



University of
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Universitário Santo Agostinho

revista fsa

www4.fsnet.com.br/revista

Rev. FSA, Teresina, v. 20, n. 3, art. 11, p. 231-251, mar. 2023

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2023.20.3.11>

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



Zeitschriftendatenbank



O Papel do Psicólogo e Medidas de Prevenção e Promoção de Saúde para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS

The Role of the Psychologist and Health Promotion and Prevention Measures for People Living with HIV and AIDS

João Mateus Pereira da Silva

Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau

E-mail: mateusps.gg@live.com

Paula Julianna Chaves Pinto

Doutora em Psicologia pela Universidade de Fortaleza

Professora da Universidade Maurício de Nassau

E-mail: psijuchaves@hotmail.com

Thaysa Mendes de Souza

Graduada em Psicologia pela Centro Universitário Maurício de Nassau

E-mail: thaysamendessds@gmail.com

Endereço: João Mateus Pereira da Silva

UNINASSAU, Av. Aguanambi, 251 - José Bonifácio,
Fortaleza - CE, 60055-400, Brasil.

Endereço: Paula Julianna Chaves Pinto

UNINASSAU, Av. Aguanambi, 251 - José Bonifácio,
Fortaleza - CE, 60055-400, Brasil.

Endereço: Thaysa Mendes de Souza

UNINASSAU, Av. Aguanambi, 251 - José Bonifácio,
Fortaleza - CE, 60055-400, Brasil.

**Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar
Rodrigues**

Artigo recebido em 06/02/2023. Última versão
recebida em 27/02/2023. Aprovado em 28/02/2023.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review
pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review
(avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar as possibilidades da atuação do psicólogo com pacientes vivendo com HIV ou AIDS. Partimos da ideia do contexto sociocultural do estado crônico do vírus, dos estigmas e preconceitos das pessoas portadores do vírus e permeando as atividades do psicólogo, baseando-se na regulamentação do SUS. Para alcançar o objetivo, utilizamos uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, que possibilitou uma visão conceitual do viver após o diagnóstico de HIV ou AIDS. Como resultado, mostramos as implicações psicológicas após o diagnóstico de HIV ou AIDS e a possibilidade de um manejo terapêutico do psicólogo que exerce a psicanálise em contexto hospitalar.

Palavras-chave: HIV. AIDS. SUS. Psicologia Hospitalar.

ABSTRACT

This study aims to analyze the possibilities of the psychologist's work with patients living with HIV or AIDS. We start from the idea of the sociocultural context of the chronic state of the virus, the stigmas and prejudices of people with the virus and permeating the psychologist's activities, based on the regulation of the SUS. To reach the objective, we used a qualitative exploratory research, which allowed a conceptual vision of living after the diagnosis of HIV or AIDS. As a result, we show the psychological implications after the diagnosis of HIV or AIDS and the possibility of a therapeutic management of the psychologist who practices psychoanalysis in a hospital context.

Keywords: HIV. AIDS. SUS. Hospital Psychology.

1 INTRODUÇÃO

Nos anos de 1977 e 1978 surgiram os primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/ *Acquired immunodeficiency syndrome* - AIDS), nos Estados Unidos da América (EUA), Haiti e África Central. No Brasil, o primeiro caso surgiu no ano de 1981, no estado de São Paulo. Somente em 1982, a AIDS foi classificada como uma nova doença epidêmica. (BRASIL, 2020b)

A AIDS é diagnosticada por vários sintomas que agravam o sistema imunológico, causando uma baixa imunidade e abrindo espaços para novas doenças oportunistas. Além disso, a doença, quando se apresenta no corpo humano em um estágio mais avançado, advém pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/ *Human immunodeficiency virus* - HIV). Estudiosos acreditam que o vírus HIV é uma mutação de seu vírus original, conhecido como vírus da imunodeficiência símia (SIV), sendo que o seu hospedeiro é um tipo de chimpanzé que vive na África Ocidental. (LAZZAROTTO *et al.*, 2010; UNAIDS, 2020)

O HIV foi se proliferando nos seres humanos no continente africano e posteriormente o vírus se presentifica em outros países, transformando o vírus em uma nova epidemia. São considerados como modo de transmissão do vírus HIV as vias: sexual, vertical, parental e troca de objetos perfurantes. O HIV se diferencia em dois tipos, sendo eles o HIV-1, que é o mais prevalente no mundo e o mais patogênico, enquanto o HIV-2 é nativo da África Ocidental e menos patogênico, pois a sua replicação é mais lenta. (LAZZAROTTO *et al.*, 2010; UNAIDS, 2020)

Para que o vírus HIV se desenvolva até o estágio da AIDS ele passa por três evoluções naturais, são elas: infecção aguda, infecção assintomática ou período de latência clínica e infecção sintomática. Na primeira fase, conhecida como infecção aguda, ocorre a incubação prolongada do vírus. O aparecimento dos primeiros sintomas se assemelha aos de uma gripe, como febre, mal-estar entre outros. Já a segunda fase, conhecida como infecção assintomática, é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as mutações rápidas do vírus, mas não existe o enfraquecimento do organismo para surgirem novas doenças. (LAZZAROTTO *et al.*, 2010; BRASIL, 2020c)

A terceira fase, denominada infecção sintomática evidencia-se pelo funcionamento das células TCD4 + com menos eficiência, ou seja, o organismo fica mais vulnerável às infecções comuns. Nessa fase o sujeito portador do vírus HIV pode apresentar uma série de sintomas, como febre, diarreia, sudorese noturna, *wasting syndrome* (síndrome da

desnutrição); dessa forma é como a AIDS se presentifica na última fase da evolução do HIV. (BRASIL, 2020b)

Pode-se considerar que a AIDS é o estágio final da infecção do vírus, ocasionando aberturas para outras doenças oportunistas causadas por outros vírus (exemplo: dengue), fungos (exemplo: candidíase), bactérias (exemplo: pneumonia bacteriana) e protozoários (exemplo: malária). Além disso, existe a mais comum que é a neoplasia (exemplo: sarcoma de Kaposi) e as alterações neurológicas. (BRASIL, 2020b; LAZZAROTTO *et al.*, 2010)

Após a apresentação do histórico do HIV e da AIDS, nos deteremos nas afetações do tratamento antirretroviral e, para isso, foi necessário explanar a história e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser, através dele, que o tratamento ocorre de forma gratuita e com uma equipe multiprofissional, desde a confirmação do diagnóstico. Dentre esses profissionais que acompanham as pessoas vivendo com HIV ou AIDS, temos a figura do psicólogo hospitalar e suas possibilidades de intervenção com o médico, com o paciente e com a família do paciente.

Assim, por se tratar de um grupo de pessoas que vivem com HIV ou AIDS e que estão enlaçadas por diversos estigmas e preconceitos, esta pesquisa é estruturada de forma qualitativa, aprofundando a compreensão sobre um grupo social e sua trajetória a ser estudada. Utilizamos um método de cunho exploratório para obter um arcabouço teórico do desenvolvimento e tratamento para o vírus. Considerando como essa doença pode mudar a vida de um sujeito, com a expansão desse contexto, foi possível uma compreensão dos fenômenos que estigmatizam o viver com HIV. (GIL, 2008)

Pensando nessas afetações sociais e subjetivas que ocorrem no sujeito desde a suspeita da sorologia positiva, somos levados a propor reflexões acerca de como os psicólogos atuam com esse público nos hospitais, assim como questionamos as possibilidades de intervenção junto ao paciente e à sua rede de apoio, e apontamos para uma atuação multiprofissional baseada nas leis de integração do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História e evolução do vírus HIV e AIDS

Alguns estudos apresentam que os avanços tecnológicos, farmacológicos e manejo terapêutico sobre o vírus HIV e a doença AIDS podem ser percorridas em três movimentos,

sendo eles: período da descoberta (1981 a 1984), período das primeiras respostas (1985 a 1988) e período atual (a partir de 1989 - 2020). (BRASIL, 2020b; AYRES *et al.*, 2003)

No período da descoberta (1981 a 1984), os estados de Nova York e São Francisco foram os que mais se evidenciaram com a nova doença. A curva de diagnóstico estava cada vez mais alta nesses primeiros anos, fazendo com que a população se alertasse para uma nova epidemia. A população que tinha uma maior predominância nos casos, eram os homoafetivos e, de acordo com Carvalho & Paes (2011, p. 159), “[...] não se conhecia o agente etiológico e as formas de transmissão, mas o estigma e a discriminação referentes à AIDS se manifestam de várias formas, como por exemplo, nas expressões utilizadas: “câncer de gay”, “Síndrome da Ira de Deus” ou “peste de gay”. (AYRES *et al.*, 2003)

Ainda nesse mesmo período, os grupos sociais mais afetados, além dos homossexuais, eram os hemofílicos, profissionais do sexo (*hookers*), haitianos e heroínômanos. Surgiu a primeira nomenclatura, a ‘Doença dos 5H’. Foi uma nomeação temporária, pois não havia uma etiologia, através dos grupos sociais, que apresentava os sintomas dessa enfermidade. Esses grupos ficaram estereotipados como “grupo de risco”. Ainda foi reconhecido cientificamente que a transmissão ocorre por contato sexual e por usuários de drogas injetáveis. (BRASIL, 2020b)

Como medidas de prevenção para reduzir os casos de AIDS, foram tomadas providências para o “grupo de risco”; os meios adotados foram de abstinência sexual e isolamento social, causando um preconceito contra a sociedade gay e homens que fazem sexo com homens (HSH). (AYRES *et al.*, 2003; BRASIL, 2020a).

Com os avanços tecnológicos e as pesquisas surtindo efeito no desenvolvimento do vírus, inicia o novo período denominado como as primeiras respostas (1985 a 1988). Pesquisadores estavam cada vez mais próximos da certeza sobre a etiologia do vírus. No ramo da saúde, o centro de testagem estava mais eficaz, com isso surgiu o primeiro teste de anti-HIV. (AYRES *et al.*, 2003; BRASIL, 2020b)

No ano de 1985, em Atlanta, nos Estados Unidos, ocorreu a primeira Conferência Internacional sobre a AIDS. Nesse momento inicial da epidemia da nova doença que se instalava no mundo, todas as incertezas, estigmas e mortes associados a este novo viver. Foram observadas as medidas preventivas contra o vírus, considerando que a abstinência e o isolamento social dos “grupos de risco” não eram mais eficazes. O uso da camisinha foi mencionado pela primeira vez, tornando-se a principal ação preventiva. (BACCHINI *et al.*, 2012; BRASIL, 2020b)

Com a mudança de cenário na ótica diagnóstica, o “grupo de risco” ficou em desuso e começou a nomear-se por “comportamento de risco”. Assim, surgiram novas estratégias para reduzir os números de infecções, sendo elas: uso do preservativo e divulgação de informações. (KALICHMAN, 1993; BRASIL, 2020b) Como resultado, o comportamento de risco se consolidou em um sistema mais universal e menos categórico.

Com isso, a globalização do comportamento entra na vida de qualquer sujeito que está posto a ser infectado, então, as responsabilidades desenvolvidas na história do sujeito recaem sobre si e seus atos. A nova nomenclatura acarreta um caráter regulador, em que o comportamento se enquadra em um sinal ou sintoma do diagnóstico de HIV. (KALICHMAN, 1993).

O período atual (a partir de 1989) é marcado por mais avanços tecnológicos e de pesquisas científicas para o HIV. A curva percentual de novos diagnósticos estava cada vez mais em uma crescente. Após dez anos, a AIDS é identificada como uma doença epidêmica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) toma nota que 10 milhões de pessoas convivem com o vírus pelo mundo. (AYRES et al., 2003; BRASIL, 2020b)

Em 1996, o Brasil foi destaque por ser o primeiro país a distribuir os medicamentos antirretrovirais para pacientes com a sorologia positiva ao HIV. Nesse mesmo ano, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta um novo tratamento medicamentoso, nomeado Tratamento com Terapia Antirretroviral (TARV). Com aderência ao tratamento farmacológico, as PVHA tiveram um “ar” de esperança de se viver com HIV. (CARVALHO; PAES, 2011)

Ainda no contexto brasileiro, a comunidade científica conseguiu obter vários avanços, são eles: a eficácia dos testes rápidos, os medicamentos para os portadores de HIV e a visibilidade das pessoas que testaram reagente para o vírus. Visto que esses avanços se constituíram uma esperança de viver com HIV, a medicina apresentou outra estratégia de prevenção, além das que existiam. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP), toma como medida preventiva de urgência após a infecção, com o objetivo de reduzir a proliferação do vírus no organismo humano. No ano de 2015, a PEP foi incluída no paradigma da Prevenção Combinada do SUS. (BRASIL, 2020b)

Com o diagnóstico reagente para o HIV, existirá uma comunicação entre o clínico e o paciente. Esse procedimento é um fator primordial, pois possui o primeiro contato do sujeito e sua nova condição de viver com HIV. O processo de comunicação tem a finalidade de oferecer um aconselhamento sobre a doença. (BRASIL, 2020a)

Certifica-se que, no processo de comunicação, a implicação da realização dos testes anti-HIV e o respeito ao sigilo do diagnóstico da sorologia positiva possuem duas expressões

diferentes na literatura. A primeira expressão é a comunicação do diagnóstico que envolve os procedimentos do aconselhamento sobre a doença e interação dos profissionais de saúde e usuários. A segunda expressão traz a revelação do diagnóstico, fazendo referência ao processo comunicacional envolvido nas relações familiares e sociais, assim, as decisões da PVHA se tornam mais presentes, pois são essas pessoas que decidem compartilhar sobre o seu diagnóstico, tratamento e o prognóstico. (RABUSKE, 2009).

O processo de comunicação do diagnóstico de HIV/AIDS depende de múltiplos fatores, tais como: os aspectos verbais e não verbais na comunicação; as características da relação entre profissional e paciente; o conhecimento técnico, os valores e as crenças do profissional e seus recursos emocionais para lidar com as reações e o sofrimento do paciente; as representações e significados atribuídos previamente e no presente ao HIV e a AIDS; a faixa etária; os recursos socioeconômicos e comunitários de que dispõe como suporte após o diagnóstico. Um fator importante na realização do teste é a circunstância de realização do teste, ou seja, se há ou não sintomas e quais os motivos que levaram à testagem. (RABUSKE, 2009 p. 34)

Lima (2003) adverte que a comunicação do diagnóstico é uma função difícil de realizar, por estar vinculada à gravidade da doença e ao comprometimento do sujeito com o seu prognóstico. “Doenças como câncer e AIDS têm uma carga simbólica muito grande e são ouvidas como sentenças de morte ou remetem à sua proximidade, o que contribui para dificultar a revelação do diagnóstico de ambas as doenças” (LIMA, 2003, p. 4)

Após o diagnóstico, busca-se pelos atendimentos clínicos às PVHA, que possuem um aparato maior no modelo biomédico e farmacológico, deixando em segundo plano os aspectos psicossociais. Mesmo que os tratamentos farmacológicos evoluam para as PVHA, as questões sociais ficam cada vez mais presentes na vida desses sujeitos. (RABUSKE, 2009). A epidemia da AIDS está ligada às respostas sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS, que são carregadas de estigmas e preconceitos desde o início da epidemia.

O sujeito vivendo com HIV ou AIDS é observado com diversas marcações, sendo elas, de morte (as situações que foram vivenciadas no começo de sua proliferação), de punição (comportamento de atos sexuais desprotegido e populações homoafetivas), de crime (de infectar o outro que é inocente) e de guerra (uma relação de combater o vírus). (MALCOLM *et al.*, 1998; UNAIDS, 2000). O estigma e a discriminação não são somente obstáculos dos meios de prevenção e de tratamento, pois entram no contexto das consequências do percurso histórico da epidemia. Isso faz com que o estigma do HIV se componha em atitudes negativas contra as pessoas infectadas ou suspeitas de estarem infectadas e contra pessoas que estão associadas à AIDS, como crianças e famílias de PVHA.

A discriminação se refere à exclusão ou restrição de pessoas devido à sua condição sorológica. (UNAIDS, 2006)

Vilela (2013) faz notar que, ao notificar a condição sorológica para o paciente, o profissional de saúde produz um grande impacto na vida desse sujeito, ou seja, a doença que era do outro passa a ser minha. A partir deste contato, o profissional de saúde passa do lugar de desconhecido para um lugar de excesso. Além dessa posição que o profissional de saúde irá ocupar, também irá auxiliar na questão corpórea do sujeito vivendo com HIV ou AIDS. O paciente terá o seu corpo atravessado por um vírus e por agentes químicos de substâncias de alto teor, com isso, a imagem corporal do sujeito não será mais a mesma. A estigmatização de tempo atrás irá surgir, como resultado da cristalização sobre a doença e o paciente será conhecido como aidético.

Pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA) sofrem implicações com uma nova condição de vida, que são para além do psicológico, como afirmam Simone Carvalho & Graciele Paes (2011), para quem o medo do abandono e de julgamento prevalece na vida desse sujeito, uma nova revelação da identidade social, a culpabilização se faz presente em sua vida. Também foi refletido sobre os comportamentos autodestrutivos, como o consumo exagerado da bebida alcoólica, a não-adesão ao tratamento e entre outros comportamentos.

As possibilidades de realizarem as intervenções psicológicas para esses pacientes são inúmeras; alguns trabalhos podem ser desenvolvidos em períodos na sala de espera do teste, na comunicação pré e pós teste. Todos esses momentos podem ser considerados como o período de vulnerabilidade emocional, mas também para uma abertura da aceitação de um possível diagnóstico. Com isso, os agentes de saúde possuem os devidos protocolos para desenvolver os métodos interventivos. O Sistema Único de Saúde (SUS) se faz presente no cotidiano dessas pessoas, questão sobre a qual nos deteremos em seguida. (SANTOS, 2002; LIMA 2003)

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Sistema Único de Saúde e suas políticas públicas para pessoas vivendo com HIV e AIDS

O Brasil, na década de 80, passava por uma democratização nas políticas de saúde. Aconteceram diversos movimentos pautados para uma melhoria da saúde pública; a reforma sanitária se destacou nesses movimentos ocorridos no país. Com esses movimentos foi

realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, levantando alguns temas e destacando a "saúde como dever do Estado e direito do Cidadão". Nessa mesma década, o mundo passava por um início da epidemia do vírus HIV, período em que no Brasil ocorria o processo de regulamentação e criação do SUS. (VILLARINHO *et al.*, 2013)

O sistema de saúde tem por objetivo oferecer a todos os brasileiros um acesso integral, universal e gratuito ao serviço de saúde. Antes da criação do SUS, o acesso à saúde estava destinado a alguns grupos sociais. A democratização da saúde e a implementação dos serviços públicos acarretaram um novo conceito de saúde. A saúde antes era avaliada por um estado físico de "não-doença", logo mais, as políticas de saúde implementadas eram reduzidas para os tratamentos das enfermidades. Com o surgimento do SUS, a visão de saúde passou a ser interpretada também como uma modalidade de prevenção e participa do planejamento das políticas públicas. (FIOCRUZ, 2020a)

O conceito de saúde teve sua ampliação com a criação do SUS, sistema que se estrutura em três documentos legais para sua funcionalidade: a Constituição Federal de 1988, que concebe a saúde como um dos setores de segurança social ao lado da assistência e previdência social. (BRASIL, 2019); A Lei 8.8080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o serviço universal de saúde em todo o território nacional e o trabalho de promoção, proteção e recuperação de saúde. (BRASIL, 1990a); e A Lei 8.142, que regulamenta a presença da comunidade na gestão do SUS, ou seja, a população passa a ter acesso aos dados que custeiam a área da saúde. (BRASIL, 1990b)

Além dessas leis, para que o SUS funcione, são inseridos no sistema de saúde três princípios que contemplam a sua base filosófica, ideativa e cognitiva dentro do sistema e atendimento de saúde, podendo ser identificada na Constituição Federal de 1988 e nas duas Leis que regulamentam o exercício do SUS. O princípio da universalidade é contemplado no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, assim afirma: "Art. 196- A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (2019, p. 160)

O segundo princípio podemos nomear de equidade, está presente na estruturação do SUS. Ele tem como prioridade identificar as condições sociais e econômicas de cada sujeito, observando que as pessoas não são iguais e possuem necessidades distintas. Em outras palavras, identifica uma pluralidade, necessidades e potencialidades em cada condição de vida das pessoas, abrindo espaços para a diferença e não no espaço da igualdade. (MATTA, 2007; BRASIL, 2020e)

O terceiro princípio do SUS, nomeado de integralidade, faz com que as práticas de saúde e o atendimento aos usuários se unifiquem. O atendimento aos usuários deve estar preparado para escutar e entender as demandas de cada paciente em seu contexto social e singular. Ou seja, o agente de saúde deve buscar em suas responsabilidades de trabalho o atendimento das necessidades e particularidades de cada paciente. Podemos observar que o princípio da integralidade se inclui no procedimento de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação dos usuários. (MATTA, 2007; BRASIL, 2020e)

Pode ser acrescentada no princípio da integralidade a visão dos usuários quanto à ação integral desenvolvida no sistema de saúde, estando associada a um contexto mais respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Esse princípio enfatiza o que já foi oficializado pela Constituição Federal de 1988 (2019), no Art. 198, que determina que o Estado ofereça um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.” (2019, p. 160)

Assim, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, já se pronunciava que a saúde é o direito de todos e dever do Estado e, no ano de 1988, com a Constituição Federal, foi regulamentada no Art.196. Em virtude disso, a saúde não é mais vista como um serviço pelo qual se tem alguma contribuição ou pagamento em espécie. O resultado é atenção em saúde passando a ser direto de todos.

Mesmo que no Brasil existam os serviços de saúde pública, também existem os convênios médicos de ordem privativa que estão inseridos dentro do país. Com toda essa expansão desses outros serviços médicos, o único sistema de saúde que oferece o tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA) é o SUS, através do tratamento antirretroviral e das prevenções combinadas. Esse tratamento é feito por meio da Lei de Nº 9.313, que decreta a distribuição dos medicamentos antirretrovirais para a AIDS, sendo fornecidos de forma gratuita pelo SUS. Essa lei foi regulamentada desde 13 de novembro de 1996. (BRASIL, 1996)

A distribuição dos medicamentos farmacológicos era pautada em diagnósticos de AIDS, com estratégias para inserir o público que testa a sorologia positiva para o HIV e se enquadra no diagnóstico assintomático. O Ministério da Saúde propôs o tratamento para todos. Por meio da expansão do Protocolo Clínico de Tratamento de Adulto com HIV e Aids, ocorrido em 2013, essa expansão veio para incluir os pacientes que não apresentam os sintomas de AIDS ao tratamento antirretroviral. (BRASIL, 2020b)

O uso dos antirretrovirais é o procedimento que se torna uma medida preventiva. O consumo desses medicamentos que geram impactos na saúde da PVHA melhora a qualidade

de vida da PVHA. Essa melhoria apresenta em sua carga viral fazendo com que fique indetectável (circulação do vírus no sangue em níveis baixos). Certamente esses impactos refletem na quantidade de diagnóstico, visto que, em 2018, foram notificados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 de AIDS, em nível nacional, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No intervalo de 1980 a junho de 2019, foram notificados 966.058 casos detectados no país. (BRASIL, 2019)

Com isso, o Ministério da Saúde divulgou um protocolo chamado Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT Adultos), com o intuito de oferecer informações atualizadas sobre prevenção e tratamento para as PVHA. No PCDT Adultos (2018), o sujeito que suspeita de estar infectado pelo vírus HIV deve realizar o teste anti-HIV em locais especializados, como na atenção primária e/ou secundária. A respeito do quadro clínico, o sujeito passa por dois momentos antes de aderir ou não ao tratamento antirretroviral (ARV), são eles: a vinculação, retenção e a posterior adesão ao tratamento.

O processo da vinculação consiste na orientação sobre o HIV e AIDS. O acolhimento da demanda e o direcionamento da pessoa recém-diagnosticada ao serviço de saúde, são os primeiros procedimentos. A realização das primeiras consultas e os exames de rotina para analisar o quadro clínico do paciente; o desenvolvimento de uma psicoeducação sobre a autonomia e o autocuidado após a infecção; o uso contínuo do tratamento farmacológico. Já a retenção é o processo de acompanhamento clínico e contínuo de exames da PVHA. É o procedimento de vincular o paciente aos serviços de saúde prestados; é a tomada em que o sujeito permanece regularmente nas consultas buscando a sua autonomia em seu tratamento. (BRASIL, 2018)

O processo de adesão ao tratamento é compartilhado entre a equipe médica de saúde e a PVHA, ou seja, a prescrição dos horários dos antirretrovirais (ARV) é conciliada com a vida social do paciente. A vinculação de seu tratamento medicamentoso e seu cotidiano é um processo de aceitação e integração de seu diagnóstico. (BRASIL, 2018)

Podemos observar que é de suma responsabilidade do próprio paciente permanecer em seu tratamento contínuo e da equipe médica de desenvolver essa autonomia. Assim, o PCDT Adultos (2018) mostra também que existem cinco estágios que representam o monitoramento e avanços dos quadros clínicos da PVHA, conhecido como 'Cascata de cuidado contínuo do HIV'.

O primeiro estágio é o diagnóstico oportuno, momento em que ocorre a revelação de sua sorologia; a vinculação ao segundo estágio busca que o paciente de sorologia positiva estabeleça vínculos com os serviços de saúde; no terceiro estágio, a retenção faz parte da

permanência em seu acompanhamento terapêutico e medicamentoso; o quarto estágio é o início do TARV e a promoção para uma boa adesão, com intuito de alcançar os objetivos esperados. Por fim, o quinto estágio, mostra o alcance de uma qualidade de vida comparável a uma pessoa que não possui o vírus HIV. (BRASIL, 2018)

Ao pensarmos nos serviços de saúde, notamos que eles refletem a criação de uma rede de apoio à saúde, com o objetivo de fragmentar esse sistema, ou seja, a hierarquização do SUS em atenção primária, secundária e terciária. O PCDT Adultos (2018) aparece como uma proposta baseada no matriciamento e no atendimento em rede. O matriciamento irá propor uma rede especializada em assistência, com viés técnico-pedagógico com o apoio institucional no processo de construção coletiva e de propostas terapêuticas. Enquanto no atendimento em rede os usuários poderão usufruir dos diversos níveis de assistência, mais especificamente, na atenção básica, nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) e nas unidades básicas de saúde (UBS).

Todo adoecimento significa uma ruptura na vida, nos projetos, na perspectiva de futuro e o indivíduo necessita buscar formas de enfrentamento para essa nova situação. É um processo inserido na história de vida do indivíduo que adoece e, portanto, está vinculado a uma dinâmica em que os pensamentos, emoções e ações atreladas à sua condição sócio-histórica e cultural vão permear as possíveis maneiras de lidar com o agravo à saúde. (KAHHALE et al., 2010, p. 73).

Pessoas com a sorologia positiva e negativa são inseridas na promoção de saúde em um contexto integral, na qual o SUS propõe as medidas preventivas para a diminuição da disseminação do vírus. Essa medida de prevenção possui um caráter de realizar ações voltadas para os indivíduos, grupos sociais e comunidade que se inserem. Assim, as prevenções combinadas são estratégias de prevenção que atingem diferentes campos, como saúde, biológico, físico e social, mas com o objetivo de promover uma atenção integral no sujeito. (BRASIL, 2018/2020e)

O PCDT Adulto (2018) conceitua a prevenção combinada como: “[...] ações de prevenção, tanto as diretamente voltadas ao combate do HIV quanto aos fatores associados à infecção.” (BRASIL, 2018 p. 43). Assim, essas ações são conciliadas em ampla estratégia, combinando três intervenções para a prevenção ao HIV: biomédicas, comportamentais e estruturais.

As intervenções biomédicas são condutas no intuito de diminuir novas infecções pelo vírus HIV. Partindo de algumas estratégias que evitem a transmissão do vírus, esses meios estratégicos podem ser divididos em intervenções biomédicas clássicas, que são classificadas em

método de barreira física ao vírus (distribuição de preservativos) e as intervenções biomédicas com o uso dos antirretrovirais (ARV), denominados: Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). (Brasil 2018/2020d)

Os trabalhos desenvolvidos nas intervenções comportamentais contribuem para o aumento de informações sobre a exposição ao HIV. Conseqüentemente, para a PVHA, essa intervenção parte de um viés de aconselhamento para uma redução e mudanças de comportamentos, partindo de um pressuposto ao incentivo do uso dos preservativos, ao uso da testagem contínua, à vinculação e retenção aos serviços de saúde e estratégias para uma redução de danos, à comunicação e educação sobre HIV e AIDS. (BRASIL, 2020d)

Por sua vez, as intervenções estruturais são condutas voltadas para os aspectos socioculturais que refletem diretamente na vulnerabilidade social, psíquica e orgânica da PVHA. Essas condutas irão impactar no enfrentamento ao preconceito, estigma, discriminação, defesa dos direitos humanos e campanhas socioeducativas para a conscientização do viver com HIV. (BRASIL, 2018/2020d)

Com base nessas informações, as ações preventivas estão cada vez mais amplas e, nos últimos anos, os serviços de saúde buscam uma ampliação ao acesso dos TR. Além do modelo biomédico, alguns transtornos psíquicos se presentificam nos grupos sociais que testam positivo para o HIV. Segundo PCDT Adultos (2018 p. 179), “[...] pessoas com transtornos mentais são mais vulneráveis à exposição ao HIV e à infecção pelo HIV ou a AIDS, que contribuem para o surgimento ou desencadeamento de problemas psíquicos [...]”.

A PVHA pode apresentar em sua vida complicações psíquicas, físicas, sociais e orgânicas, por conta de sua condição sorológica. Podemos observar que as de ordem psíquicas podem surgir a partir do sofrimento, estresse, perdas e morte. Sendo assim, a soma desses efeitos através da estigmatização da doença acarretada pelo preconceito. Considerando essas implicações após o diagnóstico, podemos refletir acerca das práticas do psicólogo hospitalar e sua atuação com a equipe multiprofissional voltada aos pacientes com HIV ou AIDS. (BRASIL, 2018)

3.2 Atuação do psicólogo e medidas interventivas para pessoas vivendo com HIV e AIDS

Vimos que, ao longo do texto, a orientação do SUS para os atendimentos de PVHA deve acontecer de forma multiprofissional. Podemos entender que o termo *trabalho em equipe* teve a sua imersão no contexto de saúde em três vertentes: novas pesquisas para realizar estratégias no atendimento integral do paciente, no ambiente da medicina preventiva, durante

as décadas de 1950 a 1970; um olhar diferenciado para o conceito da multicausalidade no processo de saúde/doença; e as mudanças nos procedimentos de trabalho, a partir dos objetivos de intervenção e novas tecnologias em saúde. (PEDUZZI, 2006)

Com isso, a equipe multiprofissional vinculada à medicina preventiva apresenta um novo olhar para o conceito de saúde e doença. Sendo que saúde é uma posição relativa e dinâmica de equilíbrio. Doença é um desenvolvimento de comunicação entre o homem com os agentes patogênicos e o ambiente em que se insere. Essa concepção é vinculada à história natural das doenças e à definição de saúde pela OMS. (PEDUZZI, 2006)

A responsabilidade da equipe multiprofissional é de estar atenta aos aspectos sociais, biológicos, comportamentais e psicológicos. São esses que formam toda a dinâmica psíquica de um sujeito. Esses aspectos podem se relacionar com causas, consequências e formas de manutenção da doença. É necessário dar voz, subjetividade ao sujeito, ou seja, o sujeito pode se implicar na vivência atual de sua doença. (MORETTO, 2002)

No percurso dos profissionais de psicologia, houve um crescimento em suas áreas de atuação. A psicologia hospitalar, psicologia escolar/educacional, psicologia organizacional e do trabalho, psicologia do trânsito, psicologia jurídica, psicologia do esporte, psicologia clínica, psicopedagogia e psicomotricidade, foram reconhecidas e regulamentadas no ano 2000 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da resolução 014/2000 (CFP, 2000). De acordo com a resolução de N° 013/2007, a atuação do psicólogo hospitalar é reconhecida em instituições de saúde em atendimentos secundários e terciários. Nessa mesma resolução, é afirmado também:

[...] Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem-estar físico e emocional do paciente; e alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência. Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. (CFP, 2007, p. 21-22)

Portanto, as atividades do psicólogo hospitalar abrangem várias responsabilidades e possibilidades para exercer essa função. Além dessas condutas que o CFP atribui ao psicólogo hospitalar, acrescenta-se em suas atividades um breve conhecimento de seu local de trabalho e suas especificidades, considerando o espaço no qual está inserido, ou seja, em cada local existe uma demanda. Então, para os psicólogos que atuam no SUS ou em hospitais

particulares, existe a responsabilidade unificada que é uma assistência de qualidade, participando de uma equipe multiprofissional e fomentando o trabalho interdisciplinar. (CFP, 2019)

Lidar com pacientes de AIDS é uma tarefa que exige um grande desprendimento, capaz de suportar frustrações e dor, a dor no entrelaçamento constante entre a vida e morte que se passa no corpo e na mente desses pacientes. [...] Além disso, os doentes eram por vezes francamente hostilizados por membros da equipe médico-hospitalar ou ainda rejeitados por serem homossexuais, pois este é ainda um problema presente em nosso meio, a estigmatização e o preconceito em relação ao homossexual. (MELLO FILHO, 2010, p. 405).

Mediante essa exclusão de pessoas por conta de sua orientação afetiva sexual, é dever do psicólogo desenvolver ações voltadas para conscientização a respeito da diversidade sexual afetiva. O profissional de psicologia contribuirá em ações voltadas para a promoção à saúde e qualidade de vida dos sujeitos individuais e coletivos, participando de ações para extinguir qualquer forma de discriminação, exploração, violência e crueldade. (CFP, 2005)

No Código de Ética do Psicólogo, o profissional que exerce a função tem seus direitos e deveres, assim, no Art. 2º, é vedado: “praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão.” (2005, p. 9). Ao psicólogo é proibido induzir convicções religiosas, morais, políticas, ideológicas ou quaisquer tipos de preconceitos, quando se encontra em exercício das responsabilidades do profissional. (CFP, 2005)

Com base na postura ética orientada pelo CFP, a psicologia hospitalar é denominada, por Simonetti (2013, p.15), como um “campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”. O autor ainda afirma que os aspectos psicológicos são apontados como objeto de trabalho da psicologia hospitalar, fazendo uma transposição das questões possíveis de causas psicológicas da doença para a subjetividade presente em qualquer enfermidade. Considerando a subjetividade humana, os fatores sociais e históricos de uma doença podem possuir uma perspectiva diferente para cada sujeito. A atuação da equipe de saúde ou do psicólogo pode começar no autocuidado de cada sujeito em relação à morbidade e à letalidade da doença.

O trabalho com o portador de HIV/AIDS trouxe aos profissionais de saúde enormes desafios. Foi necessário superar preconceitos, desvelar uma doença desconhecida da própria ciência, aprender, no processo, os elementos da construção dos estigmas, do sofrimento, das dificuldades vividas pelos portadores do vírus, enfim, conhecer e sermos capazes de trabalhar para que se pudesse enfrentar as barreiras para continuar suas vidas. (VIANA, 2010, p. 13)

Com isso, as possíveis demandas após o recebimento do diagnóstico de HIV ou AIDS podem surgir, ou seja, é necessário um vínculo especial entre a equipe médica e paciente. “É preciso, portanto, que o psicoterapeuta que se propõe a ajudar tais pacientes se disponha a acompanhá-los em qualquer situação clínica que se apresenta, como é o caso das frequentes internações hospitalares.” (MELLO FILHO, 2010, p. 406)

O diagnóstico de HIV ou AIDS tem um duplo impacto na vida dos pacientes e na dos seus familiares. O primeiro impacto surge em múltiplas crises vividas, quais sejam intrapessoais, intrafamiliares e em suas relações com a sua comunidade. O segundo impacto é sobre as situações de pânico e desespero de conviver com a doença. Assim, os membros da equipe médica são responsáveis por desenvolver reuniões com os pacientes, com intuito de proliferar o conhecimento sobre o HIV e AIDS e seus impactos sociais, biológicos e socioeconômicos. (MELLO FILHO, 2010)

Considera-se que o trabalho do psicólogo com PVHA seja flexibilizado, conforme o estágio da doença. Os pacientes ambulatoriais possuem consultas psicológicas semanais com duração de até 50 minutos. Em outros pacientes, com gravidade mais avançada, geralmente as consultas ocorrem diariamente em seu leito de internação. O trabalho do psicoterapeuta é realizar métodos interventivos psicológicos em conteúdos discriminados pelo paciente; os temas que mais se evidenciam são sobre a culpabilização da relação afetiva sexual desprotegida e o mal-estar inserido nas relações familiares e de trabalho, por conta da condição sociológica. (MELLO FILHO, 2010)

As medidas de intervenções psicológicas são de uma construção técnica com o intuito de permitir ao sujeito fazer uma reflexão sobre o que está se trabalhando (vida social, relações afetivas, sexual, relações de trabalho). Inclusive, as intervenções podem auxiliar na introdução de informações sobre o novo contexto histórico e social, após diagnóstico de HIV ou AIDS. A psicoterapia consiste em uma reestruturação que se configura na vida do sujeito e intervém no cotidiano, ampliando suas possibilidades de inserção em seu contexto social. (KAHHALE *et al.*, 2010)

O psicólogo também terá que exercer suas atividades em grupos. As estratégias de prevenção e promoção à saúde para PVHA devem favorecer um espaço reflexivo que possibilite as discussões sobre a doença e trabalhar a concepção do sujeito em seu imaginário social com segmento do viver com HIV ou AIDS. (KAHHALE *et al.*, 2010)

É fundamental informar o portador do vírus HIV sobre suas novas condições rotineiras após o diagnóstico, sendo elas: o uso diário dos medicamentos, sem exceção, nos horários prescritos, e a utilização do preservativo em todas as relações afetivas sexuais. O

psicoterapeuta irá trabalhar com a psicoeducação, relacionada aos assuntos sexuais e sociais de cada sujeito presente no grupo terapêutico. (KAHHALE *et al.*, 2010)

O conceito do princípio da equidade pode ser utilizado no trabalho de assistência psicológica para PVHA. O psicólogo irá desenvolver ferramentas interventivas assistenciais voltadas para cada sujeito, respeitando a sua singularidade. Dessa forma, as práticas do profissional são direcionadas à ampliação do seu olhar para esse sujeito adoecido, ou seja, o portador do vírus HIV não se resume a um trabalho para a continuação do tratamento farmacológico. (KAHHALE *et al.*, 2010; MELLO FILHO, 2010)

Kahhale *et al.* (2010) cita três possibilidades de trabalhos terapêuticos que auxiliam no desenvolvimento do sujeito enquanto um ser biopsicossocial. A primeira é o trabalho com os pacientes que se reconhecem como homens que fazem sexo com homens. O profissional terá como objetivo a promoção de debates sobre o preconceito que sofrem socialmente, reflexões sobre as questões sociais pós-diagnósticos, como por exemplo, questões relacionadas às suas relações familiares, grupo de amizade e suas relações afetivas sexuais. Sendo essencial o trabalho com a psicoeducação sobre o HIV e AIDS, os tratamentos antirretrovirais e a aceitação do diagnóstico.

A segunda forma ocorre através do trabalho com os jovens e, neste caso, o psicólogo irá ocupar a função de um facilitador de informações sobre o vírus HIV, promovendo um ambiente terapêutico que viabilize as possibilidades de ressignificar as atitudes e comportamentos após o diagnóstico. E ainda poderá criar espaços individuais e grupais para que eles possam relatar suas questões afetivas, familiares e práticas sexuais, com o objetivo de uma desconstrução de seus valores e crenças atribuídos individual e socialmente a eles. (KAHHALLE *et al.*, 2010; MELLO FILHO, 2010)

O trabalho com a família é a terceira possibilidade de prática terapêutica, sendo de extrema importância que exista a criação desse espaço, no qual a família possa acompanhar todo o tratamento e que possa estar ativa, junto com o sujeito, nesse processo. Como vimos que vivenciar o HIV/aids é uma caminhada solitária, conseguir um espaço em que o sujeito possa partilhar sua dor, seu diagnóstico, seu processo de adoecimento e obter o apoio e compreensão de seus familiares é uma forma de promoção de saúde. (KAHHALLE *et al.*, 2010)

Por fim, o psicólogo realiza uma escuta qualificada para a comunidade excluída, por conta de sua condição sorológica, com o objetivo de inseri-la no contexto social após o diagnóstico, trabalhando com a construção de um saber que ainda se encontra em um processo de sistematização, mas que permite reconhecer um novo foco, sem desprezar o caminho já

percorrido. Como profissionais sociais de saúde, reconhecemos e trabalhamos com a subjetividade humana, ampliando os seus discursos, ações e reflexões e propondo novas possibilidades de intervenções. (CAVALCANTE; MORTARA, 2004).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentarmos o histórico médico e cultural do HIV e AIDS, desde a década de 80 até os dias atuais, foi possível diferenciar o vírus do HIV da AIDS, sendo o primeiro o estágio inicial e crônico da doença, e o segundo, o estágio final e de maior vulnerabilidade imunológica. Como vimos em sua trajetória, o primeiro público infectado por esse vírus foram os homoafetivos, chamados de grupo de risco naquela época. Essa perspectiva já não existe atualmente, pois não há uma restrição de grupo, estamos todos expostos à infecção, seja através de relações sexuais desprotegidas ou até mesmo com a troca de objetos perfurantes, como exemplo, ao fazermos a unha na manicure.

Ao entrar em contato com o vírus, o tratamento pode ser realizado gratuitamente através do Sistema Único de Saúde. No primeiro momento, são efetuados dois testes anti-HIV para a confirmação diagnóstica. Após os testes, o paciente é acolhido pela equipe médica, com o objetivo de criar um vínculo que viabilize a adesão do sujeito ao tratamento. Com o início do tratamento antirretroviral e a relação estabelecida, há uma série de movimentos psicoeducativos da equipe médica para o paciente, incentivando-o a não desistir do acompanhamento interdisciplinar.

Dentre os profissionais, temos o psicólogo hospitalar. Sua atuação é baseada na tríade médico-paciente-família. Com os profissionais, o trabalho está mais direcionado para o afastamento de seus preconceitos referentes à doença, para estabelecer uma relação terapêutica mais próxima com a pessoa que vive com HIV ou AIDS, com intuito de que suas orientações sejam eficazes para a realidade de quem vive com HIV. E com o paciente será de promover o acolhimento, esclarecendo seus riscos na saúde física e mental, assim como as afetações que podem ocorrer em todas as suas redes de relacionamentos; por esse motivo, é essencial a participação dos familiares e o acompanhamento terapêutico em grupo.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M *et al.* **O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.** 2003.

BACCHINI, Alessandro Melo *et al.* **Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/AIDS.** Tempo Psicanalítico. 2012. Rio de Janeiro, vol.44, n.2, pp. 271-284. ISSN 0101-4838.

BRASIL Ministério da Saúde. **8º conferência nacional de saúde.** Brasília, 1986.

BRASIL. Câmara dos deputados. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Brasília, 1990a.

_____. Câmara dos deputados. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.** Brasília, 1990b.

BRASIL. **LEI Nº 9.313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996.** Planalto, 1996.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos** [recurso eletrônico]. Brasília, Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília, Supremo Tribunal Federal. Secretaria de Documentação, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS / HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção.** Brasília, 2020a.

_____. Ministério da Saúde. **História da AIDS.** Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2020b.

_____. Ministério da Saúde. **O que é HIV.** Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2020c.

_____. Ministério da Saúde. **O que é prevenção combinada.** Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2020d.

_____. Ministério da Saúde. **O Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** Brasília, 2020e.

CAVALCANTE, O; MORTARA, P.C. Interdisciplinaridade no trabalho socioeducativo. In: WANDERLEY, M. B; OLIVEIRA, I. I. M. C. **O trabalho com famílias.** São Paulo: IEE/PUC-SP, 2004. v. 2, p. 93-98.

CARVALHO, S. M; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Colet** [online]. 2011, Rio de Janeiro, vol.19, n.2, pp. 157-163.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução Administrativa/ Financeira n.º 14, de 20 de dezembro de 2000.** Brasília, 2000.

_____. **Código de ética do profissional de psicologia** [recursos eletrônicos]. Brasília, 2005.

_____. **Resolução Administrativa/Financeira n.º 013, 14 de Setembro de 2007.** Brasília, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed - São Paulo: Atlas, 2008. Informações básicas sobre HIV e AIDS. UnAIDS, 2020.

LIMA, S. **Atendimento psicológico a pacientes internados e seus familiares na fase de suspeita de diagnóstico de câncer e/ou AIDS: avaliação do trabalho realizado.** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (2003).

KAHHALE, E. P *et al.* **HIV/AIDS enfrentando o sofrimento psíquico.** São Paulo, 1. ed., Cortez, 2010.

KALICHMAN, A. O; SILVA, L. M. **Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas.** 1993.Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

LAZZAROTTO, A. R; DERESZ, L. F; SPRINZ, E. HIV/AIDS e Treinamento Concorrente: a Revisão Sistemática. **Rev Bras Med Esporte** [online]. Niterói, vol.16, n.2, pp.149-154, 2010 ISSN 1517-8692.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MELLO FILHO, J. **AIDS: o doente, o médico e o psicoterapeuta.** In: Mello Filho, Julio; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** 1 ed. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2002.

PEDUZZI, M; CIAMPONE, M. H. T; LEONELLO, V. M. **Trabalho em equipe e prática colaborativa.** In: Paulina Kurcgant (org.) **Gerenciamento em Enfermagem.** 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103 - 114.

RABUSKE, M. M. **Comunicação de diagnósticos de soropositividade para o HIV e de AIDS para adolescente e adulto: implicações psicológicas e repercussões nas relações familiares e sociais.** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (2009).

SANTOS, F. P. (2002). **Alterações psicológicas e de qualidade de vida após a devolutiva do resultado da sorologia para o vírus da imunodeficiência humana.** Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

SIMONETTI, A. **Manual da psicologia hospitalar: o mapa da doença.** 7. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013.

SUS: O que é? FIOCRUZ, 2020a.

UNAIDS. **2006 Report on the global AIDS epidemic.** UNAIDS, (2006).

VIANA, F. J. M. **HIV/AIDS enfrentando o sofrimento psíquico.** Prefácio. In. KAHHALE, Edna Peters *et al.* HIV/AIDS enfrentando o sofrimento psíquico. São Paulo. Ed. Cortez, 2010.

VILLARINHO, M. Vieira *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, mar-abr, 6 v. 2, p. 271 - 277 (2013).

VILELA, A. B. **A atualidade da psicanálise:** do HIV à escuta pulsional. Cad. Psicanálise - CPRJ, Rio de Janeiro. v. 35. n. 29, p. 77-87, jul/dez. 2013.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

SILVA, J. M. P; PINTO, P. J. C; SOUZA, T. M. O Papel do Psicólogo e Medidas de Prevenção e Promoção de Saúde para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS. **Rev. FSA**, Teresina, v. 20, n. 3, art. 11, p. 231-251, mar. 2023.

Contribuição dos Autores	J. M. P. Silva	P. J. C. Pinto	T. M. Souza
1) concepção e planejamento.	X	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X