

<https://doi.org/10.65027/2447-3405.2026.1138>

A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO COMO CONDUTA NORTEADORA EM UM CASO DE DIAGNÓSTICO DE HIV

BUILDING THE THERAPEUTIC ALLIANCE AS A GUIDING PRINCIPLE IN A CASE OF HIV DIAGNOSIS

Whigney Edmilson da Costa¹, Bruno Fernandes Borginho²

1. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). Psicólogo do Setor de Adesão do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA). Alameda do Contorno, 3556 - Jardim Bela Vista, Goiânia (GO). Contato: whigney10@hotmail.com
2. Especialista em Saúde pela SES-GO/Unievangélica. Especialista em sexualidade e gênero pela Faculdade Bookplay. Psicólogo ambulatorial em processo de transição de gênero e sexualidade do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi (HGG). Avenida Anhanguera, 6479 – Setor Oeste, Goiânia (GO).

RESUMO

Introdução: A Psicologia Hospitalar foca no entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos do adoecimento, oferecendo suporte ao paciente e à família e integrando-se à equipe multidisciplinar. Diante da alta notificação de casos de HIV no Brasil e considerando que a infecção é uma condição crônica e controlável, dependente da adesão à TARV, esse contexto se torna um campo para atuação psicológica. **Objetivo:** Relatar como a atuação psicológica, baseada no acolhimento e vínculo, favoreceu a elaboração diagnóstica e a adesão ao tratamento em um caso recente de HIV/aids. **Metodologia:** Este é um estudo de caso com caráter exploratório realizado com uma paciente com diagnóstico recente, porém tardio, de HIV/aids, com prescrição de internação em uma unidade de referência em infectologia na cidade de Goiânia (GO). **Relato:** Paciente de 38 anos, recém-diagnosticada com HIV/aids e em estado caquético, apresentava-se inicialmente com humor extremamente rebaixado e negação do diagnóstico. Em cinco sessões, o psicólogo utilizou o acolhimento, a escuta ativa e a construção de vínculo para mediar o esclarecimento de dúvidas e trabalhar suas crenças. A postura de respeito ao silêncio evoluiu para a aceitação diagnóstica e a prontidão para a adesão ao tratamento, demonstrando a eficácia da intervenção psicológica. **Considerações finais:** O foco na escuta ativa, no acolhimento e na construção de vínculo foi fundamental para o desfecho positivo do caso. A paciente transformou sua percepção de desespero e morte para aceitação e planejamento de adesão à TARV, demonstrando a relevância da atuação do psicólogo na equipe interdisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Relações profissional-paciente; Cooperação e adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Hospital Psychology focuses on understanding and treating the psychological aspects of illness, offering support to the patient and family while integrating into the multidisciplinary team. Given the high number of HIV cases reported in Brazil, and considering the infection is a chronic, manageable condition dependent on adherence to ART (Antiretroviral Therapy), this presents a crucial field for psychological intervention. **Objective:** To report how psychological intervention, based on empathic care and therapeutic bonding, facilitated diagnostic acceptance and treatment adherence in a recent HIV/AIDS case. **Methodology:** The study employed an exploratory case-study design and was conducted with a patient who received a recent, but late-stage, diagnosis of HIV/AIDS, requiring admission to a specialized infectology center in Goiânia, Goiás. **Report:** The 38-year-old patient, newly diagnosed with HIV/AIDS and in a cachectic state, initially presented with extremely low mood and denial of the diagnosis. Over five sessions, the psychologist used a therapeutic approach-including empathetic welcoming, active listening, and bond-building to mediate the clarification of doubts and address the patient's core beliefs. This posture of respecting silence led to diagnostic acceptance and readiness for treatment adherence, demonstrating the efficacy of the psychological intervention. **Conclusion:** The focus on active listening, empathetic welcoming, and therapeutic bond-building was fundamental to the positive outcome of the case. The patient transformed her perception from despair and death into acceptance and planning for ART adherence, demonstrating the relevance of the psychologist's role within the interdisciplinary team.

KEYWORDS: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Professional-Patient Relations; Treatment Adherence and Compliance.

INTRODUÇÃO

A área da Psicologia Hospitalar compreende-se como o saber que almeja entender e tratar os aspectos psicológicos, ou manifestações da subjetividade humana, como pensamentos, desejos, afetos e comportamentos, em torno do processo de adoecimento. Além disso, apreende-se que estes aspectos são relacionais, sendo o objetivo do psicólogo hospitalar oferecer seus cuidados não somente ao paciente hospitalizado, mas também à sua família, além de se inserir na equipe multidisciplinar¹.

Nesta perspectiva, o psicólogo no hospital corresponde a um modelo assistencial de cuidador, tendo a promoção de saúde como um de seus objetivos básicos. Assim, esse profissional comunica à equipe multiprofissional acerca de fatores que podem auxiliar nas decisões das outras áreas, presta assistência às famílias dos pacientes, além de oferecer escuta ao paciente que está passando pela experiência de internação e adoecimento, percebendo este sujeito para além de sua doença, sob uma ótica de saúde biopsicossocioespiritual².

Dentre os diversos contextos de atenção em hospitais especializados, vale destacar, ainda hoje, a atuação desse profissional em infectologia, especialmente diante do diagnóstico de HIV/aids. Durante as primeiras semanas de infecção pelo HIV, ocorre a infecção aguda, marcada pela intensa replicação viral nos tecidos linfoides. Em indivíduos que não recebem tratamento, essa fase leva à iminência de infecções oportunistas e neoplasias, caracterizando o quadro de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)³.

De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico de 2025⁴, entre 1991 e setembro de 2025, foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 683.930 casos de infecção pelo HIV no país. Além disso, entre 1980 e setembro de 2025, por meio da integração dos dados do Sinan, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), foram registradas 1.679.622 pessoas vivendo com HIV ou aids no país.

Na série histórica, 450.922 (65,9%) casos foram notificados em homens e 232.473 (34,1%) em mulheres. Entre 2007 e setembro de 2025, no sexo feminino, a principal categoria de exposição foi a prática heterossexual, que correspondeu a 64,4% dos casos. Entre 1991 e setembro de 2025, a região Centro-Oeste apresentou 49.433 (7,2%) dos casos e, somente no ano de 2025, Goiás foi responsável pela notificação de 1.679 novos casos. Ainda, no ano de 2025, as mulheres na faixa etária entre 35 e 39 anos representaram 11,9% (935) dos casos notificados de HIV no Brasil⁴.

Os avanços alcançados desde a descoberta do HIV nos anos 80, principalmente com a introdução da terapia antirretroviral (TARV), conferiram à infecção um status de doença crônica e potencialmente controlável. Atualmente, evidências científicas revelaram que a adesão à TARV e a supressão contínua da carga viral acarretam risco nulo de transmissão do HIV por via sexual⁵. Todavia, mesmo com políticas públicas voltadas para o tratamento da infecção e para evitar a aids, ressalta-se que não há cura para o HIV. Por isso, a eficácia do tratamento depende diretamente de uma boa adesão a ele.

A adesão é um processo colaborativo e complexo, que exige a participação do paciente nas decisões, facilitando a integração do tratamento em seu cotidiano. Para as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), a adesão ideal significa tomar os medicamentos antirretrovirais da maneira mais fiel possível à prescrição da equipe de saúde, respeitando doses, horários e outras condutas. Vários e bem conhecidos são os fatores que favorecem ou dificultam o processo de adesão ao tratamento, como a complexidade do esquema medicamentoso, a compreensão sobre a doença, o suporte social, os fatores socioeconômicos e o uso de álcool e outras drogas. Todavia, um fator específico parece ter menor visibilidade nas produções sobre a temática: o acolhimento e as condutas assertivas da equipe multidisciplinar, bem como vínculo com a equipe de saúde e o serviço³.

Ao se compreender que o estabelecimento do vínculo terapêutico⁶, bem como o acolhimento e a escuta ativa, estão entre as habilidades e competências desenvolvidas pelo fazer do psicólogo e representam fatores que facilitam a adesão, o presente estudo objetiva relatar um caso de diagnóstico recente, porém tardio, de HIV/aids e a forma como a atuação psicológica, com foco no estabelecimento do relacionamento com o paciente favoreceu a elaboração diagnóstica, bem como a adesão ao tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório. Participou do estudo uma paciente com diagnóstico recente, porém tardio, de HIV/aids, com prescrição de internação em uma unidade de referência em infectologia, na cidade de Goiânia (GO).

Os materiais utilizados na condução do caso foram: uma prancheta, folhas de papel A-4 para anotações, canetas, lápis, borracha e um computador para evolução do atendimento psicológico. Todos os materiais utilizados deram suporte ao pesquisador a fim de executar com competência a finalização do estudo.

A entrevista semiestruturada foi o principal instrumento que propiciou a coleta de dados durante os atendimentos psicológicos à participante. Além disso, utilizou-se a Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedade ou Angústia (SUDS)⁷, uma ferramenta de autorrelato que objetiva mensurar estados emocionais de uma pessoa em um momento específico e que, no caso relatado, avaliou o humor da paciente⁷. Ademais, fez-se uso das informações contidas em prontuário.

Para a condução do estudo de caso houve o consentimento da participante que preencheu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número de parecer 3.134.541.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente H., 38 anos de idade, sexo e gênero feminino, heterossexual, natural do Pará e atualmente morando em Aparecida de Goiânia, admitida em uma instituição de referência em infectologia em estado caquético, apresentando febre, diarreia aquosa com presença de sangue, referindo perda de 10 kg (32 kg no momento) e queda de cabelo, ambas iniciadas há cerca de 2 meses. Após exames confirmou-se o diagnóstico de HIV/aids com CD4 de 19 e CV de 574.577.

H. possui um relacionamento estável há 8 anos e mora com seu parceiro e um enteado de 8 anos. Tem três filhas de um relacionamento anterior (15, 13 e 10 anos), que moram com a avó paterna no Pará, sendo feita a orientação de testagem destas. Atualmente, o parceiro e sua mãe são os únicos que sabem de seu diagnóstico. H. não possuía acompanhante no quarto no momento dos atendimentos.

Foram realizados cinco atendimentos psicológicos à beira do leito da paciente que propiciaram a obtenção dos dados. No primeiro contato ocorrido entre a paciente e o profissional, H. encontrava-se consciente e com as funções cognitivas preservadas. Todavia, se mostrava pouco receptiva ao atendimento psicológico e apresentava alteração na afetividade, com quadro psicoemocional extremamente fragilizado e acentuado rebaixamento de humor (10 na escala SUDS – autoavaliação de máxima tristeza) com verbalizações de que estava perdida e que iria morrer, reativo à descoberta recente de seu diagnóstico.

Dessa forma, ao se compreender que a descoberta de soropositividade é traumática para grande parte dos sujeitos diagnosticados, realizou-se o acolhimento e a escuta ativa, com apoio emocional, já que o profissional que recebe o usuário no serviço de saúde e irá realizar seu acolhimento deve valorizar a escuta, pois é a partir dela que conseguirá conhecer aquele que está à sua frente, identificar os motivos que o levaram a procurar o serviço de saúde, realizar as orientações necessárias e construir vínculo³.

Além disso, H. apresentava conhecimento de seu diagnóstico, mas não o nomeava, pedindo também que o profissional não o nomeasse, tratando-o como “isso”. Demonstrou ausência de informações acerca da transmissão do vírus e dos cuidados necessários, bem como a possibilidade de dar continuidade à vida após sua descoberta. O profissional informou que poderia tirar as suas dúvidas e clarificar as informações acerca de seu quadro, mas a paciente recusou, dizendo que não queria falar sobre o assunto naquele momento.

Dessa forma, o primeiro contato destinou-se à realização da anamnese, a fim de compreender aspectos da história clínica e evolução do viver com HIV/aids, bem como os aspectos subjetivos e sociais envolvidos, já que uma boa anamnese, realizada em linguagem acessível e clara ao usuário, favorece o estabelecimento do vínculo e de uma relação de confiança³. Ao perceber que a paciente vivenciava um momento de certa negação⁸ acerca de seu diagnóstico, o profissional optou por respeitar seu silêncio e disse que voltaria no outro dia, pois, além de demonstrar respeito por seu desejo, mantinha aberta a possibilidade de tratamento¹.

Ressalta-se que a postura, verbalizações e reações emocionais da paciente são congruentes com o diagnóstico recente de HIV que, em diversos contextos, ainda evoca ideias associadas à morte, comportamento sexual ativo com múltiplos parceiros, infidelidade e uso de drogas. Ainda, destaca-se que há vulnerabilidades específicas quando o diagnóstico é recebido por uma mulher em um relacionamento estável e monogâmico, como o receio do desamparo afetivo e social, que pode culminar na solidão⁹.

No segundo atendimento psicológico realizado, houve melhora parcial no quadro psicoemocional e no rebaixamento de humor da paciente (8 na escala SUDS), e percebeu-se uma maior disponibilidade para o diálogo. O profissional retomou o diagnóstico da paciente e lhe questionou se poderia esclarecer as suas dúvidas sobre as formas de transmissão, os cuidados necessários e a perspectiva de vida, dessa vez com o consentimento da paciente para receber os esclarecimentos.

Aproveitou-se a presença da médica residente do caso para que as dúvidas fossem esclarecidas, em um diálogo mediado pelo profissional. Ressalta-se a importância da atuação interdisciplinar no contexto da saúde, a fim de que haja uma superação de atuações profissionais fragmentadas e, conseqüentemente, foco no estabelecimento de condutas mais assertivas para o usuário¹⁰. O profissional ainda reforçou as informações transmitidas pela médica, sondando possíveis dúvidas, com o intuito de fortalecer a adesão ao tratamento³.

É importante destacar que as orientações profissionais acerca do diagnóstico, tratamento e acompanhamento na instituição favorecem a ampliação da percepção da paciente acerca da sua doença, além de possibilitar que antigas crenças errôneas possam ser atualizadas. Nesse sentido, por mais que haja um sofrimento significativo associado ao processo de internação e diagnóstico recebido, as orientações apropriadas favorecem a elaboração da experiência e, conseqüentemente, aumentam a propensão à adesão ao tratamento³.

No terceiro atendimento realizado, a paciente relatou um moderado rebaixamento de humor (7 na escala SUDS), reativo ao processo de elaboração diagnóstica e à angústia acerca da cronicidade da condição e da utilização ininterrupta de TARV, bem como dilemas familiares envolvendo decisões a serem tomadas (se viveria com o companheiro ou voltaria para a casa da mãe). Além disso, relatou uma postura despreocupada do parceiro em relação à comunicação diagnóstica da paciente e uma indisposição para se testar, mesmo com suas advertências. Tal postura é comum em homens heterossexuais, que se percebem imunes ao HIV, conforme descrito em outros estudos¹¹. Ademais, os sentimentos vivenciados pela paciente explicitaram novamente a percepção de desamparo afetivo após o diagnóstico, também descrita entre mulheres⁹.

Dessa forma, o foco da intervenção direcionou-se a reforçar o fato da paciente se mobilizar e se programar para dar continuidade à sua vida após a internação e utilizou-se o momento para clarificar algumas de suas crenças acerca da manutenção de seu relacionamento, além de utilizar a técnica da balança decisória¹² acerca da utilização da TARV. Sempre com uma postura reflexiva acerca das informações transmitidas no sentido de assimilá-las, o profissional reforçou essa postura, ao que a paciente respondeu com risos e a seguinte verbalização: "eu reflito muito, acho que seria uma boa psicóloga!". Neste momento era possível perceber o crescente vínculo entre profissional-paciente⁶.

No quarto atendimento psicológico realizado, H. apresentava um quadro psicoemocional mais estável, com rebaixamento de humor leve (3 na escala SUDS). Neste encontro, a paciente já refletia acerca das pessoas que poderiam apoiá-la após a alta, onde poderia conseguir os medicamentos e a importância de sua utilização. Ainda, verbalizava anseio pela alta hospitalar e seguimento de sua vida. Assim, houve o reforço de postura ativa e verbalizações que indicaram propensão à adesão ao tratamento pela paciente.

No último atendimento psicológico realizado com H., já havia previsão de alta hospitalar e seu rebaixamento de humor era ainda menor, demonstrando uma tristeza mínima (1 na escala SUDS). Nesse dia, o profissional foi recebido no quarto com a seguinte verbalização da paciente: "estava falando de você para minha colega aqui, que o psicólogo é um rapaz que sempre fala com a gente com a voz suave. Achei que tinha pensado que eu já estava boa e não iria mais voltar". Dessa forma, a verbalização de H. transpareceu certo nível de descontração e intimidade direcionado ao profissional, ressaltando o vínculo que foi construído ao longo dos atendimentos realizados⁶.

Dessa forma, o último atendimento foi direcionado à preparação para a alta hospitalar, sendo reforçadas todas as informações anteriormente transmitidas, a fim de promover uma maior adesão ao regime terapêutico que seguiria em nível ambulatorial. Ainda, utilizou-se do ensaio cognitivo, refletindo acerca da possibilidade de utilização de alarmes em seu celular como estratégia para se lembrar dos horários da medicação e da autorrevelação¹³, na qual o profissional fez uma analogia entre a cronicidade da doença vivenciada por um familiar e o diagnóstico da paciente, com o intuito de prepará-la para o retorno de atividades rotineiras e laborais. Ademais, ressaltou-se a indicação para psicoterapia. Após as intervenções e a transmissão de informações, percebeu-se que a negação anteriormente vivenciada pela paciente dava lugar para uma postura de aceitação⁸.

CONCLUSÃO

O caso apresentado exemplificou que um fator indispensável para o estabelecimento do vínculo terapêutico está na disponibilidade do profissional para a escuta ativa e seus desdobramentos nos sentimentos da paciente, além de uma postura que confirmasse todas as suas vivências naquele momento de crise. Ademais, um relacionamento ou vínculo nunca se dá de forma unilateral; por isso, o investimento da paciente nos atendimentos psicológicos foi fundamental para a transformação de sua percepção e criação de projetos para além do processo de hospitalização.

É importante assinalar que, apesar de a escuta ativa e o acolhimento serem habilidades e competências essenciais para o psicólogo, a construção do vínculo terapêutico e as práticas que favoreçam a adesão ao tratamento não se restringem a esse profissional, mas constituem responsabilidade de toda a equipe multiprofissional em que o psicólogo está inserido. Dessa forma, a psicologia desempenha um papel importante, mas não exclusivo nesse processo.

Dentre os limites e possibilidades encontrados na relação profissional-paciente, no período do primeiro ao quinto atendimento psicológico realizado, foi possível perceber a transformação ocorrida na percepção da paciente em relação ao seu diagnóstico de HIV/aids, passando de uma visão de morte para a criação de estratégias e planejamentos em relação à utilização da TARV e ao acompanhamento ambulatorial. Assim, percebeu-se a forma como o foco profissional na construção do vínculo terapêutico favoreceu a mudança de um quadro de profundo rebaixamento de humor e depressão para uma postura de luta e aceitação frente ao diagnóstico de HIV/aids.

Por fim, ressalta-se que a construção do vínculo terapêutico não se restringe ao ambiente hospitalar, sendo um elemento fundamental em qualquer relação que seja permeada pelo cuidado. Dessa forma, as condutas estabelecidas no caso descrito podem contribuir para a reflexão e subsidiar práticas em diferentes contextos assistenciais, além de permitir a incorporação de distintas abordagens teóricas e a criatividade do profissional no fortalecimento da relação com o paciente.

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. 8. ed. São Paulo: Artesã; 2018.
2. Mutarelli A. O serviço de psicologia no hospital: modelo assistencial de cuidado na busca pela promoção de saúde. Rev SBPH [Internet]. 2015 [citado em 30 Set 2025];18(1):173-88. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100009&lng=pt
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 28 Ago 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_hiv_aids_2025.pdf
5. Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. Lancet [Internet]. 2023;402(10400):464-71. doi:10.1016/S0140-6736(23)00877-2
6. Silveira JDF, Ribeiro NS, Santos FR. Aliança terapêutica nos contextos de saúde e nos processos de adoecimento: uma revisão. Rev SBPH [Internet]. 2025 [citado em 25 Ago 2026];28:e003. doi:10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.543
7. Mattera E, Zabolski B. Rethinking the subjective units of distress scale: validity and clinical utility of the SUDS. Clin Pract [Internet]. 2025;15(7):123. doi:10.3390/clinpract15070123
8. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os pacientes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
9. Paquiela EOA, Figueiredo EBL, Muniz MPG, Abrahão AL. O sofrimento de mulheres que vivem com HIV e o amor interior como prática revolucionária. Saúde Debate [Internet]. 2022;46(spe7):75-84. doi:10.1590/0103-11042022E705
10. Lopes NSS, Silva DS, Reis VLM, Silva MBT. A equipe interdisciplinar no contexto hospitalar. Rev Bras Pós-Grad [Internet]. 2022;17(38):1-20. doi:10.21713/rbpg.v17i38.1822
11. Knauth DR, Hentges B, Macedo JL, Pilecco FB, Teixeira LB, Leal AF. O diagnóstico do HIV/Aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. Cad Saude Publica [Internet]. 2020;36(6):e00170118. doi:10.1590/0102-311X00170118
12. Freitas AL, Remus JB, Luz WL, Lopes FM. Guia de preparação para alta em psicoterapia: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. Rev Bras Ter Cogn [Internet]. 2022;18(2). doi:10.5935/1808-5687.20220017
13. Aldahadha B. Self-disclosure, mindfulness, and their relations to happiness and well-being. Middle East Curr Psychiatry [Internet]. 2023;30:7. doi:10.1186/s43045-023-002

DATA DE PUBLICAÇÃO: 01 de outubro de 2026