o conhecimento da doença, os pais sentem-se aliviados e satisfeitos e os profissionais ficam mais à vontade, durante as consultas, para conversarem abertamente com os pequenos pacientes sobre os exames, medicações e outros procedimentos que são necessários para o seu acompanhamento clínico e tratamento. Destacamos a adesão ao tratamento como o aspecto mais marcante em nossas observações, pois as crianças deixam de apresentar queixas durante a tomada das medicações.

A maior dificuldade encontrada foi na elaboração do próprio projeto, na medida em que são escassas as referências bibliográficas que contemplam a complexidade de questões técnicas e teóricas envolvidas nessa temática.

No que diz respeito à condução do processo, muitos cuidadores não possuem a disponibilidade desejada para trazerem suas crianças às consultas para o trabalho de acompanhamento. Entretanto, temos feito o possível para garantir um atendimento com qualidade considerando as condições e particularidades de cada uma das famílias.

Até o presente momento, a atuação do psicólogo parece-nos fundamental para a realização do trabalho dentro da perspectiva proposta. Tendo em vista que, em nível nacional, ainda existam serviços e setores que carecem de profissionais com essa especialidade, nosso próximo desafio será ampliar o conhecimento sobre as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de crianças e jovens portadores de HIV visando construir estratégias que sejam factíveis e adequadas aos recursos humanos disponíveis de cada unidade.

Entendemos também que este trabalho é um processo inacabado e que deve ser modificado e enriquecido com novas contribuições e experiências de todos aqueles que se encontram envolvidos, direta ou indiretamente, com as crianças e/ou jovens que vivem com o HIV/aids.

Referências

1. ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança - teoria e técnica*. 3. ed. Traduzido por Campos ALL. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p.81-135.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics*. 1999. 103:164-66.
3. ARFOUILLOUX, JC. *A Entrevista com a criança - a abordagem da criança através do diálogo, do brinquedo e do desenho*. 3. ed. Traduzido por Ribeiro ALT. Rio de Janeiro: Zahar; 1983. p.93-127; p.154-72.
4. ARZENO, MEG. *Psicodiagnóstico clínico - novas contribuições*. Traduzido por Neves BA. Porto Alegre: Artmed Editora; 1995. p.5-12;p178-202.
5. BLEGER, J. *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. 2. ed. Traduzido por Moraes RMM de. São Paulo: Martins Fontes; 1985. p.7-41.
6. BUCK, JN. *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de*

interpretação. Traduzido por Tardivo RC. São Paulo: Vetor; 2003. p.1-141.

7. CUNHA, JA, Nunes, MLT. *Teste das fábulas: forma verbal e pictórica*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia; 1993. p.17-202.
8. ENHANCING CARE INITIATIVE/BRAZIL - ECI/BR. *Vulnerabilidade e cuidado: a atenção psicossocial na assistência à saúde de adolescentes vivendo com hiv/aids*. 2003. Disponível em: www.eci.harvard.edu. Data do acesso: julho de 2007.
9. OCAMPO, MLS, Arzeno MEG, Piccolo EG de et al. *O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 2. tiragem. Traduzido por Felzenszwalb M. São Paulo: Martins Fontes; 2003. p.3-117; p.205-473.
10. SONTAG, S. *Aids e suas metáforas*. Traduzido por Britto PH. New York: Companhia das Letras; 1989. p.9-111.

Equipe:

Psc. Eliana Galano. Psicóloga do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e colaboradora na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Dr^a Daisy Maria Machado. Pediatra Infectologista do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Dr. Mário Alfredo de Marco. Médico Psiquiatra da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Dr^a Regina Célia Succi. Diretora do Ceadipe – Centro de Atendimento da Disciplina de Infectologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Dr^a Mariliza Henrique da Silva. Diretora do Hospital-Dia do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids

O aconselhamento como acolhimento: a experiência da ABIA³

Autor: Marclei da Silva Guimarães⁴

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções⁵.

Concebemos o aconselhamento como uma forma peculiar de prestar ajuda e o definimos como um processo de diálogo e interação, dinâmico e confidencial entre o aconselhador e a pessoa atendida. Pensamos o aconselhamento como uma prática especial de estabelecer contato humano, empático e de confiança mútua, orientada

³ Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA). www.abiaids.org.br

⁴ Psicólogo. Assistente de projetos da ABIA. marclei@abiaids.org.br

⁵ Acolhimento como avaliação e classificação de risco. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

para oferecer suporte emocional, informação e educação sobre cuidados em saúde. Este processo deve ser flexível e se adaptar às necessidades de cada um. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o aconselhamento como uma das técnicas mais adequadas para responder à problemática do HIV/aids.⁶

A prática do aconselhamento é realizada pela ABIA desde sua fundação em 1986. Como somos uma Organização Não-Governamental que atua na área do HIV/aids, sempre fomos procurados como lugar de orientação e de esclarecimentos de dúvidas relacionadas à prevenção e ao tratamento do HIV/aids. Há cerca de nove anos, desde 1999, a prática de aconselhamento vem sendo sistematizada. Atualmente, focamos a atenção para o desenvolvimento de habilidades profissionais e pessoais dos aconselhadores e criamos um espaço específico mais adequado para a prática do acolhimento.

A ABIA é referenciada para prover orientação, apoio e acolhimento, tanto por profissionais de saúde quanto por PVHA (pessoas vivendo com HIV/aids). Outro caminho de

⁶ Consejería em ITS y VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2004.

chegada das pessoas até nós é via pesquisas na internet, na lista telefônica ou por meio de materiais informativos veiculados em palestras, eventos etc.

Nosso objetivo geral é oferecer apoio, ajuda e orientação, segundo a demanda de cada pessoa. Temos como meta esclarecer dúvidas, além de incentivar o empoderamento, através da conscientização dos direitos e deveres de cada pessoa, fortalecendo sua auto-estima. Também é nosso objetivo a troca de informações e de experiências sobre o viver com HIV/aids.

A equipe da ABIA está preparada para oferecer informações básicas e orientações relacionadas ao HIV/aids (prevenção e tratamento), mas existem três pessoas envolvidas diretamente no processo de aconselhamento. O acolhimento é feito apenas por uma delas, porém, quando necessário, é oferecido o aconselhamento conjunto (com mais de um aconselhador). Além disso, quando um faz um primeiro aconselhamento, oferece a possibilidade de marcar um segundo encontro com outro aconselhador por entendermos que o contato da pessoa com diferentes saberes, experiências ou mesmo posturas possa lhe ser

mais proveitoso. A marcação funciona dentro do horário comercial da Instituição entre 10h00 e 17h00, de segunda a sexta-feira.

Muitas pessoas que procuram aconselhamento na ABIA já vivem com HIV/aids. Nosso público *para Aconselhamento (acolhimento) pessoal* é de pessoas recém diagnosticadas ou em início de relacionamentos sorodiscordantes (quando um tem e o outro não tem o HIV). São também homens homossexuais ou bissexuais e, em menor número, homens e mulheres heterossexuais.

De modo geral, o aconselhamento por telefone é feito para homens e mulheres com dúvidas sobre riscos de infecções pelo HIV ocorridos nas relações sexuais, sobre o teste anti-HIV, entre outras. Os trabalhos de acolhimento, aconselhamento, apoio e de orientação realizados na ABIA buscam perceber e comunicar às pessoas com HIV os seus lados positivos e afirmativos, suas forças e os seus recursos para lidar com as situações adversas. É necessário entender a situação da pessoa que é acolhida, seus sentimentos, preocupações,

recursos pessoais, habilidades, tentando-se responder às demandas, estimulando constantemente o diálogo.

A demanda é espontânea e o acolhimento / aconselhamento é realizado por pessoas formadas em diferentes áreas do saber (medicina, psicologia e ciências sociais) e que podem ou não estar vivendo com o HIV/aids. Isso – o aconselhador também sendo HIV+ – permite utilizar várias técnicas no aconselhamento como, por exemplo, a comunicação de pares.

Oferecemos orientação provendo informações sobre direitos e deveres, prevenção e tratamento de DSTs / aids, locais de apoio e de atendimento em saúde, formas de se compreender e viver a soropositividade para o HIV e outras condições associadas ou não à infecção, tais como homossexualidade, bissexualidade, DSTs, relações familiares e sociais. Buscamos, assim, combater estigmas, preconceitos e vulnerabilidades para as infecções sexualmente transmissíveis e para as infecções oportunistas (doenças decorrentes do sistema imunológico afetado pelo HIV).

As informações são oferecidas à medida que são solicitadas ou detectadas, pelo aconselhador, como necessárias para o

desenvolvimento do diálogo. As demandas giram, geralmente, em torno de questões específicas de direitos, como benefícios (cesta básica, transporte gratuito), acesso aos serviços de saúde (testagem anti-HIV, medicamentos, exames, consultas médicas e psicológicas, internações), efeitos terapêuticos e colaterais dos tratamentos médicos, aposentadoria, acesso a trabalho, entre outras.

Partimos da necessidade de compreender a situação da pessoa, qual demanda, sentimentos, preocupações, habilidades pessoais e necessidades que a levaram à procura do aconselhamento e, especificamente, a ONG. Assim, nosso acolhimento (apoio, ajuda, aceitação incondicional, por exemplo, entre outros componentes desta postura) coloca o apoio emocional, empático e solidário como valor hierarquicamente superior ao apoio educativo (troca de informações sobre transmissão, prevenção e tratamento de DST/aids) e à avaliação de riscos (reflexão da pessoa sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de riscos).

Apoio emocional, apoio educativo e avaliação de riscos é o tripé em que se baseia o aconselhamento nos CTAs (Centros de Testagem e Aconselhamento) do País. Não

queremos dizer que não provemos nem discutimos informações sobre riscos e prevenção. Reiteramos que nosso objetivo maior é o apoio emocional (acolhimento) e o provimento de informação sobre direitos e outros temas de interesse da pessoa. Dentro desse objetivo maior, colocamos a idéia de empoderamento da pessoa e o combate de estigmas e preconceitos.

Para tentar deixar mais explícita a diferença entre o aconselhamento da ONG e o de outros espaços da saúde pública, podemos dizer, por exemplo, que nunca nos interessamos sobre “a forma que a pessoa pegou o HIV”. Essa é uma pergunta que nunca fazemos e só temos ciência da via de infecção / transmissão quando a própria pessoa nos diz espontaneamente. Neste exemplo, entendemos que há uma diferença básica entre as duas formas de aconselhamento: não temos a preocupação de registrar a forma de infecção nem tampouco temos a postura de incitar a pessoa a fazer o que é “moralmente correto”, pois colocamos como valor máximo a liberdade individual de escolha em que a pessoa deve ter o poder de decidir – depois de dialogar ou não com profissionais – como viver diante dos desafios, conflitos, sentimentos e

pensamentos que o HIV e a aids suscitam nelas e em todos nós.

Até perguntamos se a pessoa sabe quando se infectou para sabermos quanto tempo ela tem de soropositividade, mas com quem e onde são questionamentos descartáveis.

Assim, oferecemos informação com ênfase no que foi solicitado pela pessoa e tentamos explicitar outras que se coloquem como necessárias no momento do aconselhamento, levando em consideração aquilo que julgamos que a pessoa é capaz de lidar em cada momento. Temos o cuidado de respeitar os limites pessoais e não sobrecarregar as pessoas com muitas informações, pois isto poderia aumentar a ansiedade e angústia existente em relação a viver e conviver com o HIV/aids.

Há um ponto importante a ser enfatizado: as práticas psicológicas de apoio a pessoas vivendo com HIV/aids não devem psicologizar nem psicopatologizar os comportamentos, pensamentos e ações das pessoas atendidas. Ou seja, muitas vezes, uma PVHA, especialmente a recém-diagnosticada, não precisa de psicoterapia ou uma consulta com psicólogo, mas, sim, de informações que podem ser providas por quaisquer

profissionais da equipe de saúde. Porém, quando percebemos que a pessoa está com dificuldades mais sérias e que precisa de ajuda especializada, indicamos tratamentos psicológicos, grupos de apoio, tratamentos médicos etc.

A principal conquista da ABIA na área do aconselhamento é o reconhecimento das próprias pessoas sobre a ajuda oferecida, o que se traduz, algumas vezes, em telefonemas ou comparecimentos de retorno. Consideramos, em alguns casos, que, mesmo um não retorno, pode ser motivado por um bom acolhimento, capaz de satisfazer muitas, ou as principais e desejadas, demandas das pessoas. Além disso, nosso trabalho propicia e estimula a criação e fortalecimento de relações interinstitucionais com profissionais de saúde, principalmente com profissionais de saúde ou mesmo com gestores públicos de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Outra conquista é o fato de o aconselhamento acontecer e se firmar dentro do espaço da ONG que tradicionalmente tem uma ação mais política. Isso se deve à necessidade de satisfazer a uma demanda real da população por aconselhamento em DST/HIV/aids.

No Rio de Janeiro, existe uma demanda reprimida em relação ao acolhimento da PVHA, o que dificulta o acesso a tal ação de saúde. Além disso, os sucessos das respostas do Brasil à epidemia de aids e de nosso aconselhamento, além da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids, dependem do efetivo acesso a práticas, consultas e a outros procedimentos de saúde. Uma grande dificuldade é a conquista de uma rápida e efetiva inserção da pessoa com HIV/aids em espaços públicos para a prevenção e tratamento de saúde.

Outro desafio é a avaliação e o monitoramento da prática do aconselhamento, com a necessidade de se estabelecer critérios de satisfação da pessoa acolhida, além de critérios institucionais para monitorar seu sucesso em longo prazo, além de incluir a prática de supervisão para os aconselhadores.

O processo de transformação frente ao viver com HIV/aids não depende apenas do acolhimento, apoio e orientação, mas também do acesso a serviços e a condições básicas de vida. Assim, o sucesso do aconselhamento depende também da pessoa orientada e informada conseguir acessar os serviços referenciados, o que muitas vezes não

é possível por diversos fatores, entre eles, a falta de vagas, insuficiência de informações (não é repassado o telefone nem o endereço do lugar), fora o grande problema da pessoa não ter dinheiro para o transporte.

Um desafio constante é saber manter os limites do aconselhamento e reservá-lo como um espaço de orientação, apoio e de informação sobre temas específicos relacionados, neste caso, às DSTs, ao HIV e à aids.

Estabelecer rede de contatos que permitam um acompanhamento multidisciplinar da PVHA como, por exemplo, com serviços de psicologia e de psiquiatria, também se torna um desafio. Há pouquíssimos serviços públicos de psiquiatria na cidade.

A prática do acolhimento, da orientação e de apoio é condizente com a missão da ONG (dar respostas solidárias da sociedade civil brasileira contra a epidemia, a defesa da cidadania, dos direitos à vida e à saúde como direitos humanos fundamentais, democratização de conhecimentos e informações sobre prevenção e tratamento do HIV/aids, apoio a PVHA, combate à exclusão e à discriminação social, desenvolvimento de atividades científicas e sociais sobre prevenção e tratamento de aids). Além de ser uma

prática em conformidade com propostas de ações de projetos financiados por capital externo.

Não há relação da ação de acolhimento com financiamentos do governo municipal, estadual ou federal. A relação estabelecida é com profissionais de saúde atuantes tanto na esfera pública quanto privada em forma de troca de experiências em seminários e em outras situações.