

GUIA PRÁTICO DE PREVENÇÃO E MANEJO MÚTUO DO HIV E SAÚDE MENTAL



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA

SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNO PRESENTE FUTURO PRA GENTE



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Bahia (Estado). Secretaria da Saúde
Guia prático de prevenção e manejo mútuo do
HIV e saúde mental [livro eletrônico] /
organização Tiago Jordão. -- Salvador, BA :
Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP,
2025.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-992533-5-5

1. HIV - Infecções 2. HIV (Vírus) - Prevenção
3. Saúde mental 4. Saúde pública 5. Serviços de
saúde - Administração 6. Sistema Único de Saúde
(Brasil) I. Jordão, Tiago. II. Título.

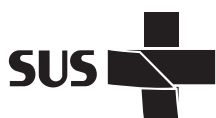
25-302542.0 CDD-362.1969792

Índices para catálogo sistemático:

1. HIV-AIDS : Cuidados de saúde : Problemas sociais
362.1969792

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia - **Divep**
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia - **Suvisa**



SECRETARIA
DA SAÚDE

Governador
Jerônimo Rodrigues

Vice-Governador
Geraldo Junior

Secretária de Estado da Saúde da Bahia
Roberta Santana

Chefe de Gabinete
Cícero de Andrade Filho

Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)
Rivia Mary Barros

Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep)
Márcia São Pedro

Coordenação de Agravos (COAGRAVOS)
Eleuzina Falcão

Organização e Revisão
Tiago Jordão

Equipe do Programa Estadual de IST/Aids e Hepatites Virais
Carla Bressy
Carla Lima
Fabilene Santos
Francisco Lega Braghioli
Maria da Natividade Melo
Myllene Almeida
Rose Mary Oliveira
Simone Portugal Caldas
Tatiana Carla Bezerra
Zilda Torres

Projeto Gráfico e Diagramação (Comunicação Suvisa)
Éfren de Melo Ferreira
Ana Beatriz Pires de Oliveira Santos

Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia - **Divep**
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia -

Suvisa



GOVERNO
PRESENTE
FUTURO
PRA GENTE

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
Sobre o HIV: definições e regras influenciam em como a notícia é recebida	6
Avaliação de risco: auto percepção de habilidades e noção realista da possibilidade de transmissão	8
O efeito do “cobertor curto” do discurso	10
Repercussões psicológicas do diagnóstico: o que muda na saúde mental depois do HIV+?	12
Prazo imediato: alarme, incredulidade, desgaste x um fio de esperança	13
A fase da fuga	13
A fase da luta	14
Oferecendo o fio condutor de esperança	15
O protocolo Spikes	15
O protocolo Spikes praticado como atitude	16
Longo prazo: a cronicidade produz estabilização	17
HIV X Transtornos mentais	17
Ansiedade	18
Depressão	19
Enfrentamento: O que pode ser feito?	21
Integrando serviços com a Mandala da Prevenção: tratamento e prevenção do HIV no âmbito dos transtornos mentais graves	24
Mandala da prevenção	25
Links úteis	28
Materiais recomendados	30
Referências	32

O cenário da epidemia da aids passou por mudanças ao longo dos últimos 40 anos, inclusive do ponto de vista de quem trabalha na área da saúde. Hoje ninguém pode olhar para a luta contra a aids com os mesmos olhos dos anos 80. A qualquer pergunta que se faça a um profissional de saúde sobre o HIV, há uma resposta que, se dada há 10, 20 ou 30 anos não faria sentido, simplesmente pelo fato de que, quanto mais voltarmos no tempo, menos recursos encontraremos à disposição para o combate ao vírus e à aids.

A passagem do tempo trouxe mais conhecimento, pesquisa e tecnologias a favor do tratamento e da prevenção. O manejo farmacológico evoluiu de múltiplos medicamentos que deixavam um rastro de efeitos colaterais de difícil convivência para o usuário para o uso cotidiano de um ou dois comprimidos capazes de manter a pessoa saudável e produtiva. No campo da prevenção, saímos do puro e simples “use camisinha” para, além dos preservativos, oferecer PEP e PrEP como barreiras de transmissão do vírus. Medidas estruturais importantes foram tomadas para ampliar o rastreio do HIV na população, a exemplo da aceleração da testagem através do uso dos testes rápidos como linha de frente, a inclusão da atenção primária na oferta desses testes, a qualificação da verificação de todo o sangue doado no Brasil, distribuição em massa do autoteste, entre outras. Em todas as frentes possíveis a resposta brasileira à epidemia da aids, com um outro percalço, só avançou. Menos na social.

Não é impossível ouvir que a aids só pega em homossexuais ou que o aidético precisa tomar um coquetel para sobreviver, enquanto perde peso e os cabelos, até morrer em, no máximo, um ano ou dois a partir do dia em que pegou o vírus. Essas são frases e termos que revelam concepções comuns

no início da década de 80 e que permaneceram populares ao longo da década de 90, quando pessoas famosas apareceram definhando em capas de revista, dando ao meio social ideias que circularam rapidamente sobre uma nova ameaça fantasma quase impossível de combater.

Na base do medo e da rigidez moral, quarenta anos depois, essas ideias sobreviveram. Mais do que barrar o acesso aos serviços de saúde e ao tratamento, elas têm um efeito psicológico em quem já vive com o HIV. Elas podem produzir tipos de sofrimento que em nada estão relacionados com a ação direta do vírus, o que converte a infecção por HIV num risco psicológico, justamente na era que mais de fala de saúde mental. Cabe pensar também que isso o faz um perigo a mais para a manutenção da saúde das pessoas que já sofrem com transtornos mentais e que, por causa deles, enfrentam preconceitos e vivem à margem da vida social. Com o HIV e suas marcas morais, essa parte da sociedade está condenada a algo pior do que a morte social, a saber, uma espécie de inferno psicológico em vida.

Para os efeitos fisiológicos do HIV já existe resposta. Não há cura, mas controle. Para o que se pensa e diz sobre o HIV e as consequências, ainda não. Acreditando que produzir novas formas de pensar e falar sobre ter e viver com HIV é o mecanismo de mudança desse quadro é que esse Guia foi elaborado. Esse é um material que visa a prevenção, seja do HIV ou de formas graves de sofrimento mental. É nossa contribuição para que comecemos a impactar positivamente na saúde mental dos nossos pacientes a partir das relações que se formam entre nós e eles nas unidades de saúde – de HIV ou de saúde mental.

Sobre o HIV:
definições e regras
influenciam em como
a notícia é recebida

01

Presente no cenário social desde o meio da década de 80, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), tem ao redor de si concepções antigas sobre o que significa viver com ele. O primeiro momento da epidemia da aids foi marcado pelo reconhecimento de alterações visíveis na aparência das pessoas que vivam – ou morriam – com o HIV e pelo cenário de ineficácia do tratamento e invisibilidade da ameaça. Esse contexto produziu uma saída psicológica para aumentar a sensação de invulnerabilidade ao vírus sobre o qual pouco se sabia. A ideia de grupo de risco parecia assegurar que estavam suscetíveis à infecção pelo HIV apenas homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e pessoas que fizeram transfusões de sangue. Essa barreira

imaginária provou-se ineficiente assim que mulheres e crianças apareceram com resultados reagentes para HIV, porém, foi legada às décadas seguintes como uma regra para descrever a relação entre comportamentos moralmente criticados e a suposta punição justificada e produzida por eles.

Essa relação pode ter sido influenciada pela maneira como a epidemia da aids foi divulgada em seus primeiros anos. Entre o fim dos anos 80 e meados dos 90, a exploração midiática de casos famosos, sem querer, podem ter funcionado como um fator propagador de noções limitadas sobre o fenômeno da aids, como mostra o quadro abaixo:

CAZUZA CANTOR

A capa da revista Veja de 26 de abril de 1990, estampava o cantor, já muito magro e determinava seu desfecho trágico, dizendo “Uma vítima da aids agoniza em praça pública”. Na reportagem, o cantor comentou sua bissexualidade e as dificuldades que tinha com o consumo abusivo de álcool e outras drogas. A matéria investe em apresentar ao leitor a exploração do estilo de vida e não na aids. Sua morte, em julho daquele ano, ainda que triste, não pareceu surpreendente para o público.

LAURO CORONA ATOR

Astro de novelas, Lauro mantinha tanto a homossexualidade e o diagnóstico do HIV em segredo. Seu falecimento no mesmo mês de Cazuzza foi chocante e, infelizmente, contribuiu para a ideia de que eram os **grupos que estavam sob risco** e não o comportamento.

FREDDIE MERCURY VOCALISTA DA BANDA QUEEN

Apesar de debilitado, o cantor ignorou as suspeitas que sua saúde despertava e manteve sua condição escondida até as vésperas de sua morte, em novembro de 1991. Sua bissexualidade se destacou na opinião pública para explicar o fato de ser Freddie um **aidético** termo que designava aqueles que vivam com o vírus HIV, independentemente de serem ou não sintomáticos.

EARVING MAGIC JOHNSON JOGADOR DE BASQUETE

Em 1991, Magic Johnson divulgou seu status sorológico ao mundo e teve sua infecção relacionada a um comportamento sexual dito promíscuo, sobretudo, devido às relações que tinha com trabalhadoras do sexo. A situação surpreendeu o mundo, uma vez que a completição física e o desempenho atlético de Magic eram incompatíveis com aquilo que se esperava ver num **soropositivo** na época.

Toda as ideias que basearam a repercussão social a esses casos famosos, infelizmente, ainda circulam nos nossos dias. Mesmo que não seja perceptível, corremos o risco de repetir essas concepções e, sem querer, manter vivo o contexto que produz um tipo de sofrimento que não está associado diretamente à ação do vírus. Algumas iniciativas foram implementadas ao longo dos anos para superar ideias que engendram o estigma e a discriminação com as pessoas que vivem com HIV, contudo, o comportamento de anunciá-las parece resistir.

Isso acontece porque a maneira de descrever um comportamento, pessoa ou característica é aprendida no meio social. Esse aprendizado só é válido se as pessoas com quem convivemos ratificarem nosso comportamento verbal, ou seja, só usamos palavras que outras pessoas já usam e entendem as ideias que queremos transmitir com elas. No caso da aids, por exemplo, as palavras e termos usados no quadro 01 designavam pessoas que tinham HIV e já traziam próprio uso o significado e a descrição moral delas. Assim, toda vez que alguém era dito aidético, não só era identificado pela doença (que podia nem ter), mas também, por um conjunto de comportamentos que passaram a ser ainda mais segregados juntamente com o vírus.

Com o transcorrer do tempo, o alarme em torno

AVALIAÇÃO DE RISCO: AUTO PERCEPÇÃO DE HABILIDADES E NOÇÃO REALISTA DA POSSIBILIDADE DE TRANSMISSÃO

Palavras também podem expressar regras, que são a descrição de como alguém ou um grupo deve se comportar. Geralmente, toda regra é seguida de dois tipos possíveis de consequência. Uma agradável, para o caso de cumpri-la e outra aversiva, para as situações nas quais ela for ignorada ou quebrada. Nesse ponto surgem dois pontos de tensão para o campo do HIV/aids. Os conflitos entre as regras e o discurso da prevenção nos instantes seguintes à revelação diagnóstica podem ser conferidos no Quadro 02. A presença do vírus no corpo pode representar que, a partir daquele momento, o indivíduo faz parte do mesmo grupo de pessoas que se comportam de uma maneira que a sociedade e ele mesmo reprovam e que, portanto, sua vida seguirá o mesmo curso, seja lá qual for sua ideia sobre o assunto. Talvez por isso, a tendência principal da reação imediata à confirmação diagnóstica seja questionar o resultado e negá-lo. Após essa rejeição inicial do diagnóstico – e da ideia de se tornar igual a alguém reprovado moralmente – é compreensível que siga-se uma confirmação do resultado por outra via de investigação, se assim desejar o paciente.

Confirmado o status sorológico, o confronto com a nova realidade será o próximo desafio psicológico.

da aids baixou e outros temas de saúde ganharam as manchetes, fazendo com que as atualizações a respeito do tratamento e uma abordagem menos moralista da infecção pudessem acontecer na mídia na mesma proporção que os casos famosos. Dessa forma, as primeiras conclusões sobre a aids permanecem ativas sem muitas alterações mesmo que novos termos venham sendo implementados em substituição aos antigos. Aqui cabe lembrar, porém, que a mera imposição de palavras novas pode não surtir efeito, se não forem trabalhados seus significados a fim de que sejam validadas pelo uso social. A engenharia por trás desse tipo de iniciativa é atuar nas duas frentes da guerra contra o preconceito: ao mesmo tempo que ações educativas e midiáticas devem promover um entendimento maior sobre o tema, as palavras novas se aproximam dessas novas ideias, superando as mais velhas, tornando seu uso eficaz socialmente.

Para os profissionais de saúde, ainda que façam parte da mesma comunidade que os usuários dos serviços, pode ser mais comum o uso de termos atualizados devido a treinamentos voltados para a área ou alguma norma oficial das instituições nas quais trabalham, por isso, recomendamos que parta da equipe a postura de aproveitar sempre o vocabulário mais recente sobre HIV/aids em todas as interações com o público e na produção de materiais informativos.

Se o dispositivo imaginário de pertencimento a grupos invulneráveis ao HIV mostra-se falho, o indivíduo pode se encontrar sem nenhum outro referencial para compreender e viver na sua nova realidade, seja por ausência de palavras para isso ou por ter observado a experiência de alguém que convive com o HIV. Assim, a pessoa recorrerá às únicas descrições que tem sobre essa infecção e reagirá a ela como se fossem reais. Vale lembrar que afastar de si a possibilidade de ter HIV não é só motivado pelas questões subjetivas exploradas nesse Guia, mas também por questões objetivas, como riscos de exposição social, ameaça à constituição física e à própria continuidade da vida do indivíduo.



Você conhece a terminologia proposta pela UNAIDS?

Consulte o glossário UNAIDS. Em <https://unaid.org.br/terminologia/>

REGRAS E PREVENÇÃO

A mais conhecida orientação comportamental para evitar o contato com os agentes causadores de qualquer infecção sexualmente transmissível (IST) é o lema USE CAMISINHA, estampado em cartazes e camisetas e em todo tipo de mídia nas campanhas preventivas há, pelo menos, 30 anos. Ocorre que, na aparente ausência do risco que serviria de punição por não aderir ao uso do preservativo, ou seja, desde que a possibilidade de contrair HIV nas relações sexuais passou a parecer nula e que a letalidade da infecção baixou, a regra tornou-se obsoleta e os números de infecções novas começaram a aumentar na faixa etária da população que cresceu depois da agitação social em torno da aids.

REGRAS E REVELAÇÃO DIAGNÓSTICA

Ao receber um resultado reagente para HIV, a primeira conclusão do paciente pode ser que está sendo punido por não ter seguido a regra ou por ter se comportado de maneira errada e assim merecer o diagnóstico. Além disso, as chances de o paciente compartilhar ideias distorcidas sobre o HIV são reais e a culpabilização de tendência catastrófica tende a aumentar. A partir do momento em que se descobre a presença do HIV no seu organismo, todos os rótulos morais passam então a, não apenas descrever o comportamento, mas a prescrever o destino de quem recebe o resultado.

Quadro 2 – Pontos de tensão entre regras, prevenção e revelação diagnóstica.

Todos os avanços da qualidade de vida que as PHVA hoje desfrutam podem ter influenciado na mudança do estereótipo dessa população na sociedade. Assim, do ponto de vista geral, é admissível que as pessoas tenham HIV e vivam bem, contudo, individualmente, a ideia ainda segue desconfortável pelos motivos já apresentados até aqui. Isso quer dizer que alguém pode reconhecer que ter HIV não é mais como nas décadas passadas e descrever a experiência como sendo uma doença comum até o momento em que sabe que ela mesmo foi infectada e, a partir daí, concluir que tem pouco tempo de vida e que vai disseminar o vírus indiscriminadamente, disparando reações típicas de estresse, ansiedade e alterações de humor. Alguns comportamentos verbais podem demonstrar ao profissional a resposta emocional de seus pacientes diante de todo esse contexto. Abaixo, alguns exemplos:

VOU MORRER?

PRECISO TOMAR AQUELE COQUETEL PARA VIVER?

TODO MUNDO VAI FICAR SABENDO?

COMO VOU EXPLICAR ISSO PARA MINHA MÃE/PAI/CONJUGUE/FILHOS?

AINDA VOU CONSEGUIR TRABALHAR COM ISSO NO CORPO?



O EFEITO DO “COBERTOR CURTO” DO DISCURSO

Nesse ponto precisamos ajustar o discurso profissional afim de que ideias mais atualizadas, sem vieses estigmatizantes e que favoreçam a prevenção e a adesão ao tratamento, sejam propagadas, reduzindo o prejuízo psicológico das pessoas que vivem com HIV. Contudo, isso parece ser uma tarefa complexa

e um desafio difícil de vencer. Tendo que alternar entre o terror e relativização da ameaça, o discurso da prevenção não cobre, ao mesmo tempo a cabeça e os pés. Parece que temos feito a escolha por um por outro, variando se nosso objetivo é incentivar a prevenção ou a adesão ao tratamento. Os problemas podem começar quando um indivíduo passa de um grupo para o outro. Vejamos:

QUANDO O DISCURSO MOSTRA A AMEAÇA DO HIV E COBRE A SEGURANÇA DA TARV

No sentido de promover os métodos preventivos (preservativos e PrEP), muitas vezes, os indivíduos são apresentados ao potencial destrutivo das ISTs, sobretudo, o HIV, ressaltando sua transmissibilidade e impossibilidade de cura. Pesa-se no medo, fazendo aumentar o valor de seguir as regras e dos recursos disponíveis para a prevenção. A mensagem aqui é que o indivíduo será recompensado com a preservação do corpo e de sua moral se fizer aquilo que o profissional está dizendo. Suas integridades física e psicológica serão mantidas mediante o seguimento da regra sob pena de algo muito ruim acontecer a ele.

QUANDO O DISCURSO MOSTRA A SEGURANÇA DA TARV E COBRE A AMEAÇA DO HIV

AtØo momento em que alguØm tem nas mØos o resultado reagente para HIV ou para outras ISTs, o discurso ao lado cumpre seu papel. O problema surge quando o mecanismo de controle via medo da tragØdia falha e a transmissão ocorre. Da em diante, o HIV jÆ pode mais ser descrito como potencialmente fatal. preciso minimizar as reações emocionais adversas que podem fazer o indivíduo sofrer e diminuir sua adesØo ao tratamento que o levarÆ a sofrimentos que ele ainda nØo enfrenta, mas de potencial letal. Todo discurso utilizado anteriormente precisa ser adaptado e a ameaça serÆ relativizada para nØo ser vivida como um ultimato.

Quadro 3 – Efeitos indesejados do discurso da prevenção.

Nesse contexto, a ação do profissional de saúde envolvido no aconselhamento deverá prover ao indivíduo informações úteis para considerar como pode evitar ISTs e, nos casos reagentes, engajar no tratamento de um vírus incurável, que pode ser transmitido e, sem tratamento, torna-se um adversário difícil de ser combatido. Cobrir a exposição ou a ameaça são posturas contraditórias que não produzem benefício para usuários. Apesar de todos os avanços biomédicos, o HIV não tratado continua sendo um adversário perigoso como era quando foi descoberto e, se visto de outra maneira, sua letalidade pode ser menosprezada. Não se espera que esse seja um tema fácil, mas o papel da equipe profissional é mediar a relação do usuário do serviço com seu tratamento, dentro de todas as suas capacidades técnicas e humanas, diminuindo o impacto psicológico do resultado e evitando adicionar sofrimento a essa mudança, que pode alterar significativamente o seu curso de vida.

Considerando o que está disposto no material do MS sobre aconselhamento e abarcando os instantes pré e pós teste, a finalidade dessa ação é

PROPORCIONAR À PESSOA CONDIÇÕES PARA QUE AVALIE SEUS PRÓPRIOS RISCOS, TOME DECISÕES E ENCONTRE MANEIRAS REALISTAS DE ENFRENTAR SEUS PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS IST/HIV/AIDS. (MS)

Para melhor demonstração didática, tomemos dois exemplos distintos de usuários de um serviço que se submetem ao teste rápido de HIV e recebem resultados reagentes para demonstrar os problemas relativos às variações aparentemente convenientes no discurso da prevenção.

Paciente geração X: 45 anos, iniciou a vida sexual aos 15 anos com camisinha. Presenciou o surgimento da epidemia, viu os casos famosos e cresceu convencido de não pertencer a nenhum grupo de risco. Compartilha concepções moralistas e tem no terror de lidar com sinais e sintomas das ISTs seu principal motivo para se proteger delas. Dispensa o uso da camisinha em relações estáveis ou com parcerias conhecidas. Desconhece a origem da sua infecção por HIV. Diante do resultado, assustou-se e mostrou-se alarmado, demonstrando muito medo de morrer. O horror à doença não produziu prevenção e ainda gerou subprodutos emocionais de difícil contorno para início da adesão. As repercussões desse prejuízo emocional do indivíduo incluem ainda as chances de transmissão não intencional a terceiros motivada por sentimentos como vergonha e culpa.

Paciente geração Z: 15 anos, vida sexual recém iniciada sem preservativo. Teve pouco contato com o tema das ISTs. No aconselhamento pós-teste, mostrou desconhecimento geral sobre HIV e baixa noção de risco. Ao saber seu diagnóstico, perguntou pela cura e deu o atendimento como encerrado diante da informação que não havia uma para o HIV. Com insistência do profissional, aceitou a marcação da consulta com infectologista, mas permaneceu desconcentrado e indiferente ao profissional ao longo de toda a interação. O desconhecimento funcionou como um fator de proteção para os prejuízos emocionais que o primeiro paciente teve, entretanto, tornou-se um obstáculo para a vinculação ao tratamento. O discurso que inicialmente suaviza o diagnóstico reagente foi ineficaz em mais de um aspecto, uma vez que não produziu prevenção nem adesão.

Finalmente, vale considerar que a idade não é um marcador que define com exatidão como alguém reagirá a um resultado de HIV, porém, foi usada aqui para exemplificar como aspectos culturais e variações entre gerações podem funcionar como contexto para diferenças comportamentais. O repertório verbal que descreve a condição de quem contrai HIV disponível para uma pessoa da geração Z, ainda que o alerta do risco, pode ser marcada por uma visão preconceituosa da doença e, no caso de pacientes positivos, aumentar o sofrimento de quem recebe o resultado.

Em parte, o proveito dessa abordagem baseada no alarme e na ameaça parece colaborar com a ideia de que vale a pena evitar algo tão indesejável na vida por motivos morais e pelos próprios riscos biológicos

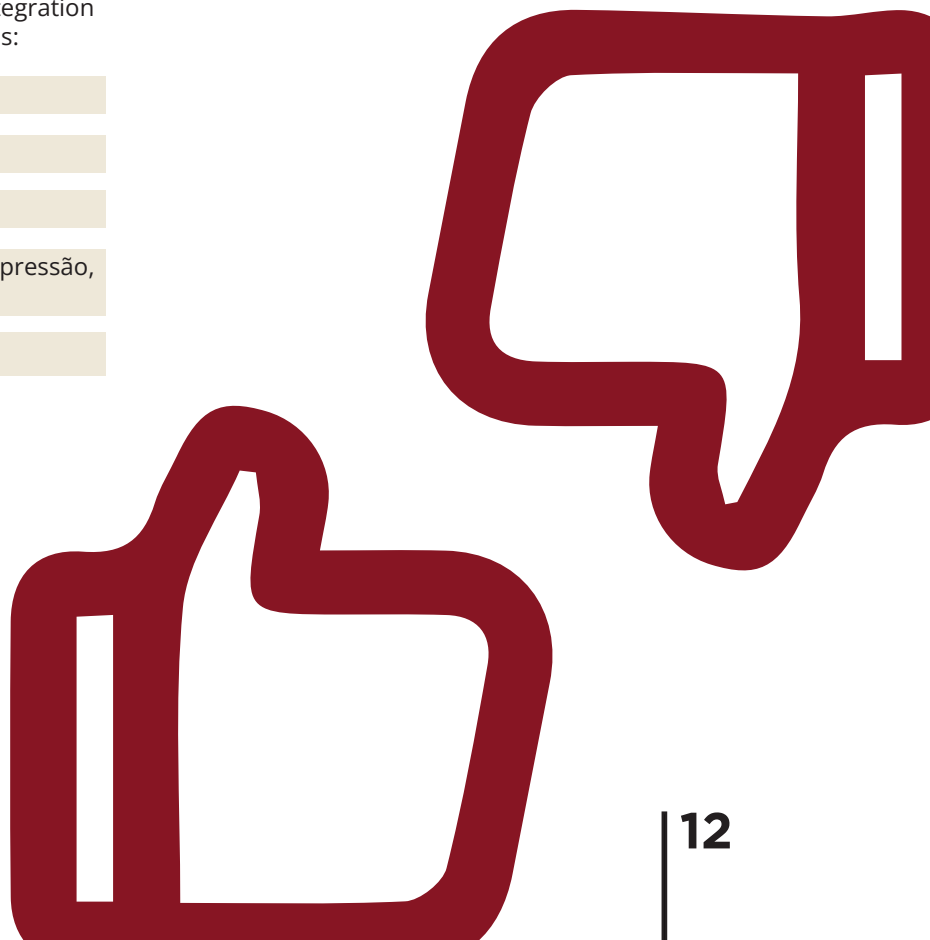
envolvidos. Ainda que num estado de tensão, o indivíduo é mantido sob controle, dentro da regra. Por outro lado, para evitar que esse terror aumente o peso psicológico do resultado, pode-se adotar uma abordagem que relativiza as ameaças reais do HIV não tratado, o que é desconfortável para a vivência da experiência sexual, emocionalmente custoso e de pouca eficácia. Ainda que a literatura psicológica atualmente disponível não tenha esclarecido por completo, podemos supor que, para além da ameaça de pegar HIV, existem mais fatores que controlam o comportamento sexual e quando o risco é percebido como baixo ou inexistente, sequer se considera transar sem camisinha como arriscado de fato, assim, a exposição ao risco resiste, distante dos efeitos das variações do discurso que temos adotado.

O QUE VALE NA ABORDAGEM	O QUE NÃO VALE
Checar o que se sabe sobre o HIV	Sobrepôr opiniões aos fatos em relação aos fatos
Destacar o potencial de letalidade do vírus não tratado	Afirmar convicções morais particulares
Oferecer e explicar alternativas ao preservativo como PrEP e PEP	Atribuir nexos de culpa entre comportamento e moralidade diante de resultados positivos
Esclarecer a necessidade do aumento da frequência de testagem	Ocultar alternativas de prevenção
Considerar necessidades e riscos diferentes entre os indivíduos, grupos e práticas	Barrar serviços ou infligir qualquer outra sanção a indivíduos que se expõem deliberadamente ao risco

Quadro 4 - O que vale e o que não vale na abordagem ao paciente.

Para além desses cuidados na linguagem e ideias transmitidas pelos profissionais que realizam aconselhamento pós-teste, a OMS (2022 integration mental) recomenda ainda que sejam avaliados:

- Risco de suicídio
- Dependência de drogas
- Uso abusivo de álcool
- Condições gerais de saúde mental: depressão, ansiedade, estresse, etc.
- Referência para serviços especializados



Repercussões psicológicas
do diagnóstico: o que
muda na saúde mental
depois do HIV+?

02

PRAZO IMEDIATO: ALARME, INCREDULIDADE, DESGASTE X UM FIO DE ESPERANÇA

O instante seguinte ao anúncio do diagnóstico pode ser vivido de formas diferentes entre os indivíduos, mas, de maneira geral, se considerarmos as ameaças físicas, psicológicas e sociais implícitas à condição de viver com o HIV, é possível compreender seu potencial de disparar as reações de adaptação conhecidas como estresse.

REAÇÃO NATURAL DO ORGANISMO A EVENTOS PERIGOSOS OU AMEAÇADORES, QUE DISPARA ALTERAÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS QUE VISAM A ADAPTAÇÃO DO INDIVÍDUO. UM EVENTO É PERCEBIDO COMO ESTRESSOR OU NÃO DEPENDENDO DE COMO A PESSOA AVALIA SUAS PRÓPRIAS HABILIDADES DE ENFRENTAMENTO.

(BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE, MS; GUDER et al, 2024)

Importante relacionar como um avanço estrutural no rastreamento do HIV impactou positivamente a qualidade de vida das PHVA em seus momentos iniciais de convivência com o tratamento. Como o tempo de exposição aos estressores pode minar as capacidades de enfrentamento que uma pessoa tem a eles, a inclusão de testes que demandam um intervalo menor para comunicar o resultado era fundamental tanto para aumentar o conforto da experiência de ser testado, quanto para acelerar o acesso a ele. Atualmente, com a testagem rápida e até mesmo, com a duração de 30 dias do período de janela imunológica para realização de exames confirmatórios, a possibilidade de desenvolver formas mais graves de estresse que evoluam até o esgotamento são pequenas e, portanto, há menor resistência em passar pelo processo. Além disso, os recursos psicológicos do indivíduo poderão ser direcionados sem desgaste para lidar com o resultado.

Diante do exposto, há duas opções diante da informação de que o exame de HIV testou positivo:

A FASE DA FUGA

Quando o indivíduo sabe que se expôs e tem alguma suspeita de que pode ter se infectado, pode recorrer a comportamentos negação da realidade, como por exemplo, evitando a testagem ou no fato de nunca retornar à unidade de saúde para saber seu resultado – no caso de testes rápidos, evadir sem chegar a coletar ou passar pelo pós teste. Muito embora isso evite o confronto direto com a nova situação, a estratégia é ineficaz em fazer com que um estado de alarme se instale. Essa pré-prontidão para lidar com a

ameaça já faz parte da reação a ela, mesmo que não tenha sido confirmada de fato e isso pode ter início logo após uma relação sexual desprotegida ou depois do indivíduo tomar conhecimento do diagnóstico de alguém com quem teve contato sexual no passado.

Nesse contexto, enquanto o exame não for feito ou seu resultado permanecer desconhecido, o indivíduo convive com ambas possibilidades de desfecho da testagem, alternando entre um resultado negativo e o diagnóstico de HIV+, mesmo que de maneira imaginária, mas não menos intensa. Quando o resultado reagente é anunciado, os comportamentos do paciente seguirão a tendência de retornar ao status anterior e invalidar o diagnóstico será o único recurso aparentemente disponível.

Alguns comportamentos comuns nesse momento serão:

Questionar a capacidade técnica do exame em aferir a infecção

Solicitar alguma outra modalidade de testagem para comprovação

Pedir a repetição do protocolo – no caso da testagem rápida

Investigar conexões irreais entre outros hábitos de vida – além dos sexuais – e possíveis interferências nos exames (vacinas, medicamentos, etc.).

Como se sabe que o vírus HIV não tem cura e a única possibilidade de eliminá-lo da realidade após um exame reagente é provando que esse resultado é falso. Antes de qualquer coisa, a postura do profissional deverá ser acolhedora. Isso quer dizer que se deve demonstrar compreensão com todas as tentativas de anular a ameaça para dissipar a tensão gerada pelo alarme, instalado desde a suspeita da infecção ou a partir do anúncio surpresa dela. A repercussões fisiológicas do estresse mais prováveis de acontecer no ato da revelação diagnóstica são de fato incômodas, mas podem reduzir de intensidade com o tempo e o devido suporte para que o indivíduo se reorganize e processe as informações recebidas no momento.

Vale lembrar que o conhecimento do HIV reagente pode funcionar como um fator disparador de sintomas de outros transtornos mentais com os quais o paciente já convive. Assim, recomendamos a avaliação de um psicólogo diante de reações mais intensas e demoradas, sobretudo para os indivíduos que lidam com transtornos de ansiedade ou de humor. Os aspectos psicológicos dessa experiência são determinantes para a adesão dos indivíduos ao tratamento, única via possível de anulação da ameaça.

Assim que houver condições, cabe ao profissional de saúde prover seu paciente de informações importantes sobre o vírus e seu tratamento, oportunizando o esclarecimento de quaisquer dúvidas da pessoa diante de si. **A linguagem utilizada deve ser sempre simples, em frases objetivas, obedecendo o ritmo de captação e processamento do paciente, permitindo sempre sua livre expressão.**

Cabe considerar também a vontade do paciente em relação a até onde ele quer saber sobre sua própria condição. Nos casos de pouco ou nenhum interesse do paciente, resta ao profissional manter-se disponível para outros contatos no futuro. Além do conhecimento técnico, a retestagem ou o acesso a outras modalidades diagnósticas podem ser garantidas, especialmente, aos exames de carga viral, que já deverão fazer parte do itinerário terapêutico de alguém recém descoberto com HIV.

A FASE DA LUTA

Uma vez disparado o alarme, o passo seguinte para o paciente será enfrentar a ameaça. Preferencialmente, o MS orienta que a vinculação ao tratamento precisa ser iniciada assim que a condição sorológica for confirmada. Aparentemente, esse começo pode ser exigência demais para alguém que precisa lidar com uma mudança de vida importante e recém descoberta, mas a diretriz permanece sendo a melhor estratégia para maiores chances de alcançar as maiores

Se não existe uma maneira de eliminar o vírus após o mesmo ter se instalado no organismo, as energias de uma pessoa que vive com HIV deverão se concentrar naquilo que é produtivo em termos de manutenção da saúde, a saber, a terapia antirretroviral e no seguimento do seu curso de vida.

Em outras palavras, já que fugir é impossível, resta ao indivíduo lutar.

chances de eficácia do tratamento. É esse argumento da qualidade e manutenção da vida via TARV imediata que pode funcionar como a melhor oferta que o profissional tem a fazer ao seu paciente a fim de que ele adote uma postura reativa de enfrentamento da doença. Essa disposição para lutar é identificada na adesão ao tratamento farmacológico, mas também na adoção de um estilo de vida que colabore com a manutenção da saúde.

	RISCO IMAGINADO	COMPORTAMENTOS DE COMPENSAÇÃO E EVENTOS CONSEQUENTES
TRABALHO/ EMPREGO	Demissão por justa causa caso o empregador tome conhecimento da condição sorológica.	Baixa frequência nas consultas; pouco uso dos serviços oferecidos, além da dispensação de medicamentos; controle rígido de processos para esconder o uso dos medicamentos.
	Redução da capacidade produtiva devido aos efeitos colaterais da TARV.	Atribuição de culpa aos medicamentos; uso irregular da TARV; resposta emocional intensa e desagradável.
	Faltas recorrentes para cumprir agenda de exames	Solicitação de atestados médicos; remarcação ou ausência das consultas.
VIDA CONJUGAL/ AFETIVA	Fim do relacionamento após conhecimento da condição sorológica pela parceria.	Omissão da realidade; vida sexual desprotegida; transmissão a terceiros; exposição a outras ISTs.
	Alterações e prejuízos estéticos visíveis	Uso irregular da TARV; automedicação para controle/evitação de alterações.
	Transmissão involuntária do vírus em qualquer contato sexual.	Extinção da vida sexual/afetiva; penalização por transmissão.
FAMÍLIA/ VIDA SOCIAL	Estigmatização e afastamento de amigos, vizinhos e demais pessoas da convivência diária que tomem conhecimento da condição sorológica.	Ideação persistente e hipervigilante de risco contínuo para terceiros; Adoção de estratégias de evitação de contato; isolamento auto imposto; exclusividade no uso de utensílios domésticos sem capacidade de transmissão viral.
	Passagem do vírus da mãe para o bebê.	Desistência do projeto materno; interrupção da gestação.

Quadro 5 – Riscos imaginados diante do resultado HIV+ x comportamentos de compensação.

Cumpra-se dizer que o início do tratamento, ou seja, a partir do momento em que o paciente começa a enfrentar o vírus, esforços serão necessários e alguns riscos são reais. A luta deve ocorrer entre alguém que conhece suas habilidades para lidar com ameaças cujas dimensões são entendidas de maneira ajustada. No prazo imediato, o paciente terá poucas condições de prever as repercussões do conhecimento de sua condição por terceiros e a proteção das relações e do emprego, por exemplo, podem ser sua prioridade. Dessa forma, será de grande utilidade que a equipe de saúde dê orientações práticas para lidar com horários de remédios e dias de consultas e exames, manejo de efeitos colaterais, acesso e manutenção de direitos e benefícios e identificação de pessoas de referência dentro do raio de relacionamentos.

Uma vez estabelecida a nova rotina e o tratamento se mostre estável, restará ao paciente seguir seus afazeres, mantendo suas atividades e contatos sociais. A partir daí, será de grande valia que o paciente comece a estabelecer sua própria medida de riscos psicossociais, baseado muito mais na sua experiência do que nas regras que conhecia antes do resultado reagente. A vida seguirá seu curso sujeita a outros tipos de intercorrências – alegrias, tristezas, decepções, realização, etc. – que qualquer ser humano pode passar. Como se trata de lidar com um vírus que não tem cura, a adesão permanente será o próximo desafio em meio a outras tantas situações cotidianas e a cronicidade trará consigo outros problemas a serem superados.

Quadro 6 – Ameaças x fatores de proteção da saúde mental no prazo imediato pós diagnóstico HIV+

AMEAÇAS	FATORES DE PROTEÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Efeitos colaterais da TARV Risco de conhecimento do diagnóstico por terceiros Baixo suporte social Ideação de morte iminente Avaliação moral negativa Transtornos mentais prévios 	<ul style="list-style-type: none"> Resiliência Conhecimento sobre HIV Experiência prévia positiva com outras PHVA Acesso a serviços/equipe multi de saúde Rede de relacionamentos de suporte Apoio familiar Envolvimento em atividades produtivas

OFERECENDO O FIO CONDUTOR DE ESPERANÇA VIA COMUNICAÇÃO: O PROTOCOLO SPIKES

Para que os objetivos do aconselhamento sejam alcançados sem acrescentar sofrimento a alguém que acaba de saber que tem HIV é preciso desenvolver uma forma eficaz de comunicação que seja, ao mesmo tempo, informativo (sobre o vírus, marcar datas, orientar passos do tratamento, etc.) e contemple os contornos de impacto subjetivo (manejo emocional).

Nesse intuito, foi elaborado o protocolo SPIKES, que recomendamos aqui como uma diretriz para os instantes de comunicação diagnóstica de resultados reagentes. Muito embora nosso contexto principal seja a transmissão da informação de um exame HIV+, o protocolo pode ser adotado para os demais exames de ISTs, uma vez que, além do resultado do exame em si, essas interações podem transmitir também outras informações aos pacientes (traições, ocultação de informações de parcerias antigas, etc.).

O PROTOCOLO SPIKES

Uma notícia pode ser considerada má quando

AFETA SERIAMENTE E DE FORMA ADVERSA A VISÃO DE UM INDIVÍDUO SOBRE SEU FUTURO.
(BAILE, 2000)

e para transmiti-la, sugeririam um passo-a-passo com 6 etapas que objetiva orientar profissionais de saúde em cujas atribuições está justamente a informação de prognósticos reservados.

A rotina foi idealizada para situações hospitalares e grande parte de sua execução se relaciona com pacientes oncológicos, porém, o apresentamos aqui como diretriz, uma vez que seus objetivos podem ser compartilhados com aqueles pretendidos num aconselhamento pós teste no processo de revelação diagnóstica do HIV e das ISTs, a saber:

- Coletar informações do paciente: quem é, o que faz, o que sabe sobre sua doença, etc.
- Transmitir informações médicas: sinais e sintomas das doenças sobre as quais se fala no processo.
- Prover suporte ao paciente: apoio emocional diante da revelação.
- Fomentar a colaboração do paciente para elaboração de estratégias de enfrentamento.

Dessa forma, os seis passos do protocolo SPIKES são:

S	P	I	K	E	S
<p>Setting up the interview</p> <p>Preparando-se para o encontro</p> <p>Organize e assegure a privacidade do local no qual o resultado será dado; ofereça o máximo de conforto possível; conheça os objetivos de sua ação; ensaie se for necessário; administre o tempo e comunique ao paciente a respeito de interrupções.</p>	<p>Perception</p> <p>Percebendo o paciente</p> <p>Antes de falar, pergunte; sonde o conhecimento do paciente a respeito do HIV e das ISTs, além de suas ideias a respeito da vivência com o vírus; ideal para o contato pré-teste nas unidades de saúde.</p>	<p>Invitation</p> <p>Convidando-o para o diálogo</p> <p>Se disponibilize para tirar todo tipo de dúvida que surgir durante a testagem e o aconselhamento; adote como uma postura, respeitando o momento no qual o paciente opta por não ouvir mais e sair da sala .</p>	<p>Knowledge</p> <p>Transmitindo as informações</p> <p>Evite termos técnicos; use palavreado acessível ao paciente; maneje sua franqueza sendo cauteloso com prognósticos, mas realista com os riscos .</p>	<p>Emotions</p> <p>Permitind o e expressando emoções</p> <p>Trate como admissíveis as reações emocionais do paciente, que podem incluir medo, perplexidade, desespero e, até mesmo, indiferença; mantenha uma atitude de compreensão e acolhimento.</p>	<p>Strategy and summary</p> <p>Resumindo e organizando estratégias</p> <p>O conhecimento do curso terapêutico e a participação ativa do paciente no seu próprio tratamento promovem segurança e reduzem a ansiedade; Esse é o campo da tomada de decisão e uso da autonomia da pessoa que se trata .</p>

O PROTOCOLO SPIKES PRATICADO COMO ATITUDE

Mais do que a rotina fixa de etapas, a motivação desse documento em recomendar o protocolo SPIKES no contexto do HIV/aids é que este recurso seja incorporado no fazer do profissional de saúde, influenciando sua atitude diante do paciente e da situação na qual ele está inserido. Ao falarmos

01 Considerando que o domínio teórico sobre o vírus e a TARV e sobre a rede SUS de atenção à saúde especializada no HIV já são conhecimentos adquiridos, resta saber como o profissional se sente a respeito daquilo que sabe. Como o profissional de saúde reage emocionalmente ao HIV pode transparecer de maneiras imperceptíveis. Formas de julgamento moral são expressas em expressões faciais, palavreado, no olhar e na qualidade do cuidado dispensado. Separe alguns minutos do seu dia e se responda: **QUAL A SUA REAÇÃO EMOCIONAL QUANDO PENSA NA VIDA COM HIV?**

02 Originalmente, os criadores do SPIKES e outros autores citam a empatia como recurso humano para o estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente, contudo, chamamos atenção para o risco que de sentir aquilo que o outro sente num momento que pode disparar respostas emocionais intensas que tornarão difícil o uso da habilidades racionais, indispensáveis ao processo. **Dessa forma, sem negar o material original, mas adicionando algo a ele, sugerimos o desenvolvimento da compaixão para a mesma finalidade (BLOOM, 2018).** A atitude compassiva preservará a troca afetiva positiva que unirá profissional e paciente, mas manterá também a capacidade do profissional de racionalizar sobre o presente e o futuro quando a emoção atrapalhar o paciente de fazer isso por si.

de atitudes, estamos nos referindo não apenas aos gestos, mas pensamentos, crenças e emoções que nos fazem ser contrários ou favoráveis nas avaliações que fazemos de qualquer ideia, pessoa, objeto ou situação. Finalmente, demonstramos nossas atitudes com ações.

Para que o protocolo seja vivenciado e seus valores perpassem tanto dentro da equipe de trabalho quanto dela para as pessoas que são atendidas na unidade de saúde, é preciso que o profissional conheça suas próprias noções de humanização e da vida com o HIV. Nesse sentido, o debate exposto na primeira seção deste Guia deverá ser um exercício contínuo de cada indivíduo envolvido na comunicação diagnóstica de um teste HIV+.

Note que o protocolo SPIKES não envolve apenas o fazer técnico de excelência, mas abrange os componentes comportamentais e afetivos presentes no contato entre profissional e usuário do serviço. Pressupõe-se, portanto, que a atitude de quem presta o serviço será fundamental para a mudança da concepção social sobre ter e viver com HIV e, sobretudo, causará maior ou menor prejuízo psicológico a quem recebe o resultado e inicia o tratamento. Para que chegue a esse momento alinhado com as ideias do SPIKES, há dois pontos importantes para o profissional desenvolver.

Compreender as etapas do protocolo como uma indicação comportamental mais do que como um processo de trabalho rígido permitirá que ele seja útil em promover o fio de esperança a todas as pessoas que forem atendidas sob suas orientações, independente de local, equipe e unidade. Se as etapas forem enrijecidas, o protocolo terá pouca ou nenhuma utilidade em situações atípicas de testagem, como em campanhas de Fique Sabendo ou feiras de saúde. Nesses ambientes, há pouco tempo de contato com os indivíduos, que se resume apenas à testagem, enquanto que nas unidades de saúde, as etapas podem ser mais espaçadas e cada uma delas poderá ser executada ao longo de mais de um encontro, à medida que o paciente segue retornando para a continuidade do tratamento. A adoção do SPIKES como uma baliza de atitudes supera essas diferenças e pode alcançar os pacientes nas feiras, nas unidades e até em suas residências – para os casos de pacientes que abandonam o tratamento e que permitem visitas domiciliares.

LONGO PRAZO: A CRONICIDADE PRODUZ ESTABILIZAÇÃO?

Uma vez confirmado o diagnóstico e iniciada a TARV, o alarme inicial tende a se dissipar e o curso de vida pode voltar ao funcionamento que tinha antes da infecção, porém, com adaptações. Como não há um período fixo para ser considerado como fase de adaptação e de regulação emocional, alguns marcadores indiretos podem indicar que, tanto a rotina, quando o comportamento do paciente, colaboram para o seguimento terapêutico. Pode ser importante notar a ocorrência dos seguintes comportamentos:

Diminuição de queixas relacionadas com efeitos colaterais iniciais da TARV;

Frequência mais espaçada de consultas e exames médicos;

Baixa nas solicitações de demandas inespecíficas à equipe multiprofissional (menor presença na unidade de saúde);

Relato da retomada de compromissos alheios ao tratamento de saúde;

Regulação das respostas emocionais.

Com a estabilização dos itens acima, podemos considerar que o paciente já não está mais na fase inicial do seu tratamento e, portanto, caberá aos profissionais observar as reações comuns que a cronicidade traz. Os efeitos da longa exposição do indivíduo às condições da TARV e das mudanças de vida que precisará fazer produzem alterações emocionais e comportamentais distintas das apresentadas no prazo imediato, trazendo preocupação para a capacidade do indivíduo em manter bons níveis de adesão ao tratamento.

HIV X TRANSTORNOS MENTAIS

Antes de apresentar alterações comportamentais compatíveis com alguma classificação diagnóstica de um transtorno mental, é possível que sinais e sintomas dessas doenças surjam de maneira insidiosa e evoluam despercebidas. Ao mesmo tempo que o indivíduo lida com seu tratamento, ele segue fazendo qualquer outra coisa que precise ou goste e está sujeito a variações emocionais como qualquer outra pessoa. Como nenhum transtorno mental é uni determinado, é possível que, quando seu comportamento preencher os requisitos de uma das categorias nosológicas já conhecidas para os variados tipos de sofrimento psicológico, o tratamento e a infecção por HIV tenham sido somente mais um dos fatores desencadeantes na história da doença dentro do ciclo vital desse indivíduo. Ressalta-se aqui a importância de proceder com um diagnóstico diferencial, possível de ser feito apenas a partir do conhecimento do caso e da subjetividade da história de vida de cada pessoa.

Worth (1997) apresenta oito perguntas para avaliação do estado mental e, adicionalmente, sugerimos a investigação detalhada da doença sob suspeita, de acordo com os critérios estabelecidos no DSM-V. Para o caso de pacientes hospitalizados, o uso da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão pode

ser útil para basear o diagnóstico.

Em qual estágio da infecção está o paciente?

Há evidências de acometimento do SNC?

O paciente tem história de TM?

Como e quando o paciente se infectou pelo HIV?

Em geral, como o paciente lida com os problemas em sua vida?

Quem são as pessoas que o apoiam?

Quais recursos utiliza para desligar-se dos problemas relacionados com o HIV?

De que tipo de apoio o paciente dispõe em seu tratamento nos serviços de saúde e em seu ambiente de trabalho?

Dentro desse tipo de avaliação, devem ser levados em consideração tanto os aspectos individuais, quanto sociais da vida das PHVA, a fim de conhecer do que sofrem e em qual contexto esse sofrimento se mantém. Devido ao cenário sócio-histórico apresentado até aqui, podemos considerar a infecção por HIV como um estigma, ou seja, uma marca que é associada a grupos rejeitados no meio social (GOFFMAN, 2008). O impacto dessa estigmatização no contexto da transmissão do HIV como epidemia foi reconhecido na definição da Estratégia Global para aids da UNAIDS (2020). O documento, que definiu rumos para o combate à aids para o período entre 2021 e 2026, estabeleceu o compromisso de chegar a menos de 10% das PHVA e populações-chave vivendo experiências de estigma e discriminação, além de recomendar a integração dos serviços de HIV com aqueles destinados à proteção social e de saúde mental.



Apesar de o HIV ter a capacidade de causar sintomas psiquiátricos e alterações neurológicas, seja por sua ação direta no Sistema Nervoso Central (SNC), em decorrência de infecções oportunistas ou por efeito de medicamentos, é possível supor que é a atitude da sociedade em relação à infecção o fato que mais se relaciona com o surgimento ou o agravamento de transtornos mentais nas PHVA. É essa relação sem nexo causal direto entre o vírus e sofrimento psicológico que dispara ou piora síndromes psiquiátricas num indivíduo que se tornou mais prevalente em relação às de causa orgânica.

É preciso considerar, contudo, que a análise a ser feita nesta seção diz respeito ao surgimento de Transtornos Mentais Comuns, a saber os ansiosos e

depressivos (OMS, 2017), decorrentes do diagnóstico e do tratamento de longa duração do HIV. As relações entre transtornos mentais pré-existentes em relação ao diagnóstico e à TARV serão tratadas no item 3 deste Guia.

Dessa forma, pergunta norteadora na análise a seguir é:

O QUE ACONTECE COM A SAÚDE MENTAL DE QUEM VIVE COM O HIV AO LONGO DOS ANOS?

ANSIEDADE

UM ESTADO DE HUMOR DESCONFORTÁVEL, APREENSÃO NEGATIVA EM RELAÇÃO AO FUTURO, INQUIETAÇÃO INTERNA DESAGRADÁVEL

(DALGALARRONDO, 2019, p. 163)

Estima-se que 40% das PHVA apresentem algum transtorno ansioso, enquanto esse tipo de alteração é esperado em 9,3% de adultos na população geral (BRASIL, 2018). Entre os fatores que podem explicar esse cenário estão a cronicidade do tratamento e a percepção de ameaça constante e imprevisível do HIV, além do fato de que a PHVA está sujeita aos demais contextos psicossociais que podem influenciar outra pessoa qualquer a desenvolver um transtorno de ansiedade.

O uso regular dos medicamentos previstos na TAARV pode proporcionar sensação de segurança e normalizar a rotina do paciente enquanto este se mantiver saudável e não apresentar incômodos com efeitos colaterais. Contudo, conhecendo o que o HIV pode causar se estiver ativo, é possível que, a partir do surgimento de uma doença aleatória e sem relação com o HIV, uma resposta ansiosa ocorra maximizando a ameaça e especulando sobre desfechos tendentes à catástrofe. Isso significa que incômodos menores como dores de cabeça, desconfortos gástricos ou reações alérgicas, que eram vivenciadas com um mínimo de desorganização ou, até mesmo negligenciadas, antes da infecção, passam a estar sob atenção hipervigilante da PHVA devido à suspeita de que o HIV entrou em ação, a despeito da boa adesão farmacológica.

Aparentemente poder-se-ia supor que esse cenário influenciaria no seguimento adequado da prescrição medicamentosa e na adoção de um estilo de vida mais saudável, entretanto, a relação não é tão direta assim. Para que seja efetiva, a TAARV demanda disciplina do indivíduo, uma vez que o uso irregular dos antirretrovirais compromete a eficácia do tratamento (BETANCUR et al, 2017). Como a infecção pelo HIV não

tem cura, se manter sob os benefícios da TAARV terá as características de qualquer outro tratamento de doenças crônicas, sujeita a fragilidades na adesão no curso do tempo de vida do indivíduo. Isoladamente, a ideia de que deixar de tomar o remédio por um ou dois dias pode fazer com que o vírus entre em ação é insuficiente para controlar um conjunto de comportamentos que resultam no uso correto da prescrição médica (NOGUEIRA et al, 2019).

Dessa forma, tanto a obrigação do uso dos medicamentos sem interrupções quanto as potenciais repercussões das falhas no seguimento farmacoterapêutico fazem parte do ciclo especulativo que alimenta as respostas ansiosas da PHVA, contribuindo inclusive, para níveis ainda mais baixos de adesão (REMIEN et al, 2007).

Os comportamentos de compensação citadas na tabela X fazem parte de estratégias evitativas possíveis e comuns no repertório comportamental de quem sofre por antecipação, como é o caso da ansiedade. A tendência é que a ansiedade nas PHVA seja identificada nessas regras autoimpostas de isolamento social e sexual, baseadas no risco imaginado de transmissão iminente e incontrolável do vírus. É possível também que ocorra uma rigidez de cuidados com a saúde que objetivam eliminar qualquer forma de contato com infecções oportunistas. Esse tipo de previsão se relaciona com a autopercepção de fragilidade e impotência diante do que o vírus pode desencadear. Ambos têm na ideação exagerada de risco o substrato psicológico que leva a formas transtornadas de viver a ansiedade. A partir daí, a depender da estrutura de personalidade de quem vive a experiência, diferentes transtornos ansiosos podem se desenvolver.



TRANSTORNO DE ANSIEDADE

ESTRATÉGIAS, REPERCUSSÕES E REAÇÕES EMOCIONAIS

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

A ideia constante de controlar riscos para a própria saúde e de outros pode manter a PHVA em hipervigilância.

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

É possível que o próprio momento do resultado do exame já seja vivido por algum tempo como um trauma pelo indivíduo; outras situações como cirurgias e procedimentos médicos decorrentes de oportunistas também podem ser experienciados como traumáticos.

FOBIA SOCIAL

Ser identificado como uma PHVA costuma ser um dos principais elementos que disparam sintomas de ansiedade. A avaliação moral da infecção pode também influenciar na autopercepção desvalorizada, levando o indivíduo a temer a exposição social e a apreciação de seu desempenho pelos demais.

TRANSTORNO DO PÂNICO

A circunstância de não ter cura e ter capacidade letal, pode desencadear a resposta em momentos inespecíficos e imprevisíveis de ataques que são percebidos como capazes de levar o sujeito à morte; a estratégia de conter as crises súbitas tende a ser o isolamento.

Quadro 7 – Transtornos ansiosos e a experiência de viver com HIV.

DEPRESSÃO

ALTERAÇÃO AFETIVA CARACTERIZADA PELO HUMOR TRISTE, VAZIO OU IRRITÁVEL DEPRIMIDO (DISFÓRICO) E ANEDONIA (CAPACIDADE REDUZIDA DE TER PRAZER), ACOMPANHADOS DE ALTERAÇÕES SOMÁTICAS E COGNITIVAS QUE PODEM LEVAR À INCAPACIDADE E AO SUICÍDIO.
(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION APA, 2014)

A compreensão das alterações na saúde mental atreladas à experiências das PHVA é uma etapa importante na direção de qualidade de vida dessas pessoas. Reconhecer, porém, que existe sofrimento psicológico associado à infecção e à vivência com o HIV/aids é diferente de estabelecer uma trajetória causal obrigatória entre o vírus e a doença chamada depressão. Nem todo sofrimento é depressão. Não é possível afirmar que viver com HIV causa esta doença. Essa hipótese só poderia ser confirmada caso todos os indivíduos infectados com o vírus apresentassem o transtorno depressivo, seja ele moderado ou grave.

Muito presente no debate social contemporâneo na última década, a depressão passou a ser reconhecida como a doença mais incapacitante no mundo pela OMS desde o final da década de 2010. Apesar de afetar mais de 11 milhões de pessoas no Brasil, seu impacto entre as PHVA é conhecido, mas ainda não recebe a atenção que merece (BETANCUR et al, 2017, NETO et al, 2023). O efeito da estigmatização e a continuidade do isolamento autoimposto – explorados no item anterior deste Guia – são fatores de preocupação que podem produzir os sintomas característicos da depressão. Considerando que o HIV não tem cura e a cronicidade é um fator associado ao surgimento de doenças (DORNELAS, 2023), o tempo de exposição às condições impostas pelo HIV e pela TARV pode minar a capacidade de enfrentamento do indivíduo, interferir na adesão ao tratamento e comprometer seu estado de humor ao longo de todo o curso vital.



Chama a atenção a diferença de prevalência da depressão entre a população geral e os pacientes com HIV/aids. Enquanto o primeiro grupo apresenta 5,8% (WHO, 2017), nas PHVA esse número chega a ser quase seis vezes maior (SILVEIRA et al, 2012). Além da redução na qualidade de vida e de todo sofrimento que ter HIV pode ter precipitado na vida do indivíduo, os sintomas depressivos estão associados também à baixa capacidade de se manter em e, conseqüentemente, a incapacidades físicas e aumento potencial da letalidade do vírus ativo. Múltiplos estudos em diferentes partes do Brasil já identificaram essa associação em indivíduos que recebem atendimento em unidades de saúde especializadas no cuidado das PHVA (BETANCUR et al, 2017, DIAS et al, 2023).

Além do uso irregular dos medicamentos é preciso levar em consideração que as tentativas de alívio dos sintomas depressivos podem levar a adoção de hábitos contrários à manutenção da saúde e devem, portanto, ser entendidos como risco para adesão, uma vez que adotamos aqui uma ideia abrangente para a terapêutica das PHVA, que vai não se limita exclusivamente ao seguimento das prescrições farmacológicas. O contexto emocional de medo, culpa, vergonha ou outras respostas desagradáveis pode levar ao uso abusivo de álcool, cigarro, medicamentos não prescritos e outras drogas como fonte de prazer e alívio emocional, tornando o indivíduo ainda mais vulnerável às condições que o fazem sofrer e trazendo outros riscos como o próprio efeito das substâncias que usa, abstinência e overdose. A não eficácia dessas estratégias e o prejuízo que elas produzem, a manutenção dos sintomas depressivos por tempo prolongado e o agravamento desses, podem ainda

acarretar ideação suicida e o comportamento auto lesivo nas PHVA.

Finalmente, no caso da depressão, há que se levar em conta os demais fatores na vida de um paciente que podem, juntos, potencializar o sofrimento e tornar mais difícil o manejo da doença. De acordo com a OMS (2017), a prevalência de depressão entre adultos jovens é quase o dobro daquela encontrada na população geral e, além disso, segundo o MS, o final da terceira década de vida é o período mais comum para eclosão dos sintomas depressivos. Ao mesmo tempo, essa faixa etária representa 37% do total de casos de HIV no país entre 2007 e 2023 (BRASIL, 2023). Esses dados demonstram que, no Brasil, ter entre 20 e 29 anos é fator de risco tanto para depressão quanto para ter HIV.

Essa sinergia de vulnerabilidades deve ser considerada no trato individual e na formulação de políticas e peças de comunicação que visem atrair esse grupo etário para contemplar suas diferentes necessidades e para prestar-lhes o benefício pretendido pela política pública que cada unidade opera. O mesmo pode ocorrer com outros agrupamentos sociais analisados a partir de características como sexo, gênero, orientação sexual, grau de instrução, classe social e raça/cor. O conhecimento das populações-chave e prioritárias para o MS e como elas se entrelaçam, reforçando estereótipos e práticas discriminatórias, dificultando o enfrentamento do HIV é de especial importância para compreender e agir para a diminuição das vulnerabilidades.

POPULAÇÕES-CHAVES SÃO AQUELAS DE MAIOR PREVALÊNCIA DO HIV	POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS SÃO AQUELAS QUE TÊM DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS
Gays e outros hsh	População jovem
Pessoas trans	População negra
Pessoas que usam álcool e outras drogas	População indígena
Pessoas privadas de liberdade	População em situação de rua
Trabalhadoras(es) sexuais	

Quadro 8 – Populações-chave e prioritárias segundo o MS.



Populações Chave e Prioritárias



Figura 1. Interseções entre as populações e prioritárias do MS. Fonte: <https://agemt.pucsp.br/noticias/nos-somos-fantasma-indaga-agente-indigena-por-conta-do-desmonte-da-saude>

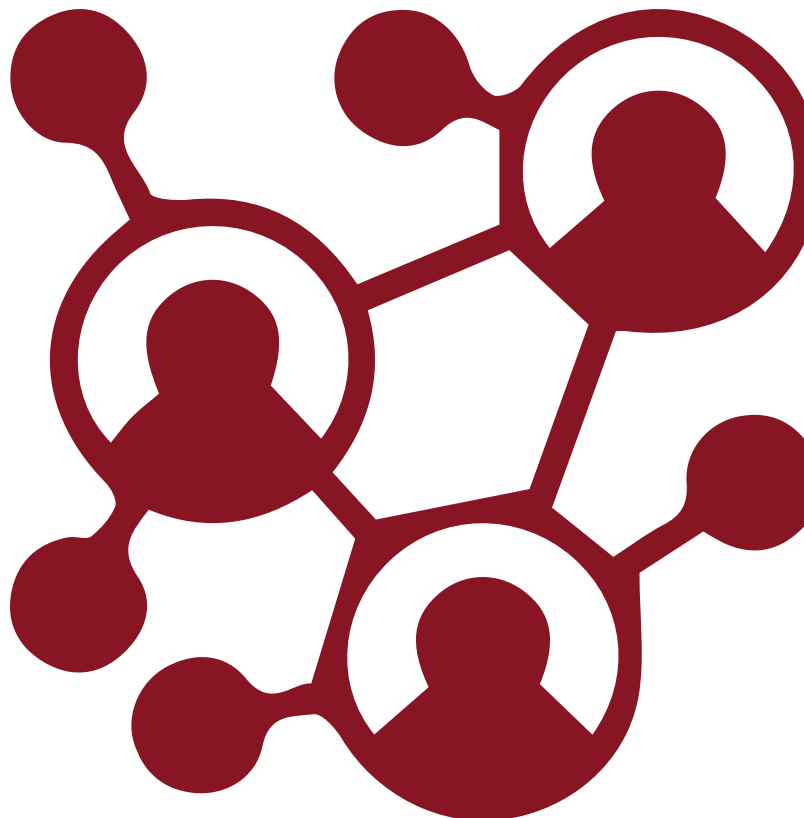
ENFRENTAMENTO: O QUE PODE SER FEITO?

ENFRENTAMENTO É RECONHECIDO COMO OS ESFORÇOS COMPORTAMENTAIS E COGNITIVOS QUE LEVAM AO PROCESSO ADAPTATIVO REDUZINDO DESTA FORMA O SOFRIMENTO.

(ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998)

Muito embora a condição de viver com o vírus HIV seja muito específica e possa ter relações com o desenvolvimento de formas graves de transtornos de humor, o investimento terapêutico na recuperação psicológica das pessoas que sofrem desse tipo de adoecimento não é diferente de outros casos de depressão. Muito embora seja importante reconhecer os condicionantes sociais que cercam o sujeito, é imprescindível identificar potenciais comportamentos de enfrentamento no nível individual, até para que a pessoa se mobilize para transformar seu meio e as relações que têm nele. Isso quer dizer que a recuperação de casos de depressão e promoção da saúde psicológica das PHVA passa por conhecer e intervir em todos os aspectos psicossociais do paciente.

Abaixo, seguem orientações a respeito dos campos a serem desenvolvidos no enfrentamento do sofrimento psicológico com sugestão de intervenções individuais, grupais e institucionais. As diretrizes são de especial interesse para os serviços de Atenção Especializada, porém, não são restritos a eles. Unidades da Atenção Básica ou do nível secundário que se destinem a outros públicos, mas também acolham as PHVA podem utilizar as mesmas orientações, caso tenham equipe multiprofissional capacitada para isso.



<p>SUORTE SOCIAL</p>	<p>Abertura da unidade ao grupo familiar dos pacientes; oferta de grupo de família.</p> <p>Promoção da troca de experiências entre pacientes em fases distintas de tratamento via formação de grupos de adesão e/ou auto-ajuda.</p>
<p>PSICOEDUCAÇÃO FOCADA NO TRATAMENTO</p>	<p>Grupos de psicoeducação focados nas questões concernentes à manutenção da saúde geral, uso de medicamentos e especificidades do HIV; necessário observar o grau de instrução do público e tornar as ações próximas da realidade e a comunicação compreensível.</p> <p>Seguindo o disposto nas metas Globais da UNAIDS, as unidades de saúde devem aproximar-se no sentido de prestar suporte técnico que abranja diferentes necessidades em saúde. Isso pode ser obtido através do arranjo do apoio matricial. Trata-se de uma forma de cooperação entre uma equipe de especialistas e uma equipe básica de saúde. Nesse caso, a equipe do serviço de HIV pode assumir o papel da equipe básica para discutir casos e obter demais orientações técnicas no campo da saúde mental de uma equipe de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo.</p>
<p>INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS</p>	<p>Em unidades hospitalares é possível recorrer ao formato de interconsulta e promover a discussão de casos para tomada de decisões que reduzam o sofrimento psicológico e restitua o desempenho cognitivo do paciente com alterações ambientais, visitas em horários e durações especiais e psicoterapia breve e focal são opções viáveis.</p> <p>Encaminhamento para serviços ambulatoriais que ofereçam psicoterapia individual no território. Caso a rede SUS não disponha desse tipo de atendimento, cabe conhecer as ofertas de outras unidades, como, por exemplo, serviços de psicologia de instituições de ensino superior.</p> <p>Parcerias com instituições da rede pública e/ou privada e da sociedade civil organizada para realização de oficinas de saúde (saúde bucal, atividades físicas, nutrição, violência, saúde sexual e outras ISTs); inclusão transversal dos temas de saúde mental, incluindo redução de danos no campo do uso/abuso de álcool e outras drogas.</p>
<p>INVESTIMENTO NOS FATORES DE PROTEÇÃO (ATENÇÃO À SUBJETIVIDADE)</p>	<p>Treinamento da equipe profissional para realização de atendimento humanizado e desenvolvimento da escuta ativa; Oferta de grupos terapêuticos que promovam o desenvolvimento de temas de saúde mental subjetividade e de aspectos psicológicos positivos como inteligência emocional, resiliência, otimismo, qualidade de vida, satisfação, etc.</p>
<p>ENCAMINHAMENTOS SOCIAIS E GARANTIA DE DIREITOS (ATENÇÃO ÀS OBJETIVIDADES)</p>	<p>Orientação para o acesso dos indivíduos a equipamentos públicos que tratem de outras necessidades e da garantia de direitos fundamentais para a vida em sociedade, como documentos de identidade, LOAS/BPC, aposentadoria, passe livre para transporte público, emprego/renda, segurança, moradia, etc.</p>

Quadro 9 – Pontos para desenvolvimento de enfrentamento do sofrimento psicológico.



Você conhece as diretrizes do MS para ações de cuidado com saúde mental no campo do HIV/ Aids?

Consulte o glossário UNAIDS. Em <https://un aids.org.br/terminologia/>



Integrando serviços com
a Mandala da Prevenção:
tratamento e prevenção
do HIV no âmbito dos
transtornos mentais graves

03

O campo da saúde mental, como entendido pelas políticas nacionais que tratam do tema, orienta-se por uma concepção abrangente da saúde e das suas condicionantes. O paradigma psicossocial influencia, não só a maneira como se definem os fenômenos de saúde-doença – para além daquilo que está sob domínio biomédico – bem como reorienta práticas que abrangem os mais variados espectros da vida humana e formas diversas de investimento terapêutico multiprofissional. Dessa forma, é preciso estender o debate deste Guia para outras configurações de serviços de saúde, admitindo que indivíduos acometidos por transtornos graves e recorrentes não estão destituídos da vivência sexual e, portanto, devem estar sob alcance da atenção prestada nos serviços nos quais são atendidos para promoção de sua saúde sexual.

Nesse contexto, é pertinente lembrar que é possível encontrar entre os usuários de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), usuários de drogas, pessoas em situação de RUA e indivíduos privados de liberdade, no caso dos internos dos remanescentes hospitalares psiquiátricos. Há de se considerar que esse público apresenta dificuldades variadas para acessar e utilizar insumos de prevenção, a saber: a exclusão social, poucos recursos financeiros, baixo nível de instrução, estado mental alterado, isolamento familiar, uso de drogas e outros fatores indiretos como a dificuldade em manter relações estáveis, trabalhos e abusos sexuais frequentes (MANN, 2018). Tais características configuram a vulnerabilidade desse seguimento social, significando sua morte civil e potencializando o risco de contrair o vírus HIV e outras ISTs (BRASIL, 2004). À dupla

estigmatização da aids/loucura pode-se somar outros comportamentos moralmente condenados pelo meio social no qual se inserem os indivíduos que usam a RAPS, como por exemplo, questões de gênero, raça e orientação sexual, tornando esse sujeito praticamente inalcançável pelas estratégias de prevenção das ISTs e pela Meta 95/95/95.

No caso dos moradores de hospitais psiquiátricos há outro fator agravante a acrescentar-se à essas barreiras. Ao contrário dos usuários de equipamentos substitutivos do modelo asilar-manicomial, como os CAPS, por exemplo, os internos de um manicômio estão alijados do direito de ir e vir e, assim, desprovidos do acesso e da escolha dos recursos preventivos do HIV de sua preferência. Pensando a prevenção nesse cenário e indo além do investimento no uso do preservativo, é necessário considerar outras opções para contenção da contaminação pelo vírus causador da aids entre essas pessoas e lançar mão das opções apresentadas na proposta de Prevenção Combinada, que objetiva

“O USO COMBINADO DE INTERVENÇÕES BIOMÉDICAS, COMPORTAMENTAIS E ESTRUTURAIS APLICADAS NO NÍVEL DOS INDIVÍDUOS, DE SUAS RELAÇÕES E DOS GRUPOS SOCIAIS A QUE PERTENCEM”

(BRASIL, 2017)

MANDALA DA PREVENÇÃO

A organização dessa estratégia é demonstrada na Mandala da Prevenção e abrange elementos diversos que podem ser oferecidos à população de usuários de serviços de saúde mental, sejam eles residentes em hospitais psiquiátricos e de custódia ou de um CAPS.

Para que sejam alcançados os objetivos preventivos na população que sofre com transtornos mentais graves, algumas adaptações podem ser feitas.



Figura 2 - Mandala da Prevenção.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

AÇÕES QUE VISAM REMOVER CAUSAS E FATORES DE RISCO ANTES QUE OCORRA A INFECÇÃO OU A DOENÇA

ACESSO A PRESERVATIVOS E GEL LUBRIFICANTE

Assim como em toda unidade de saúde, os serviços de saúde mental podem manter a oferta constante e incondicional de insumos de prevenção para seus usuários; cabe a ressalva aos manicômios e hospitais de custódia que avaliam outros riscos para a segurança dos internos no caso de mau uso do preservativo.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO HB E HPV

Parcerias com serviços de atenção básica dentro da localidade podem levar insumos de imunização para serviços como CAPS ou Residências Terapêuticas, facilitando o acesso a usuários que normalmente não iriam até os postos de saúde em busca das vacinas; outra opção é tratar o tema dentro da unidade de saúde mental e organizar a ida de seus usuários a um posto de saúde.

REDUÇÃO DE DANOS

Ainda que essa ação seja mais efetiva na prevenção da transmissão sanguínea do HIV e das hepatites virais, vale lembrar que a abordagem dos prejuízos do uso abusivo de psicotrópicos pode influenciar na adoção de comportamentos que permitam melhor avaliação de riscos em situações de vulnerabilidade para a transmissão das ISTs.

PREP

Estratégias concernentes ao pré-natal podem ser temas recorrentes em grupos nos CAPS e a presença das pacientes nos serviços específicos pode ser organizada com o suporte da equipe de referência, a fim de garantir a testagem regular para ISTs no período, promovendo a segurança da mãe e do bebê.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

AÇÕES QUE OBJETIVAM A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE UMA INFECÇÃO OU DOENÇA PARA EVITAR SEU AGRAVAMENTO E SUA DISSEMINAÇÃO

OFERTA DE TESTAGEM RÁPIDA

Como se trata de um procedimento simples, o teste rápido pode ser ofertado com regularidade sem depender de estrutura laboratorial. Isso permite que unidades como os CAPS I e II, por exemplo, possam disponibilizar a testagem rápida seguida de aconselhamento no seu funcionamento cotidiano e não apenas em campanhas temáticas. O aumento da frequência de testagem é recomendado nas populações-chave e para indivíduos expostos a situações de vulnerabilidade; a detecção oportuna da infecção oportuniza o começo imediato da TARV, evitando que o vírus se torne ativo.

<p>ACESSO À TARV</p>	<p>De maneira a fortalecer a adesão ao tratamento das PHVA que têm transtornos mentais graves, unidades assistenciais de TM podem funcionar como Unidades Dispensadoras de Medicamento (UDM) para este público. A medida visa diminuir o impacto das barreiras de acesso que o público e seus familiares/cuidadores comumente enfrentam.</p>
<p>ABORDAGEM SINDRÔMICA DE OUTRAS ISTS</p>	<p>Adicionalmente aos cuidados preventivos da evolução da aids, uma rotina de avaliação das outras ISTs pode ser útil para promoção da saúde sexual desse grupo, identificando e encaminhando de imediato infecções comuns e de fácil trato como clamídia e gonorreia, por exemplo.</p>
<p>TRATAMENTO DA SÍFILIS</p>	<p>Para impedir a evolução dos casos de sífilis primária e sua transmissão, a aplicação da penicilina pode ser incorporada à rotina de serviços prestados nas unidades que dispensam cuidados às pessoas com TM; caso seja impossível essa implementação por questões institucionais, pode ser organizada uma agenda de acompanhamento dos pacientes positivos para sífilis até as unidades da rede básica a fim de receberem as doses do tratamento completo.</p>
	<p>Muito embora todo cidadão tenha acesso à PEP nas UPAs, a oferta do medicamento nos serviços de emergência psiquiátrica ou CAPS III pode aproximar essa parcela da população desse recurso novo e eficaz que impede a infecção por HIV até 72 horas depois dela ter ocorrido.</p>

A operacionalização da Mandala no contexto dos transtornos mentais graves, sobretudo, naqueles internos de manicômios, ainda que necessária, requer cuidados. Em doenças desse tipo, os sintomas psicóticos, as fases maníacas e o efeito de medicamentos podem prejudicar o juízo de realidade e o estado mental do paciente. Assim, é preciso atentar para implicações éticas de testar um indivíduo sem condições de entender o aconselhamento, o próprio processo de testagem e suas consequências. Por parte da equipe, é preciso lidar com o sigilo e proteger a integridade física e psicossocial de quem está sob

seus cuidados. Oferecer cuidados de saúde que são reconhecidos como necessários pelos profissionais, mas que, paradoxalmente, podem ser rejeitados pelos pacientes por significarem riscos à sua vida sem sociedade, é um grande desafio da área. As ações que visam promoção do bem estar físico, psicológico e social não podem se sobrepor às diretrizes de humanização e nem aos direitos fundamentais dos usuários da rede SUS.

Links úteis
para consulta

04

Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

ACESSE: WWW.GOV.BR/AIDS/PT-BR

Saúde mental

ACESSE: WWW.GOV.BR/SAUDE/PT-BR/ASSUNTOS/SAUDE-DE-A-A-Z/S/SAUDE-MENTAL

OMS/OPAS HIV

ACESSE: WWW.WHO.INT/NEWS-ROOM/FACT-SHEETS/DETAIL/HIV-AIDS

OMS/OPAS Saúde Mental

ACESSE: WWW.PAHO.ORG/PT/TOPICOS/SAUDE-MENTAL

Sesab HIV

ACESSE: WWW.SAUDE.BA.GOV.BR/TEMASDESAUDE/ISTS/

Sesab Saúde Mental

ACESSE: WWW.SAUDE.BA.GOV.BR/ATENCAO-A-SAUDE/SAUDE-DE-TODOS-NOS/SAUDE-MENTAL/

Materiais
recomendados

05

Atenção em saúde mental nos serviços especializados (MS)

Guia prático de testagem e aconselhamento para HIV e outras ISTs na Atenção Básica (SESAB/DIVEP)

Guia prático do aconselhador em IST/aids (SESAB/DIVEP)

Guia rápido – Saúde mental e HIV em tempos de COVID 19 (UNAIDS)

Guia para profissionais de saúde mental – Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva (MS)

Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas (MS)

Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS (MS)

Integration of mental health and HIV interventions – Key Considerations (UNAIDS)

Referências

06

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia (Natal), v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

BAILE, W.F. et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. The Oncologist, vol. 5:302-311, 2005.

BETANCUR, M.N. et al Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. Braz. J Infect Dis, vol. ;2 1(5):507-514, 2017.

BLOOM, P. Contra la empatía - Argumentos para una compasión racional. Ed. Taurus, 2018.

BRASIL. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV. Ministério da Saúde, Secretaria Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2004.

_____. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília, DF. 2017.

_____. Boletim Epidemiológico. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Ministério da Saúde. Número especial. Brasília, DF. 2023.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Ed. Artdmed, 2018.

DORNELAS, D. B. de A. et al. Abordagem da depressão na Atenção Primária em pacientes com doenças crônicas Brazilian Journal of Implantology and Health. Sciences, Vol. 5, n. 4, p. 2789-2798.2023.

GOFFMAN, E. Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada - capítulo 1: estigma e identidade social 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GÜDER, D.S. et al. Perceived stress, optimism-pessimism, psychological adjustment, and death distress of nurses during the COVID-19 pandemic. Rev. Latino-Am. En enfermagem. 2024

LAGUNA, G.G.C. et al. Atualizações acerca da saúde mental de pessoas que vivem com HIV: uma revisão integrativa. Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v.9, n.3, 2023.

Lobo, A. S. A revelação do diagnóstico de HIV/Aids e seus impactos psicossociais. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 9(2), 174-189, 2020

MANN, C. G; MONTEIRO, S. Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018.

NETO, F. de P. R. A., et al Avaliação de sintomas depressivos de pacientes vivendo com HIV em ambulatórios de hospital de referência em Natal-RN, The Brazilian Journal of Infectious Diseases, Vol. 27, Sup. 1, 2023.

NOGUEIRA, L.F.R.M. et al. Transtornos Mentais Comuns estão associados a maior carga viral em Pessoas Vivendo com HIV. Saúde debate | Rio de Janeiro, V. 43, N. 121, P. 464-476, ABR-JUN, 2019.

REMIEN RH et al. Journal of the International AIDS Society, vol. 24(S2), 2021.

SILVEIRA, M.P.T.S. et al Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. Rev Bras Psiquiatr. Vol. 34:162-167, 2012.

SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. Ed. Artesã. 8ª. ed. 2018
World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2017
UNAIDS. Global aids strategy 20.





GUIA PRÁTICO DE PREVENÇÃO E MANEJO MÚTUO DO HIV E SAÚDE MENTAL | 2024

Um Guia desenvolvido pela Secretaria da Saúde do Estado (**Sesab**), por meio da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Bahia (**Divep/Suvisa**)



GOVERNO
PRESENTE
FUTURO
PRA GENTE

Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia - **Divep**
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia -

Suvisa

www.saude.ba.gov.br/suvisa

