

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA
NO CENTRO DE ACONSELHAMENTO E
DETEÇÃO PRECOCE DO VIH/SIDA
DE BRAGA**

Marta Soares

outubro, 2013

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Inês Nascimento***
(F.P.C.E.U.P.)

Marta Alexandra Marques de Almeida Soares Presidente:
Doutora Margarida Isabel Rangel Santos Henriques
Arguente: Doutora Marina Natália Romeira Prista Guerra
Orientadora: Doutora Inês Maria Guimarães Nascimento
Classificação: 12 valores

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Inês Nascimento, por ter respondido ao meu apelo, pela simpatia e interesse com que abraçou este projeto e por ter estado sempre por perto quando necessário.

Também devo uma palavra de agradecimento ao Dr. Luís Pimentel, Psicólogo Clínico e coordenador do CAD do Porto, pelo material logístico e legal que me facultou.

Por último, mas não menos importante, agradeço ao meu amigo Luís Maçarico, antropólogo e poeta, por não me ter deixado desistir, numa altura tão difícil e delicada, durante a elaboração deste trabalho.

Sem, contudo, esquecer os meus pais, pelo apoio incondicional, e a minha irmã, que espero que encontre o seu caminho.

Resumo

O presente trabalho inicia-se com a apresentação de dados sobre a situação epidémica do VIH em Portugal, prosseguindo com a caracterização da população no Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce (CAD) de Braga. No seguimento desse capítulo, apresenta-se, de forma breve, a história do CAD de Braga, continuando com uma breve descrição da intervenção psicológica aí efetuada, onde se expõem os tópicos do atual modelo, seguidos das propostas de alargamento desse modelo à comunidade, através da promoção das redes sociais de apoio e consultoria-formação, terminando com uma breve conclusão.

Abstract

This work begins with the presentation of information on the epidemic situation of HIV infection in Portugal, and the characterization of the population of Center for Counseling and Early Detection (CAD) of Braga. Following this chapter, is presented a brief history of CAD of Braga continuing with a brief description of the psychological intervention applied in that Service, in which the current model of intervention is presented, followed by proposals to extend this model to the community through the promotion of social support networks and consultation-formation, finishing with a brief conclusion.

Resumen

Este trabajo comienza con la presentación de datos sobre la situación de la epidemia del VIH en Portugal, continuando con la caracterización de la población en el Centro de Consejería y Detección Temprana (CAD) de Braga. Después de este capítulo, se presenta brevemente la historia de CAD de Braga, continuando con una breve descripción de la intervención psicológica realizada allí, que expone los temas del modelo actual, seguido de propuestas para extender este modelo a la comunidad, mediante la promoción de redes sociales de apoyo y consultoría-formación, que termina con una breve conclusión.

Índice

1. Introdução	1
2. Epidemia do VIH/SIDA em Portugal	3
3. Caraterização da população do CAD de Braga	5
4. Breve história do CAD de Braga	14
5. Intervenção psicológica no CAD de Braga	18
6. Propostas de intervenção psicológica no CAD de Braga	27
7. Conclusões	45
8. Bibliografia	47

Abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/SIDA

CNIVS – Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA

CDLCS – Comissão Distrital de Luta Contra a Sida

CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a Sida

DGS – Direção Geral de Saúde

INSA – Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONUSIDA – Organização das Nações Unidas sobre VIH/SIDA

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SRS – Sub-Região de Saúde

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Introdução

Para a elaboração da presente explanação desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica, com particular ênfase nas questões suscitadas pela psicologia da saúde, destacando-se os trabalhos de Isabel Menezes (2010) e de Marina Guerra e Lúcia Lima (2009) que trouxeram contributos para o estudo da intervenção psicológica na infeção pelo VIH, apresentando novos olhares, pelas intervenções psicológicas comunitária e em grupos. Na recolha e seleção bibliográfica realizada, privilegiando, por opção, à literatura científica nacional, procuraram-se, essencialmente, obras marcantes de autores portugueses, realçando-se alguns investigadores do norte do país, pela proximidade com a problemática apresentada.

O acesso às inúmeras abordagens, constantes do repositório das diferentes universidades, engrandeceu de sobremaneira o suporte bibliográfico desta dissertação, bem como a pesquisa desenvolvida nas fontes, resultante dos contactos com os utentes do Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/SIDA (CAD) de Braga (aconselhamento e entrevista estruturada) e consulta de livros de referência, sob a orientação da Professora Doutora Inês Nascimento.

O presente relatório não pretende apresentar falhas no CAD de Braga, nem pretende escamoteá-las; limita-se a apresentar os factos e o seu impacto nos profissionais de saúde e na qualidade da resposta prestada aos utentes, uma vez que “o empoderamento das pessoas não se faz sem o empoderamento dos profissionais que com elas interagem” (Menezes, 2010, p. 87). Pelo contrário, pretende apresentar um contributo, ainda que modesto, para fortalecer a prática dos seus profissionais, face à prevenção da infeção pelo VIH/SIDA, acompanhando-se de uma discussão científica acerca do que se poderá fazer na comunidade, não obstante a literatura ser “escassa em modelos concretos de viável aplicação a situações no contexto de saúde” (Guerra & Lima, 2009, p. 17).

Com este trabalho, que tem como principal matéria prima a experiência técnico-científica da autora, procura-se responder a algumas questões, tendentes a melhorar o funcionamento do CAD de Braga, designadamente:

1- Poderá a experiência, decorrida da primeira década de funcionamento do CAD de Braga, favorecer a produção de conhecimento sobre a intervenção psicológica na infeção pelo VIH/SIDA?

2- Poderá o conhecimento adquirido, ao longo da primeira década de funcionamento do CAD de Braga, favorecer as futuras intervenções psicológicas na infeção pelo VIH/SIDA?

3- Que tipo de problemas/necessidades são comuns aos utentes do CAD de Braga e que medidas poderão ser tomadas para os resolver?

Espera-se, ao longo das próximas páginas, conseguir esboçar algumas respostas em torno destas questões num esforço de reflexividade que se deseja consequente quanto à forma de, futuramente, pensar e intervir na problemática da prevenção da infeção pelo HIV/SIDA.

Partindo da apresentação da situação epidémica do VIH em Portugal, seguir-se-á um capítulo específico para a caracterização da população do CAD de Braga (global e diagnosticada como seropositiva), ao longo de dez anos (2003-2012), e levantamento de necessidades comuns aos utentes.

No capítulo seguinte, apresenta-se, de forma sucinta, a história do CAD de Braga, pretendendo-se, com a sua exposição, realçar as principais necessidades em termos de organização institucional e funcional. Segue-se outro capítulo onde se apresentam as atuais diretrizes de intervenção psicológica no CAD de Braga, definidas pela Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA (CNIVS) - no que se refere ao tipo de atuação esperada do psicólogo tanto no aconselhamento pré-teste, como no aconselhamento pós-teste, como ainda nas situações de diagnóstico positivo - às quais se seguem algumas notas sobre as limitações que, do ponto de vista da autora, são identificáveis neste modelo de intervenção e que o impedem, quer de se aproximar mais do referencial de Trindade e Teixeira (2007) no que respeita a uma visão mais ampla dos processos de aconselhamento psicológico, quer de produzir outro tipo de impacto no que se refere à capacitação da comunidade.

Termina-se com um capítulo onde se apresentam as propostas de alargamento dessa intervenção para uma intervenção psicológica comunitária, centrada no trabalho de promoção das redes sociais de apoio e na consultoria-formação. Estas intervenções podem ser implementadas, tanto a nível primário, como secundário, e utilizam metodologias que se destinam a aumentar o suporte social e a reduzir o stresse social dos utentes.

2. Situação epidémica do VIH/SIDA em Portugal¹

O primeiro caso de infeção pelo VIH/SIDA diagnosticado num cidadão português foi em 1983, mas só a partir de 1985 é que o sistema de vigilância deu início às notificações, tendo sido notificados, desde essa altura até 31 de dezembro de 2012, um total acumulado de 42 580 casos, em algum dos três estágios da infeção: assintomáticos, sintomáticos não-sida e casos de sida.

Sensivelmente a partir de 2002 tem-se vindo a verificar um decréscimo no número de novos casos de infeção pelo VIH, contrariando a tendência que se vinha a verificar anteriormente, tendo-se registado, em 2012, um total de 1 707 de novos casos, inferior aos 2 462 de novos casos, registados em 2002. Curiosamente foi também em 2002 que ocorreu a abertura dos primeiros CAD do país, data a partir da qual todos os outros foram sendo abertos, encontrando-se, atualmente, 16 em funcionamento: Açores, Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Porto, Santarém Setúbal, Viana do Castelo, Viseu.

Na distribuição dos casos de infeção pelo VIH/sida por género, constata-se que 73.4% correspondem ao sexo masculino, 26.6% ao sexo feminino (em 13 casos, esta informação quanto ao sexo é omissa).

Quanto ao grupo etário, nos casos em que a idade é conhecida (n=42 291), verifica-se que 64% corresponde ao grupo etário entre os 20 e 39 anos (sendo mais elevado no grupo etário dos 30 aos 39 anos do que no grupo etário dos 20 aos 29 anos, com 34.6% e 29.4%, respetivamente) sendo que, o grupo etário dos 20 aos 49 anos, representa 82% dos casos e 14% dos casos corresponde ao grupo etário acima dos 50 anos.

¹ A fonte dos dados aqui apresentados é o relatório *VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012*, elaborado pelo Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas do Departamento de Doenças Infeciosas do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, 2013), com o contributo do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA.

A distribuição, de acordo com as principais categorias de transmissão, nos casos em que essa informação é conhecida (n=41 779), revela que 43.5% dos casos notificados são “heterossexual”, 14.4% referem-se à categoria “homo/bissexual” (onde se inclui 0.6% de toxicodependentes), e a transmissão associada à toxicodependência corresponde a 37.8% dos registros, sendo que 4.3% se referem a outras formas de transmissão (hemofílico, mãe/filho, nosocomial, transfusionado, e não referida). Nos casos diagnosticados em 2012, em que existe informação (n=762), verifica-se que o contato sexual foi a forma de transmissão mais frequente (88.8%) e que os casos incluídos na categoria de transmissão “homo/bissexual” correspondem a 43.1%, do total de 70.57%, dos casos diagnosticados em homens.

3. Caraterização da população do CAD de Braga

Neste capítulo apresentam-se os dados recolhidos, junto da população global do CAD de Braga, através dos registos arquivados dos utentes, realizados ao longo de dez anos (2003-2012), perfazendo um total de 2.568 utentes, onde se incluem os 35 seropositivos, de que se fala logo seguida, tendo sido obtida autorização interna para acesso e divulgação das informações relativas aos mesmos. Com base nos dados, pretende-se, a seguir, apresentar o tipo de necessidades comuns aos utentes do CAD de Braga.

3.1. Caraterização da população global do CAD de Braga

Segundo o relatório *VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012* (INSA, 2013), anteriormente mencionado, Braga é a quinta cidade do país com maior número de pessoas infetadas pelo VIH, a seguir a Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, apresentando um total de 1 302 casos.

Para cada utente é aberto um processo individual, ao qual se atribui um número, uma vez que o teste é anónimo, e onde se registam alguns dados, facultados voluntariamente pelos utentes, no aconselhamento pré-teste e/ou aconselhamento pós-teste, através de uma entrevista estruturada.

No que respeita à residência destes utentes, 99.22% são da região norte do país e os restantes de outras regiões nacionais. Na sua maioria, são pessoas do distrito de Braga (92.49%), em particular do seu concelho (67.45%), ao qual se seguem os distritos do Porto (4.48%), Viana do Castelo (1.71%), Vila Real (0.35%) e Bragança (0.19%).

Predomina a nacionalidade portuguesa (82.17%), à qual se segue a nacionalidade brasileira (13.98%), não sendo significativo o número de utentes de países Africanos de língua

oficial Portuguesa (1.75%), da Europa Ocidental (0.55%), da Europa de Leste (0.51%), e de outros países para além das regiões atrás referidas (1.05%).

Em relação ao género, predomina o sexo masculino, com 57.94%, apresentando-se o sexo feminino com 44.06%.

Quanto ao grupo etário, predominam as idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos (79.36%), com maior incidência dos 20 aos 29 anos (54.28%), que dos 30 aos 39 anos (25.08%), seguindo-se as idades dos 40 aos 49 anos (8.45%), dos 10 aos 19 anos (7.28%), dos que têm mais de 50 anos (4.63%). A idade é sempre conhecida, uma vez que a data ou, pelo menos, o ano de nascimento, é um parâmetro obrigatório para poderem realizar o teste. Relativamente ao estado civil, predominam os solteiros (77.30%), aos quais se seguem os casados (13.79%). Os restantes utentes são divorciados (4.75%), vivem uniões de facto (2.45%), estão separados (1.13%), ou são viúvos (0.58% cada).

No que diz respeito à escolaridade, nos casos em que essa informação foi facultada (n=2 220), predomina o 12.º ano (32.52%) e curso superior, onde se inclui qualquer grau universitário – licenciatura, mestrado ou doutoramento (28.15%), seguindo-se os que têm o 9.º ano incompleto (11.37%), os que têm o 9.º ano completo (8.53%) e os que têm o 10.º ou o 11.º (5.88%). Os restantes 13.55% que não responderam a esta questão, são, na quase totalidade, os de nacionalidade brasileira.

No que concerne à profissão, nos casos em que essa informação foi facultada (n=2 473), predominam os estudantes (28.89%), maioritariamente do ensino superior. A estes, seguem-se os técnicos superiores (16.63%), onde se incluem os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.), professores, engenheiros, economistas e gestores, entre outros; e as trabalhadoras de sexo (14.60%), que, na quase totalidade, são de nacionalidade brasileira e ocultam a sua escolaridade. A esta realidade não é alheio o facto do CAD de Braga partilhar instalações com o Projeto Autoestima, apesar de terem horários distintos e salas separadas. Este último, trata-se de um programa de saúde, de âmbito regional, da ARS Norte e não de âmbito nacional, da CNIVS, como o CAD de Braga, e tem como objetivo a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, em mulheres prostitutas de rua. Por outro lado, também não é alheio o facto da enfermeira do CAD de Braga ter partilhado funções em ambos os Serviços, desde a abertura do CAD de Braga, até 2009. As restantes profissões estão relacionadas com o comércio (12.15%), onde se incluem operadores de caixa, vendedores,

profissionais da restauração, etc.; quadros intermédios (10.32%), onde se incluem os técnicos informáticos, operadores de telecomunicações, secretárias e administrativos, entre outros. Seguem-se os desempregados (6.58%), os trabalhadores da construção civil (3.89%) e os artistas (1.40%), onde se incluem atores, artistas plásticos, músicos e bailarinos.

O principal motivo que levou os utentes a realizar teste, foram as relações sexuais sem uso do preservativo (32.40%). A estes, seguem-se as novas relações (17.52%) e a prostituição (17.25%), onde se incluem, não só os/as trabalhadores/as de sexo, como também os clientes que recorreram a estes/as profissionais (2.65%). Os que fizeram rastreio (9.77%), mantêm como prática de rotina, a realização do teste com alguma regularidade. Outros casos que realizaram teste, foram motivados pela rutura/falha do preservativo ou pelo risco do parceiro, no qual não confiavam, por suspeitas ou confirmações de terem tido outro parceiro/a sexual (4.63% para cada um dos casos). Os restantes tinham parceiros seropositivos (3.15%) ou fizeram uma repetição do teste, após o fim do período de janela imunológica (2.61%). No CAD de Braga o período de janela considerado é de 12 semanas, após a última situação de risco, de acordo com as orientações da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA². Ainda em relação à motivação para realizar o teste, apenas 2.30% realizaram teste devido ao medo e/ou sintomas, que, invariavelmente, está associado a níveis de ansiedade muito elevados, e 1.36% devido ao uso de drogas injetáveis. Como referido anteriormente, no que diz respeito à transmissão associada à toxicodependência, os utentes não foram ao CAD de Braga, pois foram rastreados pela Equipa de Rua, da Cruz Vermelha.

Da totalidade dos utentes, 59.42% já tinha realizado testes anteriores e apenas 40.58% é que o realizou pela primeira vez.

Em relação à categoria de transmissão, nos casos em que essa informação foi facultada (n=2 549), 85.71% são heterossexuais (onde se inclui 1.36% de toxicodependentes) e 13.55% inserem-se na categoria “homo/bissexual”. Relativamente à transmissão associada à toxicodependência é de salientar que estes utentes não vieram pessoalmente ao CAD de Braga.

² “O período de identificação do contágio pelo vírus depende do tipo de exame (quanto à sensibilidade e especificidade) e da reação do organismo do indivíduo. Na maioria dos casos, a sorologia positiva é constatada de 30 a 60 dias após a exposição ao HIV. Porém, existem casos em que esse tempo é maior: o teste realizado 120 dias após a relação de risco serve apenas para detetar os casos raros de soroconversão – quando há mudança no resultado” (Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

Os diagnósticos efetuados com aquela população resultaram de um protocolo de colaboração que existiu entre o CAD de Braga e a Delegação Distrital de Braga da Cruz Vermelha Portuguesa, junto da comunidade de intervenção da Equipa de Rua, do Projeto Aproximar, constituída, sobretudo, por população toxicodependente e alguns sem-abrigo. Este protocolo foi assinado em novembro de 2004, por ambas as partes, e entrou em vigor a partir do ano 2005, estendendo-se também pelo ano de 2006, tendo a Equipa de Rua da Cruz Vermelha Portuguesa realizado 51 testes no primeiro ano, dos quais cinco foram positivos, e 21 testes no segundo ano, dos quais um foi positivo.

No que diz respeito ao número de parceiros/as sexuais, essa informação é apurada relativamente a dois critérios: número de parceiros/as nos últimos seis meses e número de parceiros/as ao longo da vida. Relativamente ao primeiro critério e tendo em conta os casos em que essa informação foi facultada ($n=2\,467$), quase metade referiu ter tido apenas um (35.01%) e a outra metade referiu ter tido entre dois a quatro parceiros/as sexuais (34.97%); 19.82% referiu ter tido mais de cinco e 6.27% referiu não ter tido qualquer parceiro/a sexual nesse período. Esta informação merece algum cuidado na sua análise, pois, se aos casos que referiram ter tido mais de cinco parceiros/as sexuais nos últimos seis meses antes da data do teste, retirarmos os trabalhadores/as de sexo, para os quais esse número é bastante reduzido, apenas 5.22% dos casos cabem nessa subcategoria. Quanto ao segundo critério e considerando apenas os casos em que a informação em causa foi facultada ($n=2\,410$), 37.31% referiu ter tido mais de dez parceiros/as sexuais, 27.73% referiu ter tido entre dois a quatro, 18.69% referiu ter tido entre cinco a nove parceiros/as, 8.88% referiu ter tido apenas um/a, e 1.25% referiu que nunca teve qualquer parceiro/a sexual. Como na categoria anterior, se retirarmos a percentagem relativa aos trabalhadores/as de sexo dos casos com mais de dez parceiros/as sexuais, pelos mesmos motivos explicados na categoria anterior, apenas 22.71% dos casos cabem nessa subcategoria, pelo que os casos com dois a quatro parceiros/as sexuais ao longo da sua vida assumem a maior percentagem.

Relativamente ao uso do preservativo, também se distinguem as situações que se referem, por um lado, ao seu uso com o parceiro/a habitual e, por outro lado, com parceiros/as ocasionais. Relativamente à primeira situação e nos casos em que informação foi facultada ($n=2\,473$), 30.69% referiu não ter nenhum parceiro/a sexual habitual no momento do teste. Dos restantes dos casos, 27.88% referiu nunca usar preservativo, 26.52% só o usar às vezes e 11.21% referiu tê-lo usado sempre. “A presença de parceiro estável parece ser um indicador da

diminuição do uso do preservativo, bem como da intenção da (futura) utilização do mesmo”, pois “aos grupos de indivíduos a que está associada a existência de um parceiro/a está, igualmente, associada uma utilização mais inconsistente do preservativo” (Gomes, 2010, p. 113). Quanto à segunda situação, nos casos em que a informação em causa foi facultada (n=2 443), 34.74% dos casos referiu que nunca os/as teve. Dos restantes casos, 30.65% referiu usá-lo às vezes, 28.47% sempre e 1.29% referiu nunca o ter usado. Esta informação deve ser encarada com algumas reservas e válida apenas para o sexo vaginal e anal, uma vez que, no que diz respeito ao sexo oral a utilização do preservativo é praticamente inexistente.

3.2. Caracterização da população seropositiva do CAD de Braga

Segundo os registos dos dados do CAD de Braga, relativamente à residência, 97.14% dos casos são do distrito de Braga, dos quais 68.57% são do concelho de Braga e os restantes 28.57% são de outros concelhos do distrito, sendo apenas 2.86% do concelho do Porto.

Quanto à nacionalidade, 71.43% dos casos são portugueses, 14.29% são brasileiros, 11.43% são de países africanos de língua oficial portuguesa, e apenas 2.86% é de um país da Europa de Leste.

Na distribuição por género, constata-se que 82.86% dos casos corresponde ao sexo masculino e 17.14% ao sexo feminino.

A análise dos dados relativos à idade dos utentes, permite verificar que 45.71% dos casos corresponde ao grupo etário entre os 20 e os 29 anos, 28.56% corresponde ao grupo etário entre os 30 e os 39, 20% corresponde ao grupo etário entre os 40 e os 49, e os restantes utentes distribuem-se igualmente pelo grupo etário entre os dez e os 19 anos e entre os 50 e os 59 anos (com 2.86% em cada). Ao grupo etário dos 20 aos 49 anos correspondem 94.27% dos casos. No que diz respeito ao estado civil destes utentes são, maioritariamente, solteiros (77.14% dos casos), aos quais se seguem os casados, as uniões de fato e os separados (5.71% em cada), bem como os divorciados e viúvos (2.86% em cada).

Nos casos em que a escolaridade foi facultada (n=31), 25.71% dos casos possuem o 12.º ano completo, 22.86% não têm a escolaridade obrigatória, 20% têm o 9.º ano concluído, 17.14% têm um curso do ensino superior, e apenas 2.86% tem o 10.º ou o 11.º ano completos.

Em relação à profissão, nos casos em que esses dados foram facultados (n=34), distribuem-se igualmente, com 17.14% de casos, por estudantes, quadros intermédios e desempregados; 14.29% têm profissões relacionadas com o comércio; 11.43% são trabalhadores/as de sexo; 8.57% são técnicos superiores; 5.71% estão reformados; e os restantes casos são trabalhadores da construção civil e artistas, com 2.86% cada.

No que concerne às motivações que levaram os utentes a realizar o teste no CAD de Braga, em 45.71% dos casos as razões prenderam-se com a falta de uso do preservativo, em 22.86% deveram-se à existência de parceiros/as sexuais seropositivos, 17.14% estiveram relacionados com a toxicodependência, metade dos quais sem vida sexual ativa no momento do teste (note-se que esta população inclui alguns sem-abrigo e, como apresentado anteriormente, não foram pessoalmente ao CAD de Braga realizar teste), 11.43% eram trabalhadores/as de sexo, e 2.86% realizou o teste por risco associado ao parceiro.

Destes utentes, 65.71% já tinha realizado testes anteriores e apenas 34.29% o realizou pela primeira vez.

Nos casos em que a informação foi facultada (n=34), a distribuição, de acordo com as principais categorias de transmissão, aponta para uma situação bastante diferente da realidade nacional e revela que 51.43% dos casos notificados são “heterossexual” (um terço dos quais são toxicodependentes – 17.14%) e 45.71% referem-se à categoria “homo/bissexual”.

Relativamente ao número de parceiros/as sexuais na subcategoria dos últimos seis meses, nos casos em que a informação foi facultada (n=33), 42.86% dos indivíduos tiveram apenas um parceiro/a, 31.34% tiveram entre dois a quatro e 8.57% não tiveram qualquer parceiro/a. Os restantes 11.43% dos casos, que indicam mais de cinco parceiros/as sexuais nesse período de tempo, reportam-se aos trabalhadores/as de sexo. Na subcategoria relativa aos parceiros/as sexuais ao longo da vida, nos casos em que essa informação foi facultada (n=32), 40% dos indivíduos tiveram entre dois a quatro parceiros/as, 31.43% tiveram mais de dez e 8.57% tiveram entre cinco a nove. Também aqui se devem acrescentar os 11.43% relativos aos trabalhadores/as de sexo (que indicam mais de dez parceiros/as).

No que diz respeito ao uso do preservativo com os parceiros/as habituais, nos casos em essa informação foi facultada (n=34), 34.29% dos indivíduos não tinha qualquer parceiro/a habitual no momento do teste. Dos restantes casos, 37.14% referiu que não o usa, 20% referiu que o usa às vezes e 5.71% referiu que o usa sempre. A outra categoria prende-se com o uso do preservativo com parceiros/as ocasionais. Aqui, nos casos em que essa informação foi facultada (n=33), 31.43% dos indivíduos nunca teve parceiros/as sexuais ocasionais e, dos restantes casos, 54.29% referiu que o usa às vezes e apenas 8.57% referiu que o usa sempre.

3.3. Necessidades comuns aos utentes do CAD de Braga

Perante a totalidade dos dados apresentados, tanto da população global, como da população seropositiva, algumas considerações deverão ser tidas em conta. Relativamente aos dados das pessoas infetadas pelo VIH em Portugal (INSA, 2013), comparativamente aos dados dos utentes diagnosticados como seropositivos no CAD de Braga, quanto ao género, verifica-se que predomina o número de homens infetados, com 73.4% a nível nacional, sendo esse valor superior no CAD de Braga, com 82.86%.

No que concerne ao grupo etário há aqui algumas diferenças a registar. Apesar de, em ambos, predominar a idade dos 20 aos 49 anos, com 82% a nível nacional e 94.27% no CAD de Braga, em Portugal há mais casos infetados na faixa dos 30 aos 39 anos, do que na faixa dos 20 aos 29 anos, com 34.6% e 29.4%, respetivamente, e no CAD de Braga diagnosticaram-se mais casos de seropositividade na faixa dos 20 aos 29 anos, do que na faixa dos 30 aos 39 anos, com 45.71% e 28.56%, respetivamente.

Por outro lado, a nível nacional, 14% dos casos referem-se a pessoas com mais de 50 anos. Relativamente ao CAD de Braga, constata-se que, dos 4.63% da totalidade dos utentes acima dos 50 anos que realizaram teste, praticamente metade (2.86%) obteve um resultado de seropositividade o que, na falta de estudos realizados com esta população em território nacional, é consistente com o observado no Brasil por Caldas e Gessolo (2007): "o número de casos confirmados de Aids com idade acima de 50 anos cresce no Brasil como nenhuma outra faixa

etária. Entre homens a expansão foi de 98% na última década. Sobre a parcela feminina idosa, (...) houve um crescimento de 567% entre 1991 e 2001” e que “a maioria adquiriu o vírus depois dos 50 anos, em relações heterossexuais” (p. 127). Na explicação desta tendência para o avanço da epidemia em idades mais tardias, os autores evocam o papel dos fármacos contra a impotência: “(...) o Viagra e seus sucedâneos introduziram mudanças de comportamento que abrem espaço para o sexo desprotegido” (Caldas & Gessolo, 2007, p. 130).

Segundo os dados da ONUSIDA (2012), os homens que têm sexo com homens fazem mais testes ao VIH em Portugal, que na maior parte dos países da Europa Ocidental e também usam o preservativo mais frequentemente, que nos Estados Unidos, Países Baixos, Suécia e Suíça. Contudo, os dados que se prendem com o uso do preservativo, no CAD de Braga, devem ser tidos em conta. Apesar de 27.88% do número total de utentes, a quem este parâmetro se aplica, ter referido que não usa preservativo com o seu parceiro/a habitual, essa percentagem é superior nos utentes aí diagnosticados como seropositivos, com 30.65% dos casos. A este facto, acresce o risco de 22.86% desses utentes diagnosticados como seropositivos no CAD de Braga, aí se terem dirigido para realizar teste, por saberem que os parceiros/as sexuais habituais estavam infetados pelo VIH, a maior parte dos quais já a fazer tratamento, contribuindo para os 3.15% do total de utentes que aí se dirigiram pelo mesmo motivo.

Ainda em relação ao uso do preservativo pelos utentes do CAD de Braga, desta vez com parceiros/as ocasionais, em que o risco é acrescido, devem-se realçar os preocupantes 54.29% dos utentes aí diagnosticados como seropositivos, a quem este parâmetro se aplica, que referiram que apenas usaram preservativo às vezes, comparativamente aos 30.65% do total de utentes, a quem este parâmetro se aplica, que aí se dirigiram pelo mesmo motivo.

A estes números não devem ser alheios os dados das pessoas diagnosticadas como seropositivas no CAD de Braga, no que diz respeito à categoria de transmissão do VIH. Do total de 82.86% casos diagnosticados em homens, 45.71% desses utentes inserem-se na categoria “homo/bissexual”, contribuindo para os 13.55% da população global que se insere nessa categoria. Estes dados vão de encontro à tendência no nosso país, anteriormente apresentados, uma vez que, em Portugal (INSA, 2013), nos casos diagnosticados em 2012, verificou-se que, do total de 70.57% casos diagnosticados em homens, 43.1% dos casos estão incluídos na categoria de transmissão “homo/bissexual”.

Pelo exposto, sente-se a necessidade de dirigir as futuras intervenções psicológicas do CAD de Braga, ao nível da prevenção nos cuidados de saúde primários, essencialmente para: (1) homens; (2) maioritariamente na faixa dos 20 aos 29 anos, podendo abranger também a faixa dos 30 aos 39 anos; (3) preferencialmente homo/bissexuais (por se considerar que este grupo representa o que corre maiores riscos de vir a ser infetado pelo VIH); (4) focadas, em primeira instância, no uso do preservativo.

É também saliente a necessidade de dirigir, futuras intervenções psicológicas, ao grupo etário acima dos 50 anos. Contudo, como representa um grupo com menor expressão no CAD de Braga (apenas 4.63%), além da sensibilização dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, através de formação, não se consegue perspetivar como exequível outro tipo de intervenção.

Estas questões serão objeto de maior atenção mais à frente.

4. Breve história do CAD de Braga

Neste capítulo apresenta-se, de forma sucinta, a história do CAD de Braga, pretendendo-se realçar as principais necessidades em termos de organização institucional e funcional, sentidas pela autora enquanto única técnica que o integra desde a sua abertura até ao presente, que poderiam contribuir para uma melhor qualidade da resposta prestada aos utentes.

4.1. Breve história do CAD de Braga

Em 1998 foram criadas as primeiras consultas para deteção precoce da infeção pelo VIH, de forma anónima, gratuita e confidencial, com aconselhamento psicológico pré e pós teste. No entanto, estes dois centros existentes em Lisboa eram claramente insuficientes, em termos de cobertura do território nacional e, consequentemente, no que se referia à acessibilidade aos serviços aí prestados. Assim, tornava-se importante concretizar medidas que reforçassem a atuação, a nível do eixo prioritário deteção/ diagnóstico/ tratamento, dinamizando e permitindo a criação de outros locais, aos quais os cidadãos pudessem recorrer, para conhecer o seu estado serológico face ao VIH, mantendo cuidados de qualidade e, simultaneamente, humanizados. Desse modo, apareceram como uma das linhas prioritárias na luta contra a SIDA, definidas pela Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS) e expressas no seu Plano de Atividades, para o triénio 2001-2003, os Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH.

Numa reunião entre a CNLCS e as Comissões Distritais de Luta Contra a Sida (CDLCS), realizada em abril de 2001, foi lançado o apelo à criação de um CAD em cada distrito e, no início de julho de 2002, foi comunicado que estavam reunidas as condições necessárias à abertura do CAD de Braga, tendo sido o primeiro a abrir ao público na região norte, e inaugurado a 19 de novembro de 2002, mantendo-se, desde então, em funcionamento. A criação do CAD de Braga surgiu da celebração de um Protocolo entre a então designada CNLCS e a então existente Sub-

Região de Saúde de Braga (SRS), assinado a 17 de julho de 2002. Desde que abriu, até meados de 2010, o CAD de Braga funcionou nas instalações que previamente tinham pertencido ao Centro de Diagnóstico Pneumológico. Apesar de o horário ser de 12 horas, o número de utentes foi sendo sempre crescente, com 157 utentes em 2003, 201 em 2004, 289 em 2005, 345 em 2006, 449 em 2007, 395 em 2008. O número mais elevado de utentes em 2007 deveu-se, em grande parte, ao facto dos técnicos se terem deslocado à Universidade do Minho, para fazer rastreio junto dos estudantes e restante pessoal, que quisesse realizar o teste, por altura do Dia Mundial de Luta Contra a SIDA, a 1 de dezembro, tendo sido realizados, 28 testes no polo de Braga e 17 no polo de Guimarães.

No final de 2008, a coordenadora retirou-se de funções e, um mês depois, a enfermeira reformou-se. Sensivelmente por essa altura, devido à reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, que, através do Decreto-Lei 28/2008, de 22 de fevereiro, extinguiu as SRS e criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), o CAD de Braga sofre uma reestruturação interna, passando a ser integrado na Saúde Pública, e só em julho de 2010 lhe foi atribuído novo coordenador. Nesse período de tempo, além do funcionamento regular durante o mês de janeiro, em 2009 apenas se voltou a ter enfermeiro disponível nos meses de verão (julho, agosto e setembro), resultando no atendimento de 103 utentes. Em julho de 2010, foi finalmente disponibilizada uma enfermeira, resultando no atendimento de 84 utentes. A esta diminuição acentuada do número de utentes, no segundo semestre de 2010, não foi alheia a mudança de instalações, para o Centro de Saúde de Maximinos, contando apenas com uma única sala, à qual se acedia pela entrada das traseiras, uma vez que o horário tinha sido alargado, para as 35 horas, desde setembro de 2009.

Ainda no âmbito da reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, aquela sala foi necessária para outro serviço; o Centro de Diagnóstico Pneumológico regressou às suas origens e o CAD de Braga mudou novamente de instalações, em outubro de 2011, para o antigo Departamento de Psiquiatria do ex Hospital de S. Marcos (Braga), perto da Universidade do Minho, onde se mantém, ocupando a parte das antigas urgências daquele edifício, afastado de todas as outras estruturas do ACES, aparentando estar abandonado e a servir de armazém. Uma vez aqui instalado e, apesar do horário de atendimento se ter mantido nas 35 horas semanais, o número de utentes tem ficado aquém dos números registados nos anos anteriores (258 em 2011 e 287 em 2012).

Para finalizar, falta referir que, a partir de 2007, o CAD de Braga passou a utilizar os testes rápidos Elisa (Hexagon), o que resultou numa melhoria significativa da qualidade do serviço prestado, pois, desta forma, além deste tipo de teste implicar o uso de técnicas menos invasivas (picada capilar em vez de intravenosa), os utentes apenas tinham que aguardar alguns minutos, para saberem os seus resultados. Consequentemente, todos os utentes passaram a beneficiar de aconselhamento pós-teste e a saber os seus resultados, uma vez que, anteriormente, tinham de regressar passada uma semana. Contudo, “para aliviar a ansiedade enquanto se espera o resultado do teste, algumas pessoas podem buscar o apoio não só do conselheiro, mas também da sua própria família ou de algum agente comunitário bem informado” (ONUSIDA, 1997), o que talvez ajude a compreender o facto de alguns dos utentes não regressarem ao CAD de Braga.

4.2. Principais necessidades em termos de organização institucional e funcional

Perante a breve história apresentada, algumas considerações deverão ser tidas em conta. Ao longo do tempo, foi-se sentindo um aumento de desresponsabilização por parte da anterior CNLCS e atual Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (CNIVS) em relação ao CAD de Braga, sendo, atualmente, a comunicação praticamente inexistente e ficando apenas limitada ao envio dos relatórios semestrais, que só apresentam números absolutos (de horas efetivas de atendimento, de atendimentos, de atendimentos com aconselhamento pré-teste, de testes realizados - rápidos, Elisa e confirmatórios, de testes não reclamados e de utentes VIH+ corretamente referenciados, distribuídos por sexo masculino, sexo feminino e total) e que, parecem apenas interessar para mostrar ao Governo Central que se justifica a manutenção dos programas prioritários, como prova de que estão a ser cumpridos os compromissos assumidos internacionalmente.

A título de exemplo, as últimas reestruturações da CNIVS, nomeadamente a sua integração na Direção Geral de Saúde (DGS), bem como o Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA 2012-2016 (DGS, 2012), passaram completamente despercebidas aos técnicos do CAD de Braga, a quem nada foi comunicado. Por outro lado, foi-se sentindo também uma

progressiva falta de compromisso, empenho e respeito, por parte dos sucessivos responsáveis locais, para com o seu bom funcionamento, nomeadamente pela falta de pessoal de enfermagem por um período tão longo (praticamente ano e meio) e sucessivas mudanças de instalações contribuindo, tudo isso, para a desmotivação dos seus profissionais.

Paralelamente foi sentido um retrocesso, na qualidade do serviço prestado, com a mudança de testes rápidos utilizados (Hexagon para VIKIA), a partir de outubro de 2012, pois os primeiros permitiam fazer a leitura do resultado entre cinco a 20 minutos e distinguiam entre VIH1 e VIH2; e os segundos apenas permitem que se faça a leitura do resultado após 30 a 40 minutos e só apresentam, como resultado, positivo ou negativo, não distinguindo os dois subtipos de VIH.

Por último, considera-se que seria importante que o CAD de Braga fizesse uma revisão dos Acordos de Procedimentos, previamente assinados com os Hospitais do distrito que possuem consulta de Medicina Infeciosa, no sentido de eles encaminharem os doentes seropositivos, que quisessem ter apoio psicológico, para o CAD de Braga, como já foi feito no passado. O encaminhamento dos seropositivos em tratamento, para o CAD de Braga, surgiu da necessidade de suprimir a falta de psicólogos nos hospitais e o primeiro Acordo foi celebrado com Hospital de S. Marcos (Braga), em 18 de novembro de 2002, tendo sido, posteriormente, celebrado também com o Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães), em 21 de fevereiro de 2006 e com o Hospital de S. João de Deus (Barcelos), em 2 de março de 2006. Contudo, a validade desses acordos foi expirando com o passar dos anos, pelo que se encontram, atualmente, sem efeito.

Por essa razão, as pessoas seropositivas que queiram ter apoio psicológico nos Cuidados de Saúde Primários não recorrem ao CAD de Braga para o efeito e, conseqüentemente, acedem à consulta de psicologia pela mesma via que todos os outros utentes do seu centro de saúde, o que implica ficar numa lista de espera de três anos.

A pensar na possibilidade de se poderem vir a restabelecer estes encaminhamentos hospitalares no futuro, esses utentes serão, também, alvo das propostas de intervenção psicológica no CAD de Braga, a nível secundário, que mais à frente se apresentam.

5. Intervenção psicológica no CAD de Braga

Ao falar-se de VIH e SIDA, a primeira linha de intervenção é a primária ou preventiva, de mudança dos comportamentos de risco no âmbito da sexualidade (uso de preservativo) e do uso de drogas injetáveis (não partilha de seringas), atendendo a que é (ainda) o único método eficaz para evitar a propagação da epidemia. Neste sentido, o aconselhamento psicológico torna-se vital, uma vez que, segundo Bond (1995, citado por Trindade & Teixeira, 2007) é de carácter situacional, centrado na resolução de problemas do sujeito, focalizado no presente, de duração mais curta, mais orientado para a ação do que para a reflexão, essencialmente mais focado na prevenção do que no tratamento, onde o principal papel do psicólogo é a facilitação da mudança de comportamento e o de ajudar a mantê-la.

“Em geral, o aconselhamento psicológico é uma relação de ajuda que visa facilitar uma adaptação mais satisfatória do sujeito à situação em que se encontra e otimizar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento, autoajuda e autonomia” (Trindade & Teixeira, 2007, p. 105). O principal objetivo é promover o bem-estar e a autonomia pessoal do indivíduo, no confronto com as adversidades. Segundo os mesmos autores (Trindade & Teixeira, 2007), é necessário, por três motivos principais: (a) existência de relações significativas entre comportamento, saúde e doença; (b) mudança de comportamentos relacionados com a saúde difícil e complexa, e em geral não é obtida por intervenções do modelo biomédico; (c) importância de dar resposta às necessidades psicológicas dos utentes dos serviços de saúde. Ou seja, se, por um lado, a informação e a educação para a saúde são necessárias para que os sujeitos estejam informados e tenham conhecimento dos riscos para a saúde que decorrem deste ou daquele comportamento, por outro lado, outros fatores psicológicos podem influenciar decisivamente o seu comportamento. Isto é, existem variáveis individuais, relacionais e sociais que determinam comportamentos relacionados com a saúde e que são relativamente independentes do grau de informação/conhecimento que o sujeito tem sobre saúde, doença, comportamentos saudáveis e comportamentos de risco para a saúde.

Sendo o aconselhamento, segundo East (1995, citado por Trindade & Teixeira, 2007), a área mais divulgada e conhecida nos Cuidados de Saúde Primários, especificamente na área do

VIH, em que existe uma associação clara entre fatores psicológicos e a doença, torna-se tão importante dar resposta às necessidades emocionais dos utentes, como utilizar o aconselhamento para facilitar a mudança de comportamentos. Segundo Trindade e Teixeira (2007), a relação clínica no aconselhamento envolve três características diferentes que, em função das necessidades específicas de cada indivíduo, podem variar em cada intervenção ou entrevista: (a) de ajuda, para lidar com as dificuldades, identificar soluções, tomar decisões e mudar comportamentos; (b) pedagógica, relacionada com a transmissão de informação; (c) de apoio, relacionado com a transmissão de segurança emocional, facilitação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal.

Com efeito, na perspetiva da psicologia da saúde, a promoção do aconselhamento psicológico proporciona um campo de intervenção mais alargado do que o da psicologia clínica tradicional, na medida em que permite que as intervenções sejam mais curtas, em termos de tempo e de duração (pois focam-se no presente, são dirigidas para o problema apresentado, e são orientadas para a ação), sendo assim possível dar resposta a uma maior variedade de problemas, e, adicionalmente, que se consiga chegar a um maior número de utentes em simultâneo. Isso contribui para que o psicólogo, seja mais facilmente aceite enquanto técnico de saúde, uma vez que é capaz de dar contributos específicos na qualidade de respostas e na obtenção de ganhos em saúde (Trindade & Teixeira, 2007).

Neste capítulo apresentam-se as atuais diretrizes de intervenção psicológica no CAD de Braga, definidas pela CNIVS - no que se refere ao tipo de atuação esperada do psicólogo, tanto no aconselhamento pré-teste, como no aconselhamento pós-teste, como ainda nas situações de diagnóstico positivo - às quais se seguem algumas notas sobre as limitações que, do ponto de vista da autora, são identificáveis neste modelo de intervenção e que o impedem, quer de se aproximar mais do referencial de Trindade e Teixeira (2007) no que respeita a uma visão mais ampla dos processos de aconselhamento psicológico, quer de produzir outro tipo de impacto no que se refere à capacitação da comunidade.

5.1. Aconselhamento pré-teste

5.1.1. Fornecer informação sobre VIH/SIDA e promover o bem-estar psicológico, através da diminuição do stresse emocional, manifestado a nível psicológico por tensão emocional, medo e expectativa ansiosa de intensidade variável

Sendo o aconselhamento psicológico uma relação de ajuda, cujo objetivo é facilitar uma adaptação do sujeito à situação em que se encontra e aumentar os seus recursos pessoais ao nível de autoconhecimento, autoajuda e autonomia, a principal finalidade é promover o bem estar psicológico e a autonomia pessoal, relativamente às dificuldades e aos problemas (Trindade & Teixeira, 2007). Segundo a OMS (1994, citada pela ONUSIDA, 2001, p. 3), o aconselhamento sobre o VIH foi definido como “um diálogo confidencial entre uma pessoa e um trabalhador de saúde, destinado a permitir à pessoa lidar com a tensão e tomar decisões pessoais relacionadas com o VIH/SIDA”, o que “inclui uma avaliação de risco pessoal de transmissão do VIH e a facilitação de um comportamento preventivo”.

Numa fase inicial, acontece, por vezes, que os utentes que vão ao CAD não têm a informação correta sobre as formas de transmissão e de não transmissão do VIH. Por isso, em primeira instância, tenta-se avaliar os seus conhecimentos sobre a temática e aumentar os seus níveis, onde existam falhas. Vários estudos têm demonstrado que, apesar de um conhecimento razoável sobre VIH/SIDA, ainda existe muita falta de conhecimento neste domínio, tanto ao nível da população geral (Almeida, 2011; Martins, Nunes, Muñoz-Silva & Sánchez-García, 2008), como ao nível das pessoas infetadas pelo VIH (Cunha, 2010). Esta situação é mais frequente no que diz respeito ao sexo oral, prática que quase nunca é feita de forma segura, pois uma grande parte dos utentes desconhece que esta é também uma das formas de transmissão, ou então, sabendo disso, tendem a desvalorizar esse comportamento de risco, através duma atribuição de percentagem de risco bastante baixa.

Outra situação frequente, normalmente acompanhada de stresse e medo muito elevados, prende-se com a questão dos sintomas. Quando suspeitam estar infetados pelo VIH, estes utentes sintomáticos sofrem mudanças emocionais mesmo antes de conhecerem a sua situação serológica (Remor, 1999) e são, de forma geral, os que apresentam níveis de ansiedade mais elevados. É frequente aparecerem utentes que, depois de averiguarem os comportamentos sexuais de risco na internet, vão também investigar quais os primeiros sintomas da infeção pelo VIH e, dado o seu estado de elevada tensão emocional, dizem já ter tido parte

desses sintomas nos últimos tempos. Nestes casos, a prioridade é promover o bem-estar psicológico da pessoa, tentando diminuir os seus elevados níveis de ansiedade.

Com alguma frequência, acontece também que alguns utentes não possuem informação sobre o período de janela (anteriormente referido), ou seja, que o resultado do teste apenas se reporta até 12 semanas antes da data do mesmo. Alguns utentes vão motivados por comportamentos de risco que tiveram nos últimos três meses e, como tal, fazer o teste não lhes tirará dúvidas, pelo que terão que esperar mais algum tempo até perfazer esse período.

5.1.2. Promover uma decisão informada para a realização do teste (que é feito de forma anónima, gratuita e confidencial), através da facilitação de uma participação aberta e ativa numa reflexão/exploração de comportamentos do passado

No seguimento da fase anterior, surge o momento em que o utente terá que decidir se pretende ou não realizar teste. Aqui, não é assim tão raro que alguns hesitem em dar esse passo, por medo dum possível resultado positivo. Nestas situações, o papel do psicólogo prende-se essencialmente com a preparação do utente para a realização do teste VIH, explicando as suas implicações - se está ou não infetado pelo VIH, e permitir a discussão sobre os modos de fazer face ao conhecimento do seu estado serológico (ONUSIDA, 1997) - num processo de tomada de decisão, promovendo uma participação aberta e ativa na identificação e resolução do problema e procurando envolver a pessoa, para um aumento de segurança e de confiança na ação que irá efetuar a seguir.

5.1.3. Esclarecimento quanto ao significado de um resultado negativo ou positivo e preparação para uma eventual positividade posterior do teste

Nesta fase do pré-aconselhamento, explica-se à pessoa as condicionantes do resultado, reforçando a ideia do período de janela, caso o resultado seja negativo e que, caso seja positivo, não significa obrigatoriamente que a pessoa esteja infetada e, por isso, terá que ser realizada uma pequena colheita de sangue, para uma análise posterior (*Western Blott*), que confirmará ou não se a pessoa está, realmente, infetada.

5.1.4. Promover a mudança de comportamentos, essencial para a prevenção da disseminação do vírus

Nesta fase final, volta-se a centrar no processo de tomada de decisões, desta vez relativamente aos futuros comportamentos sexuais. O estabelecimento de uma boa relação, bem como a manifestação de respeito e compreensão, poderá facilitar a resolução dos problemas em circunstâncias difíceis (ONUSIDA, 2001), atuando como um facilitador para que, após a fase da curiosidade, em que a pessoa faz o balanço cognitivo sobre os dados que trouxe e a informação que recebeu, avance para a fase da ação, assente nas suas próprias decisões, baseadas no conhecimento que daí adquiriu.

5.2. Aconselhamento pós-teste

5.2.1. Ajudar o utente a perceber o resultado do teste

Nesta primeira fase do segundo momento de intervenção, que ocorre quando se informa o utente do seu estado serológico face ao VIH, volta-se a reforçar a ideia, anteriormente comunicada, do significado do resultado. É de salientar que, só nesta fase, é que o utente consegue libertar-se de todo o stress e ansiedade anteriores, podendo desencadear uma crise promotora de desequilíbrios de ordem física, psicológica, e social (Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2010; Reis, 2012; Remor, 2002).

5.2.2. Ajudar a iniciar o processo de adaptação à sua situação serológica face ao VIH, quer o resultado seja positivo (perceção de ameaça vital) ou negativo (mudança de comportamentos)

Nesta fase, após a descompressão emocional, é de salientar que, em alguns casos, particularmente em pessoas hipocondríacas e psicossomáticas, só agora se consegue, efetivamente, fazer um trabalho de promoção de mudança de comportamentos, uma vez que no

pré-aconselhamento, o elevado grau de ansiedade, muitas vezes, dificultava um adequado entendimento da informação que ia sendo dada. Nestas situações, tenta-se ser mais breve no pré-aconselhamento, pois não produz o efeito desejado e aconselhável e aproveita-se esta segunda fase de aconselhamento para tal.

Poderá também acontecer que, nesta fase, o utente apresente nova informação à anteriormente facultada, introduzindo novos elementos previamente omitidos ou ocultados, como, por exemplo, a sua orientação sexual (ex. tendo dito anteriormente que era heterossexual, acrescenta agora que é homossexual) ou o número de testes ao VIH anteriormente realizados (ex. tendo dito anteriormente que este seria o seu primeiro teste, acrescenta agora que já foi a outros CAD's recentemente).

Se o resultado for negativo, tenta-se motivar o utente a adotar e a manter novos comportamentos mais seguros (ONUSIDA, 2001). Nos casos anteriormente referidos, só agora se faz esse trabalho.

Se o resultado for positivo, as alterações psicológicas mais comuns são stresse, ansiedade, depressão e ideação suicida (Reis, 2007; Reis 2012; Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2009; Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2010; Remor, 2002). Dentro do possível, tenta-se acalmar o utente e prepará-lo para realizar, de seguida, uma colheita de sangue, bem como para uma forte possibilidade de confirmação da positividade do mesmo. Deve-se também falar sobre a prevenção da transmissão do VIH ao parceiro/a sexual (ONUSIDA, 2001) e incentivar o utente a promover a realização do teste VIH junto dele/a. Também nestes casos se reforça a importância de uma futura mudança de comportamentos, no sentido de fazer sempre sexo seguro, informando sobre as consequências de introduzir mais vírus no organismo que já está infetado ou sobre o risco de poder ser infetado por outro tipo de vírus (além do VIH1, também existe o VIH2), o que debilitaria ainda mais o seu sistema imunitário.

5.3. Nos casos com diagnóstico positivo

5.3.1. Encaminhamento do utente para tratamento hospitalar

Nesta segunda fase do aconselhamento pós teste, quando o diagnóstico é confirmado pela segunda análise (*Western Blott*), o grande objetivo é ajudar o utente a aceitar o seu estado serológico e a adotar uma atitude positiva perante a vida (ONUSIDA, 1997; Reis, 2012). Aqui, pretende-se que o psicólogo tenha um papel de elemento facilitador da adesão ao tratamento, por parte do utente (Reis, 2007; Reis 2012; Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2009; Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2010; Remor 2002).

O procedimento seguinte é encaminhar o utente para tratamento, que, em Portugal, é efetuado em meio hospitalar. Neste sentido, entrega-se uma carta de referência ao utente, para que possa mostrar ao médico dos cuidados de saúde primários, que fará esse encaminhamento, através da marcação de consulta no hospital, uma vez que o atual sistema informático assim o permite, por se encontrar já em rede, sendo esta a forma mais rápida e económica para o fazer.

5.3.2. Facilitação do acesso aos cuidados de saúde diferenciados

Nesta última fase, prepara-se o utente para o tratamento, informando-o, basicamente, dos procedimentos hospitalares, tais como o facto de, após a entrada na consulta hospitalar, ter que realizar novas análises, para deteção das cargas virais (e, em função disso, poder ou não dar início ao tratamento, mantendo-se, todavia, em vigilância regular), bem como o fim do anonimato. Se por um lado, a comunicação entre o profissional de saúde e o utente, bem como uma abordagem empática, de confiança e de proximidade são fundamentais para a adesão e sucesso do tratamento (Reis, 2012); por outro lado, o fim do anonimato é, quase sempre, apontado como um fator de dissuasão da adesão ao tratamento.

5.4. Limitações do modelo

Perante o modelo cognitivo-comportamental de intervenção psicológica apresentado (para mais informação consultar Remor, 1999), poderão ser feitas algumas considerações. Segundo alguns autores, um elevado nível de conhecimentos sobre o VIH não elimina a adoção de comportamentos de risco para a saúde (Martins, Nunes, Muñoz-Silva & Sánchez-García, 2008; Trindade & Teixeira, 2007). Relativamente ao uso do preservativo, num estudo de avaliação do conhecimento sobre VIH/SIDA com doentes infetados pelo VIH, Cunha (2010, p. 9), concluiu que, “embora a maioria dos doentes tenha conhecimento que a relação sexual desprotegida é um comportamento de risco, uma percentagem razoável dos inquiridos não considerou o sexo oral como um modo de transmissão do VIH (36% para sexo oral a um homem e 34% para sexo oral a uma mulher)”. Por outro lado e no que concerne à decisão de utilizar preservativo, outro estudo revelou que embora os indivíduos considerem que essa é uma decisão predominantemente individual, reconhecem, igualmente, tratar-se de uma decisão na qual o parceiro também deve participar (Gomes, 2010).

Segundo a ONUSIDA (1999), focalizar apenas o processo psicológico individual, ignora a relação do comportamento na sua dimensão sociocultural, pelo que esses fatores devem ser incluídos nas intervenções de prevenção do VIH, “uma vez que os comportamentos de saúde complexos, como o sexo, ocorrem num determinado contexto” (p. 5). Também Reis (2012) alerta para a necessidade de uma abordagem psicossocial do doente seropositivo. Perante assuntos tão íntimos, como a sexualidade, podem ocorrer comportamentos de ocultação, que mais tarde podem levar a condutas de isolamento (Reis, 2012; Remor, 1999; Remor, 2002), o que não ajuda no processo de mudança e manutenção do comportamento. Note-se que o processo de mudança dos comportamentos relacionados com a saúde ocorre em três etapas: tomada de decisão de mudar, mudança efetiva do comportamento, e manutenção do comportamento (ONUSIDA, 1999; Trindade & Teixeira, 2007). No entanto, tendo o suporte social impacto na resistência individual ao stresse (Ornelas, 1997) e sendo um mediador do impacto emocional e da qualidade de vida percebida (Remor, 2002), considera-se pertinente (e urgente), alargar o âmbito da atual intervenção psicológica no CAD de Braga, centrada no indivíduo, para uma intervenção psicológica que envolva uma multiplicidade de dimensões, como desejos individuais, relações sociais e culturais, ambiente e processos económicos, como sugerido também por Reis (2007; 2012).

Pelo exposto, considerando que “a ação e o desenvolvimento humanos são, inevitavelmente, ação e desenvolvimento em contexto” (Menezes, 2010, p. 29), propõe-se uma

intervenção psicológica de alcance comunitário, centrada no trabalho de promoção das redes sociais de apoio. Estas intervenções são de cariz, essencialmente, primário, mas também contemplam um cariz secundário, junto dos utentes diagnosticados como seropositivos no CAD de Braga e dos utentes infetados pelo VIH, a receber tratamento hospitalar, que ali se dirijam para receber apoio psicológico.

Paralelamente propõe-se que a intervenção psicológica comunitária contemple também uma vertente de consultoria-formação, dirigida aos profissionais de saúde. Um estudo de Vidinha (2011) sobre conhecimentos e atitudes face à infeção pelo VIH, de profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, concluiu que “um maior nível de conhecimentos na área do VIH está associado a atitudes mais positivas face à infeção pelo VIH” (p. 70) e que “a formação influenciou as atitudes pela positiva, sendo que quem já realizou formação em VIH, também demonstrou atitudes mais positivas, e por consequente, mais adequadas face ao VIH” (p. 71). Também Reis (2012) sugere formação e treino específico, aos profissionais de saúde, na intervenção em doenças crónicas e na adesão ao regime terapêutico, onde se inclui o VIH.

As propostas em questão serão, de seguida, mais detalhadamente apresentadas.

6. Propostas de intervenção psicológica no CAD de Braga

Neste capítulo apresentam-se as propostas de alargamento da intervenção psicológica do modelo atual do CAD de Braga, centrada no indivíduo, exposto no capítulo anterior. Propõe-se uma intervenção psicológica comunitária, centrada no trabalho de promoção das redes sociais de apoio (onde possam coexistir com a intervenção psicológica individual, grupos de autoajuda e de apoio, terapia de rede, e terapia de companheiro ou mentoria), bem como na consultoria-formação. Estas intervenções podem ser implementadas, tanto a nível primário, como secundário, e utilizam metodologias que se destinam a aumentar o suporte social e a reduzir o stresse social dos utentes.

6.1. Promoção das redes sociais de apoio

Numa altura em que as políticas de saúde apontam para a generalização da utilização dos testes de VIH pelos Médicos de Família e, estando atualmente o CAD de Braga já a dar formação, em aconselhamento, a médicos, que estão a fazer o internato em saúde pública, considera-se que se torna vital, como forma de se distinguir do modelo médico mais tradicional, alargar o âmbito da atual intervenção psicológica, centrada no indivíduo, para uma intervenção de base comunitária, centrada nas questões sociais, relacionados com a problemática do VIH. Os objetivos subjacentes visam uma dupla perspetiva: posicionar o CAD de Braga como um espaço gerador de uma cultura personalizada e específica, e como sistema de ação coletiva; onde a adesão dos utentes emerge das suas próprias necessidades (Caldeira, 1995). Deste modo, na medida em que promoveria a criação de novas redes de sociabilidades e de amizades, bem como difundiria novos valores e atitudes face à infeção pelo VIH e à situação da seropositividade, o CAD de Braga, tornar-se-ia promotor de novos grupos de pertença, onde dominaria uma matriz cultural própria, com um sistema de crenças específico, relacionado com a

infecção pelo VIH. Poderia, assim, surgir como um espaço subjetivo de comunicação, esperando-se que não fique cingido ao seu espaço físico, e que tenda a desenvolver-se noutros espaços e contextos (Caldeira, 1995).

As propostas de intervenção psicológica comunitária inscrevem-se no “modelo desenvolvimental-ecológico da intervenção psicológica social e comunitária, enfatizando as necessidades de transformação deliberada das estruturas transpessoais com vista à promoção do desenvolvimento do sistema pessoal” (Roncon & Menezes, 1993, p. 31). Como já foi anteriormente apresentado, a mudança de comportamentos relacionados com a saúde é um processo difícil e complexo, influenciado por grande número de fatores, não só individuais, mas também sociais e culturais, o que torna a intervenção e participação comunitárias tão importantes, senão mesmo indispensáveis, quanto a nível dos fatores individuais. A mudança de comportamentos é, efetivamente, individual; no entanto, é influenciada, de forma decisiva, pelos membros do grupo a que o indivíduo pertence e pela comunidade onde está inserido, pelo que se torna tão importante adotar uma perspetiva de psicologia da saúde comunitária, na intervenção face ao VIH. Por outro lado, ao aplicar-se o princípio ecológico da reciclagem de recursos, podem-se transformar os recursos já existentes nas redes comunitárias, em vez de se trazer novos recursos do exterior (Ornelas, 1997). Isto torna-se particularmente relevante, pois, atendendo às políticas assentes em cortes orçamentais, este alargamento da intervenção psicológica não implicaria um acréscimo de custos. Por outro lado, as iniciativas de promoção da saúde, dirigidas à grande população, formam, provavelmente, a abordagem à promoção de saúde mais eficaz, em função dos custos de saúde.

Considerando que “as interações entre as pessoas e entre estas e os contextos de vida são também realidade psicológica em desenvolvimento” (Campos, 1988, citado por Menezes, 2010, p. 31), deve-se considerar o alargamento dos alvos tradicionais (as pessoas e os grupos primários, como a família ou os pares), envolvendo também os grupos sociais, as instituições e as comunidades, resultando, simultaneamente, na expansão dos contextos da prática profissional. Segundo Menezes (2010, p. 33), “o desenvolvimento resulta da ação do próprio sujeito, na direção de uma auto-organização mais complexa e integrada”, implicando o alargamento de situações passíveis de intervenção, tomando sempre a promoção do desenvolvimento como objetivo. Valorizar as competências, capacidades e potencialidades das pessoas, dos grupos e das comunidades, implica a participação ativa, a escolha, a autodeterminação dos participantes, em qualquer intervenção. Ao assumir as pessoas, grupos,

instituições e comunidades como protagonistas no processo social de construção, a psicologia comunitária legitima o recurso a estratégias de intervenção, que assumem, como objetivo último, a autonomia, promovendo a capacitação para projetos de ação e, em consequência, a intervenção é assumida e intencionalmente partilhada. Segundo alguns autores, a comunidade é um contexto privilegiado para promover o empoderamento ou dotação de poder, que resulta da sua participação social, permitindo que pessoas, organizações e comunidades adquiram controlo sobre os assuntos que lhes interessam (Menezes, 2010; Ornelas, 1997; Vidal, 1991).

Face à realidade do CAD de Braga, com uma quebra na sua procura, por parte dos utentes, nos últimos três anos, fruto das suas sucessivas reestruturações, não esquecendo também que esteve quase ano e meio sem enfermeiro e sem que os utentes pudessem realizar teste nesse período, considera-se fundamental que este alargue o âmbito de intervenção psicológica à comunidade, de forma a alargar (ainda) mais o alcance da sua ação. Por outro lado, segundo a DGS (2012), em Portugal, à semelhança do que acontece nos países da União Europeia, estima-se que a proporção de pessoas infetadas com diagnóstico tardio continua elevada. Segundo a mesma fonte, os poucos dados disponíveis, abrangendo já esta década e reportados à data de admissão para seguimento hospitalar, apontam percentagens superiores a 60%. Estudos efetuados a nível nacional apontam nesse sentido (Reis 2007; Reis, 2012; Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2009).

Por seu lado, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016 (DGS, 2012) reconhece que se desenvolve num contexto económico e social particularmente adverso e potencialmente favorável ao agravamento da situação epidemiológica da infeção pelo VIH. Desse modo, tem como objetivos diminuir (a) o risco de infeção, (b) a vulnerabilidade à infeção, e (c) o impacto da epidemia.

Prevenir a infeção é uma das suas estratégias prioritárias e isso poderá ser feito potenciando a gestão partilhada da prevenção, tendo por base as competências dos diferentes atores envolvidos no Programa. Também poderá ser feito através da coordenação do desenvolvimento de ações de prevenção nacionais com as regiões de saúde e, em particular, com os Cuidados de Saúde Primários, bem como a estimulação da participação da Administração Local, na implementação de programas de prevenção, e a promoção da adoção de boas práticas, junto dos profissionais de saúde e da sociedade civil organizada, conducentes à deteção precoce da infeção.

Outra das suas estratégias prioritárias é o diagnóstico da infeção e isto poderá ser feito através de consultoria-formação, tornando os profissionais de saúde mais conscientes da importância de identificar as características clínicas e epidemiológicas da infeção viral aguda pelo VIH, bem como dos fatores de risco, sinais e sintomas que alertam para a possibilidade de existência subjacente da infeção pelo VIH.

Por outro lado, também poderá ser feito através da difusão dessa informação à população geral, bem como integrar as pessoas que vivem com VIH nas atividades de aconselhamento e melhorar o acesso das populações vulneráveis ao aconselhamento e teste voluntário para diagnóstico do VIH, em iniciativas estruturadas da sociedade civil. Um dos exemplos do que poderá ser feito a este nível no CAD de Braga passa por haver um maior investimento da parte do psicólogo na motivação e persuasão do utente no que se refere à adoção e à manutenção de práticas novas e mais seguras de comportamento, o que poderá significar o seu encaminhamento para um aconselhamento continuado, ou para grupos de apoio (ONUSIDA, 2001). Outro exemplo de uma pequena ação ao alcance do psicólogo seria este criar a possibilidade de as pessoas diagnosticadas como seropositivas no CAD de Braga poderem convidar um elemento de confiança da família a partilhar a confidencialidade, bem como a participar na sessão de aconselhamento, o que possibilitaria que a própria família comesçasse a praticar o aconselhamento a nível familiar (ONUSIDA, 1997).

6.1.1. Grupos de interajuda e de apoio

O objetivo destes grupos é, segundo Gottlieb (1983, citado por Menezes, 2010, p. 82), “povoar as redes de relação, com as pessoas que enfrentam crises ou problemas similares, favorecendo o processo de comparação social, que facilita a expressão de sentimentos, valida novas identidades sociais e minimiza avaliações ameaçadoras dos stressores”. Mantêm uma ligação a um problema concreto; segundo Ramsey (1992, citado por Menezes, 2010, p. 82), “assumem como objetivo comum o aumento do apoio social pelo suplemento ou substituição dos recursos das redes atuais do indivíduo”; e, embora baixo, existe um envolvimento direto de profissionais.

Do ponto de vista do enquadramento teórico, de acordo com a ONUSIDA (1999), as intervenções de grupos de interajuda e de apoio assentam nas teorias e modelos sociais. O

modelo da inoculação social, que tem por base a teoria da influência social, postula que as experiências prévias de algumas pessoas (fonte) fazem com que outras (alvo) mudem de opinião ou de comportamento e que, essas fontes, serão melhor sucedidas, se forem dignas de crédito por parte dos alvos e, para tal, devem possuir experiências semelhantes àsquelas pelas quais eles próprios passaram. A teoria da difusão da inovação também postula que as pessoas têm maior probabilidade de adotar novos comportamentos, se lhes forem comunicados por outros membros, por quem nutrem respeito. A teoria das redes sociais, advoga que novas formas de pensar, agir e vivenciar vão surgindo constantemente no mundo da comunicação, mas a retenção da informação ocorre de forma assimétrica pelos seus elementos; daí que o conteúdo da rede é determinado pela estruturação das relações entre os seus elementos, que, por sua vez, trabalha de forma articulada com a ideia de informação.

O racional teórico subjacente à intervenção de grupo assenta no facto de estas estratégias conseguirem ser mais eficazes, quando comparadas com a abordagem individual. Não é comum usar-se um modelo único, sendo mais usuais utilizarem-se vários modelos teóricos para o desenvolvimento de grupos, onde impera o ecletismo teórico, o que tem como vantagem poder recolher as mais-valias de cada um dos modelos (Guerra & Lima, 2009). Assim, para estas intervenções de grupo, o racional teórico utilizado será, essencialmente, o modelo cognitivo-comportamental, com utilização de técnicas orientadas para a ação, que permitam ao indivíduo aumentar o controlo sobre a sua vida, com o objetivo de facilitar a extinção de comportamentos e cognições não adaptativas e promover a aprendizagem de pensamentos e comportamentos mais eficazes (Guerra & Lima, 2009).

Adicionalmente, recolhem-se contributos do modelo construtivista, onde se privilegia, sobretudo, estratégias de exploração e integração de experiências passadas e atuais, clarificação de sentimentos e verbalização de pensamentos e emoções, com o objetivo de promover a reflexão e consciência individuais das suas próprias significações, como forma de aumentar a gestão pessoal na mudança (Reis, J. 2007).

Também se recolhem contributos do modelo humanista, que pressupõe que as pessoas possuem os recursos para a autocompreensão, bem como para alterarem os seus autoconceitos, atitudes e comportamentos, utilizando-se técnicas de escuta ativa, reflexão de sentimentos, clarificação, apoio e disponibilidade demonstrada aos elementos do grupo, com o

objetivo de possa ser criado um ambiente onde cada elemento se possa expressar no grupo (Guerra & Lima, 2009).

Este tipo de intervenção primária pode ser implementado, junto dos utentes do CAD de Braga, que, não tendo sido infetados, vivenciaram situações de risco ou percecionaram-nas como tal, tendo dado origem a situações de crise (Menezes, Matos & Costa, 1989). O acontecimento negativo ou que provoca stresse implica mudança, apresentando-se como um novo problema, que pode ser percecionado como irresolúvel no presente ou no futuro imediato. A pessoa em crise pode sentir-se, ineficaz, ansiosa, receosa e culpabilizada com o resultado das suas ações. Na fase aguda da situação de crise, que é um período de grande vulnerabilidade, após o impato inicial, aumenta o estado de tensão, levando a pessoa a reconhecer que tem que agir. A tensão dissipa-se quando o problema é resolvido (Ornelas, 1997).

Deste modo, passaria a ser prática regular questionar os utentes sobre se aceitariam partilhar as suas experiências com outras pessoas que vivenciaram situações semelhantes, se estão disponíveis para uma eventual futura integração num grupo terapêutico, e se estão dispostos a facultar o seu contato nesse sentido. Estes grupos serviriam de espaço à reflexão conjunta sobre os riscos corridos e as formas alternativas de comportamento, em futuras situações similares. O objetivo é criar um ambiente seguro, onde se sintam à vontade, para expressar os seus sentimentos face a determinada situação, de modo a que consigam estabelecer relações de confiança e consigam perceber outros pontos de vista sobre o problema e novas formas de o resolver. Além disso, os utentes também beneficiam da ajuda que proporcionam aos outros, assim como podem beneficiar de um corte do isolamento, reafirmação de percepções e emoções, desenvolvimento de um sentimento de solidariedade, apoio emocional, retroação e orientação que suporta os participantes no processo de lidar com os problemas (Menezes, 2010).

De acordo com a avaliação das necessidades dos utentes do CAD de Braga, através da recolha e interpretação da informação, bem como da identificação das áreas problemáticas, geradas pela situação de crise (Menezes, Matos & Costa, 1989), apresentadas anteriormente, poderão, então, ser criados grupos distintos e, para cada problemática, pode haver necessidade de ter mais do que um grupo a funcionar em simultâneo, se o número de utentes for superior ao estipulado.

Estes grupos funcionam com uma média de cinco a oito elementos, que o integram voluntariamente, podendo cada utente participar num mínimo de quatro e num máximo de sete sessões. O horário das reuniões seria pré-estabelecido e mantido ao longo das mesmas, e estas seriam efetuadas com a presença do psicólogo, nas instalações do CAD de Braga, com uma periodicidade semanal e a duração média de hora e meia. Após um primeiro contacto, em entrevista individual, o caso será estudado e acordado entre ambos, psicólogo e futuro elemento do grupo, se este deve ou não beneficiar de uma integração num grupo já formado e qual. Os grupos consideram-se formados sempre que existe o número médio de elementos, não sendo permitidas entradas posteriores, de novos elementos, no mesmo grupo, salvo raras exceções, para não haver retrocessos na dinâmica do mesmo. No final do processo e antes da alta, o psicólogo teria que fazer uma triagem dos utentes que necessitam de apoio suplementar ou de facilitação da transição entre o grupo e a rede social de apoio “natural” (Menezes, 2010).

É esperado que, com o tempo, estes grupos consigam uma dinâmica própria e que funcionem de forma mais ou menos independente dos objetivos iniciais do CAD de Braga (realizar teste de rastreio ao VIH). Os utentes poderão trazer novos elementos para integrarem os grupos, como, por exemplo, pessoas que nunca fizeram teste, por considerarem que não correm risco. Esta situação passa a criar um efeito de sinergia com os objetivos do CAD de Braga, uma vez que muitos destes novos elementos quererão, muito provavelmente, fazer teste. Dessa forma, os objetivos poderão ser alargados e ir de encontro às orientações programáticas do Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA (DGS, 2012), anteriormente apresentados.

Uma das intervenções de grupo destinar-se-ia a casais, onde o uso do preservativo não constitui prática regular (pois constituem 64.03% da população global do CAD de Braga), revelando estes dados que estes sujeitos não se percebem, a si e/ou aos parceiros/as, como alvos de risco. O objetivo geral da intervenção psicológica neste grupo seria fomentar a prática de sexo seguro; e os objetivos específicos seriam: (a) aumentar a sensibilidade para o risco; (b) promover a interajuda, a partilha de experiências e o aprofundamento das relações amorosas no contexto grupal; (c) promover a reflexão sobre as crenças, atitudes e representações sociais das relações amorosas.

Outros destinatários possíveis destas intervenções de grupo seriam os utentes com parceiros/as ocasionais, que constituem 61.75% da população global do CAD de Braga, uma vez que o uso preservativo com estes parceiros/as também não constitui prática regular. Os objetivos

da intervenção psicológica neste grupo, seriam (1) promover o uso consistente e correto do preservativo e diminuir as práticas de risco, e (2) aumentar a sensibilidade para o risco. Os objetivos específicos seriam: (a) promover a exploração de experiências passadas e atuais, em que se colocaram em risco; (b) desenvolver competências gerais de relação e comunicação interpessoal.

Outro tipo de grupo seria misto, ou seja, seria constituído pelos utentes que, tendo parceiro/a fixo, têm também parceiros/as ocasionais. Os objetivos da intervenção psicológica neste grupo, seriam (1) promover o uso consistente e correto do preservativo e diminuir as práticas de risco, em particular com os parceiros/as ocasionais, e (2) aumentar a responsabilidade para proteger o parceiro/a habitual. Já os objetivos específicos seriam: (a) aumentar a sensibilidade para o risco; (b) promover a exploração de experiências passadas e atuais, em que se colocaram em risco; (c) promover a exploração de experiências passadas e atuais, em que colocaram em risco o parceiro/a habitual; (d) desenvolver competências gerais de relação e comunicação interpessoal.

Além dos grupos anteriormente apresentados, pode ainda fazer sentido a constituição de grupos, que assentem na orientação sexual dos/as utentes. Salienta-se que, apesar da categoria “homo/bissexual” representar apenas 13.55% da população global do CAD de Braga, quase metade dos utentes diagnosticados como seropositivos, pertence precisamente a esta categoria (45.71%), pelo que faz todo o sentido constituírem-se grupos de prevenção da infeção pelo VIH só com esta população, separadamente dos heterossexuais. Tendo em conta estes dados que evidenciam a necessidade de uma resposta prioritária a este público-alvo, descreve-se seguidamente, a título exemplificativo, como se considera poder desenvolver a intervenção junto deste grupo específico.

O enquadramento teórico assenta, essencialmente, nos pressupostos subjacentes à construção da identidade homossexual e no reconhecimento da homofobia internalizada. Apesar de ser homossexual variar nas diferentes culturas, a construção da identidade homossexual é feita por contraponto à repressão social e cultural. Enquanto minoria sexual, lésbicas, homossexuais e bissexuais são alvo de pressões externas, como discriminação, estigmatização e violência. Por outro lado, sofrem também pressões internas, pois os conceitos sociais negativos, relativos à homossexualidade, vão provocar uma dissonância cognitiva (uma vez que

são incompatíveis com os do indivíduo), o que provoca stresse, ansiedade, incerteza crónica e retração emocional (Pereira & Leal, 2004).

Para assumir uma identidade homossexual é necessário haver a integração de comportamentos de amor, amor e desejo, e desejo de identidade, que ocorrem ao longo do desenvolvimento, através de várias etapas: confusão de identidade, comparação de identidade, tolerância de identidade, aceitação da identidade e orgulho na identidade (Pereira, 2004). Contudo, iniciado o processo de autorotulação, os efeitos provocados pelas mensagens e atitudes sociais negativas provocam danos psicológicos, que levam à desvalorização da identidade homossexual e a uma autoimagem empobrecida, originando a homofobia internalizada (Pereira & Leal, 2004). Segundo Mondimore (1998, citado por Pereira & Leal, 2004, p. 246), “a manifestação mais comum da internalização da estigmatização é a sensação de vergonha face à perspectiva de ser identificado como gay”.

O racional teórico subjacente às intervenções psicológicas nestes grupos é a psicoterapia afirmativa, que, apesar de usar métodos psicoterapêuticos tradicionais (como os modelos cognitivo-comportamental, construtivista e humanista, anteriormente apresentados), procede numa perspectiva não tradicional, vendo “a homofobia (e não a homossexualidade) como a maior variável patológica no desenvolvimento de certas condições sintomáticas entre gays, lésbicas e bissexuais” (Pereira, 2004, p. 261). Reconhecendo que muitas lésbicas, gay e bissexual não expressam os seus sentimentos com amigos e familiares, pois não se sentem seguros para tal, o grupo poderá oferecer a possibilidade de poderem comunicar, num ambiente seguro e empático, sem receios de críticas, desvalorização ou maltrato, o que silenciaram ao longo do tempo. Apesar de, no início, ainda se poderem sentir desconfortáveis para falar no seio do grupo, é esperado que quando ouvirem os outros elementos, muitos acabem por se identificar no que é dito, originando reestruturações cognitivas que possibilitem lidar de outra forma com várias situações (Opus Gay, 2013).

A constituição destes grupos será igual à dos restantes grupos, anteriormente apresentados, e o trabalho desenvolvido nesses grupos destina-se a desenvolver estratégias de *coping* para que cada elemento lide e ultrapasse eventuais barreiras existentes à sua condição de ser homossexual e não o de focalizar nas questões da génese da homossexualidade. O objetivo é restituir aos seus elementos a autoestima, o reconhecimento do direito à felicidade, amor e libertação de sentimentos de culpa e vergonha que possam ter, assim como a

conciliação entre a afirmação da sua opção sexual e o receio da exclusão social. Neste sentido, no início de cada sessão de trabalho seria apresentado um tema que, eventualmente, tivesse emergido na sessão anterior, tornando-se um processo contínuo de exploração/descoberta das experiências do próprio grupo em si, e de cada um dos membros. O assumir da sexualidade, a homofobia internalizada, a baixa autoestima, a depressão, a raiva, a solidão, as infeções sexualmente transmissíveis, e os relacionamentos poderão ser alguns dos temas centrais da intervenção que se pretende realizar com estes grupos (Opus Gay, 2013; Pereira, 2004).

Assim, o primeiro tema abordado nestes grupos seria a compreensão que o “assumir-se” pode ser baseado numa vivência individual mas plena e/ou numa abertura a terceiros (que vivam bem com a sua homossexualidade, sem se autorecrimarem, independentemente de terem ou não necessidade de contar a outras pessoas os seus desejos). Ao abordar-se esse tema, ter-se-ia, incontornavelmente, de abordar algumas dimensões emocionais entre as quais a raiva, a depressão e a baixa autoestima, consequentes à repressão autoexercida perante o “assumir-se”.

Outro tema a abordar seria a solidão, pois as oportunidades para se conhecerem outros gays e lésbicas são muito limitadas, apesar de, atualmente, a *internet* ter um papel importante, como forma de escape para algumas destas situações.

Outro dos temas seriam os relacionamentos, nomeadamente, a necessidade de procurar constantemente algo novo e excitante e a falta de confiança no outro, que constituem obstáculos para se estabelecerem relações de compromisso, mais estáveis e duradouras.

Outro tema prender-se-ia com as questões da imagem corporal, uma vez que, no mundo gay, existe uma forte pressão sobre um ideal de beleza corporal que poucos conseguem alcançar. As infeções sexualmente transmissíveis e o uso do preservativo seriam também abordados nestes grupos, nomeadamente a transmissão de conhecimentos sobre as formas de proteção face a estas doenças e a abordagem de estratégias para lidar com situações em casos de parceiros/as com seroestatuto desconhecido (Opus Gay, 2013; Pereira, 2004).

Estes são apenas alguns dos temas que deverão ser trabalhados durante o processo de intervenção, não existindo um planeamento pré-determinado das sessões. Pelo contrário, os temas abordados serão aqueles que os intervenientes considerem mais relevantes para serem discutidos durante a sessão de trabalho, tentando-se, sempre que possível, contemplar a seguinte sequência de temas: apresentação, autoaceitação, assuntos familiares relevantes,

sociedade e homossexualidade (onde se inclui a homofobia), relacionamentos, autoestima, sexo, e rede de apoio.

Para finalizar, considera-se que seria, igualmente, importante desenvolver um projeto de criação de um grupo *on-line* de ajuda mútua, dirigido à população em geral, mas, em especial, dirigido àqueles que, por qualquer motivo, têm dificuldades em deslocar-se ao CAD de Braga ou a outros CAD's do país. Dado que a *Internet* é um meio cada vez mais utilizado para obtenção de informações sobre questões de saúde, particularmente informações relacionadas com a sexualidade, uma vez que possibilita confidencialidade e privacidade da sua situação íntima, segundo Calzo e Suzuki (2004, citados por Palhares, 2005), os jovens evitam dirigirem-se, cara a cara, a um técnico de saúde, familiar ou colega. Saliente-se, por exemplo, que, segundo Abrantes (2002, citado por Palhares, 2005, p. 19), “a *Internet* é, atualmente, o meio de comunicação preferido dos adolescentes”, considerando que não podem passar sem ela. São particularmente atraídos por salas de *chat*, que lhes permitem experienciar outros papéis e relacionarem-se com pessoas com quem partilham interesses, considerando-os cativantes, pois permitem a possibilidade de assumirem outras identidades e partilhar informação sobre qualquer assunto (Palhares, 2005).

Também segundo Greenfield, Subrahmanyam e Tynes (2004, citados por Palhares, 2005), as salas de *chat* são as preferidas para poderem colocar dúvidas sobre a sexualidade, pois permitem condições de segurança e privacidade. Por outro lado, segundo Suzuki e Calzo (2004, citados por Palhares, 2005), fazendo parte de *sites* dirigidos aos adolescentes, os fóruns obtêm uma forte participação em questões relacionadas com a saúde e com a sexualidade.

Assim, a principal intenção da criação de uma página pelo CAD de Braga seria disponibilizar, à população saudável, informação sobre VIH/SIDA, onde houvesse, simultaneamente, um espaço de conversação direta, através de um fórum, com ferramentas e/ou atividades que apelem ao trabalho de grupo e colaboração, com interatividade e possibilidades de comunicação. Contudo, isso requer recursos, técnicos, humanos e financeiros, que, neste momento, o CAD de Braga não possui, pois, para tal, seria necessária uma equipa multidisciplinar, onde se incluísse, além de psicólogo e enfermeiro, também outros técnicos, como informático, médico, serviço social, etc..

6.1.2. Terapia de rede

É um tipo de terapia de grupo, que inclui o trabalho com todos os elementos que constituem a rede de apoio, não apenas a família, mas também os vizinhos, amigos, colegas de trabalho ou de estudo, entre outros, que possam ajudar uma pessoa a reduzir o seu stresse social. O objetivo é mobilizar os cuidados dos membros da rede, para providenciar apoio a uma determinada pessoa em crise. Com este tipo de intervenção, pretende-se que a (re)construção de laços entre os membros da rede seja favorecida, bem como a criação de novas soluções para os problemas e a promoção de um sentido de competência, através de uma intervenção breve, em que a responsabilidade para a prestação de apoio é deslocada para a rede (Menezes, 2010).

Este tipo de intervenção decorre em três fases, segundo Barrett, Coppelo, Hodgson, Orford e Tober (2002, citados por Menezes, 2010).

- Identificar a rede: nesta primeira fase pretende-se identificar eventuais participantes, entre os membros da rede de apoio, (...) e verificar a sua disponibilidade para se envolverem. Assim, o utente seria solicitado a identificar quais as pessoas a quem gostaria de comunicar o seu “problema”, seja ele um diagnóstico positivo, uma situação em que se viu envolvido/a e com a qual tem dificuldades em lidar, ou uma situação difícil em que se encontra atualmente, e a sondá-los sobre a sua disponibilidade para se dirigirem ao CAD na sua companhia, comunicando a decisão ao psicólogo do Serviço, para poderem estipular previamente uma hora, para a sessão.

- Construir – envolver – mobilizar a rede: nesta fase, fazem-se reuniões com a rede, centradas em questões relacionadas com (a informação,) a comunicação, as formas de lidar com o problema (a seropositividade daquela pessoa, a situação em que se viu envolvido/a e com a qual tem dificuldades em lidar, ou a situação difícil em que se encontra atualmente), a promoção do apoio social, não esquecendo de abordar outros temas relevantes, para cada situação particular, como a discriminação ou pressão sociais e, no casos do diagnóstico positivo, a não obrigatoriedade de revelar a seropositividade a outras pessoas da rede social mais alargada, como, por exemplo, no trabalho. Estas reuniões constituem uma oportunidade para (todos) os membros da rede analisarem as suas interações e a forma como podem potenciar a mudança do utente, de forma positiva.

- Preparar para o futuro: nesta última fase, pretende-se finalizar e avaliar o processo, motivando a rede para a manutenção do apoio e a partilha da responsabilidade pela mudança positiva, sendo importante antecipar possíveis problemas e formas de os ultrapassar.

Desta forma, considera-se que poderiam beneficiar deste tipo de intervenções primárias, no CAD de Braga, os utentes que enfrentam situações de crise, algumas de forma solitária e silenciosa, por não partilharem essa informação com os seus entes mais próximos e, consequentemente, também não lhes darem a possibilidade de lhes poderem proporcionar apoio, como, por exemplo, (a) utentes que terminaram relacionamentos e, consequentemente, vêm-se forçados a reorganizar as suas vidas, (b) utentes que acabaram por saber que os seus parceiros/as tiveram experiências sexuais com outras pessoas, (c) utentes que acabaram por saber que os seus parceiros/as estão infetados pelo VIH, o que, quase inevitavelmente, provoca uma crise entre o casal. Estes utentes seriam incentivados a partilhar os seus sentimentos com alguém que se lhes seja próximo e em quem consideram poder confiar, no sentido de manterem sigilo da situação vivida e de providenciarem algum tipo de suporte também – afetivo ou emocional, ventilação ou expressão emocional, contatos sociais positivos, informação e conselho e ajuda material. O objetivo é tornar o apoio percebido como potencialmente disponível, em apoio real existente e evitar o isolamento social destes utentes, contemplando objetivos adicionais aos exigidos pelo modelo de intervenção psicológica atual apresentado no capítulo anterior.

Ao nível secundário, estas intervenções podem ser implementadas no CAD de Braga, junto dos utentes a quem seja dado um diagnóstico de seropositividade e/ou junto dos utentes infetados pelo VIH em tratamento, a receber apoio psicológico. Nesse momento, muitos referem não ter coragem para comunicar esse facto às pessoas que lhe são próximas, nomeadamente aos seus parceiros/as sexuais, familiares e amigos mais próximos. Desta forma, a intervenção psicológica no CAD de Braga não se limitaria ao diagnóstico e ao encaminhamento para tratamento hospitalar, como exige o modelo atualmente em vigor, mas contemplaria objetivos adicionais, como o de ajudar os utentes a ultrapassar uma situação de crise, com menos stresse emocional, melhor bem-estar pessoal e menor impacto da doença na sua vida, através da mobilização da sua rede social de apoio, em que a responsabilidade para a prestação de apoio seria deslocada para a rede.

6.1.3. Terapia de companheiro ou mentoria

Segundo Goodman (1972, citado por Menezes, 2010), inicialmente pensada para intervir junto de crianças com problemas ou em risco, este tipo de intervenção implica a inserção de um companheiro ou mentor, que, voluntariamente, entra na rede de relações da pessoa, passando algum tempo com ela e podendo desenvolver algumas atividades, mais ou menos estruturadas, eventualmente definidas por ambos.

Este tipo de intervenção psicológica, pode ser implementada, ao nível secundário, junto dos utentes do CAD de Braga, a quem seja dado um diagnóstico de seroposividade ou os infetados pelo VIH a receber apoio psicológico, podendo os mentores ser antigos utentes, também aí diagnosticados como seropositivos ou outros utentes infetados pelo VIH, a receber tratamento hospitalar e apoio psicológico, que já passaram pelo processo de crise, similar ao que este utente está a passar agora, e que se voluntariam para tal. Os mentores “não têm, necessariamente, treino específico e são encorajados a utilizar as suas competências interpessoais “naturais”, para, voluntariamente, providenciar companhia e amizade, mas estão sujeitos a supervisão e treino contínuo ao longo do processo (Menezes, 2010). Contudo, estes deverão ter tido sido infetados de forma similar à do/a recém diagnosticado/a, de modo a ativar o processo psicológico de identificação, e deverão ter a mesma orientação sexual, bem como ter todos os cuidados de saúde necessários ao seu atual estado serológico e de evitamento do contágio a novos/as parceiros/as.

Este tipo de intervenção mostra-se consistente com o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016, definido pela CNLCS (DGS, 2012), que sugere a integração de pessoas com VIH nas atividades de aconselhamento. Desta forma, poderia passar a ser prática regular do funcionamento do CAD de Braga, pedir a todos os utentes que fossem diagnosticados como positivos pelo VIH, bem como aos infetados pelo VIH aí a receber apoio psicológico, se gostariam de, futuramente, providenciar este tipo de apoio a novos infetados, voluntariamente, pedindo-lhes para o efeito que deixassem ficar um contato telefónico, para possível posterior abordagem nesse sentido.

6.2. Consultoria-formação

Para aumentar a eficácia das intervenções de prevenção da infeção pelo VIH, anteriormente propostas, seria também importante chegar a pessoas que, habitualmente, não vão ao CAD de Braga. Isto poderia ser feito através duma intervenção de alcance comunitário, que assentasse na capacitação de outros profissionais e atores significativos da comunidade, enquanto agentes de mudança, através de uma relação igualitária, aberta, genuína e empática. O processo é efetuado através de consultoria pretendendo melhorar a dinâmica entre consulente e cliente e tendo como objetivo promover no consulente a aquisição de recursos que lhe permita lidar mais eficazmente com o cliente e, por outro lado, que lhe permita ser capaz de lidar com problemas afins no futuro (Menezes, 2010).

Atendendo ao seu organigrama, o CAD de Braga poderia implementar este tipo de intervenção junto dos profissionais que integram os cuidados de saúde primários, do ACES ao qual pertence, integrando esta estratégia no seu plano de formação interna. Seria dada prioridade aos profissionais de saúde que estão ligados a consultas que incidem diretamente nas questões da sexualidade, como as consultas de planeamento familiar e a consulta de sexualidade juvenil, que é efetuada nas instalações do Instituto Português da Juventude de Braga. A reforçar esta proposta encontra-se, por um lado, o estudo de Vidinha (2011) ao demonstrar uma relação positiva entre as atitudes dos profissionais de saúde face à infeção pelo VIH e a formação que recebem neste domínio (atitudes mais positivas e mais adequadas na sua prática) e, por outro lado, a constatação de que apesar de existir informação sobre o CAD de Braga, exposta nas salas de espera de algumas destas consultas, muitos dos utentes não leem essa informação podendo os profissionais que os assistem ter um papel importante no alerta para a importância do recurso ao CAD.

Deste modo, a formação combinaria o aumento de conhecimentos sobre a infeção pelo VIH e formas de a prevenir, junto dos profissionais das consultas anteriormente mencionadas, com o desenvolvimento de competências em aconselhamento e com a sensibilização para o encaminhamento. O objetivo é promover a tomada de consciência desses profissionais de saúde para a importância que poderá assumir o “planeamento intencional e sistemático das suas práticas, bem como a subsequente avaliação das mesmas, visando-se a sua otimização e/ou

reformulação” (Ferreira, Nascimento & Fontaine, 2009, p. 56), capacitando estes profissionais para comunicarem de forma mais espontânea e natural com os utentes sobre a infeção pelo VIH.

A ida a qualquer consulta é, em si mesma, uma experiência de ação e, como tal, é fundamental que os profissionais de saúde assumam a mesma intencionalidade que deve ser assumida no planeamento de outras atividades de promoção do desenvolvimento pessoal e social, devendo, por isso, ser pensada e conduzida de uma forma que influencie positivamente esse mesmo desenvolvimento (Menezes, 1999). A formação serviria também como espaço de reflexão relativamente à atitude/comportamento dos profissionais de saúde, como ponto de partida para a emergência de novas práticas, onde pudessem fazer o balanço entre as ações implementadas (ações que são efetivamente levadas a cabo no momento dinâmico e dialético da consulta, fruto da negociação entre o planeamento e as necessidades dos utentes) e as ações conseguidas (os objetivos/resultados que são alcançados na prática, tendo em conta o que foi, efetivamente, implementado) (Ferreira, Nascimento & Fontaine, 2009).

Numa perspetiva de alargamento dos alvos de intervenção tradicionais das consultas supracitadas, seria importante que se fizesse um esforço, no sentido de estas consultas se adaptarem também aos jovens masculinos, como forma de estes se aproximarem e envolverem na sua saúde sexual e reprodutiva (Martins, Nunes, Muñoz-Silva & Sánchez-García, 2008). Por exemplo, ao CAD de Braga, recorrem, por vezes, jovens do sexo masculino com infeções sexualmente transmissíveis, que não têm por hábito recorrer às consultas de planeamento familiar ou às de sexualidade juvenil. Na formação dada aos profissionais de saúde dessas consultas, seria importante sensibilizá-los para esta questão. Adicionalmente, seria também importante que se fizesse um esforço, no sentido de estas consultas facilitarem a compreensão do que distingue o preservativo (enquanto forma de prevenção das infeções sexualmente transmissíveis) do contraceutivo (enquanto forma de prevenção da gravidez), uma vez que, pelo menos no caso de mulheres jovens adultas, cada um deles tende a rivalizar com o outro (Gomes, 2010).

Também na perspetiva de alargamento dos alvos de intervenção tradicionais, os programas de prevenção do VIH deveriam contemplar as pessoas com mais de 50 anos, aparentemente ainda resistentes ao uso do preservativo e com quem os profissionais em geral, incluindo os profissionais de saúde, parecem ter alguma dificuldade em abordar o tema da

sexualidade (Caldeira, 1995). Esta constitui outra questão para a qual os profissionais de saúde poderiam ser, igualmente, alertados nas ações de formação.

Ainda na perspetiva de alargamento dos alvos de intervenção tradicionais, os profissionais que integram a consulta do viajante, efetuada pelo departamento de saúde pública, também não poderiam ser ignorados. Esta consulta reveste-se de extrema importância, dado o atual panorama nacional de crise económica e social e, consequentemente, a ida de pessoas para o estrangeiro trabalhar e/ou estudar, o que obriga a que muitos casais tenham que se separar e pode implicar a exposição a parceiros e práticas sexuais menos seguros. A título de exemplo, nos últimos cinco anos, durante os meses de agosto e de dezembro, tem-se sentido uma tendência crescente de utentes que se dirigem ao CAD de Braga para realizar teste, na sua maioria homens casados, que, estando a trabalhar maioritariamente em países africanos de língua oficial portuguesa, têm lá outras parceiras sexuais e, uma vez regressados para junto das suas famílias e esposas, se preocupam com a possibilidade de se terem infetado nos países onde trabalham. Paralelamente, as esposas destes homens também vão ao CAD de Braga fazer testes, algumas por terem conhecimento que eles têm lá outras parceiras sexuais, outras porque se defrontam com a realidade deles se terem infetado nos países de acolhimento. Na realidade, apesar de sentida a necessidade, pelo CAD de Braga, de se chegar até esta população vulnerável, que vai aumentando de número com o agravar da crise económica e social que o nosso país atravessa, além da proposta acima apresentada (pela via da formação aos profissionais das consultas referidas), não se consegue perspetivar como exequível outro tipo de intervenção.

Finalmente, uma vez que as estratégias de consultoria-formação “envolve uma relação igualitária entre profissionais ou entre um profissional (consultor) e um não-profissional, uma pessoa significativa do meio (consulente)” (Menezes, 2010, p. 65), poderiam também ser alvos elegíveis para esta estratégia de intervenção os alunos universitários ou os licenciados, que estejam a fazer estágios profissionais, internatos ou especializações, de diferentes cursos de ciências da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social, entre outros), que passam pelas diferentes unidades do ACES (onde se inclui o CAD de Braga), ao longo da sua formação. Estes indivíduos podem funcionar como populações-ponte, influenciando diretamente as comunidades onde estão inseridos/as, como família e amigos. Por um lado, aqueles que ainda estão a estudar nas universidades poderiam difundir, diretamente junto dos seus pares, os conhecimentos e estratégias adquiridas nessas formações, potenciando e ampliando uma ação

de intervenção nas redes sociais, nos próprios contextos universitários. Por outro lado, num futuro próximo, irão integrar uma equipa de alguma unidade de saúde, onde poderão, igualmente, replicar as aprendizagens realizadas.

7. Conclusões

O presente relatório constitui um contributo para se perceberem os dez anos de existência do CAD de Braga (2003-2012), constatando-se várias situações adversas ao longo do percurso. Contudo, por vezes, é na adversidade que se geram novas oportunidades de reformulação, emergindo, na sequência dos acontecimentos apresentados, um “estado de espírito” que proporciona a necessidade de “reinventar” este serviço.

Como resultado, surgem as propostas apresentadas neste trabalho, que se consubstanciam nas propostas de alargamento do âmbito da atual intervenção psicológica do CAD de Braga, centrada no indivíduo, traduzindo-se essa iniciativa no aumento de bem-estar junto da comunidade e estando alinhada com o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção pelo VIH/SIDA 2012-2016, apresentado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (DGS, 2012). As propostas de intervenção psicológica comunitária centram-se na promoção das redes sociais de apoio; bem como na consultoria-formação, dirigida aos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. As propostas não implicam um aumento de custos ou de recursos humanos, apenas requerem uma reorganização interna do serviço, nomeadamente a nível da criação de diferentes horários, para diferentes tipos de atendimento e intervenção e, claro está, boa vontade dos responsáveis de saúde para a sua implementação.

Os grupos poderão ajudar na mudança de opiniões e comportamentos, na difusão e retenção de informação sobre o VIH, à população geral, junto das comunidades onde cada elemento está inserido e, por seu lado, essa ampla divulgação de informação terá maiores probabilidades de chegar a populações vulneráveis, tendendo a melhorar o seu acesso ao aconselhamento e realização de teste voluntário para diagnóstico da infeção pelo VIH, como proposto no Plano Nacional (DGS, 2012). Por um lado, “o crescente interesse por grupos de apoio, de suporte ou de intervenção específica deixa os profissionais à mercê da sua investigação individual e muitas vezes fora do âmbito científico e da formação que uma intervenção deste tipo pressupõe” (Guerra & Lima, 2009, p. 17). Por outro lado, “a promoção do empoderamento das pessoas e das comunidades depende de profissionais autónomos e reflexivos, capazes de questionarem as suas práticas e de se empenharem na sua inovação”

(Menezes, 2010, p. 88). Assim, a revisão da bibliografia acerca do VIH, que um texto universitário pressupõe, bem como o cruzamento de dados empíricos e científicos, proporciona a atualização do olhar profissional, apetrechando a prática futura, com o conhecimento académico.

As análises de Reis, Lencastre, Guerra e Remor (2009; 2010) evidenciam, de forma inequívoca, a complexidade das interações que envolvem indivíduos seropositivos (marcadas pelo isolamento social, stresse, preconceito, falta de informação e de apoio social) e deixa um alerta quanto à necessidade de serviços de saúde mais acessíveis, tendo em conta que o desconhecimento de se estar infetado, a procura tardia dos serviços de saúde e a falta de informação acerca dos cuidados a assumir perante a doença exigem outro tipo de resposta. A autora do presente trabalho confirma quotidianamente, na sua prática, esta mesma realidade e a urgência dessas outras formas de resposta constatadas, de resto, por investigadores como Vidinha (2011) e Remor (2002) que chamam à atenção para o facto de se estar perante uma população socialmente desprotegida (sujeita a estigmas, preconceitos e discriminação e, além disso, insuficientemente diferenciada nas políticas públicas de saúde) e em situação de enorme risco psicológico.

“Os conhecimentos da progressão do VIH e seu tratamento evoluíram muito (...) e continuam em constante evolução. Consequentemente, as necessidades psicológicas das pessoas seropositivas também vêm mudando. Seguir identificando os temas que afetam a saúde mental dessas pessoas pode contribuir para o desenvolvimento de novas intervenções psicológicas, mais adaptadas à realidade da Aids e às necessidades daqueles que vivem com o VIH” (Remor, 2002, p. 287). O presente trabalho pretendeu, ainda que humildemente, deixar algumas pistas em direção a esse desiderato.

8. Bibliografia

- Almeida, R.J. (2011). *Avaliação dos conhecimentos sobre VIH/SIDA da população geral*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.
- Caldas, J. & Gessolo, K.M. (2007). AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. In *Repositório aberto da Universidade do Porto*, 13 junho 2013.
- Caldeira, P. (1995). Identidades dos portadores do vírus da Sida: reconstrução das identidades sociais e formas de inserção social dos portadores do VIH. *Sociologia: Problemas e Práticas*, n.º 17, 75-95.
- Cunha, S.M. (2010). *Avaliação do conhecimento sobre VIH/SIDA dos doentes na consulta de Imunologia de CHP-HSA*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 2 de fevereiro. *Diário da República n.º 38 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA: Orientações Programáticas 2012-2016 [em linha]. *Direção Geral de Saúde (DGS) Web site*. Acedido março 20, 2013, em: <http://www.dgs.pt/>.
- Ferreira, A.F., Nascimento, I. & Fontaine, A.M. (2009). O papel do professor na transmissão de representações acerca de questões vocacionais. *Revista Brasileira Orientações Profissionais*, 10 (2), 43-56.
- Gomes, A.I. (2010). *A influência da representação social do sexo nos comportamentos sexuais de risco dos jovens adultos portugueses*. Tese de doutoramento, Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade do Algarve, Portugal.
- Guerra, M.P. & Lima, L. (2009). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2013). Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 [em linha]. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) Web site*. Acedido julho 30, 2013, em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1622/3/Relatorio_SIDA_2012_WEB.pdf.

Martins, A.T.; Nunes, C.; Muñoz-Silva, A. & Sánchez-García, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e Huelva. *Psico*, 39 (1), 7-13.

Menezes, I. (1999). Educação para a cidadania: algumas reflexões de um ponto de vista psicológico [em linha]. Repositório da Universidade do Porto. Acedido julho 5, 2013, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23244/2/67027.pdf>.

Menezes, I. (2010). *Intervenção comunitária: Uma Perspetiva Psicológica*. (2ª Ed.). Porto: Livpsic.

Menezes, Matos & Costa (1989). Consulta psicológica em grupo e transição universidade-mundo do trabalho. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 5, 95-102.

Ministério da Saúde do Brasil (2013). O que é janela imunológica. [em linha]. *Ministério da Saúde do Brasil Web site*. Acedido em março 10, 2013, em <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-janela-imunologica>.

ONUSIDA (1997). Aconselhamento e VIH/SIDA [em linha]. *Direção Geral de Saúde (DGS) Web site*. Acedido setembro 5, 2012, em: <http://sida.dgs.pt>.

ONUSIDA (1999). Mudança de comportamento sexual em relação ao HIV: até onde nos levaram as teorias? [em linha]. *Direção Geral de Saúde (DGS) Web site*. Acedido setembro 5, 2012, em: <http://sida.dgs.pt>.

ONUSIDA (2001). Aconselhamento e Testes Voluntários e Confidenciais (ATVC) [em linha]. *Direção Geral de Saúde (DGS) Web site*. Acedido setembro 5, 2012, em: <http://sida.dgs.pt>.

ONUSIDA (2012). Regional fact sheet 2012: North América, Western and Central Europe [em linha]. *Organização das Nações Unidas para a SIDA (ONUSIDA) Web site*. Acedido em junho 9, 2013, em

https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/2012_FS_regional_ssa_en.pdf.

Opus Gay (2013). Apoio psicológico [em linha]. *Opus Gay Web site*. Acedido em abril 22, 2013, em: <http://www.opusgay.org/consultorio/apoio-psicologico.html>.

Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise psicológica*, 3 (XV), 375-388.

Palhares, S. (2005) *A Internet e a Educação para a Sexualidade: uma atividade online*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências, Universidade do Porto, Portugal.

Pereira, H. (2004). A psicoterapia afirmativa. In Cascais, A.F. (org), *Indisciplinar a teoria: estudos gays, lésbicos e queer* (245-260). Fenda.

Pereira, H. & Leal, I. (2004). A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. In Cascais, A.F. (org), *Indisciplinar a teoria: estudos gays, lésbicos e queer* (245-260). Fenda.

Reis, A.C. (2007). *Adesão terapêutica na infeção pelo vírus da imunodeficiência humana*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Portugal.

Reis, A.C. (2012). *Avaliação da adesão terapêutica na infeção VIH/SIDA e compreensão de variáveis psicológicas associadas*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Portugal.

Reis, A., Lencastre, L., Guerra, M.P. & Remor, E. (2009). Adaptação portuguesa do questionário para a avaliação da adesão ao tratamento anti-retrovírico – VIH (CEAT-VIH). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 175-191.

Reis, A., Lencastre, L., Guerra, M., & Remor, E. (2010). Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na Infeção pelo HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 23 (3), 420-429.

- Reis, J. (2007). Educação para a saúde: reprodução ou construção? Passividade ou atividade?. In Trindade, I. (org) & Teixeira, J.A. (org) (2ª Ed.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (105-118). Lisboa: Climepsi.
- Remor, E.A. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: reflexão e crítica*, 12 (1), 1-17.
- Remor, E.A. (2002). Aspetos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 8 (3), 283-28.
- Roncon, J. & Menezes, I. (1993). Consulta psicológica comunitária e terceira idade. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9, 29-36.
- Trindade, I. & Teixeira, J.A. (2007). Aconselhamento psicológico nos cuidados de saúde primários. In Trindade, I. (org) & Teixeira, J.A. (org) (2ª Ed.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (105-118). Lisboa: Climepsi.
- Vidal, A.S. (1991). *Psicología comitaria: bases conceptuales y operativas; métodos de intervención*. Barcelona: PPU.
- Vidinha, M.F. (2011). *Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH: a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade do Algarve, Portugal.