

# HUM@NÆ

Questões controversas do mundo contemporâneo.

v 11, n. 1

## REFLEXÕES PSICOSSOCIAIS ACERCA DO HIV E AIDS E CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

*Isabela de França Meira*<sup>1</sup>

*Ítalo Batista da Gama*<sup>2</sup>

*Mikaela Siqueira Almeida*<sup>3</sup>

*Samanta Silva de Souza*<sup>4</sup>

*Thais Naiani Menezes Gomes de Oliveira*<sup>5</sup>

*Professora Orientadora : Rosangela Nieto de Albuquerque*<sup>6</sup>

### RESUMO

A AIDS é um desafio à saúde pública, por ser uma doença que não possui nem cura, nem vacina. Desde que se alastrou no mundo, vem provocando grande impacto social, psicológico, econômico e político. Tendo em vista que as instâncias governamentais passam por inúmeras mudanças que influenciam as parcerias com as organizações da sociedade civil, o que reflete na preocupação com a sustentabilidade das ações em resposta à pandemia. A pesquisa tem como objetivo analisar criticamente a situação do HIV e da AIDS no Brasil, buscando avaliar a frequência e qualidade das ações públicas de saúde e seus impactos sob a população, e também permear uma reflexão acerca do acometimento da doença nos adolescentes. Para isso, a metodologia utilizada está pautada numa pesquisa bibliográfica onde a revisão literária perpassa pela história do HIV/AIDS, sobre a infecção, o

<sup>1</sup> **Isabela de França Meira**- Graduada de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. Foi membro do Projeto de Iniciação Científica – ESUDA. email: request.isabela@gmail.com

<sup>2</sup> **Ítalo Batista da Gama** - Graduado de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. Foi membro do Projeto de Iniciação Científica – ESUDA (2014 e 2015). Email: italobatista@yahoo.com.br

<sup>3</sup> **Mikaela Siqueira Almeida** – Graduada de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. Estágio Multidisciplinar na área da saúde (pesquisa de campo nas comunidades- UFPE). Monitora do SETA (Seminários ESUDA de Trabalhos Acadêmicos). Foi membro do Projeto de Iniciação Científica – ESUDA. email: mikaelaalmeida@gmail.com

<sup>4</sup> **Samanta Silva de Souza**. - Graduanda de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. Foi membro do Projeto de Iniciação Científica – ESUDA. email: samantasouza21@yahoo.com.br

<sup>5</sup> **Thais Naiani Menezes Gomes de Oliveira** - Graduada de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. Foi membro do Projeto de Iniciação Científica - ESUDA. Especialização em Neuropsicologia Clínica e Neuroeducação. Psicóloga do Projeto Incubadora - ESUDA. Facilitadora de Aprendizagem pelo Hcor. email: thais.naiani@gmail.com

<sup>6</sup> **Rosangela Nieto de Albuquerque** - Pós-Doutora em Educação (Ph.D.), Doutoranda em Psicologia Social, Mestre em Ciências da Linguagem, Psicopedagoga Clínica e Institucional, Analista em Gestão Educacional do Governo do Estado, Pedagoga, Professora Universitária dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação, Presidente do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).email: rosangela.nieto@gmail.com

estigma, preconceito, e a questão dos direitos humanos dos portadores da patologia. Os estudos enfatizam o permanente compromisso da psicologia de contribuir interdisciplinarmente junto às outras ciências na construção de propostas, nos âmbitos municipais, estaduais e nacional, para que a sustentabilidade das ações públicas possam ser executadas. Além disso, se considera que na medida em que se garante a participação dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil na definição e implementação dessas políticas, amplia-se o conceito de sustentabilidade.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS; adolescentes; saúde pública; psicologia.

## INTRODUÇÃO

Segundo o histórico do Ministério da Saúde, em 1977, o mundo se deparou com uma nova doença, pessoas chegavam aos centros médicos com um problema ainda desconhecido. Os primeiros casos de AIDS apareceram nos EUA, Haiti e África Central, e somente em 1982 foi classificado como AIDS. No Brasil, o primeiro caso ocorreu em 1980 e também só foi classificado em 1982. Entre o final da década de 70 e início da década de 80 o mundo viveu algo assustador com uma nova doença totalmente desconhecida, e com um nível de infecção muito rápida e fatal.

Em 1982 a AIDS foi classificada como 5H, pois os infectados eram inicialmente, Haitianos, Homossexuais, os chamados Hookers (um nome Inglês dado aos profissionais do sexo, heroinômanos (usuários de drogas injetáveis) e hemofílicos.

Em 1983 começam os registros de entrada em hospitais dos primeiros casos de AIDS em crianças, os cientistas em suas pesquisas conseguem isolar o vírus e o reconhecem como um retrovírus, isto é, um vírus mutante que se adapta ao ambiente que vive.

Em 1984 trava-se uma disputa entre o americano Robert Gallo e o Francês Luc Montagnier, pela descoberta do vírus e assim é lançado o primeiro programa de saúde para controle da AIDS.

Em 1985 foi descoberto que a AIDS era o estágio final da doença, causado pelo retrovírus que foi classificado como HIV, Vírus da imunodeficiência Humana. A partir daí o número de pessoas infectadas com AIDS no mundo foi aumentando, inclusive no Brasil. Em 1988, os casos notificados no Brasil já somavam 4.535 e em 1991 esse número já tinha mais que dobrado chegando a 11.805 casos notificados.

Em 1987 iniciou-se então a utilização da medicação AZT, utilizada para tratamento de pessoas com câncer, e que foi o primeiro a ser identificado como redutor das taxas do HIV no sangue. Inicialmente os medicamentos não eram fornecidos gratuitamente pela rede de saúde e, em 1988, vários ativistas, após a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) começaram a se manifestar sobre a redução no valor dos medicamentos.

Em 1989, os ativistas forçam os fabricantes dos medicamentos antirretrovirais a reduzirem em 20% o preço dos medicamentos. Em 1990, morre o cantor Cazuzza, vítima de AIDS e de fortes preconceitos, não apenas pela orientação sexual mas pelo fato de ser portador da doença. O movimento de solidariedade ao cantor toma vulto e a revista VEJA lança uma edição com Cazuzza na capa o que causou revolta por parte de vários indivíduos em todo Brasil.

Em 1991 se inicia o processo para a aquisição dos medicamentos e distribuição gratuita, porém só em 1992 a AIDS entra na tabela de procedimentos de tratamento pelo SUS. No entanto, somente em 1996 foi aprovada a distribuição gratuita de medicamentos para tratamento do HIV e AIDS, neste período com o desenvolvimento e combinação de novas drogas as taxas de mortalidade começam a cair em todo mundo inclusive no Brasil.

A partir de 1999 a mortalidade dos pacientes cai em 50% melhorando assim a qualidade de vida dos infectados. A História e a jornada contra o HIV é longa e ainda não parece ter fim, mesmo com os grandes investimentos em pesquisa a cura ainda parece estar longe de chegar, enquanto isso milhares de pessoas sofrem não apenas com a doença, mas, principalmente com o medo do futuro e o preconceito da sociedade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Essas pessoas lutam por um equilíbrio emocional, e uma harmonia psicológica, que certamente é também um forte aliado no controle do vírus no organismo além dos medicamentos.

Para serem reconhecidos pela sociedade como cidadãos dignos de respeito e atenção necessitam vencer o medo e o preconceito que o cercam. Medo da exclusão social, de serem rotulados ou julgados como vítimas de um “castigo divino” devido a práticas sexuais tidas como “anormais”, como são vistos os homossexuais e profissionais do sexo. Há uma grande responsabilidade nas mãos dos profissionais, principalmente dos psicólogos que exercem um papel fundamental de

apoio aos infectados, e que se veem mais do que num adoecimento físico, mas, num sofrimento psíquico com suas ansiedades, medo da morte, receiosos dos julgamentos da família, amigos e parceiros. De acordo com Kahhale (2010, p. 34) “O estigma pode conduzir a pessoa ao autoisolamento, tornando-a desconfiada, deprimida, hostil, defensiva, ansiosa e confusa, pois não se sente segura em relação à maneira como os outros a identificarão e receberão”.

Até hoje o HIV e a AIDS são associados a homossexualidade, ao desvio sexual e a prostituição, são vistos como portadores de comportamentos que são considerados imorais pela sociedade, e que em muitos casos os parentes e amigos são envolvidos, por isso o medo e a atitude de isolamento por parte do infectado. O papel acadêmico é lutar contra tais preconceitos e prestar apoio a essas pessoas que tanto sofrem e se martirizam pela nova condição de vida.

## **ESTIGMAS E PRECONCEITOS**

Em pleno século XXI a AIDS ainda é uma doença que carrega o peso dos seus estigmas e preconceito do passado no presente. Logo quando a AIDS apareceu matando várias pessoas desenfreadamente em tempos passados, gerou-se um pânico naquela época, em parte pela forma como a doença estava sendo fatal para aqueles que se infectavam e também por muitas pessoas não saberem exatamente como aquilo surgiu, de onde veio ou como se contraía. À medida que foi se disseminando um pouco mais do que era a AIDS/HIV, começaram a surgir estigmas, associações feitas sobre alguns tipos de pessoas e seus estilos de vida.

Não é novidade hoje que a AIDS se transmite através de relações sexuais, sem uso de preservativo, transfusões de sangue ou compartilhamento de seringas e objetos cortantes que possam fazer com que o sangue de um infectado entre na corrente sanguínea de outra pessoa não infectada. Porém, no passado, ainda em fase de estudos sobre a doença, a insipiência levou algumas pessoas a estigmatizar as pessoas portadoras de AIDS como doença de homossexuais, pessoas promíscuas ou drogadas. É fato que, casais heterossexuais tinham suas práticas sexuais, porém, nessa época fazia-se pouco uso dos preservativos entre os casais, e com menos intensidade ainda em relações homoafetivas, partindo da ideia de que

naquela época o intuito do uso de preservativo era unicamente para evitar a gravidez.

O que acontecia também era que diferente da época atual, o tratamento da AIDS não era tão efetivo e rápido. Não se tinha ainda o uso dos antiretrovirais, nem do uso dos coquetéis de imediato, assim que a pessoa era detectada como soro positivo. Isso resultava em sintomas extremamente visíveis das conseqüências da doença no organismo do infectado, tais como a aparência abatida, a magreza, o definhamento, afinal, o vírus do HIV compromete todo o sistema imunológico do indivíduo, abrindo assim as portas para todo e qualquer tipo de doença. Então, foram criados grupos de risco: homossexuais, consumidores de drogas injetáveis e profissionais do sexo, etc.

Hoje em dia não se pensa mais assim, ou pelo menos não deveria. A organização mundial de saúde aboliu esses grupos de risco. Uma vez que eles foram criados por estigma e preconceito. As pessoas que pertenciam a um desses grupos sofriam demais com questões de exclusão no meio social e de preconceito.

Alguns anos se passaram desde a época em que a AIDS eclodiu, mas mesmo assim muito desses estigmas e preconceitos ainda resistem. Apesar de toda a informação disponível hoje em dia, ao alcance de grande parte da população brasileira, através dos meios de comunicação (TV, rádio, jornais e clicks na internet), ainda encontra-se varias pessoas que ao saberem que um colega de trabalho é portador do vírus, fica com medo de ser contaminado por beber água na mesma garrafa que ele, por exemplo.

Assim como o contato físico com o portador de HIV-AIDS, muitas pessoas tendem logo a dizer que se infectou porque ou é homossexual ou é promiscuo. Neste sentido faz uma reflexão sobre os avanços da tecnologia, a facilidade de acesso a informação como nunca antes se teve, e ainda há parte da sociedade que se encontra cristalizada nesse tipo de pensamento retrogrado e preconceituoso. Será que o Brasil ainda carece de projetos de disseminação do que é HIV? Medidas de prevenção e tratamento? De levar esse tipo de informação aos jovens num processo sistemático e não apenas em época de carnaval? Isso é algo a se pensar.

É importante enfatizar que a questão da AIDS foi assimilada socialmente, e perpassa pela reflexão de como esta pessoa que agora se encontra com um diagnóstico de soro positivo vai lidar com sua vida de agora em diante. Uma vez que

tem consciência de como essa doença é negativamente vista pela sociedade, o seu sofrimento se agrava. Para a pessoa, que além de ter que lidar com todo o processo de tratamento, médicos, remédios, e acompanhamentos, haverá uma significativa mudança do estilo de vida, e, ela poderá entrar em sofrimento psíquico. Há também a questão familiar, como as pessoas mais próximas irão reagir ao saberem da sua doença, ou como será o olhar da família diante desta situação.

O portador do HIV além de temer a morte propriamente dita, como o fim da vida, começa a temer a sua morte social. Essa morte social pode se dá de varias formas, uma delas perpassa pelo entendimento que a morte social será o deixar de existir para a sociedade, certamente, isso se dá à medida que a pessoa não sente mais vontade de entrar em contato com outras pessoas, de frequentar ambientes sociais, como por exemplo o trabalho, faculdade, escola, parques, shoppings, mas principalmente ambientes onde as pessoas sabem da sua condição.

Os estigmas e preconceitos são tão fortes que existem muitas vezes na própria pessoa infectada. Essa condição é um agravamento no quadro de quem está acometido pela AIDS, uma vez que esses fatores citados anteriormente acabam fazendo com que o infectado guarde a doença para si mesmo, por medo ou na tentativa de evitar todo esse sofrimento, assim, não procura tratamento ou acaba por cometer suicídio diante dessa pressão estigmatizante mortífera.

A outra forma é o ponto da morte social do individuo com HIV, ela também pode ocorrer através do processo de objetificação, que para Martin Buber é “em palavras simples objetificar uma pessoa é ignorar as suas possibilidades de ser algo além do rotulo que lhe é dado”. Assim, nesse contexto, a objetificação aqui seria o processo de transformar alguém em “a pessoa que tem AIDS”. É como se aos poucos aquela pessoa fosse perdendo a identidade, então ela começa a não ser mais nada além de ser “portador do vírus da AIDS”. Não é mais mãe, nem pai, não é mais filho, nem estudante, e aos poucos não é nem mais gente, vira um objeto aos olhos da sociedade. Pois só um objeto é o que é e mais nada, mas, existe uma pessoa dotada de sentimentos e cheias de questões existenciais como qualquer outra. Uma pessoa que se encontra em sofrimento psíquico, então, porque essa pessoa está resumida a sua doença? Certamente, o que acontece é um processo de desumanização de si mesmo, tendo em vista que para Buber “o homem torna-se

humano à medida que se relaciona autenticamente com o Outro, e essa relação se dá no mundo do Eu-Tu”. Em contra partida à medida que só me mantenho no mundo do Eu-Isso, objetificando os outros, estou me afastando do que me difere dos outros animais que é a capacidade de dialogar e de ser humano”. (BUBER apud RIVKA, 1978, p. 35).

## **SOLIDARIEDADE E DIREITOS HUMANOS**

Segundo o minidicionário da língua portuguesa (Rocha e Pires, 2005, p. 654) solidariedade significa qualidade de solidário; que tem interesses e responsabilidades recíprocas. Que nos leva a entender uma atitude de amparo, ajuda, apoio e cuidado. Todo ser humano é digno de solidariedade, respeito e amparo pelos demais sem nenhuma forma de preconceito ou indiferença e com o a pessoa que possui HIV/AIDS não pode ser diferente.

Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 22) o poder público tem investido para o controle da epidemia do HIV/AIDS, na distribuição de medicamentos e em serviços de saúde. Também tem feito um trabalho de conscientização para incentivar a solidariedade nas pessoas no combate ao preconceito com aqueles que têm HIV/AIDS. O laço de fita vermelha simboliza o ato de solidariedade. Todos tem o direito aos seus direitos como ser humano e para aqueles que têm HIV/AIDS também. Segundo o *Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais* não existe legislação que dê prioridade às pessoas com HIV/AIDS no julgamento de processos judiciais. Mas o soropositivo pode solicitar, na justiça, urgência por meio de uma exposição de motivos. A ausência dessa prioridade na justiça deve-se ao fato de, atualmente, existirem medicamentos e tratamento que permitem à pessoa vivendo com HIV/AIDS ter uma vida com mais qualidade.

A AIDS podia ser vencida e vivida sem pavor ou preconceito, isto é, ela podia ser enfrentada como se enfrenta qualquer dificuldade de nossa existência. E que a solidariedade é uma força política, a única capaz de transformar o mundo (DANIEL, 1994, p. 7).

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território

nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 13).

O movimento de luta contra a AIDS atua em busca de transformações éticas, pautadas por valores como dignidade, igualdade, respeito à diferença, tendo como principal estratégia o fortalecimento dos laços de solidariedade, resgate da alteridade, mobilização social e participação cívica. A atuação da sociedade civil na luta contra a AIDS é marcada por uma atuação propositiva e reivindicativa. As principais características são: centralidade no portador; intervenção nos significados das pesquisas médicas; denúncias públicas; manifestações de rua; estruturação de serviços e judicialização de demandas. (CAMARA, 2002 p. 66)

Desse modo constroem um novo cenário a partir das demandas dos portadores de HIV/AIDS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p. 15).

A “Declaração dos direitos fundamentais das pessoas portadoras do vírus da AIDS” (1989) elaborada em outubro de 1989, durante o Encontro Nacional da Rede de Solidariedade, ocorrido em Porto Alegre, consta em sua estrutura documental dez pontos com as principais violações de direitos constitucionais sofridas por portadores do vírus HIV: sigilo, privacidade e intimidade; liberdade; informação; assistência e tratamento; participação social (educação, trabalho e lazer); controle do sangue, hemoderivados e tecidos; proibição de testagem compulsória; direitos reprodutivos; direito à família. . (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989, p. 18).

O Ministério Público, estadual e federal, que após a CF/88 recebeu novas atribuições, foi amplamente provocado pelas ONG/aids para que atuasse na defesa dos direitos das pessoas soropositivas. Diversas ações civil-públicas foram propostas em várias unidades da federação, pleiteando, especialmente, acesso ao tratamento anti-aids e medicamentos para doenças oportunistas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989, p. 19)

As decisões judiciais favoráveis formaram uma jurisprudência sobre o tema direito e AIDS e tais ganhos terminaram por se converter em lei ou em política pública, como por exemplo, nos casos do controle do sangue, regulamentação dos planos de saúde e acesso a medicamentos.

Ventura (2002, p. 99) quem nos apresenta a melhor síntese das vitórias mais significativas nesta área (BRASIL, 1995b): Direito ao levantamento do fundo de garantia por tempo de serviço dos trabalhadores portadores do vírus HIV para



tratamento de saúde, hoje realizado através de pedido administrativo; Obrigatoriedade de arcar com despesas de tratamento da AIDS por parte das empresas de medicina de grupo e de seguro-saúde, provocando-se para este efeito uma legislação específica que incorporou a obrigatoriedade de atendimento a todas as doenças; Responsabilização civil da União e dos Estados pela infecção sangüínea por via transfusional ou através da utilização de hemoderivados, com a condenação do Poder Público ao pagamento de indenizações, na forma de prestação alimentar para as pessoas transfundidas e hemofílicas infectadas; Reintegração do trabalhador demitido por discriminação, e condenação da empresa ao pagamento de indenização por danos morais e materiais à pessoa. Reintegração de militares excluídos das Forças Armadas em razão de soropositivos; Obrigatoriedade, por parte dos Poderes Públicos, de distribuição de toda medicação para tratamento da aids, bem como do provimento de acesso a exames específicos para controle desta doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989, p. 19).

Apesar de pacificada pelos tribunais brasileiros a responsabilidade do Estado de garantir o direito à saúde das pessoas com AIDS, bem como a obrigação de todos de respeitar os direitos dos soropositivos, o preconceito e a discriminação eram um grande obstáculo para efetivação desse entendimento.

Por isso, destaca Claudia de Paula que foi necessária a criação de leis específicas para proteção dos direitos das pessoas com AIDS, em especial no que diz respeito ao acesso à saúde. É o que ocorre, por exemplo, com o direito ao tratamento contra AIDS, só mais universalizado e efetivamente garantido após a promulgação da lei 9.313/96 (CARNEIRO; PELLEGRINO, 2002, p. 24).

A atuação junto ao poder legislativo ocorreu em âmbito federal, estadual e municipal, pleiteando garantias na área de prevenção e assistência. Essas ações eram complementares às reivindicações junto ao poder executivo, pois a existência de uma lei, em tese, obrigava o Estado a atuar e acelerava o processo de implantação das políticas públicas. Entre as leis federais de maior impacto, é importante destacar a Lei 7.649 de 25/10/1988 que obriga o cadastramento dos doadores e a realização de exames laboratoriais no sangue, visando prevenir a propagação de doenças; a Lei 7.670 de 08/09/1988, que estende aos portadores da SIDA/HIV benefícios referente a licença para tratamento de Saúde, aposentadoria,

reforma militar, FGTS e outros; a Lei 7.713 de 22/12/1988 que isenta em seu art. 6º, inc. XIV, o portador do vírus HIV de pagamento do imposto de renda sobre os proventos recebidos; a Lei 9.313 de 13/11/1996 que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. (BRASIL, 1995a).

## **POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS NO BRASIL**

Após a história do HIV/AIDS no Brasil busca-se contextualizar historicamente a evolução das políticas públicas em relação a doença no Brasil. Entretanto, sem pretensão de esgotar a análise do tema, mas ampliar as reflexões acerca da dimensão política e social necessárias para abranger uma melhor compreensão da AIDS na sociedade.

Epidemias, em diversas épocas da história, são “oportunidades” de entender-se estruturas e valores sociais em relação à ideologia e práticas institucionais nas diferentes sociedades, e, com a AIDS não foi diferente.

Apesar de ser uma tragédia coletiva, as respostas e políticas públicas dadas ao HIV/AIDS foi um marco histórico para a saúde coletiva do Brasil, onde a epidemia forçou o estabelecimento de um diálogo entre a sociedade e as políticas públicas de saúde.

Políticas públicas podem ser definidas como uma resposta do poder público frente à uma demanda que emerge na sociedade, assim, cabe ao Estado definir e consolidar diretrizes, medidas, procedimentos, planos de ação e programas a fim de explicitar seu posicionamento político frente a problemas considerados de interesse público. No caso das políticas públicas de saúde, a função é definir uma resposta às necessidades de saúde da população, visando ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, que podem ser desenvolvidas em nível individual e/ou coletivo.

O processo de construção, implementação e consolidação dessas políticas deve ser compreendido em seu dinamismo e complexidade, visto que, ao analisar o contexto no qual a AIDS foi assumida como problema de saúde pública pelo poder público, e o modo como as estratégias de enfrentamento foram estabelecidas, é possível abranger um melhor entendimento de como as políticas em saúde organizam-se no Brasil, desde os anos 80.

De acordo com Marques (2002) o contexto que emoldurou o surgimento da AIDS no Brasil foi um período de intensa mobilização da sociedade civil organizada, por ser um momento em que o país passava por um processo de redemocratização. Foi uma época que teve como característica forte o grande fortalecimento e intensificação de uma pressão social por mudanças políticas no país. Havia intensa mobilização sociopolítica ante o processo de discussão e aprovação do texto final da Constituição Federal de 1988. Especificamente no setor da saúde, essa forte mobilização política foi representada pelo movimento da reforma sanitária, o qual foi essencial na mudança da configuração da assistência à saúde no Brasil. O tema da organização do sistema de saúde e questões relativas ao sangue foi amplamente discutido.

Foi nesse cenário político, social e cultural que o HIV e a AIDS chegam ao Brasil, e esses fatores articulados formaram um pano de fundo dando início a construção das respostas políticas ao HIV/AIDS.

O contexto sociocultural dos anos 70 e 80 foi marcado pela conquista de liberdades e avanços no reconhecimento de direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. É este ativismo político que permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à AIDS, tanto no plano de atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e AIDS. (SOUZA, VASCONCELOS, TENÓRIO, 2010, p. 66).

A AIDS, por ter sido uma epidemia que surgiu carregada de estigma, preconceito, medo e discriminação, foi considerada por muitos grupos como sendo uma doença de “minorias” socialmente marginalizadas (homossexuais, profissionais do sexo e outros) e, portanto, não sendo considerada relevante para a construção de qualquer estratégia por parte do setor governamental para intervir na doença. Ou seja, para alguns grupos, e inicialmente até mesmo para o Ministério da Saúde, a AIDS não deveria ser enquadrada como um problema de saúde pública.

Inicialmente, essa foi uma fase que ficou marcada como tendo características de “negação e omissão generalizados por parte da maioria das autoridades governamentais, especialmente na esfera federal” (PARKER, 1997, p. 10 ).

A reversão desse quadro foi resultado de luta e pressão social, advindos de organizações comunitárias, profissionais de saúde tradicionalmente “militantes” da saúde pública, organizações não governamentais (ONGs), sociedade civil

organizada em coletivos militantes, setor privado, organismos internacionais, igrejas, comunidade científica e indiretamente da imprensa e de uma opinião pública perplexa. Estas ações contribuíram para a formação de uma espécie de “rede de pressão” junto ao Ministério da Saúde.

Em 1985, quando centenas de casos de Aids já tinham sido detectados no Brasil, o Ministério da Saúde finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira. No dia 2 de maio daquele mesmo ano, através da portaria 236, o ministro da Saúde criou o Programa Nacional da Aids e estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, assumindo a Aids como um problema emergente de saúde pública. (MARQUES, 2002, p. 32).

O primeiro programa governamental criado para controlar e prevenir os casos de AIDS aconteceu em São Paulo, em 1983, logo após houve o surgimento do programa em nível federal, e foi uma resposta dada pela Secretaria da Saúde de São Paulo aos questionamentos e exigências vindos de um grupo de militantes do movimento homossexual, que cobrava um posicionamento do Estado para o controle da epidemia.

Porém, essa resposta da Secretaria da Saúde de São Paulo não significa de forma alguma que houve uma rápida adesão por partes das autoridades governamentais à questão do controle da epidemia da AIDS. A tomada de decisão do governo federal em assumir oficialmente a AIDS/HIV como um problema de saúde pública foi resultado também de pressões de estados e municípios onde a epidemia mais crescia.

Devido ao grande número de infecções através de transfusão de sangue, ao disseminar o medo, a AIDS transfusional foi responsável pelos rumos da política nacional de sangue na década de 80, por ter criado um clamor público. Nessa época, uma das grandes conquistas resultado da pressão das ONGs e de grupos da área de saúde foi a “politização do sangue”.

A Política Nacional de DST/AIDS foi instituída em 1999, com o objetivo de sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do MS. As ações tendo como base os fundamentos do SUS. E, tendo como desafios: redução da incidência da AIDS, nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos da cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS; e a priorização das ações voltadas para as DST no país. (SOUZA, VASCONCELOS, TENÓRIO, 2010, p. 10).

Três décadas após a epidemia da AIDS há que se refletir acerca dos desafios que precisam ser superados. A incidência da AIDS está sendo reduzida? As ações preventivas estão sendo priorizadas? Ainda há campanhas e ações informativas sobre a AIDS e as DST? Por que os jovens de 15 a 24 anos são mais infectados do que a população em geral? Por que os índices de epidemia da AIDS caem no mundo, mas cresce no Brasil?

A distribuição universal e gratuita de medicação antirretroviral aos portadores de HIV positivo foi um direito conquistado pela “luta incessante da sociedade diante do quadro que a epidemia alcançou no Brasil e constitui como exemplo mundial de eficiência no combate à infecção” (MARQUES, 2002, p. 35). Esse marco, além de ser uma vitória na história da saúde coletiva do Brasil, redefiniu o destino da epidemia, por trazer, com o tratamento, uma possibilidade de qualidade de vida melhor para os diagnosticados.

Porém, apesar de hoje a AIDS não ser mais uma “sentença de morte”, apesar de não mais matar em poucos meses, ressalta-se a importância de refletir criticamente como essa nova realidade que vem impactando os adolescentes.

Ao final dessa breve análise é possível considerar que a AIDS inaugurou uma nova forma de construir políticas públicas no Brasil, com participação social. Levando em conta que à medida que as pressões sociais foram cessando, e assim as ações governamentais de prevenção e controle também o foram, cabe-nos refletir: qual o nosso papel, como cidadãos, diante do atual contexto da AIDS? Qual o papel da comunidade científica, do(a) psicólogo(a), do profissional de saúde, da sociedade?

É importante considerar o permanente compromisso da psicologia, em todo esse contexto contemporâneo, de contribuir interdisciplinarmente junto às outras ciências na construção de propostas, em todos os âmbitos, para que os desafios possam ser solucionados, para que tabus possam ser quebrados e para que preconceitos possam ser desconstruídos, para que seja possível a elaboração e implementação de políticas públicas justas e igualitárias, com a participação da sociedade no processo.

## **ANÁLISE CRÍTICA E O PAPEL DO PSICÓLOGO NO CONTEXTO DO HIV/ AIDS**

O reconhecimento da Psicologia como área de atuação nas intervenções em saúde, deve estar atrelado às questões a serem avaliadas no contexto do HIV/ AIDS, pois o indivíduo precisa ser visto em sua integralidade, considerando os aspectos a serem trabalhados com a prevenção e as demandas assistenciais, já que a relação com o adoecer não envolve apenas as causas biológicas da doença. (PERUCCHI et al., 2011).

Esses autores afirmam que psicologia por ser uma ciência que trabalha com a subjetividade do indivíduo, se torna uma grande aliada na participação e formulação de políticas públicas favoráveis na disseminação de informações sobre as questões que giram em torno da problemática do HIV/ AIDS. E as ações do psicólogo podem ser ampliadas através de intervenções que trabalhem com a promoção dos direitos humanos, a partir de princípios éticos de respeito e cidadania.

A partir deste aspecto em que o psicólogo deve pautar suas ações na construção de conhecimento, o Código de Ética do Profissional de Psicologia (CFP, 2005) confirma a responsabilidade que deve estar implicada em sua atuação, conforme descrito: “O psicólogo atuará com responsabilidade por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da psicologia como campo científico de conhecimento e de prática” (p. 07).

A descrição citada acima aponta para a necessidade do psicólogo buscar recursos que possam contribuir para o seu desenvolvimento profissional, tendo em vista a fomentar estratégias e questionamentos críticos, frente à realidade que atua. A respeito desse aspecto, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2008) retrata a importância de existir um aprimoramento contínuo na formação do psicólogo, de modo, que haja uma preparação para lidar com as especificidades que poderão surgir no decorrer de seu trabalho.

O posicionamento desse profissional, desta forma, deve estar pautado na abertura de diálogos que possibilitem um conhecimento amplo acerca das diretrizes a serem traçadas no campo do HIV/AIDS, que carece cada vez mais de uma participação ativa de vários atores sociais, tendo em vista a desmistificar os paradigmas que circundam a propagação de preconceitos ainda vigentes na vida das pessoas que vivem com essa doença.(PERUCCHI et al., 2011).

Esses autores também destacam que os espaços que inserem um olhar ampliado da interlocução do psicólogo com outras áreas dos saberes, possibilita a engrenagem deste profissional com questões mais abrangentes, envolvendo a qualidade de vida das pessoas. (PERUCCHI et al., 2011).

E conforme assinala o CREPOP (2008) a promoção de diálogo interdisciplinar é crucial para o entendimento do contexto a ser trabalhado, pois permite a troca de conhecimentos e a inserção de posicionamentos nos eixos discutidos e elaborados pelo plano das diferentes esferas de governo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em termos gerais, a pesquisa atendeu aos objetivos propostos e contribuiu para a sociedade e comunidade acadêmica. As reflexões acerca da história do HIV/AIDS oportunizou o conhecimento acerca das questões de estigma e preconceito, o amparo das leis, e os impactos psicossociais. Neste contexto observa-se a importância da contribuição do psicólogo no acompanhamento das pessoas portadora do vírus.

Muitos jovens que não viveram o momento de “explosão” da epidemia da AIDS acreditam que esta é uma DST como outra qualquer, que pode ser tratada e, portanto, sem necessidade de tanta preocupação. Esse tipo de crença tem como consequência, muitas vezes, comportamentos de risco, que são refletidos nos altos índices de infecção entre jovens de 15 a 24 anos. Vale ressaltar que além da ausência de ações governamentais de prevenção, outros setores sociais influenciam este panorama de desinformação entre os jovens; como exemplo, o conservadorismo que impera na educação brasileira, especialmente quando se trata de reeducação sexual e sexualidades em geral, tema ainda considerado um tabu difícil de ser trabalhado entre os jovens pelas escolas.

Nesse contexto, a atuação do profissional de psicologia deve contribuir cada vez mais para uma atuação ativa e responsável diante da demanda a ser trabalhada, pois conforme aponta o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2009), existem esforços profissionais para estimular a troca de experiências com outras áreas de saberes, como a educação, de modo a ampliar o conceito de saúde, que

vai além da inexistência de doença, já confirmado pelo viés da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) que define esse conceito como um bem estar físico, mental e social e não somente a ausência das afeções e enfermidades.

A cadeia que envolve a interface da psicologia com as políticas públicas, é crucial para entender a organização que se dá no bojo da elaboração, implementação e execução de planos e ações desenvolvidas no campo do HIV/AIDS, e também as pessoas que estão envolvidas nessa rede. Por isso, é crucial que o campo da psicologia atue de forma comprometida e articulada, com trabalhos voltados para a cidadania e o acesso aos direitos dos indivíduos. (CFP, 2009)

A partir desta perspectiva, Perucchi et al., (2011) afirmam que essa área do conhecimento no âmbito da AIDS, tem sua dimensão voltada para uma atuação prática, bem como, na produção de estudos científicos, o que reflete a necessidade de se buscar um olhar cada vez mais amplo acerca das dimensões que giram em torno da sociedade, com vista a se pensar na construção de sujeitos através do viés das políticas públicas, diretrizes e programas desenvolvidos no meio social.

## REFERÊNCIAS

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. Conselho Federal de Psicologia. **Referência Técnica para o psicólogo trabalhar no contexto de DST/ AIDS**. Brasília, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Práticas Profissionais dos psicólogos no campo do DST/ AIDS**. Brasília, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética do profissional psicólogo. Agost. 2005. Disponível em [www.pol.org.br](http://www.pol.org.br). Acesso em 21 de Outubro de 2015.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. **Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil**. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS, 2008. Ministério da Saúde

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção**, Nova Esperança. Washington: OPAS; 2001.

PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar Editor. 1997.



PERUCCHI, Juliana. et al. Psicologia e políticas públicas em HIV/ AIDS: Algumas reflexões. **Psicologia & Sociedade**. v.23,p. 72-80 n. spe, mai. 2011.

RIVKA, Horwitz. **O caminho de Buber para "eu e tu"** - uma análise histórica e a primeira publicação das palestras de Martin Buber "ALS Religião Gegenwart". 1978.

SOUZA, Bruna et al. **A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica**. 2010.