

TEMÁTICAS CENTRAIS IMPLICADAS NA VIVÊNCIA DA INFECÇÃO POR VIH/SIDA

Ana Monteiro Grilo¹

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Departamento de Ciências Humanas, área de Psicologia – Lisboa, Portugal

RESUMO: Neste artigo tem como objectivo principal a apresentação das reacções psicológicas a infecção por VIH/SIDA através da identificação das temáticas organizadoras da vivência desta doença.

Assim, serão apresentadas sete temáticas centrais: a quem revelar a condição de seropositividade, discriminação, dependência/perda de autonomia, vivência da sexualidade, cuidados médicos, planos para o futuro e confronto com a morte.

Estas temáticas permitem uma abordagem mais abrangente no que se refere à avaliação da adaptação de cada seropositivo/doente com SIDA à infecção por VIH.

Palavras chave: Infecção por VIH-SIDA, Temáticas centrais, Vivência da doença.

MAIN THEMES IMPLICATED IN EXPERIENCE OF HIV POSITIVE AND AIDS PATIENTS

ABSTRACT: This article has the primary goal the presentation of the psychological reactions of HIV positive and AIDS through the identification of the main themes of the disease. It will be presented seven main themes: Who to reveal the condition of being HIV positive; Discrimination; Dependency/loss of autonomy; Sexuality; Medical care; Plans for the future and Confrontation with death.

These themes allow an approach more comprehensive when we considered the assessment of the adaptation of each HIV positive/patient with AIDS.

Key words: Disease experience, HIV infection/AIDS, Main themes.

O VIH/SIDA é uma doença de enorme impacto psicológico, que combina três conceitos com elevada carga emocional: doença incurável, morte prematura e práticas sexuais diversas (Douce, 1993; Teixeira, 1993). Torna-se, pois imprescindível que o rigor colocado no bem-estar físico dos pacientes seja acompanhado de equivalente rigor no seu bem-estar psicológico (Colón, 1992).

Apesar do rápido aparecimento de literatura psicológica relativa à infecção por VIH, a existência de modelos que abranjam todos os factores psicológicos e as suas implicações para a intervenção é ainda escassa. Efectivamente, da revisão de literatura ressalta o carácter unicausal da maioria dos estudos e a escassez de investigações que abordem, de uma forma geral, os grandes temas relacionados com a infecção por VIH. Com excepção dos modelos de Guerra (1994, 1998) e Hoffman (1991), não foram encontrados estudos que se dirijam às principais temáticas psicológicas na vivência da seropositividade.

¹ Contactar para E-mail: ana.monteiro.grilo@netc.pt

As características específicas do VIH, levam a que muitos acontecimentos sejam experienciados do mesmo modo, pela maior parte das pessoas que recebem o diagnóstico (Hoffman, 1991), daí que seja possível organizar a adaptação à doença em torno de temáticas centrais.

Desta forma, na tentativa de apresentar uma visão mais unificadora das implicações do VIH/SIDA, procurou-se realizar a apresentação das reacções psicológicas tendo por base a identificação das temáticas organizadoras das significações¹ dos seropositivos para VIH/SIDA (Grilo, 1999b).

Assim, são sete as temáticas que se revelaram centrais no âmbito do trabalho de investigação realizado (idem):

- 1) A quem revelar a condição de seropositividade?
- 2) Discriminação.
- 3) Dependência/Perda de autonomia.
- 4) Estilo de Vida – Vivência da Sexualidade.
- 5) Cuidados Médicos.
- 6) Planos para o Futuro.
- 7) Confronto com a morte.

1 – A quem revelar a condição de seropositivo?

Uma das principais preocupações dos seropositivos diz respeito à tomada de decisão sobre a que pessoas significativas vão revelar a sua infecção por VIH (Bayés, 1992; Foley & col., 1994, Mason & col., 1995).

O estigma associado à SIDA, a discriminação e a possibilidade de ruptura de relacionamentos (Black, 1993; Bor, Miller, & Goldman, 1993) podem inibir a revelação. Porém, a não informação da condição de seropositivo impede o apoio emocional, que poderia ser um factor de diminuição de stress (Herek, 1990; Mason & col., 1995), ansiedade (Hays & col., 1993; Mason & col., 1995) e depressão (Hays & col., 1993).

Assim, se por um lado, são conhecidos os efeitos positivos do apoio social na adaptação à seropositividade (Hays & col., 1993) e na recuperação da doença física (Hays & col., 1993; Ickovics & Robin, 1992; Kelly & St. Lawrence, 1988; Segerstrom & col., 1996).

*“E também há vantagem dos amigos ficarem a saber o que eu tenho.
Se de hoje para amanhã eu precisar de apoio, eles sabem qual é o problema que eu poderei ter.”*

(Seropositivo, cit. in Grilo, 1999b, pp. 196)

¹ Actividades cognitivas que visam interpretar ou explicarem a realidade e a sua avaliação em termos pessoais e afectivos (Joyce-Moniz & Reis, 1991). São construções subjectivas, isto é, implicam um processo cognitivo e emocionalmente activo (Joyce-Moniz, 1993, pp. 81).

Por outro, são conhecidas algumas das consequências negativas da revelação da condição de seropositividade, como seja a perda de emprego e o ostracismo (Herek & Glunt, 1988).

“Gostava de dizer ao meu cunhado, mas acho que não vou dizer. Depois ele não me deixava ver as minhas sobrinhas.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 196)

Alguns estudos (Mason & col., 1995; Simoni & col., 1995) indicam que homens e mulheres seropositivos têm maior probabilidade de informar o(a) companheiro(a) e amigos íntimos, do que de informar os parceiros sexuais ocasionais, familiares próximos ou colegas de trabalho. Parece haver também uma tendência para revelar a condição de seropositividade a pessoas com a mesma orientação sexual que a do indivíduo infectado pelo VIH. Finalmente, a revelação aumenta com a gravidade da doença do indivíduo (Mason & col., 1995). Na verdade, à medida que a fase sintomática¹ se agrava, o doente com infecção por VIH vai necessitando de mais apoio material, sendo, também, mais difícil esconder a doença (Hays & col., 1993).

As pessoas que “escondem” o seu diagnóstico podem experienciar uma grande discrepância entre a sua identidade pública e privada, chegando a sentir que estão a viver uma grande mentira² (Jones & col., 1984, in Herek, 1990).

Neste processo, levado a cabo para não revelar a doença, são utilizadas várias estratégias (Black, 1993; Herek, 1990), as quais, com a progressão da mesma, tornam-se necessariamente mais elaboradas. Uma destas estratégias utilizadas pelos seropositivos traduz-se por manter as conversas com amigos a um nível superficial ou a distanciarem-se destes para evitarem a revelação (Herek, 1990). Black (1993) refere que, em muitos casos, a energia e os recursos do doente, em vez de serem utilizados para lidar com a enfermidade e os seus efeitos, são utilizados para manter o “segredo” bem guardado.

Numa palavra, as dificuldades inerentes a este temática incluem factores como:

- i) *a pessoa decide não revelar a pessoas próximas* – as dificuldades podem surgir ligadas a sentimentos de que não se está a ser verdadeiro, e ainda pelo *stress* que pode levar a criação e manutenção de uma história que justifique medicação, idas ao hospital, etc.;
- ii) *a pessoa decide revelar a pessoas próximas* – as dificuldades após esta decisão podem surgir quanto ao momento em que considera

¹ Fase em surgem as doenças oportunistas da infecção por VIH (e.g., tuberculose, toxoplasmose, pneumonia por *Pneumocystis carinii*), ao contrário da fase assintomática em que o indivíduo não apresenta manifestações da doença, apesar de conter o vírus (Volberding, 1991; Ostrow, 1990)

² Goffman (in Herek, 1990) refere que estes doentes experimentam o “*síndrome da Cinderela*”, que se traduz pela sensação de viverem como se tivessem permanentemente uma trela. Esta sensação advém do facto destes indivíduos terem necessidade de estarem sempre perto de casa, pois só aí podem realizar tarefas como tomar os medicamentos e disfarçarem as manchas de *Kaposi*.

apropriado revelar, como o irá fazer, como se sentirá se a outra pessoa reagir mal? Todas estas incertezas podem conduzir o indivíduo a um adiamento sucessivo, habitualmente gerador de *stress*.

2 – Discriminação

As pessoas infectadas pela infecção por VIH/SIDA foram no início e continuam ainda hoje a ser alvo de *estigma*¹, o que trouxe fortes implicações na vivência da doença.

A SIDA foi socialmente definida como a doença dos grupos marginalizados, especialmente homossexuais masculinos (Claúdio, 1992; Herek & Glunt, 1988, Trezza, 1994; Tross & Hirsch, 1988). Esta associação da SIDA a grupos considerados marginais levou a comunidade a adoptar uma postura de rejeição para com os seropositivos e doentes com SIDA (Black, 1993; Claúdio, 1992; Joseph & col., 1984; Morin, 1988; Rozin, Markwith & McCauley, 1994).

Para além disto, a SIDA tem sido identificada como *uma doença mortal*. Por ser uma doença incurável, progressiva e transmissível, as pessoas com SIDA são muitas vezes encaradas como sendo um risco para os outros, apesar da grande maioria das pessoas saberem que esta doença apenas se transmite por contacto sexual e sanguíneo (Herek, 1990).

Refira-se, ainda, que apesar da fase assintomática poder ser velada, os sintomas da doença, quando se manifestam, são facilmente visíveis e identificáveis, sendo percebidos como repelentes pelos outros (e.g. debilidade extrema, *sarcoma da kaposi* em locais do corpo expostos, como o rosto). Para além disto, os sintomas podem intervir nas interacções sociais do indivíduo (e.g. cansaço, dificuldade de mobilidade) (Herek, 1990).

O estigma relacionado com a SIDA pode afectar o funcionamento psicológico e a saúde mental. Assim, a ansiedade, a raiva e a depressão, habitualmente vivenciadas pelas pessoas infectadas pelo VIH, podem ser potenciadas pelo estigma relacionado com a doença (Herek, 1990). A ansiedade pode ser a resposta emocional ao medo da reacção dos outros, ou à antecipação da rejeição, da discriminação e da hostilidade por parte destes. A raiva pode ser intensificada pelo facto do indivíduo constatar que o governo e as instituições não fazem nada em relação à doença, ou devido às atitudes de hostilidade para com os homossexuais e outras minorias (Herek & Glunt, 1988). Finalmente, a sintomatologia depressiva pode ser intensificada pela auto-culpabilização e a interiorização dos estigmas sociais relativos à SIDA, homossexualidade, utilização de drogas e raça (Herek, 1990).

Contudo, alguns indivíduos utilizam determinadas estratégias que visam manter a sua auto-estima, sendo de destacar (Crocker & Major, 1989, in Herek,

¹ Especificamente, em relação à SIDA, Herek (1990, pp. 116) definiu o termo estigma como: “ (...) *referente a todas as atitudes, crenças, comportamentos e políticas desfavoráveis dirigidas para pessoas percebidas como estando infectadas pelo VIH, independentemente destas estarem ou não infectadas e de manifestarem ou não sintomas de SIDA.*”

1990), a elaboração de atribuições causais externas em função das experiências negativas provocadas pelo estigma e a selecção de outras pessoas, que são estigmatizadas, para comparação social, o que lhes permite sentirem-se menos desamparados.

“(...) essa discriminação não é só esta doença; o racismo... tudo são discriminações. Esta é mais uma. Eu nunca dramatizei exactamente por isso. O seropositivo deve encarar essa discriminação como mais uma”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 181).

Finalmente, o estigma associado à SIDA leva muitas pessoas a isolarem-se socialmente e a sofrerem psicologicamente, mesmo que preservem aspectos importantes da vida, como seja o emprego (Herek & Glunt, 1988). O isolamento pode ser muito grande, funcionando como forma de protecção.

“Tem que se ser muito discreto, porque isto há muito pouca gente que saiba lidar com o assunto (...). Convém sempre muita descrição para evitar problemas.”

(doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 178)

É comum que este isolamento ocorra, numa fase em que a pessoa tenha sintomas visíveis e facilmente identificáveis com a doença. Porém, alguns seropositivos assintomáticos entram também em processos de auto-discriminação.

“(...) eu rejeito antes de ser rejeitada para não ficar magoada (...)”.

(Seropositiva, cit. in Grilo, 1999b, pp. 179)

Note-se que a possibilidade destas pessoas serem alvo de hostilidade social surge numa altura em que o apoio social é mais necessário, como foi referido na secção anterior.

Importa referir que, especialmente no início da doença, a comunicação social enfatizou os casos de seropositivos vítimas de discriminação. Este facto leva a que os doentes estejam mais atentos à forma como as outras pessoas lidam com eles. Podem, pois, ocorrer erros de pensamento como as *abstracções selectivas* e as *inferências arbitrarias* (Beck, 1979); ou seja, a pessoa centra a sua atenção em algum comentário ou atitude do outro, e interpreta-o como discriminatório, sem que haja evidência suficiente. Quando percebidos no contexto de outra doença, estes mesmos comentários, e atitudes não são interpretados desta forma.

3 – Dependência / Perda de Autonomia

Na fase assintomática da infecção por VIH, a questão da dependência física não se coloca, contudo, a possibilidade de se tornar dependente dos outros, em termos físicos, financeiros, sociais ou emocionais, constitui um dos maiores receios dos seropositivos para VIH (Gifford e col., 1997; Grilo, 1999b).

“Quando precisar da ajuda dos outros vai ser difícil, eu não gosto nada de depender dos outros, gosto de controlar (...)”.

(Seropositivo, cit. in Grilo, 1999b, pp. 203)

As imagens inicialmente divulgadas pela comunicação social de doentes em fases avançadas da SIDA e o contacto com outros doentes nas visitas ao hospital levam a que muitos seropositivos se imaginem em condições de dependência física extrema.

Neste quadro é comum os seropositivos evitarem pensar no seu futuro. Consideram que tal provocaria demasiada tristeza e que não podem fazer nada para que a situação seja diferente (Gifford e col., 1997). Aqueles que não conseguem deixar de pensar no futuro, fazem-no, habitualmente, de uma forma muito negativa, dicotómica e fazendo atribuições causais externas. Assim, a pessoa considera que vive 100% autónoma e que, quando começar a ter sintomas, passará para uma situação de dependência extrema, contra a qual nada pode fazer. Estes pensamentos são geradores de reacções ansiogéneas.

Por outro lado, como é sabido, o diagnóstico de seropositividade para VIH confere à pessoa o estatuto de doente, ainda que esta se possa encontrar sem sintomas. Este estatuto implica modificações do papel do indivíduo na família, no trabalho e até na sociedade (Greif & Golden, 1994). Assim, alguns seropositivos assintomáticos “utilizam” este estatuto de doente, e passam a contar mais com a ajuda dos outros (idem). Noutros casos, são as pessoas próximas que conferem ao seropositivo assintomático o estatuto de “pessoa doente”, e que se oferecem mais ou menos insistentemente para lhe prestarem auxílio, em situações variadas como idas às consultas, compra de medicamentos, compras para a casa, etc...

“A minha ideia é fazer tudo o que posso. Só que isso é um bocado difícil para as pessoas mais chegadas, porque elas não fazem isso por mal, elas fazem isso por gostarem de nós e nos tentarem poupar. (...) Isso é uma coisa que elas fazem sem mal porque gostam da pessoa.”

(Seropositivo, cit. in Grilo, 1999b, pp. 204)

Estas atitudes podem ser percebidas pelo seropositivo de forma muito negativa, uma vez que o indivíduo vê a sua autonomia reduzida por imposição de terceiros.

Na fase sintomática, o indivíduo depara-se, habitualmente, com um processo em que necessita de ajuda, pois não pode mais gerir a vida por si só. Passar a ter alguém a cuidar da sua vida pode ser encarado pelo próprio como um retrocesso à infância, tornando a dependência muito dolorosa e embaraçosa (Gifford & col., 1997). A deterioração em termos físicos leva o doente a ter que tolerar invasões da sua privacidade para lhe prestarem cuidados e a alterações nos hábitos pessoais e do estilo de vida (Greif & Golden, 1994).

“Tive que pedir ajuda para tomar banho, porque eu não tinha forças. (...) No primeiro dia tive muita vergonha, depois foi melhor.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 204)

Nesta situação, alguns doentes adquirem uma postura de passividade e dependência (Greif & Golden, 1994), entrando em depressão e sentindo-se incapazes de ter gosto pela vida (Gifford & col., 1997). Outros, porém, esperam que as pessoas próximas ou os técnicos assumam toda a responsabilidade da sua vida (Gifford & col., 1997).

“Eu já tenho pedido alguns favores. Não tenho pedido tantos quanto aqueles que eu tinha direito. Afinal eu tenho esta doença. Eu podia pedir mais.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 203).

Outros doentes lutam contra a evidência de que necessitam de ajuda, colocando-se em risco e dificultando a vida das pessoas que gostariam de os ajudar (Gifford & col., 1997).

“Acho que a maioria das pessoas se recusa a aceitar a dependência. A tendência é que isto seja vergonha, que não se fale disso.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 204).

Finalmente, alguns doentes, recusam-se a pedir ajuda, porque antecipam que vão ser rejeitados (Gifford & col., 1997), ou ainda porque não querem sentir-se um peso para as pessoas mais próximas.

4 – Vivência da sexualidade

Alguns estudos tem vindo a demonstrar que a sexualidade assume um papel central na qualidade de vida dos seropositivos (Ross & Ryan, 1995). Contudo, muito pouca atenção tem sido dada à sexualidade daqueles que já estão infectados (Kalichman & col., 1997)

Repare-se que a vivência sexual, até então motivo de prazer, passa a ser responsável por uma doença sem cura. Este processo pode conduzir a uma modificação na percepção da sexualidade (Ross & Ryan, 1995). Assim, muitos seropositivos vivem perante o dilema de, por um lado, puderem transmitir o VIH a outras pessoas e, por outro, se manterem sexualmente activos (Schonnesson & Clement, 1995).

Note-se que a resolução deste dilema passa pela consciencialização de que, mesmo o “*sexo seguro*”, envolve alguma incerteza e risco (Hoffman, 1991).

“Acho que no fundo é a dúvida que muitas vezes se tem, não é? A pessoa pensa, será que é só por via sexual, será que pelo beijo não se apanha? Quer dizer é tudo relativo, pode acontecer...”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 167)

A resolução do dilema pode passar pela abstinência sexual, ou por tentar encontrar um parceiro também seropositivo para VIH (Schonnesson & Clement, 1995). A abstinência sexual pode ser motivada por vários dos factores, como seja o facto do seropositivo se sentir contaminado e, portanto, não se sentir digno de estar com outro indivíduo. Paralelamente, a pessoa infectada pode não conseguir deixar de pensar que existe sempre algum risco de contaminar o outro. Ou ainda o indivíduo infectado pode ter medo de ser rejeitado (Grilo, 1998).

“(...) Não quero passar pela situação de me interessar por alguém e depois ter de pensar quando é que vou dizer, como é que vou fazer... como pode dar asneira, evito.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 169)

Neste sentido, alguns seropositivos consideram que, ao “impor” a utilização de preservativo, o outro irá associar esta atitude à sua seropositividade. Por último, após a notificação do teste, o seropositivo pode experienciar reacções de tipo depressivo, as quais, não raramente, conduzem a uma perda do seu interesse pelo sexo (Grilo, 1998).

Finalmente, o comportamento sexual possui um papel fundamental na transmissão do vírus¹. Esta forma de transmissão leva a que o seropositivo se possa sentir culpado com a sua sexualidade (Colón, 1992; McKusick, 1988; Odgen, 1998; Ross & Ryan, 1995), especialmente, com os comportamentos homossexuais (Ross & Ryan, 1995). Assim, a infecção pode ser encarada como um castigo pela transgressão de regras morais (Brown, Kendall, & Ledsky, 1995). Esta situação pode também levar à abstinência de relações sexuais.

A solução de encontrar um parceiro também seropositivo parece diminuir muito o medo de contaminar o outro. Isto é, os dois sabem que se podem re-infectar se tiverem relações de risco, mas a responsabilização e o risco de rejeição são menores (Grilo, 1998).

Como facilmente se compreende, também na sexualidade, as preocupações diferem, mediante o estágio de infecção em que o indivíduo se encontra. Ross e Ryan (1995) defendem que é possível que os *scripts*² respeitantes ao comportamento sexual sejam alterados ao longo do curso da doença, particularmente, no que se refere ao que pode ser feito fisicamente nos casos de manifestações mais graves da doença. Também Hoffman (1991) defende que a imagem corporal vai sendo modificada com a progressão da doença.

Deste modo, para uma pessoa já com sintomas, a fadiga pode tornar o sexo mais difícil e menos agradável. Na fase sintomática, a aparência física assume um papel muito importante, não apenas em termos de atractividade sexual, mas também de auto-estima (Gifford & col, 1997; Ross & Ryan, 1995).

¹ Os comportamentos sexuais de risco foram responsáveis por cerca de 43,5% dos casos de SIDA notificados em Portugal até Junho de 2001 (Centro de Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis, 2001).

² Guiões genéricos que servem de base ao comportamento sexual do indivíduo.

“(...) Houve uma fase que... era precisamente por causa das manchas de kaposi. Eu sentia-me extremamente mal, deixei crescer a barba para a mancha do pescoço não se ver... eu vivia em pânico com a cara meio de lado e meia baixa para as pessoas não verem... foi assim um bocado complicado.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 167)

Numa palavra, existem vários factores que condicionam a alteração do comportamento sexual (Bayés, 1989, 1990a; Odgen, 1998). Para além disto, importa salientar que o facto de um indivíduo ter conseguido modificar o seu estilo de vida nesta área, passando a ter comportamentos sexuais seguros, não é sinónimo de ausência de problemas e de satisfação na vida sexual (Grilo, 1998).

5 – Cuidados Médicos

Os procedimentos médicos de avaliação e de tratamento, assim como a hospitalização, devem ser considerados com especial atenção uma vez que estes podem ser fontes adicionais de *stress* nos indivíduos com infecção por VIH. Mesmo na fase assintomática da doença os indivíduos, na sua maioria jovens, vêem-se obrigados a frequentar habitualmente o hospital para consultas e análises de rotina, com tudo o que isto implica em termos de faltas ou atrasos no emprego, possibilidade de ser reconhecido por alguém no hospital, confronto com doentes em fases mais avançadas da enfermidade e adaptação às burocracias hospitalares e ao médico (Teixeira, 1993).

“É difícil porque eu não sinto nada. Sei que é importante. A realidade é esta, se não tiver cuidado e não tomar a medicação vou ficar doente mais depressa (...)”

(Seropositivo, cit. in Grilo, 1999b, pp. 158)

Alguns destes medicamentos têm efeitos secundários nefastos e implicam alterações no estilo de vida¹. Estes factores, assim como a escassa informação que é dada ao doente sobre a medicação (Berry & col., 1997) e a dificuldade em discutir a prescrição terapêutica com o médico (Filipe, Paiva & Santos, 2000) podem conduzir à não adesão das recomendações médicas, na fase assintomática da infecção por VIH.

Desta forma, após o início da prescrição terapêutica, é comum que os seropositivos assintomáticos passem, a sentir-se “doentes”, uma vez que tomam uma quantidade considerável de medicamentos por dia. Não raras vezes têm sintomas resultantes da medicação e passam a deslocar-se regularmente ao hospital.

¹ Um dos fármacos actualmente prescrito tem que ser mantido a baixas temperaturas, o que implica alterações na vida do indivíduo, nomeadamente em termos da sua vida social.

“Mesmo os sintomas: a certa altura é difícil perceber o que é da doença o que é dos medicamentos.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 159)

Com o aparecimento dos primeiros sintomas os cuidados médicos aumentam.

As doenças oportunistas, na fase sintomática, conduzem a alterações mais complexas no estilo de vida. O diagnóstico destas doenças implica, não raras vezes, a realização de exames complementares, que são aversivos para o doente. O mesmo sintoma pode aparecer em várias doenças, pelo que a realização do exame complementar e a espera do seu resultado, que por vezes demora semanas, constituem habitualmente momentos de grande ansiedade. Após a confirmação do diagnóstico, o doente depara-se com um novo tratamento e a incerteza do seu resultado. Esta incerteza permanecerá relativamente à próxima infecção de que poderá vir a sofrer.

A sintomatologia, por vezes, obriga a alterações no estilo de vida a vários níveis; como o emprego, as visitas ao hospital, a maior quantidade de medicação, o isolamento social (por cansaço ou porque o doente evita expor a sua aparência física aos outros), e a hospitalização.

Em relação a esta última, é inevitável que o internamento tenha importantes implicações psicológicas. Como refere Reis (1992), ao indivíduo que já está debilitado fisicamente, é-lhe ainda exigido que faça uma adaptação psicológica. Os pacientes são obrigados a contactar com técnicos de saúde que lhes são desconhecidos, que utilizam máscaras, e por vezes, batas especiais e luvas (idem).

Os doentes, que não revelaram ainda a sua seropositividade, tentam a todo o custo impedir as visitas, uma vez que um internamento numa unidade de doenças infecciosas revela facilmente a doença em causa (Grilo, 1999a).

Assim, entre as várias reacções psicológicas ao internamento encontram-se a ansiedade, a irritabilidade, o medo, as preocupações corporais (Teixeira, 1993) e as reacções depressivas (Sherr, Davey, & Strong, 1995; Teixeira, 1993).

Atenda-se ainda às situações de *internamento em isolamento*¹. Nestas condições o paciente vê-se privado de contactar com familiares, amigos e outros doentes internados. Esta situação ocorre numa altura em que a presença das outras pessoas é reconfortante (Teixeira, 1993). Segundo Kornfel, 1972 (in Reis, 1992) a experiência de isolamento hospitalar é semelhante a uma experiência de privação sensorial, pelo que propicia reacções ansiogéneas e pode mesmo provocar episódios de carácter psicótico.

6 – Planos para o Futuro

A infecção por VIH coloca os seropositivos perante uma série de incertezas. Estas diferem consoante o indivíduo se encontra com ou sem

¹ O internamento em situação de isolamento ocorre frequentemente em doentes com tuberculose.

sintomas. Assim, os seropositivos assintomáticos vivem perante várias incertezas, das quais destacamos:

- i) *Como irei reagir à terapêutica anti-retroviral?*
- ii) *Quando terei a primeira infecção oportunista? Qual será essa infecção?*
- iii) *Irão descobrir uma cura a tempo de eu beneficiar desse tratamento?*
- iv) *Como irão reagir os meus amigos / familiares quando souberem?*

Nos seropositivos sintomáticos, as preocupações relativas à incerteza são mais centradas em aspectos como:

- i) *Quando terei a próxima infecção oportunista? Qual será essa infecção?*
- ii) *Será que resisto a mais um internamento?*
- iii) *Quem tratará de mim, se ficar completamente dependente?*
- iv) *Quem cuidará dos meus filhos / pais idosos, se ficar com um grau de dependência muito elevado?*

O tema da incerteza tem sido referido por vários autores (Miller & col., 1996; Morin & col., 1984; Segerstrom & col., 1996), como potenciador de ansiedade na vivência dos seropositivos. Contudo, a literatura não tem considerado as implicações que a vivência desta incerteza pode ter na construção de planos para o futuro. Em nossa opinião, a forma como os seropositivos lidam com esta incerteza condiciona a realização, ou não, destes planos.

“O que mais me preocupa é não saber se o plano que faço hoje pode ser concretizado amanhã. Nós não temos certezas, se calhar aqui a incerteza é maior, ou nós pensamos mais nisso.”

(Seropositiva, cit. in Grilo, 1999b, pp. 188)

Com efeito, o diagnóstico de infecção por VIH leva as pessoas a repensarem os seus objectivos pré-estabelecidos de vida. Existem pessoas que reorganizam os seus planos e traçam objectivos criativos e altruístas.

“Agora, faço mais planos relacionados com pessoas, procuro estar mais em contacto com as pessoas.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 193)

Outros seropositivos, porém, desistem de fazer planos. A grande questão é, pois, saber o que diferencia as pessoas que utilizam o seu tempo de uma forma criativa daquelas que não conseguem sair de uma visão negativa do futuro (Hoffman, 1991).

“(…) eu já não faço planos, nem para férias, nem para nada (…) eu já não me meto em planos por ter medo de não os poder cumprir. (…) Eu

não podia estar a marcar uma viagem para férias porque eu podia não poder ir, não poder concretizar. Eu já não posso fazer esses planos.”

(Seropositivo, cit. in Grilo, 1999b, pp. 187)

Gifford e col., (1997) referem que, por vezes, o que leva o indivíduo a desistir de fazer planos é a incapacidade de ver alternativas, ou ainda, o facto de rejeitar as alternativas acerca das quais não tem muita informação. Para alguns doentes deixa de fazer sentido elaborar planos, quer de um modo diferente do habitual, quer a curto prazo, pois consideram que não se adaptariam a esta forma de projectos, tão diferente daquela que utilizavam antes do diagnóstico. Esta situação torna-se mais evidente numa fase avançada da doença, onde as incertezas incluem também a flutuação de sintomas no dia a dia.

É, pois plausível, pensar que os seropositivos para VIH e doentes com SIDA que tenham um estilo de atribuição habitualmente designado por *estilo de atribuição pessimista* (Segerstrom & col., 1996), desistam de fazer planos para o futuro. Na verdade, os seropositivos com este estilo tenderão a atribuir a infecção por VIH a si próprios, a encarar o VIH como uma doença incurável e estável no futuro (Miller & col., 1996), e a considerar a doença como incontrolável (idem), no sentido em que o indivíduo não pode fazer nada para alterar a sua condição.

Por fim, importa referir que os avanços alcançados com os novos medicamentos vieram colocar alguns doentes com SIDA numa situação de “começar de novo”. De facto, alguns indivíduos tinham desistido de fazer planos, ou começaram mesmo a fazer planos para o *final da vida*, perante o aparecimento de doenças oportunistas graves. As novas terapêuticas possibilitaram melhorias significativas em alguns destes doentes que, posteriormente, se viram confrontados com a inadequação dos objectivos antes traçados e com a necessidade de estabelecer outros planos.

7 – *Confronto com a morte*

O conhecimento do diagnóstico de seropositividade para o VIH, doença para a qual não existe cura leva, habitualmente, a pessoa a considerar a inevitabilidade do fim da vida (Andrés, 1995).

Neste sentido, e face à própria evolução da infecção por VIH que pode ser muito lenta, os pensamentos sobre a morte invadem a consciência das pessoas doentes, muito antes da fase terminal. Não é pois de estranhar que esta seja a temática que desencadeia maior grau de perturbação quer em seropositivos assintomáticos, quer nos doentes com SIDA (Grilo, 1999b).

Este período, em que a pessoa vive entre o conhecimento de que vai morrer e a morte propriamente dita, é acompanhado por diversos medos associados à perda de pessoas significativas ou dos bens materiais, à não

realização dos sonhos e das aspirações para a vida, à solidão, à perda de auto-estima e auto-controlo, à alteração de imagem corporal, às dores, ao sofrimento e à perda de capacidades mentais (Greif & Golden, 1994).

Para as pessoas, que depois do diagnóstico vivem com a noção de que a sua vida terá um fim próximo, ainda que não saibam quando, torna-se importante preparar alguns aspectos da sua vida, de forma a evitarem, problemas consigo próprias ou com outras pessoas, que poderão estar envolvidos na situação. Entre estes aspectos, encontra-se a realização de um testamento, a elaboração de planos para o próprio funeral, a escolha de alguém com quem se possa verbalizar sentimentos sobre a própria morte e a resolução de assuntos inacabados (Gifford & col., 1997). Em relação a este último aspecto, sabe-se que a resolução destes assuntos pendentes, financeiros ou pessoais, pode permitir à pessoa sentir-se bastante mais tranquila. Na verdade, os *assuntos inacabados* de carácter interpessoal são responsáveis por reacções emocionais excessivas como a ansiedade e a depressão (Paivio & Greenberg, 1995).

A maioria das pessoas que morrem de uma doença prolongada como a SIDA, conseguem estar prontas para esse momento. No entanto, este facto parece não impedir que, por vezes, a pessoa em fase terminal se sinta muito sozinha e abandonada (Gifford & col., 1997). Efectivamente, é complicado estar junto de alguém que vai morrer. Quando estão perto de um doente terminal, muitas pessoas têm muita dificuldade em lidar com as suas próprias emoções, evitando desta forma a sua companhia ou enveredando por um contacto superficial (Cabodevilla, 1999; Nuland, 1995). Este processo pode tornar-se muito doloroso para o doente moribundo (Gifford & col., 1997; Nuland, 1995).

Kübler-Ross (1979, 1989) desenvolveu vários trabalhos com doentes terminais, tendo nos últimos anos trabalhado com doentes com SIDA (Kübler-Ross, 1992). Esta autora defende que o nosso inconsciente só aceita a ideia de imortalidade. Quando confrontado com a inevitabilidade do fim, este é atribuído a uma intervenção maligna fora do nosso alcance.

Kübler-Ross (1992) encontrou uma sequência de cinco fases onde as significações dos pacientes conhecedores da gravidade da sua doença se podem situar. O doente pode entrar em qualquer uma das fases, mesmos nas mais avançadas, sem ter passado pelas fases inferiores.

Assim a negação muito comum quando a pessoa recebe a notícia, pode evidenciar-se pela prática de comportamentos sexuais de risco depois da notificação do teste (Morin & col., 1984), mas pode também ocorrer nos níveis posteriores.

Há doentes que permanecem neste nível até ao fim, o que permite a ausência de sofrimento emocional, não havendo evidência de ansiedade, nem de depressão (Hackett & Weisman, 1974). Nestes casos, é frequente o isolamento do doente ou a manutenção de comunicação apenas com as pessoas que não se refiram à doença.

“Eu estou sempre a dizer.” Não penses que tens SIDA ou tens isto ou tens aquilo, porque não te vai acontecer nada.”

(Seropositivo, cit. in Grilo, 1999b, pp. 210)

O estágio que Kübler-Ross designou por raiva é caracterizado por expressões de cólera, ressentimento e inveja.

As mudanças repentinas de humor são habituais nas pessoas deste nível. Surge a revolta contra tudo e todos: familiares, Deus, trabalho, colegas e especialmente, em períodos de internamento, contra médicos, enfermeiros, comida do hospital, condições gerais, companheiro de quarto, etc. Neste nível, os doentes provocam muitas vezes conflitos e tornam-se odiados pelos outros.

“Eu ainda sou muito novo, isto é muito injusto. Eu nunca andei com este e com aquele. (...) Eu ainda não vivi quase nada, não é?”

(Seropositivo, cit. in Grilo, 1999b, pp. 211)

No estágio de negociação, a pessoa acredita que pode ser recompensada devido à sua boa *conduta* ou a um estatuto especial.

Esta negociação tem como objectivo último o prolongamento da vida. Assim, os doentes propõem negócios a Deus, destino, médicos, ou bruxos, negócios estes que visam o adiamento da morte.

“(...) Peço a Deus para não me levar porque tenho que ajudar a criar o meu sobrinho. (...) Eu acho que ainda não vou morrer, sou nova e tenho o meu sobrinho.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 211)

Quando a gravidade da doença se torna por demais evidente e o doente compreende que não pode negociar mais surge a fase de depressão. Aparecem reacções típicas de um quadro depressivo como seja: o desinteresse geral, isolamento, inércia, não realização de actividades que antes constituíam uma fonte de prazer, angústia profunda e intensa expressão disfórica. Estes sintomas são acompanhados por significações de perda. Por um lado a perda, em termos financeiros, com a impossibilidade de trabalhar e as despesas impostas à família que muitas vezes conduzem a sentimentos de culpa. Por outro, e de uma forma comum nos doentes com SIDA, aparece a perda de identidade corporal. E, finalmente a antecipação da perda da vida, que acarreta a perda das pessoas significativas para o doente.

“Eu lido com isto com alguma tristeza. A morte continua a ser uma realidade.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 211)

“O que mais me preocupa são as pessoas que gostam de mim, como é que vão ficar.”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 212)

Finalmente, na fase de aceitação o doente encara a doença como algo que levará inevitavelmente à morte, aderindo assim à realidade e desistindo da luta pela sobrevivência.

A pessoa apresenta-se tranquila, não há ansiedade, nem depressão. Existe um grande desejo de ser deixado em paz. O doente sabe o que lhe vai acontecer e sente-se preparado para esse processo.

Kübler-Ross defende que esta fase é muito adaptativa, permite que a pessoa aceite o inevitável, faça os preparativos finais e utilize o tempo para se despedir de familiares e amigos (Reed & col., 1994). Trata-se, pois, de uma fase que surge no período terminal da vida do paciente, caracterizado por uma desistência da luta pela sobrevivência e de aceitação passiva do fim. Contudo, é possível encontrar seropositivos e doentes com SIDA que aceitem a doença e a morte como consequência da mesma. Porém, o processo de desapego das pessoas e dos bens não era completamente feito, existindo uma certa ambivalência necessária para a pessoa viver o tempo que lhe resta e que poderá ser longo (Grilo, 1999b, 2001).

“Já estou preparado para isso (a morte) há muito tempo.”

(Seropositivo, cit. in Grilo, 1999b, pp. 214)

Neste fase alguns doentes aceitam a morte, mas preocupam-se com o processo em si, o que nos leva a salientar a distinção feita por Andrés (1995) entre o medo da morte e o medo de morrer, i.e., o processo em si.

“Já estou preparado para isso (a morte) há uma data de tempo. A mim o que me continua a preocupar, é que cada vez mais estou a saber que há muitas maneiras de morrer desta doença, que a pessoa pode estar entubada, com soro, estar...”

(Doente com SIDA, cit. in Grilo, 1999b, pp. 214)

Conclusão

Em nossa opinião, a apresentação dos aspectos psicológicos da infecção por VIH/SIDA em torno de sete temáticas possibilita uma abordagem mais abrangente da vivência desta doença.

Num estudo essencialmente de cariz qualitativo (Grilo, 1999b) foi possível verificar que as temáticas *Dependência/Perda de Autonomia* e *Confronto com a morte* são aquelas que desencadeiam maior perturbação quer nos seropositivos assintomáticos, quer nos doentes com SIDA. Efectivamente, tratam-se de duas temáticas a que está associado um grande grau de incerteza.

Consideramos que no acompanhamento de seropositivos para VIH/SIDA, será importante avaliar a forma como cada indivíduo lida com cada uma das sete temáticas, determinando desta forma a(s) área(s) que naquele momento devem requerer maior atenção da parte do psicólogo.

Por último, importa salientar que o facto de um indivíduo não apresentar, em determinado momento, dificuldades em lidar com uma determinada temática, não significa que mais tarde esta não venha a constituir-se como problemática para o mesmo.

REFERÊNCIAS

- Black, L. (1993). AIDS and Secrets. In, E. Imber-Black (Eds.), *Secrets in families and family therapy* (pp. 355-369). New York: W.W. Norton.
- Bayés, R. (1989). The contribution of behavior medicine to the research and prevention of AIDS. In D. Blackman & H. Lejeune (Eds.), *Behavioural analyses in theory and practice: Contributions and controversies* (pp. 243-258). Hove, East Sussex: Lawrence Erlbaum.
- Bayés, R. (1990). Aspectos psicológicos relacionados con el problema de la prevención del SIDA. In R. Nájera, (Ed.), *SIDA: De la biomedicina a la sociedad* (pp. 377-390). Madrid: Ediciones de la Universidad Complutense.
- Bayés, R. (1992). Aportaciones del analisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 35-56.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Berry, D.C., Michas, I.C., Gillie, T., & Foster, M. (1997). What do patients want to know about their medicines, and what do doctors want to tell them?: A comparative study. *Psychology and Health*, 12, 467-480.
- Bor, R., Miller, R., Goldman, E., & Scher, I. (1993). The meaning of bad news in HIV disease: Counselling about dreaded issues revisited. *Counselling Psychology Quarterly*, 6 (1), 69-80.
- Brown, G., Kendall, S., & Lensky, R. (1995). Sexual dysfunction in HIV-seropositive Women without AIDS. In M. Ross (ed.), *HIV/AIDS and sexuality* (pp. 73-97). New York: The Haworth Press.
- Cabodevilla, I. (1999). *Vivir e morir conscientemente*. Bilbao: Editorial Descléev de Brouwer.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis (2001): *SIDA. Situação em Portugal a 30 de Junho de 2001*. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde.
- Claúdio, V. (1992). Projecto de Intervenção numa população de homossexuais masculinos com diagnóstico de seropositivos. *Análise Psicológica*, 2 (X), 181-189.
- Colón, R. (1992). Grupos de apoyo para hombres gay HIV seropositivos: Un estudio de caso en Puerto Rico. *Revista Latino Americana*, 24 (1-2), 189-200.
- Douce, L.A. (1993). AIDS and HIV: Hopes and challenges for the 1990s. *Journal of Counselling and Development*, 71, 259-269.
- Filipe, E.M., Paiva, V., & Santos, N. J. (2000). Factores associados à não adesão à zidovudina (AZT) em mulheres HIV positivas em São Paulo, Brasil. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp, 275-285). Lisboa: ISPA.
- Foley, M., Skurnick, J.H., Kennedy, C.A., Valenti, R., & Louria, D.B. (1994). Family support for heterosexual partners in HIV-serodiscordant couples. *AIDS*, 8 (10), 1483-1487.
- Gifford, A.L., Lorig, K., Laurent, D., & González, V. (1997). *Living well with HIV and AIDS*. Bull Publishing, Palo Alto, CA.
- Greif, M.S. & Golden, B.A. (1994). *AIDS care at home*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Grilo, A M. (1998). Vivência da sexualidade nos seropositivos e doentes com SIDA. Haverá lugar para o sexo após a notificação do teste para VIH? *Informação SIDA*, 6 (II), 16-18.

- Grilo, A.M. (1999a). Aspectos psicológicos do doente com infecção por VIH em situação de internamento – Implicações para os técnicos de saúde. *Pensar Enfermagem*, 3 (1), 44-47.
- Grilo, A.M. (1999b). Estudo desenvolvimentista das significações dos seropositivos para VIH/SIDA. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa*, Lisboa.
- Grilo, A.M. (2001). Confronto com a morte nos seropositivos para VIH e doentes com SIDA. *Pensar Enfermagem*, 5 (1), 13-16
- Grilo, A.M. (no prelo). Significações relativas à temática da dependência/perda de autonomia em seropositivos. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*.
- Guerra, M.P. (1994). Avaliação da Adaptação do Ser Humano à Seropositividade ao Vírus HIV. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII): 381-388.
- Guerra, M.P. (1998). *SIDA – Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Hackett, T.P., & Weisman, A.D. (1974). Reactions to the Imminence of Death. In Monat & Lazarus (Eds.), *Stress and Coping* (pp. 325-333). Columbia University Press.
- Hays, R.B., McKusick, L., Pollack, L. Hilliard, R., Hoff, C., & Coates, T.J. (1993). Disclosing HIV seropositivity to significant others. *AIDS*, 7 (3), 425-431.
- Herek, G.M. (1990). Illness, Stigma, and AIDS. In P. Costa & G. VandenBos (Eds.), *Psychological Aspects of serious illness. Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care* (pp. 107-149). New York: American Psychological Association.
- Herek, G., & Glunt, E. (1988). An Epidemic of Stigma: Public Reactions to AIDS, *American Psychologist*, 43 (11), 886-891.
- Hoffman, M.A. (1991). Counselling the HIV-Infected Client: A Psychosocial Model for Assessment and Intervention. *The Counseling Psychologist*, 19 (4), 467-542.
- Ickovics, J.R., & Rodin, J. (1992). Women and AIDS in the United States: Epidemiology, Natural History, and Mediating Mechanisms. *Health Psychology*, 11 (1), 1-16.
- Joseph, J.G., Emmons, C.A., Kessler, R.C., Wortman, C.B., O'Brien, K., Hocker, W.T., & Schaefer, C. (1984). Coping with the Threat of AIDS. An approach to psychosocial assessment. *American Psychologist*, 39 (11), 1297-1302.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento de adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L., & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações da doença e confronto em psicologia da saúde. *Psicologica*, 6, 105-127.
- Kalichman, S. Sikkema, K., & Somlai, A. (1995). Assessing Persons with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection using the Beck Depression Inventory: Disease processes and other potential confounds. *Journal of Personality assessment*, 64 (1), 86-100.
- Kelly, J.A., & Murphy, D.A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 576-585.
- Kübler-Ross, E. (1979). *Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sida. O desafio final*. Lisboa: Difusão Cultural.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mason, H.R.C., Marks, G., Simoni, J.M., Ruiz, M.S., & Richardson, J.L. (1995). Culturally Sanctioned Secrets? Latino Men's Nondisclosure of HIV Infection to Family, Friends, and Lovers. *Health Psychology*, 14 (1), 6-12.
- McKusick, L. (1988). The impact of AIDS on Practitioner and Client. (Notes for the therapeutic relationship). *American Psychologist*, 43 (11), 935-940.
- Miller, S.M., Rodoletz, M., Schroeder, C., Mangan, C.E., & Sedlacek, T.V. (1996). Applications of the monitoring process model to coping with severe long-term medical threats. *Health Psychology* 15 (3), 216-225.
- Morin, S.F. (1988). AIDS: The Challenge to Psychology, *American Psychologist*. 43 (11), 838-841.

Morin, S., Charles, K., & Maylon, A. (1984). The psychological impact of AIDS on Gay Men. *American Psychologist*, 39 (11), 1288-1293.

Mulry, G., Kalichman, S.C., Kelly, J.A., Ostrow, D.G., & Heckman, T.G. (1997). Grouping gay men on dimensions reflecting sexual behavior preferences: implications for HIV-AIDS prevention. *Psychology and Health*, 12 (??), 405-415.

Nuland, S. (1995). *Como morremos. Reflexões sobre o capítulo final da vida*. Lisboa: Nova Editorial Rocco, Lda.

Odgen, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ostrow, D. (1990). *Psychiatric Aspects of Human Immunodeficiency Virus Infection*. Current concepts, Upjohn.

Paivio, S.C., & Greenberg, L.S. (1995). Resolving "Unfinished Business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 419-425.

Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang, H.J., & Visscher, B.R. (1994). Realistic acceptance as a predictor of decrease survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13 (4), 299-307.

Reis, J. (1992). *Metodologia Construtivista e desenvolvimentista para prevenção de reacções ansiogêneas, depressogêneas e dolorosas em pacientes de cirurgia cardíaca*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Ross, M., & Ryan, L. (1995). The little deaths: Perceptions of HIV, sexuality and quality of life. In M. Ross (Ed.), *HIV/AIDS and sexuality*. New York: The Haworth Press.

Rozin, P., Markwith, M., & McCauley, C. (1994). Sensitivity to indirect contacts with other persons: AIDS aversion as a composite of aversion to strangers, infection, moral taint, and misfortune. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (3), 495-504.

Schönnesson, L., & Clement, U. (1995). Sexual attitudinal conflict and sexual behavior changes among homosexual HIV-positive men. In M. Ross (Ed.): *HIV/AIDS and sexuality* (pp. 41-58). New York: The Haworth Press.

Segerstrom, S.C., Shellet, E.T., Kemeny, M.E., Reed, G.M., & Visscher, B.R. (1996). Causal attributions predict rate of immune decline in HIV-seropositive gay men. *Health Psychology*, 15 (6), 485-493.

Sherr, L., Davey, T., & Strong, C. (1991). Counselling implications of anxiety and depression in AIDS and HIV infection: a pilot study. *Counselling Psychology Quarterly*, 4 (1), 27-35.

Simoni, J.M., Mason, H.R.C., Marks, G., Ruiz, M.S., Reed, D., & Richardson, J.L. (1995). Women's Self-Disclosure of HIV Infection: Rates, Reasons, and Reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 474-478.

Teixeira, J.A. (1993). *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA.

Trezza, G.R. (1994). HIV knowledge and stigmatization of persons with AIDS: Implications for the development of HIV education for young adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25 (2), 141-148.

Tross, S., & Hirsch, D. (1988). Psychological Distress and Neuropsychological complications of HIV Infection and AIDS. *American Psychologist*, 43 (11), 929-934.

Volberding, P.A. (1991). *Abordagem da infecção VIH*. Laboratórios Wellcome de Portugal, LDA.