

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CARLOS MENDES DE LIMA JUNIOR

O LUTO EM TORNO DO HIV/AIDS: Análise da vivência do luto frente ao diagnóstico

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2021

CARLOS MENDES DE LIMA JUNIOR

O LUTO EM TORNO DO HIV/AIDS: Análise da vivência do luto frente ao diagnóstico

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Junior

CARLOS MENDES DE LIMA JUNIOR

O LUTO EM TORNO DO HIV/AIDS: Análise da vivência do luto frente ao diagnóstico

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso de CARLOS MENDES DE LIMA JUNIOR.

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Junior

Data da Apresentação: 09/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Junior

Membro: Profa. Me. Moema Alves Macedo

Membro: Prof. Dr. Joaquim Iarley Brito Roque

O LUTO EM TORNO DO HIV/AIDS: Análise da vivência do luto frente ao diagnóstico

Carlos Mendes de Lima Júnior¹
Joel Lima Júnior²

RESUMO

A clínica do HIV/AIDS é marcada por situações de perdas, concreta e simbólica, que exigem das pessoas vivendo com HIV/AIDS esforços adaptativos, rearranjos consideráveis e elaboração do luto em torno de seu novo estilo de vida. Diante disso, este estudo objetivou analisar, por meio de um estudo bibliográfico, como se desenvolve nos indivíduos soropositivos o processo do luto em torno do HIV/AIDS, a partir do conceito de enfrentamento vivenciado em âmbito pessoal, familiar e social desde o recebimento do diagnóstico positivo até a experiência de conviver com a infecção e sua estreita relação com a dinâmica de saúde-adoecimento. Com isso, o presente artigo identificou que pessoas vivendo com HIV/AIDS ainda sofrem algum tipo de preconceito seja nos grupos sociais, seja na própria família, entre outros, acentuando a representação de medo e de vergonha sobre a doença. Assim, considera-se até este momento que a introdução dos aspectos psicológicos de enfrentamento pode influenciar, consideravelmente, tanto de forma positiva quanto negativa a qualidade de vida e, inclusive, sobrevida de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Palavras-chave: Luto. *Coping*. Psicologia. HIV/AIDS.

ABSTRACT

The HIV/SIDA clinic is marked by situations of loss, concrete and symbolic, that demand adaptive efforts from people living with HIV/SIDA, considerable rearrangements and elaboration of mourning around their new lifestyle. Therefore, this study aimed to analyze through a bibliographical study, how the mourning process around HIV/SIDA develops in HIV/SIDA individuals, based on the concept of coping experienced in the personal, family and social spheres since receiving the positive diagnosis to the experience of living with the infection and its close relationship with the health-illness dynamics. Thus, this article identified that people living with HIV/SIDA still suffer from some type of prejudice, whether in social groups, or in their own family, among others, accentuating the representation of fear and shame about the disease. Thus, until now, it is considered that the introduction of psychological aspects of coping can considerably influence, both positively and negatively, the quality of life and even the survival of people living with HIV/SIDA.

Keywords: Grief. *Coping*. Psychology. HIV/SIDA.

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: carlosjrddb@gmail.com

²Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: joellima@leaosampaio.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV/AIDS, desde o seu surgimento até os dias de hoje, é considerada pela sociedade a doença do terror e do preconceito, pois o indivíduo ao se descobrir infectado, é afetado desfavoravelmente em sua saúde física e mental, e, por conseguinte, é exposto ainda a um estado de invisibilidade por meio de uma presumida morte civil, onde o próprio sujeito se exclui ou é excluído do convívio social (BRASIL, 2012).

Além do mais, de acordo com Mello Filho (2010), quando o indivíduo se defronta com o diagnóstico de HIV/AIDS positivo, é suscitado nele uma situação de pânico e de crise, levando em conta que para sua doença ainda não se alcançou a cura e que, usualmente, ela fora transmitida por via sexual. Dessa forma, a infecção por HIV/AIDS deixa marcas na vida das pessoas impondo esforços adaptativos, pois o efeito do diagnóstico e a vivência com o vírus provoca sofrimentos e rearranjos consideráveis para os indivíduos soropositivos (CARMO; SANTOS, 2018).

Conforme Straub (2014), é observável que a infecção por HIV/AIDS, representa um grande fato não somente ao indivíduo, mas também àqueles que o cercam, de forma que, muitas vezes, pessoas vivendo com HIV/AIDS se sentem afastadas de suas redes de apoio, pois vai sucedendo a separação daqueles que antes faziam parte de sua rotina, tais como amigos, colegas de trabalho e familiares.

Nesse sentido, pode-se afirmar que pessoas vivendo com HIV/AIDS ainda sofrem algum tipo de preconceito seja nos grupos sociais, seja na própria família, entre outros, vindo assim por afastar-se dos relacionamentos afetivos e sociais com medo de serem rejeitadas (LEBREGO; BORGES JUNIOR; BARROS, 2020). Por isso muitos dos sentimentos e das dificuldades identificadas em pessoas vivendo com HIV/AIDS são relacionados ao luto, não obrigatoriamente ao luto por morte, mas àquele que surge desde o diagnóstico e vai se acentuando, na experiência de viver com o vírus (FUKUMITSU, 2018).

Em vista disso, o presente artigo se propõe a efetuar uma análise sistemática da literatura acerca de como se desenvolve a vivência do luto em pessoas vivendo com HIV/AIDS, e seu enfrentamento a partir da revelação do diagnóstico. O interesse por esse estudo surgiu ao realizar o estágio obrigatório do curso de Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, numa instituição da rede pública de saúde, que realiza ações de assistência, prevenção, diagnóstico e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Nesse ambiente foi realizada a escuta clínica aos usuários do serviço e, dessa forma, se teve acesso a seus dramas por meio do relato de suas condições de vida e exposição de seus fatores de vulnerabilidade ao vírus do HIV/AIDS, ao longo de sua condição crônica e particular. Prestando, ainda, atendimento psicológico aos pacientes e seus familiares foi possível perceber que para um atendimento mais adequado era preciso aprofundar os estudos a partir de um foco, mas considerando como funciona os aspectos psicológicos de enfrentamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Daí o trabalho científico teve como foco a vivência do luto frente ao diagnóstico positivo para o HIV/AIDS; e consideraram-se para a construção deste estudo a seguinte pergunta: Como se desenvolve a vivência do luto frente ao diagnóstico de HIV/AIDS? Pois, compreender à maneira de como o indivíduo elabora o luto em seus vários aspectos da vida influi consideravelmente sua qualidade de vida e, inclusive, sobrevida.

Para tanto, este trabalho teve como objetivo principal analisar por meio de uma revisão sistematizada como se desenvolve o processo do luto frente ao diagnóstico de HIV/AIDS, descrevendo estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos, desde o diagnóstico até à vivência com HIV/AIDS; examinando as experiências objetiva e subjetiva do luto vivenciado nos vários aspectos da vida do sujeito e, por fim, discutindo questões relativas ao luto e a psicologia relacionando-as com o próprio modo de entender dos indivíduos.

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do presente artigo foram realizadas pesquisas bibliográficas baseadas em publicações científicas incluindo estudo de livros, monografias, dissertações, teses e artigos científicos disponibilizados nas bases de dados da SCIELO; PEPSIC; Google Acadêmico e PUBMED (MEDLINE), versando a natureza exploratória e qualitativa da pesquisa. Para a busca do material, também se utilizou do cruzamento das palavras-chaves: luto, *coping*, psicologia, HIV/AIDS e foram considerados estudos publicados em idioma nacional/internacional.

Ademais, os artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso foram selecionados a partir dos respectivos critérios: que estivessem disponibilizados de forma gratuita; que atendessem as palavras chaves presentes no título ou resumo e, por fim; que se encaixassem no período de publicação entre os anos de 1990 a 2021.

3 ASPECTOS SÓCIO-PATOGÊNICOS DO HIV/AIDS

3.1 O QUE É O HIV/AIDS?

O Vírus da Imunodeficiência Humana ou, simplesmente, o HIV, a nomeação no Brasil do termo em inglês, *Human Immunodeficiency Virus*, de acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil (2020), é um retrovírus que assola as células chamadas de linfócitos e monócitos T CD4+ (glóbulos brancos do sistema imunológico) e, em consequência, compromete e declina o sistema imunológico do indivíduo.

O vírus modifica o DNA da célula reproduzindo cópias de si, rompendo as células supracitadas e deixando o indivíduo vulnerável a adquirir infecções comuns, de forma a poder desenvolver a progressão clínica da doença, ou seja, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a AIDS, termo nomeado no Brasil para a expressão em inglês *Autoimmune Deficiency Syndrome*, por meio do aumento da carga viral (SANTOS *et al.*, 2017).

Sabe-se que ser exposto ao vírus do HIV, não é absolutamente a mesma coisa que contrair a doença da AIDS. Com efeito, há muitas pessoas com condição sorológica positiva para o HIV que vivem longos períodos da vida sem apresentar sinais e sintomas de desenvolvimento da doença. No entanto, quando pessoas infectadas não se ocupam das devidas medidas de prevenção, podem transmitir o vírus a outras pessoas pela via sexual, pelo compartilhamento de materiais perfurocortantes ou, simplesmente, de mãe para filho durante a gravidez e a alimentação neonatal (BRASIL, 2020).

Diante do diagnóstico positivo para HIV/AIDS, há formas de intervenções e tratamentos com terapia antirretroviral altamente ativa (TARV), mas o HIV/AIDS é uma doença crônica, ainda sem cura, e que exige cuidados de prevenção contra reinfecção. Seguramente, na lista de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), o HIV/AIDS está catalogado no grupo “B20 – Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), resultando em doenças infecciosas e parasitárias” (OMS, 2008, p. 13).

Decerto, duas fases clínicas podem ser observadas no HIV/AIDS de acordo com Seidl (2005), a assintomática que é quando o indivíduo não apresenta sintomas que comprometam sua saúde, ou seja, tem o vírus, mas esse não destrói seu sistema imunológico; e a sintomática, que é considerada a fase mais grave da doença, da qual apresenta uma queda nas células de defesas do corpo, os linfócitos T4, e o aparecimento de doenças oportunistas, levando o indivíduo a sérias complicações clínicas.

Portanto, os sinais e sintomas que o indivíduo apresenta é resultante de doenças que ocorrem em função do comprometimento das defesas do corpo ao próprio vírus, algumas

semanas após a infecção pelo HIV/AIDS. Em adição a isso, algumas pessoas também apresentam gânglios linfáticos, tosse, febre e dermatoides por condição alterada de seu sistema imunológico (SEIDL, 2005).

3.2 HISTÓRIA DO HIV/AIDS NO BRASIL E NO MUNDO

A infecção pelo HIV/AIDS começou a ser examinada em meados do século XX. Conforme Pinto *et al.* (2007), os primeiros relatos da doença sugerem que ela apareceu na África Central, provavelmente, pela mutação do vírus em macacos. Ademais, algumas experiências apontam que a passagem do vírus dos primatas para o humano parece estar referente a questão da manipulação de carnes de chimpanzés. Entretanto, ainda há controvérsias, tal como Schroder (2011) que ao discutir sua pesquisa, defende que a origem, assim como a cura, do HIV/AIDS ainda é fortemente desconhecida.

Decerto, o reconhecimento público do HIV/AIDS pela comunidade científica se deu por meio da publicação oficial do Diário do *Center for Disease Control Service* de Saúde dos Estados Unidos da América (EUA), em 1981, com a demonstração do papel causal apresentado através do rigor da ciência. Logo, em 1985, surgiram os primeiros testes de identificação do agente causador e a partir desse momento de comprovação científica o HIV/AIDS é concebido como um fenômeno global (VALENTE *et al.*, 2005).

O HIV/AIDS, desde sua aparição no ocidente na década de 80, representou muito mais que uma patologia comum, pois, logo veio ocupar o lugar de doença mais complicada e cheia de preconceitos da sociedade, posto antes ocupado pelo câncer e outras doenças infecto-contagiosas, conforme as pesquisas de Bárbara; Sachetti e Crepaldi (2005).

No Brasil, de acordo com Dhalia *et al.* (2020), os primeiros casos de HIV/AIDS foram sabidos em meantes de 1982, no estado de São Paulo. Sua descoberta no país corresponde com o declínio do regime militar, e esse fato compõe o cenário sociopolítico no qual o HIV/AIDS se insere com uma taxa crescente no número de casos entre pessoas de baixa renda, em homossexuais masculinos jovens e em mulheres jovens de pouca escolaridade, entre outras.

Dessa forma, o HIV/AIDS concentrou características de epidemia no mundo e tornou-se um ícone de grandes questões que afetam a todos, envolvendo discussões como direitos humanos, qualidade de vida, saúde coletiva e políticas de medicamentos (PARKER; CAMARGO JÚNIOR, 2000). Logo, por seu caráter pandêmico e sua gravidade, o HIV/AIDS representam ainda hoje um dos maiores problemas de saúde pública.

3.3 ÍNDICE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A partir dos relatórios estatísticos do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), cujo objetivo é criar soluções e ajudar nações no combate à AIDS, assim como prevenir o avanço do HIV, como também prestar tratamento e assistência aos afetados pela doença e, por fim, reduzir o impacto socioeconômico da epidemia, estima-se que houve 37,6 milhões de pessoas vivendo com o HIV/AIDS no mundo, em 2020 (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2020).

Desse total, segundo a *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (2020), 35,9 milhões de pessoas são adultas e 1,7 milhões de pessoas são crianças de até 13 anos. Além disso, cerca de 84% de todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS tem conhecimento de seu status sorológico positivo para a doença, mas aproximadamente 6 milhões de pessoas não tenham ciência que estão vivendo com o vírus.

A vigilância dos casos de HIV/AIDS no Brasil, teve início em 1986, com o estabelecimento da notificação compulsória dos casos, por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Posteriormente, por meio da Portaria nº 993 de 04 de setembro de 2000 foi adicionado a notificação das gestantes e crianças expostas ao HIV/AIDS, e, logo após, em 2014, pela Portaria nº 1.271 de 06 junho de 2014, houve a inserção da notificação dos casos na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (BRASIL, 2017). Dessa forma, atualmente, o surgimento de novos casos de infecção pelo HIV/AIDS no Brasil, precisam ser relatados imediatamente às autoridades públicas de saúde.

Assim sendo, de acordo com o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), nos dias de hoje, cerca de 920 mil pessoas estão vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Desse número, em torno de 89% das pessoas foram diagnosticadas, 77% fazem tratamento com antirretroviral (TARV) e 94% dos indivíduos em tratamento atingiram carga viral indetectável (BRASIL, 2021).

Sobre os casos de HIV/AIDS no Brasil, a maior concentração deles está entre os jovens de 25 a 39 anos, de ambos os sexos, com 492,8 mil registros. Os casos nesse intervalo de idades equivalem a 52,4% dos casos do sexo masculino e 48,4% do sexo feminino, do total de casos notificados pelo SINAN (BRASIL, 2021).

Em adição, de acordo com o SINAN (2021), de 2007 até junho de 2020, foram relatados 342.459 casos de infecção pelo HIV/AIDS no Brasil, sendo respectivamente discriminados 152.029 casos equivalente a 44,4% na região Sudeste; 68.385 casos igual a 20,0% na região

Sul; 65.106 casos proporcional a 19,0% na região Nordeste; 30.943 casos análogo a 9,0% na região Norte e, por fim, 25.966 casos compatível a 7,6% na região Centro-Oeste.

Além do mais, no mesmo período de 2007 até junho de 2020, também foram registrados no SINAN (2021) um total de 237.551 proporcional a 69,4% de casos entre o sexo masculino e 104.824 equivalente a 30,6% de casos entre o sexo feminino. Logo, no que se refere ao intervalo de idades, notou-se que grande parte dos casos de infecção pelo HIV/AIDS localiza-se no grupo de 20 a 34 anos, com percentual de 52,7% dos casos.

Em se tratando da escolaridade das pessoas vivendo com HIV/AIDS, no mesmo período supracitado, verificou-se um percentual de 25,5% de casos com escolaridade ignorada, o que dificulta uma melhor análise dessa variável nos casos de infecção pelo HIV/AIDS (BRASIL, 2021).

Com relação à etnia/cor autodeclarada das pessoas vivendo com HIV/AIDS, notou-se entre os casos informados no SINAN (2021), no período mencionado anteriormente, que 40,1% ocorreram entre brancos e 50,7% entre negros, sendo as proporções estratificadas de 10,7% em pretos e 40,0% em pardos, respectivamente. Ao passo que, no sexo masculino 41,7% dos casos ocorreram entre brancos e 49,2% entre negros, estratificados em 9,8% pretos e 39,4% pardos, na devida ordem; no sexo feminino 36,6% dos casos se deram entre brancas e 54,3% entre negras, estratificadas em 12,9% pretas e 41,4% pardas, de maneira recíproca.

Sobre a categoria de exposição e transmissão pelo HIV/AIDS em pessoas maiores de 13 anos de idade, comunicados pelo SINAN (2021) no período de 2007 até junho de 2020, constatou-se que no sexo masculino 51,6% dos casos foram declarados em decorrência de exposição homossexual ou bissexual e 31,3% heterossexual, e 1,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI); entre o sexo feminino, notou-se que 86,6% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,3% entre UDI.

Em se tratando dos casos de gestantes infectadas com HIV/AIDS no Brasil, foram registradas 134.328 gestantes, no período de 2000 até junho de 2020. Verificou-se que 37,7% das gestantes eram residentes da região Sudeste, seguida respectivamente pelas regiões Sul com 29,7%, a região Nordeste com 18,1%, a região Norte com 8,6% e, por fim, a região Centro-Oeste com 5,8% (BRASIL, 2021).

O estado brasileiro do Ceará, de acordo com a Lei no 17.006/2019, está administrativamente dividido em 5 Superintendências Regionais de Saúde (SRS): Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Cariri e Litoral Leste. No período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020 foram diagnosticados 12.745 novos casos de HIV/AIDS, sendo discriminados 9.787 equivalente a 78,8% na SRS Fortaleza; 1.189 igual a 9,6% na SRS Sobral; 806 análogo a 6,5%

na SRS Cariri; 359 proporcional a 2,9% na SRS Litoral Leste e, por fim, 280 correspondente a 2,3% SRS Sertão Central (CEARÁ, 2021).

Além disso, também no Ceará, no período citado acima, foram notificados 74,5% equivalente a 8.305 de casos de HIV/AIDS entre jovens e adultos do sexo masculino; 25,5% proporcional a 2.842 entre jovens e adultas do sexo feminino, e 15,9% similar a 1.598 em crianças abaixo de 13 anos. Destaca-se que a maioria dos homens infectados relataram manter relações sexuais somente com homens, identificando assim o principal modo de transmissão (CEARÁ, 2021).

Por fim, ainda no Ceará (2021), foram notificadas 2.547 gestantes infectadas com HIV/AIDS. Verificou-se que 71% das mulheres residem na SRS de Fortaleza, seguidas das mulheres da SRS Sobral com 11,6%; da SRS Cariri com 7,9%; da SRS Litoral Leste com 5,1% e Sertão Central com 4,3%, no período entre 2011 e 2020.

4 ASPECTOS DO LUTO VIVENCIADOS POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

4.1 O LUTO E SUAS EXPRESSÕES

O trabalho do luto é complexo, ao passo que cada indivíduo tem uma forma distinta de o vivenciar, e esse fenômeno varia não só de pessoa para pessoa como também existem diferenças consoante mediante as culturas; no entanto, de acordo com Tavares (2010), considera-se que o luto é uma resposta característica à perda de alguém ou algo significativo. Trata-se de um processo de assimilação das perdas pelas quais o indivíduo passa ao longo de sua vida e, que, evidentemente, precisa de tempo para adaptar-se a nova realidade.

Outros autores como Moore e Fine (1990 *apud* HAGMAN, 1996) defendem o luto como uma emoção considerada também uma resposta mental que ocorre depois de qualquer perda significativa. Ademais, para esses autores, o luto é a forma mais comum da dor reativa que, habitualmente é seguida pela perda de interesse em relação ao mundo exterior, aflição com as memórias do objeto perdido e rebaixamento da capacidade de investir em novos relacionamentos seja afetivo ou social.

Dessa forma, em condições normais, o luto é uma manifestação que dispõe ser vivenciado de maneira natural pela pessoa, pois significa um fenômeno que contribui para a diminuição do estresse, colaborando com a aceitação e a elaboração da perda e, assim, adaptando-se a nova realidade (POLLOCK, 1961 *apud* por HAGMAN, 1996). No entanto, quando a pessoa não consegue vivenciar seu luto, pode vir a desenvolver complicações

patológicas e isto é o que Parkes (1998) designa como luto complicado, requerendo apoio psicoterápico para lidar com a situação, sentimentos e reorganizar a vida.

Diversos autores, tais como Parkes (1998), Kübler-Ross (2017) e Bowlby (1993), desenvolveram estudos que possibilitaram aprofundamento e ampliação nas discussões acerca dos aspectos relacionados a vivências de perda e suas elaborações. O que esses autores têm em comum é a compreensão do luto como um processo que acontece em estágios ou fases gradativas de desenvolvimento, onde uma etapa vai perdendo intensidade e consentindo espaço para o surgimento de outra.

Entretanto, para os fins deste estudo considera-se as 4 tarefas do processo de luto propostas pelo especialista Worden (2013), no qual o indivíduo enlutado se torna ativo no próprio processo, impulsionado a agir diante de seu próprio sofrimento. Para o autor, o trabalho de luto se realiza quando a pessoa desempenha o processo de: 1) aceitar a realidade da perda; 2) lidar com a dor da perda; 3) adapta-se a nova realidade; 4) reposicionar-se em termos emocionais.

Tratando-se de aceitar a realidade da perda, tanto Parkes (1998) quanto Bowlby (1993) já escreveram sobre esta penosa realidade. Todavia, para Worden (2003) a aceitação não passa só pelo âmbito intelectual do reconhecimento do fato, mas passa, sobretudo, pelo âmbito emocional e isso, conseqüentemente, requer tempo, pois aceitar a realidade não se dá de maneira imediata.

Quando se trata de lidar com a dor da perda, certas pessoas experimentam a dor física, assim como a dor emocional e comportamental associadas à perda. Quaisquer que sejam as experiências particulares ao indivíduo, de acordo com Worden (2003), é imprescindível reconhecer a gama de emoções e sentimentos gerados com o luto, permitir-se senti-los e satisfazer a dor em sua totalidade sem afastá-la ou evitá-la. Segundo o autor, esse é o melhor trajeto para falar sobre as emoções e sentimentos, compreendê-los e ser paciente com a própria realidade.

Tratando-se de adaptar-se a nova realidade ou ajustar-se ao ambiente alterado, tal ajustamento tem diferentes significados para diferentes pessoas. A experiência de perda para alguns indivíduos pode impactar na expressão de sua identidade, por meio de um sentimento de perda do *self*; para outros, diz respeito ao sentido que a pessoa tem no mundo, pois a perda pode pôr em questão suas crenças e desafiar seus valores. Daí, verifica-se que as estratégias de *coping* de redefinir a perda de tal maneira pode significar como benefício para o indivíduo numa tarefa de adaptação à perda, por meio do enfrentamento das exigências que lhes rodeiam (WORDEN, 2003).

Quando se trata de o indivíduo reposicionar-se em termos emocionais, de acordo com Worden (2003), significa permitir-se enquanto pessoa transferir emocionalmente a situação em que está inserido e prosseguir com a vida abrindo espaço para novos sonhos e realizações sem sentimentos de culpa ou sentimentos intensos de desespero. Pode-se associar essa reposição defendida pelo autor supracitado ao que Parkes (1998) e Bowlby (1993) falaram em reorganização, o momento em que há percepção que mesmo apesar da dor e sofrimento, a vida irá continuar e poderá ser administrada com serenidade, readquirindo um interesse pela vida, por meio da construção de novos objetivos e adaptando-se a novos papéis.

Para Worden (2003), uma vez que o luto é um processo e não um estado, é essencial que indivíduo enlutado efetue essas tarefas concretamente e com esforço para que se restabeleça o equilíbrio e o processo de luto ficar completo. No entanto, como o luto é um processo individual não há uma duração específica para passar por ele.

O processo de luto é muito variável, assim, verifica-se que o luto não é um processo que progride de forma linear, podendo reaparecer para ser mais uma vez trabalhado e isto, conforme Sanders (1999), frequentemente acontece com avanços e recuos num processo de luto. Isso significa, de acordo com a autora que até mesmo quando o indivíduo enlutado já passou nitidamente para uma etapa seguinte, a pessoa pode regressar a padrões anteriores durante situações estressadoras ou diante de extrema fadiga.

4.2 LUTO E CRISES ENFRENTADAS POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL

O HIV/AIDS é uma doença que, sem dúvida, surge como um marco na história de vida da pessoa acometida, pois, afeta o seu bem-estar físico, mental e social envolvendo, seguramente, sentimentos de depressão, angústia e medo da morte. O conhecimento da soropositividade interfere no indivíduo em sua identidade e autoestima, como também o coloca, diretamente, em contato com a realidade de uma perda, ou seja, a perda da saúde para a condição de ser doente crônico (CARVALHO; BRAGA; GALVÃO, 2004).

Ser paciente de uma doença crônica, de acordo com o pensamento de Freud em seu texto “Introdução ao narcisismo” (2017 [1914]) é semelhante a pessoa se ver confrontada com um ataque a seus ideais de sujeito em suas próprias instâncias identificatórias, isto é, ver abalados seus ideais do eu de ilusão de onipotência, imortalidade e perfeição narcísica, porém com uma consequência irreversível. Pode-se dizer que as exigências narcísicas ficam comprometidas

diante da ameaça real proveniente do próprio corpo. Tudo isso requer um cuidado bastante específico e uma elaboração psíquica do sujeito.

De acordo com Angerami-Camon (2001), para o doente crônico existe uma constante ameaça de destruição e aniquilamento, o que provoca uma labilidade de emoções e, em adição a isso, a consideração de uma dor emocional. A dor emocional difere da dor do incômodo da própria doença, visto que se trata de uma dor pela perda da condição de ser saudável.

Ainda segundo o autor acima, uma pessoa com uma doença crônica pode vir a se tornar, do ponto de vista psicológico, uma pessoa emocionalmente crônica ou não. Logo, entrar ou não numa cronicidade emocional pela perda da condição de ser sadio vai estar diretamente ligada às condições de como cada pessoa lidou com todas as experiências traumatizantes em que intervém igualmente o elemento de perda, de separação de um objeto ao longo da vida e às formas de sua organização emocional.

Além do mais, do ponto de vista neurológico, sabe-se, que pessoas vivendo com HIV/AIDS, mesmo sem ter desenvolvido quadros clínicos severos da doença, apresentam complexo demencial gerando profundo sofrimento psicoemocional para si próprio e seu núcleo familiar e social. Levando em consideração a complexidade dessa etapa do adoecimento, pode-se dizer que esse distúrbio trata-se de uma complicação neurológica de início subaguda e caracterizada de forma progressiva pelo aparecimento de apatia, dificuldade de concentração, prejuízo de memória verbal e funções executivas, disfunção motora e distúrbios de comportamento (SIMPSON; TAGLIATI, 1994).

Desse modo, a partir do reconhecimento da doença, o indivíduo pode eleger mecanismos de enfrentamento mais ou menos adaptativos e funcionais, consentindo, então, a retomada das tarefas cotidianas e o desapego. Contudo, em contrapartida, é possível também se instalar, como efeito, no indivíduo, um apego ao papel de doente e da posição de, simplesmente, dependente (ANGERAMI-CAMOM, 2001).

5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO ENFRENTAMENTO DE PESSOA COM HIV/AIDS

5.1 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE PSICOLÓGICO

O enfrentamento, em conformidade com Folkman (2010), pode ser elucidado como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais usados pelas pessoas com o intuito de lidar com acontecimentos causadores de estresse. Tais demandas específicas podem ser observadas

tanto internas quanto externas e em ambas as situações são avaliadas como sobrecarga ou excessos aos recursos pessoais do indivíduo.

Diante disso, Folkman e Moskowitz (2004) apontam o *coping* como uma resposta cognitiva e comportamental que o indivíduo se vale para administrar de modo consciente a angústia e enfrentar ou atenuar os problemas da vida diária que causam grandes desconfortos. Nas pesquisas produzidas no Brasil pode-se localizar tanto o termo enfrentamento, quanto *coping*, para se reportar ao mesmo conceito. À proporção que o termo *coping*, não possui uma tradução adequada para a língua portuguesa, uma vez que se relaciona tanto com aspectos psicológicos como comportamentais, ele tem sido usualmente apresentado na literatura por meio da expressão estratégias de enfrentamento psicológico (CHAVES *et al.*, 2000).

Em função de sua característica dinâmica o *coping*, segundo Folkman e Moskowitz (2004), abrange quatro pontos importantes: (1) o *coping* como uma interação entre o indivíduo e o ambiente; (2) o *coping* com função de gerenciar a ocorrência estressora; (3) o *coping* como processo de avaliação do fenômeno percebido, interpretado e representado de forma mental pela pessoa; (4) o *coping* constituído como uma estimulação de esforços cognitivos e comportamentais para reduzir ou tolerar as demandas internas ou externas do indivíduo, que emanam da sua interação com o ambiente.

Ademais, esses autores também especificam o *coping* em duas categorias. Uma delas diz respeito ao *coping* aplicado a emoção, onde se observa as emoções correlacionadas ao evento estressante e os esforços emanados para alterar e/ou regular o estado emocional. A outra delas trata-se do *coping* aplicado ao problema, que se verifica por um esforço no sentido de modificar a situação causadora de estresse (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004).

Essas estratégias de enfrentamento podem ser dirigidas tanto ao meio externo quanto ao interno. Ao se referir ao meio externo, as estratégias se sobressaem na tentativa de administrar um conflito interpessoal ou solicitando auxílio de outros para alterar algum evento, já no meio interno observa-se a tentativa de ressignificar o fenômeno estressor e buscar atenuar seus efeitos no próprio sujeito (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

Mais recentemente, um terceiro tipo de estratégia de enfrentamento vem sendo citado pelos autores na literatura. Refere-se ao *coping* focado, que se assecura em crenças e valores mais significativos do indivíduo, permitindo a avaliação dos objetivos e a regulação das prioridades por meio de sua experiência de vida (FOLKMAN, 2010; 2008). Esse estilo de *coping* difere valorativamente das estratégias aplicadas a emoção porque desempenha funções importantes no processo de resgate dos recursos para a motivação e sustentação do enfrentamento do estresse. O *coping* focado dá ênfase nos pontos fortes ganhos com a

experiência de vida, possibilitando transformar as avaliações de ameaças em propostas de desafios e os planejamentos de metas em reorganização das prioridades (FOLKMAN, 2010).

Assim, vale pontuar que esses estilos de *coping* descritos acima não são absolutamente excludentes, pois sabe-se que diferentes estratégias podem ser usadas de modo simultâneo para lidar com determinado acontecimento estressor (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001). Segundo Folkman (2010), haveria de modo ideal uma independência entre esses processos, de maneira a possibilitar uma previsão, mas, a realidade apresenta-se diante de um sistema dinâmico de processos que são altamente interativos.

5.2 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADOS POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

De acordo com Carvalho, Braga e Galvão (2004), o indivíduo ao ser diagnosticado, geralmente, apresenta reações emocionais relativas à vergonha, ao desamparo e à morte, às respostas das pessoas de seu convívio familiar e social. O diagnóstico surge, então, como um marco na história de vida pessoal do indivíduo requerendo a pessoa diagnosticada tanto receber apoio e suporte da família e dos serviços públicos de saúde, quanto desenvolver mecanismos de enfrentamento para gerenciar as respostas emocionais decorrentes da situação causadora de perturbação.

Dessa forma, o indivíduo desenvolve e utiliza-se de mecanismos de enfrentamento para lidar com a nova situação e atenuar o episódio estressante regulando a resposta emocional, por meio de esforços adaptativos cognitivos e comportamentais relevantes às pessoas soropositivas, visto que pessoas vivendo com HIV/AIDS tem de conviver com o fato de que ainda não se alcançou a cura para a infecção adquirida e que a condição de doente tenderá a aumentar conforme a moléstia avance (ANGERAMI-CAMON *et al.*, 2013).

Assim sendo, segundo com Carvalho *et al.* (2007) um fator possível de proteção no enfrentamento da infecção pelo HIV/AIDS é a resiliência. Segundo Junqueira e Deslandes (2003), a resiliência é compreendida como uma afirmação da capacidade humana de uma ressignificação e/ou a construção de novos caminhos diante da adversidade. Trata-se, então, de uma capacidade a ser construída ao longo do processo de desenvolvimento humano.

Em relação ao HIV/AIDS a resiliência está ligada a um conjunto de fatores que promovem o desenvolvimento psicológico sadio, que fortalece e constrói novas técnicas de enfrentamento, encoraja o indivíduo para desenvolver estratégias preventivas e minimização de sofrimentos provocados pela doença (CARVALHO *et al.*, 2007). Estudos com pessoas vivendo

com HIV/AIDS têm mostrado que o indivíduo desencadeia um processo de resiliência quando apresenta sentimento de autoeficácia, senso de humor, força para responsabilizar-se por si e pelos outros ou ser parte de um esforço comunitário mais amplo, além de considerar a aceitação ativa da realidade da infecção que facilita a mobilização do sujeito em direção à tomada de atitudes que se ligam a uma melhor qualidade de vida e a um menor sentimento de estresse (BRASIL, 1999).

Todavia, algumas pessoas não conseguem assimilar prontamente o resultado positivo para o HIV/AIDS e podem precisar de um tempo mais estendido para assumir uma postura mais ativa diante de sua infecção (FERRAZ, 1998). Sendo assim, pode-se identificar pessoas que evitam ou negam o próprio diagnóstico, seja duvidando da seriedade do teste de diagnóstico, seja apresentando dificuldade de tomar para si a responsabilidade da infecção (REGATTO; ASSMAR, 2004). Isso é importante, porque estratégias que envolvem evitação ou negação da infecção são as descritas como mais associadas a sofrimento psicológico e a baixos índices de qualidade de vida (ULLA; REMOR, 2002).

Essa negação pode ser também uma fuga da realidade, como uma não tentativa do indivíduo de se adaptar a sua nova situação. Assim, enquanto ocorre esse processo, a pessoa deixa de buscar auxílio para sua saúde física e emocional, o que diminui a sua rede de apoio (PRADO *et al.*, 2004). Um aspecto importante nessa reação inicial à infecção é o medo do estigma social da doença, que modifica e restringe a vida dos envolvidos. Por todos esses motivos, a infecção tende a aumentar o estresse na vida dos indivíduos, estando a estratégia de negação associada à percepção da vida como um evento altamente estressante (WEAVER *et al.* 2004).

Considerando, ainda, que o processo de adoecimento passa a ser, muitas vezes, o tema primordial na vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS e todos os demais aspectos passam a girar em torno da própria doença, Simonetti (2013), descreve que o indivíduo, durante esse processo, além da negação pode expressar sentimentos de culpa em relação a si próprio e ao outro, como também emoções negativas e comportamento de esquiva. Tudo isso leva a supor, segundo o autor, que escores mais elevados seriam sugestivos de dificuldades psicológicas relevantes como a depressão.

A depressão interfere negativamente na qualidade de vida em diferentes populações com doença crônica (LI *et al.*, 2009). Os distúrbios depressivos complicam o curso de qualquer doença, por meio da variedade de mecanismos que aumentam a dor, interferindo na adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando o sistema humoral e imunológico. Indivíduos com doença crônica que estão deprimidos revelam maior incapacidade do que

aqueles não deprimidos (CRUZ; POLANSKI; FLECK, 2008). Os transtornos depressivos estão associados a graves consequências em termos de mortalidade e morbidade, causando perda da produtividade e interferindo nas relações interpessoais. E os efeitos a longo prazo da depressão são tão graves quanto aqueles observados em diversas condições médicas gerais, capazes de influenciar, de maneira adversa, a longevidade e o bem-estar do paciente (BERLIN *et al.*, 2008).

Estudos como o de Penzak, Reddy e Grimsley (2000), estima-se que a depressão acometa de 22% a 45% das pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo fatores sociais e psicológicos, como dificuldades no relacionamento afetivo-sexual, conflitos conjugais e exclusão social, situações possíveis de agravamento da depressão na população soropositiva ao HIV/AIDS. Ademais, a depressão tem sido associada a alterações na função imunológica, com diminuição de atividade das células natural killer (NK), responsáveis pelo reconhecimento de células estranhas ao organismo, e dos linfócitos CD8, impactando a progressão da infecção pelo HIV (CRUESS *et al.*, 2005).

Apesar disso, o diagnóstico e o tratamento de depressão em pessoas vivendo com HIV/AIDS ocorrem em apenas 40% a 50% dos casos (MALBERGIER; SCHOFFEL, 2001). Quando se compara a presença de sintomas de depressão entre os gêneros, se verificaram diferenças estatisticamente significantes entre homens e mulheres, visto que as mulheres apontam alta prevalência de 25,8% de sintomas de depressão de intensidade mais grave que os homens infectados pelo HIV/AIDS (MELLO; MALBERGIER, 2006).

Evans *et al.*, (1997) examinaram que o diagnóstico de depressão pode ser, muitas vezes, difícil devido à fronteira imprecisa entre as suas manifestações em formas clínicas e subclínicas, principalmente em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Nesses indivíduos, as dificuldades para o diagnóstico de depressão se agravam, uma vez que condições clínicas como fadiga, diminuição do apetite, alteração do sono e perda de peso, comuns na depressão, são encontrados frequentemente em pessoas vivendo com HIV/AIDS (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Além disso, existem outras barreiras para o diagnóstico de depressão entre pessoas vivendo com HIV/AIDS, dentre elas a dificuldade do próprio indivíduo em falar sobre suas emoções com os profissionais de saúde e a compreensão, pelo profissional de saúde, de que a depressão é reação provável, advinda com a soropositividade ao HIV/AIDS (CIESLA; ROBERTS, 2001).

Outra modalidade de enfrentamento observada são as relações entre comunicação, acesso às informações e suporte social. Autores como Brambatti e Carvalho (2005) ressaltam a importância dessas três categorias como aspectos que influenciam na atitude do indivíduo perante a infecção e que servem como divisor de águas entre os extremos da resiliência e da

depressão. Para eles, o indivíduo ao se sentir-se amado, compreendido e menos discriminado, media a satisfação com o suporte social e é um preditor importante tanto do enfrentamento ativo quanto do enfrentamento de esQUIVA da doença.

Quando pessoas vivendo com HIV/AIDS tem acesso às informações e recebem suporte social psicológico ou familiar, tais condições e situações sugerem apoio e mecanismos de enfrentamento positivos por meio do estreitamento dos laços com os familiares e amigos o que pode favorecer a aceitação da doença e do tratamento com antirretrovirais altamente ativos (TARV). Já quando estes não têm apoio, mecanismos negativos de sentimentos de baixa autoestima, falta de pertencimento e perda da identidade social e psicológica, podem desencadear estados de sofrimento psíquico, podendo contribuir para o isolamento social, com consequências negativas para a saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Sobre a importância da religiosidade como estratégia para lidar com a enfermidade, estudos apontam que pessoas vivendo com HIV/AIDS referem-se que buscam a Deus para suportar as dificuldades impostas pela condição de viver infectados (MELO *et al.*, 2017). Estudos ainda como de Barroso (1997) e Biggar *et al.*, (1999) tem investigado a religião como um importante espaço na vida das pessoas e a religiosidade, como fonte de ajuda, a encontrar o significado e a coerência no mundo no ajustamento em relação à soropositividade. Segundo Seidl (2005), a prática da religião pode prover o fortalecimento da fé, e, com isso, propiciar pensamentos mais otimistas, diminuindo, portanto, a tensão interna decorrente do evento estressor, para ajustarem-se melhor à situação de doença.

No entanto, a espiritualidade é uma construção da personalidade de cada indivíduo, uma expressão da sua identidade e efeitos em função da história pessoal, experiências e aspirações. Por essa razão, supõe que a busca de práticas religiosas pode funcionar como a diminuição do sofrimento, uma vez que permite mudar a perspectiva subjetiva, em que o paciente e a comunidade vivenciam a doença grave ou como justificativa para a esQUIVA da situação e/ou para a adoção de ideias fatalistas, atribuindo a forças externas – como a Deus – o aparecimento e a resolução do problema (FARIA; SEIDL, 2005).

Finalmente, vale ressaltar o próprio enfrentamento e qualidade de vida como a posição que oferece a vantagem de diminuir a angústia e facilitar a elaboração psíquica dentre os mecanismos de enfrentamento utilizados por pessoas vivendo com HIV/AIDS (SIMONETTI, 2013). Convém frisar que, segundo o autor, nesta posição há alternância entre o luto e a luta em relação à doença, ou seja, o enfrentamento é a ocorrência da luta e do luto juntos. Percebe-se tal fase com os comportamentos do indivíduo voltados em produzir, mudar, revolucionar, ter garra e disciplina como formas de demonstrar a luta; em contrapartida, apresenta também as

reações de sabedoria, aceitação, meditação, trabalho psíquico, profundidade, como formas de desenvolver e elaborar o luto.

O sentimento de autoeficiência para adesão do tratamento tem sido descrito ainda e também como um fator importante para a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. A crença na capacidade de aderir aos antirretrovirais e a confiança nos seus benefícios estão associadas a melhor qualidade de vida e melhor saúde física de pessoas vivendo com HIV/AIDS (REYNOLDS *et al.*, 2004). Em adição, os autores verificaram que indivíduos mais jovens e com maior escolarização tendem a ter maior confiança nos benefícios da terapia antirretroviral e sentem-se mais capazes de aderir a ela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs discutir como se desenvolve o processo de luto a partir de quando o indivíduo se defronta com o diagnóstico de HIV/AIDS positivo. Para isso, ressalta-se que foram selecionados apontamentos teóricos que remetem às problemáticas apresentadas na introdução de forma que contribui com a investigação dos sofrimentos vivenciados e dos esforços adaptativos mediante a descoberta e o convívio com o HIV/AIDS.

Assim, observou-se que a clínica do HIV/AIDS é marcada por perdas e lutos que exigem tanto do indivíduo soropositivo quanto de seus familiares e circundantes, o (re)conhecimento das estratégias de enfrentamento para lidar com a nova situação. Entretanto, percebe-se predominar entre as estratégias utilizadas as que se estruturam com base em experiências pessoais e encontram-se calcadas na subjetividade de cada indivíduo.

A partir dessa compreensão descrita acima foi feito um recorte para este estudo entre os inúmeros mecanismos de enfrentamento utilizados para gerenciar as respostas emocionais decorrentes da situação causadora de perturbação e apresentamos fatores de prevenção, proteção e promoção de saúde significativos às pessoas soropositivas.

Foi possível ainda analisar, dentro dos limites do estudo bibliográfico, que existe uma diferença de gênero no enfrentamento da doença e na elaboração do luto diante das perdas enfrentadas; diante disso, os indivíduos que receberam maior apoio familiar, social e profissional mantiveram-se mais otimistas e combativos em relação a sua doença; por outro lado, observou-se também que o sistema de crenças do sujeito fornece a ele suportes externos e internos nos momentos de maiores adversidades.

Por fim, este estudo nos mostra ainda que é preciso continuar combatendo o preconceito e a desinformação no que se refere ao HIV/AIDS e que temas relativos a lutos e perdas deveriam

estar mais presentes nas discussões cotidianas à fim de que seus aspectos pudessem ser integrados à vida de forma mais natural. Considera-se também que a forma como o indivíduo elabora seus lutos influencia de forma positiva ou negativa em sua adesão ao tratamento frente ao HIV/AIDS e, sem dúvida, em sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 2001.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Editora: Cengage Learning, 2013.
- BÁRBARA, A.; SACHETTI, V. A. R; CREPALDI, M. A. Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. Universidade Federal de Santa Catarina. **Interação em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 331-339, 2005.
- BARROSO, J. Reconstructing my life: Becoming a long-term survivor of AIDS. **Qualitative Health Research**, v. 7, p. 57-74, 1997.
- BERLIM, M. T. *et al.* Qualidade de vida em deprimidos. *In*: FLECK, M. P. A. (org.). **A Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, p. 208-220, 2008
- BIGGAR, H. *et al.* Women who are HIV infected: the role of religious activity in psychosocial adjustment. **AIDS Care**, v. 11, p. 195-199, 1999.
- BOWLBY, J. Perda: tristeza e depressão. *In*: **Apego e perda**. v. 3, São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- BRAMBATTI, L. P.; CARVALHO, W. M. E. S. A adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/AIDS: barreiras e possibilidades. **Revista de Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF, v. 16, n. 3/4, p. 25-30, jul/dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST**. Brasília-DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/AIDS**. Brasília-DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SEÇÃO, II. Portaria de consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017. **Política**, v. 20, p. 08, Brasília-DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPISECII. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, (DCCI/SVS/MS). Brasília-DF, Número especial, dez. 2020.

BRASIL. **SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2020**. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br> . Acesso em: 30 ago. 2021.

CARMO, S. P.; SANTOS, W. D. V. HIV/AIDS: uma introdução aos aspectos psicológicos de enfrentamento da doença. **Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos**, 2018. [Consult. a 15.04.2018]. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?hiv-aids-uma-introducao-aos-aspectos-psicologicos-de-enfrentamento-na-doenca&codigo=A1194

CARVALHO, C. M. L.; BRAGA, V. A. B.; GALVÃO, M. T. G. Aids e Saúde Mental: Revisão Bibliográfica. **DST – Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. v. 16, n. 4, p. 50-55, 2004.

CARVALHO, F. T.; *et al.* Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2023-2033, set. 2007.

CEARÁ. Secretaria Executiva de Vigilância e Regulação em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**, da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP). Ceará, nº 1, 28/01/2021.

CIESLA, J. A.; ROBERTS, J. E. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. **The American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 5, p. 725-730, 2001.

CHAVES, E. C.; *et al.* Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 370-375, 2000.

CRUESS, D. G. *et al.* Association of resolution of major depression with increased natural killer cell activity among HIV- seropositive women. **The American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 11, 2005.

CRUZ, L. N.; POLANSKI, C. A.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em cardiopatia isquêmica. *In*: FLECK, M. P. A. (org.). **A Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, p. 197-207, 2008.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande-MS, v. 11, n. 2, p. 55-66, maio/ago. 2019.

DHALIA C. B. C.; BARREIRA d.; CASTILHO, E. A. A AIDS no Brasil: situação atual e tendências. **Cadernos ABONG**, v. 28, p. 13-28, 2000.

EVANS, D. L. *et al.* Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection. **The American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 5, p. 630-634, 1997.

FARIA, J. B. D.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 3, p. 381-389. 2005.

FERRAZ, A. F. Tornar-se soropositivo: da perplexidade ao confronto com o incógnito. *In*: MORANO, L.; GUIMARÃES, R. (org.) **AIDS: olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS**. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/ AIDS de Minas Gerais, p. 111-140, 1998.

FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J. T. Coping: Pitfalls and promise. **Annual Review of Psychology**, Califórnia-EUA, v. 55, p. 745-74, 2004.

FOLKMAN, S. The case for positive emotions in the stress process. **Anxiety, Stress, & Coping**, EUA, v. 21, n. 1, p. 3-14, Jan. 2008.

FOLKMAN, S. Stress, coping, and hope. **Psycho-Oncology**, EUA, v. 19, p. 901-908, 2010.

FREUD, S. **Introdução ao narcisismo** (1914). São Paulo: Companhia das letras, 2017.

FUKUMITSU, K. O. **Vida, morte e luto: Atualidades brasileiras**. São Paulo: Summus editorial, 2018.

HAGMAN, G. Mourning: a review and a reconsideration. **The International Journal of Psychoanalysis**, v. 76, p. 909-925, 1996.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Miles-to-go: closing the gaps, breaking barriers, righting injustices: **Global AIDS update 2020**. Geneva, 2020.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 19, p. 221-235, 2003.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

LEBREGO, A. M.; BORGES JUNIOR, D. P.; BARROS, M. L. P. Os lutos em torno do VIH/SIDA: análise do relato de uma participante do documentário positivas. **Polêmica**, v. 20, n. 1, p. 064-081, 2020.

LI, L. *et al.*, Stigma, social Support, and depression among people living HIV in Thailand. **AIDS Care**, v. 21, n. 8, p. 1007-1013, 2009.

MALBERGIER, A. SCHOFFEL, A. C. Tratamento de depressão de indivíduos infectados pelo HIV. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p. 160-167, 2001.

MELO, E. S. *et al.*, Mecanismos de enfrentamento utilizados por mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 3, p. 1-14, out. 2017.

MELLO, V. A.; MALBERGIER, A. Depression in women infected with HIV. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 1, p. 10-17, 2006.

MELLO FILHO, J. Aids: o doente, o médico e o psicoterapeuta. *In*: MELLO FILHO, J. (org.). **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 405 – 422, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. 10. ver. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

PARKER R.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 89-102, 2000.

PARKES, C. M. **Luto estudos sobre a perda na vida adulta**. 3. ed. São Paulo: Summus editorial, 1998.

PENZAK, S. R.; REDDY, Y. S.; GRIMSLEY, S. R. Depression in patients with HIV infection. **American Journal of J Health System Pharmacy**, v. 57, n. 4, p. 376-386, 2000.

PINTO, A. C. S. *et al.* Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, Fortaleza-CE, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

PRADO, G. *et al.* Religious involvement, coping, social support and psychological distress in HIV- soropositive African American mothers. **AIDS and Behavior**, v. 8, n. 2, p. 221-223, 2004.

REGATTO, V. C.; ASSMAR, E. M. L. A AIDS de nossos dias: quem é o responsável? **Estudos de Psicologia**, Natal-RN, v. 9, p. 167-175, 2004.

REYNOLDS, N. R. *et al.* Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. **AIDS and Behavior**, v. 8, n. 2, p. 141-150, 2004.

SANDERS, C. **Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 1999.

SANTOS, W. S. *et al.* **Perspectiva do enfrentamento do hiv/aids evidenciados em grupo focal**. Fundação de Amparo à pesquisa de Goiás (FAPEG), Goiás, 2017. Disponível em: <https://silo.tips/download/perspectivas-do-enfrentamento-do-hiv-aids-evidenciados-em-grupo-focal>. Acesso em: 07 set. 2021.

SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, set./dez. 2005.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

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

SIMPSON, D. M.; TAGLIATI, M. Neurologic manifestations of HIV infection. **Annals of Internal Medicine**. v. 121. n. 10, p. 769-785, nov. 1994.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SCHRODER, E. F. Mulheres, HIV/AIDS e o aconselhamento pastoral. *In*: PERETTI, Clélia (Org.) Congresso de Teologia da PUCPR. **Anais eletrônicos**. Curitiba-PR: Champagnat, 10, 2011. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/congressoteologia/2011/>

Ulla S, Remor EA. Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção? *Psicol Reflex Crít* 2002; 15:113-9.

TAVARES, F. Prognóstico em Cuidados Paliativos. *In*: BARBOSA, A.; NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

ULLA, S.; REMOR, E. A. Psiconeuroimunologia e Infecção por HIV: Realidade ou ficção? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 113-119, 2002.

VALENTE, A. M. M. *et al.* Alterações metabólicas da síndrome lipodistrófica do HIV. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 989-998, mar. 2020.

WEAVER, K. E. *et al.* Perceived stress mediates the effects of coping on the quality of life of HIV- positive women on highly active antiretroviral therapy. **AIDS and Behavior**, v. 8, n. 2, p. 175-183, 2004.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2013.