

SIGNIFICAÇÕES VIVENCIADAS A PARTIR DO DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS: RESILIÊNCIA EM QUESTÃO

Maria Renata Florêncio de Azevedo; Regina Lígia W. de Azevedo; Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Universidade Federal da Paraíba - UFPB - email: renata-azevedo@hotmail.com

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - email: regina.azevedo@gmail.com

Universidade Federal da Paraíba - UFPB - email: analayde@gmail.com

Resumo: O momento do diagnóstico de ser um paciente com sorologia positiva para o Vírus da Imunodeficiência Adquirida é vivenciado de maneira impactante, gerando uma sobrecarga emocional que leva às mudanças de comportamento, bem como do modo de viver e perceber a vida. Neste enfoque, o presente trabalho teve como objetivo avaliar as significações subjetivas vivenciadas por pessoas frente a realidade diagnóstica do HIV/AIDS. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, cujo instrumento utilizado foi um questionário sociodemográfico e clínico, bem como uma entrevista semi-estruturada. Os dados sócio-demográficos e clínicos foram analisados através de estatística descritiva. Para as entrevistas, foi utilizada análise categorial temática. O perfil sócio demográfico e clínico indicou média 6 anos de diagnóstico (DP=4,5), sendo 42% sintomáticos e 82% fazendo uso da Terapia Antiretroviral. Nas entrevistas emergiram duas classes temáticas (resiliência e o conviver com o HIV/AIDS), quatro categorias e nove subcategorias. Nesta análise, além da depressão e da ansiedade, o preconceito surgiu como fator de risco e, apoio social e a religiosidade surgiram como fatores de proteção. O caráter de cronicidade da AIDS prevê o seguimento dos pacientes em longo prazo acarretando a necessidade de avaliação e acompanhamento dos aspectos psicossociais, tais como as variáveis analisadas no presente estudo. Assim, será possível subsidiar continuamente a estruturação dos serviços para atender a novas demandas médicas e psicossociais que possam surgir no contexto de vida de pessoas soropositivas, visando à integralidade e à melhor qualidade da atenção em saúde.

Palavras-chave: significações, diagnóstico, HIV/AIDS

Desde o aparecimento do HIV e da AIDS, os cientistas envidam esforços voltados para a sua prevenção e controle. As respostas à epidemia promovidas ao longo dos anos podem ser apresentadas sob o enfoque biomédico, onde se destaca a identificação do vírus, seu mecanismo de ação, a resposta do sistema imunológico e o caminho em direção a um arsenal terapêutico

efetivo, e sob o enfoque centrado no comportamento individual e coletivo, no sentido de desenvolver e implementar a prevenção da transmissão do HIV (RIBEIRO, 2006).

Considerando não apenas as modificações fisiológicas, desde a aparição da AIDS também foi necessária a aplicação dos conhecimentos derivados da Psicologia

Clínica, da Psicologia da Saúde e da Psicologia Social para detectar as dificuldades e os transtornos que podem apresentar as pessoas afetadas pelo HIV. Visto que, desde o momento do diagnóstico, o portador do HIV tem um grande impacto, gerando uma sobrecarga emocional que leva às mudanças de comportamento, bem como do modo de viver e perceber a vida. Problemas de ordem clínica, neurocognitiva e emocional vão surgindo no decorrer do tempo, pois a vida desse paciente passará por inúmeras e constantes mudanças, como estar periodicamente realizando exames laboratoriais já que o HIV ataca o sistema imunológico do organismo.

Concomitante à disseminação do HIV/AIDS na população ao longo dos anos, novas opções de tratamento foram sendo desenvolvidas, o que aumentou a sobrevida e a melhora da qualidade de vida dos atingidos. Nesse contexto, se a preocupação no início da epidemia era a iminência de morte logo após o diagnóstico, atualmente, soma-se ao medo da morte a necessidade de reestruturação da vida, a fim de conviver com a presença do vírus no organismo (CARVALHO et al., 2007). Os avanços no diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS vêm tornando essa infecção cada vez mais semelhante às doenças definidas como crônicas, e, conforme Siegel e Lekas (2002), esses avanços geraram um

impacto considerável na vida dos portadores de HIV/AIDS, podendo diminuir o temor sobre a iminência da morte e possibilitando a permanência de relações sociais, de trabalho, de lazer e afetivas na vida.

Nesta situação, ocorre o desequilíbrio e uma crise é vivida. No entanto, os mecanismos utilizados para lidar com ela e manter a segurança e o controle pode variar de maneira idiossincrática. Para uma melhor compreensão de como se dá as diferentes formas de vivenciar este sofrimento por parte dessa população, a Psicologia busca estudar o conceito de resiliência como o potencial saudável que alguns indivíduos apresentam em situações de possibilidade de doença, levando a supor que a resiliência dos que convivem com o HIV/AIDS pode contribuir na prevenção de quadros depressivos e ansiosos.

A partir do exposto, percebe-se que viver com HIV/AIDS, requer extraordinária adaptação e reajustamento, muitas vezes num contexto de múltiplas perdas pessoais e sociais. Assim, estudar o desenvolvimento da resiliência no contexto do diagnóstico e vivência com o HIV/AIDS pode trazer benefícios no sentido de prevenção a transtornos mentais, dentre elas depressão e transtornos de ansiedade. Logo, o presente estudo teve como objetivo avaliar as significações subjetivas vivenciadas por

peças frente a realidade diagnóstica do HIV/AIDS.

Método

Tratou-se de um estudo transversal, podendo ser considerado como um estudo epidemiológico descritivo e qualitativo, cujo design possibilita a determinação da prevalência das variáveis estudadas.

A população deste estudo consistiu de 24 pessoas com HIV/AIDS acima de 18 anos atendidas nos serviços de referência à AIDS no Estado da Paraíba.

Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico e clínico, bem como uma entrevista semiestruturada. Importante ressaltar que todos os aspectos éticos e Legais em pesquisas envolvendo seres humanos, foram reiterados.

A análise do questionário sociodemográfico e clínico se deu por meio de estatística descritiva (frequência e percentual). Para a análise do material coletado por meio das entrevistas, utilizou-se a categorização temática proposta por Figueiredo (1993). Na categorização temática as categorias foram determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas transcritas e processadas por meio de etapas: 1ª fase: Leitura flutuante, marcação, corte, junção, notação, discussão. 2ª fase: Leitura inicial, organização, notação.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 24 participantes com média de idade 44 anos. 13 são mulheres, sendo cinco solteiras, quatro casadas, duas divorciadas e duas viúvas. Tanto as mulheres casadas, quanto as divorciadas e viúvas afirmaram ter contraído o vírus dos seus companheiros.

Quanto à escolaridade, 16 participantes cursaram o ensino fundamental, sete pessoas disseram ter concluído o ensino médio e apenas um o superior. Questionados acerca da religiosidade, 16 disseram seguir a religião católica, 4 a evangélica, 3 se declararam cristãos e um sem religião. No que se refere ao nível de religiosidade, 5 se declararam nada ou pouco religiosos, 10 médio religiosos e 9 muito religiosos. Contudo, 14 disseram que sua religiosidade aumentou após o diagnóstico, 9 afirmaram não ter acontecido nenhuma modificação e 1 enfatizou que após o diagnóstico sua religiosidade diminuiu.

A maioria dos participantes (16) mora com seus familiares. Apenas 4, no momento da entrevista, alegaram não estar fazendo uso da TARV. A média de tempo de diagnóstico é de 6 anos, tendo como tempo mínimo 3 meses e máximo 22 anos. Ressalta-se que 4 participantes que disseram ter o diagnóstico a mais de 15 anos começaram a fazer uso da TARV a pouco mais de 6 meses.

A partir dos discursos obtidos das 24 entrevistas, emergiu uma classe temática geral - Resiliência -, duas categorias e quatro

subcategorias conforme demonstrado no quadro 1:

QUADRO 1: Classe temática e categorias dos discursos emitidos

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I – RESILIÊNCIA	1. Mecanismo de proteção	1.1 Apoio Social 1.2 Religiosidade
	2. Mecanismo de risco	2.1 Preconceito 2.2 Depressão/ansiedade

Da classe temática Resiliência, emergiram as categorias: a) Mecanismo de Proteção, com duas subcategorias (apoio social e religiosidade) e b) Mecanismo de Risco também com duas subcategorias (preconceito e depressão/ansiedade).

Percebe-se que a resiliência, dentro da abordagem do desenvolvimento ao longo da vida, refere-se à capacidade de recuperação e manutenção do comportamento adaptativo quando a pessoa se sente ameaçada por algum evento estressante. Apesar de as perdas tornarem-se mais prováveis do que os ganhos, as pessoas com HIV/AIDS ora investigadas apresentaram considerável estabilidade, autoestima, competência, autoeficácia e qualidade de vida subjetiva.

Dentre estes e outros mecanismos considerados de proteção, as subcategorias

apoio social e **religiosidade** foram enfatizadas de maneira efetiva nos discursos de todos os participantes da entrevista. O apoio social abrange o suporte dado pela família, amigos, Organizações Não Governamentais (ONG) e profissionais de saúde de uma maneira geral. A religiosidade se refere a fé e as crenças religiosas.

No apoio social, a família foi considerada, na opinião dos participantes, como fator essencial para a superação da condição de estar com HIV/AIDS. O apoio da família é primordial para a edificação de afeto por si próprio. Casaes (2007) confirmou esta afirmação quando considerou este apoio a maior fonte de suporte emocional e material, sendo, portanto, um inegável mecanismo de proteção para as pessoas com HIV/AIDS.

“(...)o pior foi eu ter que falar pra minha família (...) todos sofreu um pouco (...) hoje é normal em casa, todo mundo aceita, todo mundo apóia”[participante 10,34 anos, feminino]

Observa-se que um dos espaços mais tradicionais de suporte social no contexto da soropositividade, é a família, tendo em vista a aproximação física e psíquica entre os membros. Logo, é natural que a confiança na família esteja presente no discurso apresentado. Todavia, a dificuldade de quebrar o silêncio foi demonstrada pelo participante 10, que mesmo perante o dilema e medo, sentiu a necessidade de expor sua nova condição, tendo em seguida o apoio necessário e primordial para lidar de maneira satisfatória com sua realidade. Assim, esta fala explicita a importância das relações familiares como possibilidades de um espaço de apoio mútuo e formação de processos de resiliência.

No presente estudo a família surge, então, como um forte mecanismo de proteção, porém, como afirma Casaes (2007), o suporte social familiar é muitas vezes complexo e contraditório, principalmente em uma situação delicada como a da presença do HIV/AIDS em um dos membros da família. A ingênua imagem de um apoio “perfeito”, sem contradições, tanto para quem recebe como para quem dá, numa situação destas, não corresponde à realidade em alguns casos.

É real e inegável o temor da maioria das pessoas com HIV/AIDS de ser rejeitado pelos amigos. Mas, assim como a família, os amigos surgiram como forte fonte de mecanismo de proteção ao possível isolamento social e não aceitação da sua nova condição de ser HIV positivo.

“Da minha família nunca tive discriminação e nem dos amigos, pelo contrário sempre me ajudou e me apoiou (...) eu tenho muita sorte”[participante 6, 43 anos, masculino]

Os amigos são apontados por Assis, Pesce e Avanci (2006) como um dos principais tipos de mecanismo de proteção que atua desde a infância, pois através do relacionamento com amigos e com outras pessoas significativas que têm papel de referência, a pessoa com HIV/AIDS reforça o sentimento de ser uma pessoa querida e amada. Este fato colabora ainda para auxiliar no relaxamento de um estado de tensão permanente em função do medo e da necessidade de ocultamento da doença, reforçando também sua integração e/ou reintegração social.

As ONG's também foram citadas pelos participantes, sendo abordadas como fontes essenciais de apoio social e político. Fazem uso destas organizações pessoas que se encontram em vários estágios da doença, onde compartilham os vários temas que lhes são comuns e difíceis de falar, como, por exemplo, a culpa, a discriminação e o isolamento, encontram apoio e respostas para

dúvidas, sentindo-se amparados e fortalecidos. Nesta visão de troca de ricas experiências, percebe-se que as ONG's desempenharam de maneira satisfatória o papel importante para o desenvolvimento de políticas de prevenção e assistência.

“(...) eu tô fazendo parte agora da casa, da casa de convivência (...) eu vou ficar participando da casa, porque eles dá muito conselho (...) eu me senti bem lá sabe, ai depois de lá, tudo foi melhorando” [participante 9, 33 anos, feminino]

O trabalho de grupos de militância do HIV, de grupos de apoio ao portador em ONG's e instituições de saúde, o suporte dos familiares e afins é importante. Estes grupos e pessoas objetivam afastar as pessoas com HIV/AIDS da ideologia vigente acerca desta doença, visando aproximá-las de suas reais condições e de seus direitos e deveres. Desta forma minimizam a probabilidade dessas pessoas internalizarem concepções falsas a respeito da própria condição e sofrerem além do necessário (CASAES, 2007).

Neste contexto de apoio social, outra variável citada e valorizada pelos participantes foi a equipe de saúde. Cabe ressaltar que os discursos demonstram aspectos essenciais que interferem de maneira efetiva no desenvolvimento da resiliência nessas pessoas, pois uma boa assistência envolve o apoio prático, emocional e espiritual às pessoas com HIV/AIDS, assim

como àquelas que as cuidam, suas famílias, comunidades.

“Muito legal, cada pessoa aqui é mais legal (...) Dra F. é maravilhosa, eu amo ela, ela dá uma palavra de conforto” [participante 4, 56 anos, feminino]

Ante o exposto, é perceptível uma avaliação positiva por parte dos usuários dos serviços de saúde especializados em atendimento as pessoas com HIV/AIDS no Estado da Paraíba. Esta harmonia profissional reflete das mais variadas maneiras nos usuários, desde o sentimento de estar sendo compreendido e aceito incondicionalmente, até adesão efetiva ao tratamento. Logo, o bom atendimento demonstra que as pessoas pesquisadas encontram acolhimento e recursos que proporcionam melhora da saúde física e emocional.

A atitude compreensiva da equipe de saúde em relação a essas pessoas, em virtude do preconceito e outros fatores, favorece seu atendimento, tratamento e poderá oferecer melhor estilo de vida, que envolve a observação dos direitos humanos, com base no relacionamento respeitoso e digno, extensivo aos familiares. Logo, segundo Brito, Szwarcwald e Castilho (2006), cabe a essa equipe também promover estratégias para melhor inter-relação entre o cliente, familiares e profissionais de saúde. Por isso, preparar profissionais para essa prática é uma

necessidade que precisa ser iniciada ainda em sua formação.

Com base nos relatos e no que foi abordado no referencial teórico, verifica-se que a apoio social trás na sua bagagem um suporte emocional, sendo concebido assim um modelo de amortecimento das conseqüências negativas do HIV/AIDS. Assim, a família, os amigos, as ONG's e a equipe de saúde ora explanados são uma base essencial tanto no que tange a estruturação de seus vínculos afetivos quanto nos referenciais de apoio e segurança. Além disso, a **religiosidade** surgiu de maneira efetiva, sendo considerada também uma fonte de apoio, um mecanismo de proteção.

No que se refere a esta segunda subcategoria do Mecanismo de proteção, observou-se uma relação entre religiosidade e resiliência considerando algumas variáveis. Por ser considerado um fator de proteção de grande impacto e por ser debatido em demasia na literatura foi incluída na entrevista uma questão que aprofundasse mais este tema. Estudos recentes (SALDANHA, 2003; SEIDL; 2005; CARVALHO et al., 2007; MEDEIROS, 2010) demonstraram o quanto a religiosidade se apresenta como um aspecto relevante na vivência de doenças e uma estratégia para lidar com a enfermidade. A religiosidade foi explanada por todas as pessoas que foram entrevistadas, contudo, foi

observado que para algumas delas, a religião é considerada o pilar da sua vida, o sustentáculo.

*“(...) na questão religiosa ficou mais acentuada (...) depois disso, desse problema eu comecei a falar mais sobre Deus”
[participante 13, 43 anos, masculino]*

Verifica-se que a religiosidade é explorada como uma fonte de estratégia de enfrentamento por meio da qual esperam ser possível reduzir o medo e ansiedade frente à doença e à possibilidade de piora ou até mesmo da morte. Assim, a religiosidade é tida como mantenedora ou até mesmo a responsável para a existência de um sentido na vida.

No entanto, é importante relembrar o que Koenig (2004) relata a este respeito quando dita que a espiritualidade deve ser considerada a partir das idiossincrasias, pois envolvem crenças, doutrinas e rituais. Logo, de acordo com Medeiros (2010), as causas para elevação de religiosidade no contexto do HIV/AIDS, podem ser várias, desde a necessidade de apoio até um possível sentimento de culpa.

Sendo os mecanismos de proteção compreendidos como características ambientais e/ou individuais que amenizam ou reforçam aos indivíduos para que não estejam sob os efeitos negativos do ambiente, supõe-se que o olhar direcionado à religiosidade

depende dessas características. Polleto e Koller (2006) enfatizam que a proteção não elimina os fenômenos psicológicos da situação vivenciada, mas muda a maneira como as pessoas enfrentam as situações em suas vidas, principalmente, quando submetidos a circunstâncias estressantes e desvantajosas. No tocante, a maneira como estas pessoas demonstram vivenciar a religiosidade pode ter sido e/ou vem sendo modificada após o diagnóstico do HIV e convivência com o mesmo. Assim, os mecanismos de proteção serão aqueles que, numa trajetória de risco, modificam o rumo da vida do indivíduo em busca de um final mais adaptado, e a religiosidade pode ser um deles.

Adotando a sequência das categorias emergidas na classe temática resiliência, a próxima a ser apresentada é a categoria mecanismo de risco.

A primeira subcategoria que emergiu como mecanismo de risco foi o **preconceito**. Enquanto problema de saúde e fato social, o HIV/AIDS acarreta problemas biopsicossociais para a pessoa que convive com o vírus/doença, sendo considerados nos estudos de resiliência, mecanismos de risco. Quando o social é abordado, vários são os aspectos que devem ser considerados, dentre eles o mais focado e debatido é o estigma e

o preconceito, cuja consequência apontada por é a contribuição para a “morte social”

Sabe-se que a nova condição de soropositivo gera mudanças de estilo de vida no paciente e em seus familiares, pois envolve o impacto do diagnóstico e da doença, aumentando o estresse pelo preconceito e medo da discriminação. Assim, como explanado nos resultados quantitativos, viver com HIV/AIDS requer adaptação e reajustamento, muitas vezes num contexto de múltiplas perdas sociais e pessoais.

“A pessoa que tem esse problema aí o povo fica de conversinha e com suspeita da pessoa. Fica até com medo de chegar perto da pessoa, aí meu desgosto é esse” [participante 2, 52 anos, feminino]

Embora a ciência tenha evoluído consideravelmente nas pesquisas acerca do HIV/AIDS, na busca pela cura e qualidade de vida das pessoas na condição de soropositividade, percebe-se que esta evolução ainda deixa a desejar em alguns aspectos, dentre eles o social. Ainda prevalece socialmente a idéia de que pessoas com HIV/AIDS são promíscuas, merecedoras de exclusão social, pecadoras e foco de piadas e fofocas.

O excerto acima apresentado representa uma das falas de pessoas que estão na fase mais produtiva da vida, bem como de pessoas que se encontram na maturidade. Esta observação deve ser abordada haja vista a fase

dos 30 anos ser considerada o período mais produtivo na vida do ser humano, ou seja, a idade em que naturalmente surge a estabilidade pessoal, emocional e financeira. Neste sentido, a vivência da fase da vida de maior produtividade no contexto do trabalho pode ser perpassada pelo estigma associado à AIDS, enquanto doença incurável, o que contribui para a ansiedade frente à morte e o morrer, bem como para a vivência de situações de discriminação nas relações sociais.

Neste enfoque, Carvalho et. al (2007), apontam a existência de uma síndrome social, ou epidemia social, carregada de preconceito e discriminação que cerca a doença e que gera efeitos psicoemocionais negativos nas pessoas que convivem com o vírus. Para o agravamento desta situação, percebe-se que o grupo de idosos tem sofrido uma discriminação dupla - ser idoso e soropositivo na sociedade de hoje - onde o culto da juventude é cada vez mais reforçado, gerando estereótipos e preconceitos que a reduzem a uma fase de declínio, perdas e morte. Assim, a velhice quando atrelada à condição de soropositividade trás a discriminação e o preconceito como fatores de risco. Em estudo realizado por Saldanha e Araújo (2006) acerca da AIDS na velhice, são demonstrados outros fatores de risco além do preconceito, como a pouca participação da

família na sobrevivência desses idosos e pouca rede de apoio social, contribuindo para que a religião assumira o papel confortador.

No tocante, falar de preconceito no âmbito do HIV/AIDS é reforçar na literatura as explicações inicialmente abordadas por Doise (2002) referente ao nível societal, cujas explicações baseiam-se nas ideologias subjacentes à forma como os grupos sociais se relacionam. Assim, verifica-se que o preconceito sendo considerado fator de risco é fruto da maneira como a doença foi construída, elaborada e analisada a partir de cada adversidade relacionada a cada situação, bem como a cada cultura e grupo de pertença que a pessoa esteja inserida.

Logo, a “simples” condição de ser soropositivo, a total mudança de estilo de vida diante desta nova realidade, os medos, o preconceito e discriminação social, são considerados fatores de risco que podem gerar outros fatores de risco, como a **depressão** e a **ansiedade**.

A depressão é considerada o transtorno de humor mais frequente na atualidade, tendo como sintoma principal um quadro clínico grave de isolamento, tristeza constante, apatia, isolamento social, pensamentos suicidas, dentre outros. Atrelado a problemas de ordem física, como por exemplo, a AIDS, o transtorno depressivo surge como fator de risco, podendo levar a

pessoa com HIV/AIDS a não adesão ao tratamento, ao isolamento social, à agressividade, à revolta e até mesmo ao suicídio.

Os sintomas de depressão, ansiedade e a comorbidade foram dados que surgiram como realidade na amostra aqui investigada. A partir da entrevista foi possível um aprofundamento nas questões subjetivas acerca desses sintomas.

“(...) a questão da depressão (...) fico bem, daqui a pouco bem de novo (...) vem aqueles pensamentos (...) as vezes a pessoa tem vontade de morrer, de parar o remédio, da vida não ter sentido (...) eu vivo por viver mesmo. Mas razão, expectativa de vida isso aí eu num existe dentro de mim mais não” [participante 5, 35 anos, masculino]

De acordo com a fala do participante, percebe-se claramente a presença de sintomas depressivos e ansiosos, declarados na vontade de morrer, de parar o tratamento, da falta de sentido na vida e a conexão da doença com a morte. Esta conexão é reflexo ainda da ponte que as pessoas fazem da AIDS com a finitude, não considerando a evolução da ciência. O participante 11 deixa claro esta visão quando diz: *“(...) é continuar vivendo até a hora de ir”*.

As campanhas de prevenção publicadas e veiculadas na mídia no início da epidemia, de acordo com Ayres (2002), tiveram como consequência o medo e preconceito entre as pessoas, além de gerar

expectativas em relação à morte e o morrer. Esta relação, em alguns casos, estava associada a sintomas de depressão e ansiedade devido ao impacto do diagnóstico.

Sendo a ansiedade resultado de uma ativação do organismo para se proteger de uma ameaça, podendo ser externa ou uma antecipação cognitiva a uma possível ameaça futura, para as pessoas com HIV/AIDS essas ameaças são reais (não tem cura, perda de sua imagem corporal e autonomia, temor do preconceito e discriminação, sentimentos de culpa, dificuldades no âmbito laboral etc). Assim, a ansiedade acaba sendo colocada no pódio e a depressão logo ao lado.

Outras pesquisas da área (SALDANHA; ARAÚJO, 2006; CARVALHO ; GALVÃO, 2008) trazem esta perspectiva da morte no contexto de pessoas com HIV/AIDS e demonstraram que a morte também surge com um evento motivador de incertezas frente à concretização ou não do que se almeja. Além disso, foi verificada que algumas situações específicas funcionam como fatores ansiogênicos: o medo de ter contaminado parceiros e/ou filhos, medo da exposição de situações desconhecidas por familiares reveladas a partir do diagnóstico e de rejeições implícitas e explícitas.

De acordo com as categorias e subcategorias emergidas da classe temática Resiliência, observou-se que as pessoas

investigadas demonstraram momentos em que a resiliência está em alta e momentos que se encontra em baixa. Esta característica é natural no percurso da experiência que eles estão vivenciando, haja vista que em alguns momentos os mecanismos de proteção podem se tornar de risco e os de risco podem se tornar de proteção.

Considerações finais

Percebe-se que conviver com o HIV/AIDS ancora problemas de ordem física, psicológica, social e cultural. Nesse sentido, a elaboração cognitivo/emocional trouxe nos discursos, perdas, medos e perspectivas quanto ao futuro, provenientes da sua condição de soropositivo. Quanto aos ganhos, os discursos apontaram para um aumento do círculo de amigos, aumento da fé em Deus, mudanças de hábitos que trouxeram benefícios, bem como uma maior valorização da vida. Contudo elaboraram perdas relacionadas à reação física e psicológica da TARV (gerando uma mudança no esquema corporal) e preconceito e discriminação social. Em relação aos medos e perspectivas, as pessoas declararam como maior medo o da morte, bem como o medo de contaminar outra pessoa (demonstrando consciência da necessidade de prevenção). Por fim demonstraram ter planos para o futuro, quando relataram querer iniciar ou recomeçar projetos, como construir uma casa, fazer um

curso, e a esperança de um dia a cura da AIDS aparecer.

Referências Bibliográficas

- ASSIS, S. G. de; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes. In: **Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes**. Artmed, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- BRITO, A. M. de; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. de. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. 2006.
- CARVALHO, F. T. de et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cadernos de saúde pública= Reports in public health**. Rio de Janeiro. **Vol. 23, n. 9 (set. 2007), p. 2023-2033.**, 2007.
- CARVALHO, C. M L.; GALVÃO, M. T. G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 90-97, 2008.

CASAES, N. R. R. **Suporte Social E Vivência De Estigma: Um Estudo Entre Pessoas Com Hiv/Aids.** 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba.

DOISE, W. Da psicologia social à psicologia societal. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 27-35, 2002.

FIGUEIREDO, M. A. C. et al. Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. **Medicina**, v. 26, n. 3, p. 393-407, 1993.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **South Med J**, v. 97, n. 12, p. 1194-1200, 2004.

MEDEIROS, B. **A relação entre religiosidade, culpa e avaliação de Qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS.** 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

RIBEIRO, C.G. **Aspectos Psicossociais Do Atendimento E Tratamento No Contexto**

Da Aids. 2006. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável.** 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

SIEGEL, K; LEKAS, H. M. AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. **Aids**, v. 16, p. S69-S76, 2002.

SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. de. A AIDS na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. In: **VII Congresso Virtual HIV/AIDS-O VIH/SIDA na Criança e no Idoso.** 2006. p. 14-19.

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

