



Rev. Bras. de Hipnose 2018; 29(2): 85-98

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista  
Brasileira de  
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.com.br

## A Contribuição da Hipnose no Tratamento dos Pacientes Portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS

### *The Contribution of Hypnosis in Treatment of Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome - AIDS*

Elda Marques Antunes

*Associação de Hipnose do Estado do Rio de Janeiro, AHIERJ, Rio de Janeiro, Brasil*

---

#### **Resumo.**

Tal estudo tem como objetivo principal demonstrar os recursos que a Hipnose disponibiliza aos profissionais de saúde e que podem contribuir no acompanhamento e no tratamento dos diferentes problemas vivenciados por um paciente portador de HIV/AIDS. Sabe-se que o fator emocional afeta diretamente a qualidade da resposta imunológica desses pacientes. A aplicação das diferentes técnicas de Hipnose podem ser importantes aliadas para facilitar o equilíbrio biofísico-emocional e mental dos pacientes portadores de HIV/AIDS; abreviar o tempo de recuperação imunológica; facilitar a adesão ao tratamento; diminuir a intolerância física e emocional à medicação; melhorar a autoestima do paciente e a sua aceitação à doença.

*Palavras-chave.* Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, HIV/AIDS, Hipnose, Psicoterapia sob hipnose.

---

#### **Abstract.**

This study has as main objective to demonstrate the resources that Hypnosis makes available to health professionals and that can contribute to the monitoring and treatment of the different problems experienced by a patient with HIV/AIDS. It is known that the emotional factor directly affects the quality of the immune response of these patients. The application of different hypnosis techniques can be important allies to facilitate the bio-physical-emotional and mental balance of patients with HIV/AIDS; shorten immune recovery time; facilitate adherence to treatment; decrease physical and emotional intolerance to medication; improve the patient's self-esteem and acceptance of the disease.

*Keywords.* Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV/AIDS, Hypnosis, Psychotherapy under Hypnosis.

---

## **1. Introdução.**

Quando a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) entrou em cena no início dos anos 80, impregnada de preconceito e discriminação, nada se conhecia sobre essa doença. Sua forma de contaminação era desconhecida. Os pacientes chegavam aos hospitais em estágio terminal, apresentando infecções graves e oportunistas, as quais os médicos não estavam habituados a tratar.<sup>1,2</sup>

A situação era desesperadora. Por não saber lidar com essa nova Síndrome, muitos profissionais da área de saúde recusavam-se a cuidar desses pacientes, inclusive por medo de serem contaminados. Havia receio de tocar os pacientes, respirar o mesmo ar que eles. Eram deixados no isolamento, tratados como portadores de uma terrível peste.<sup>2</sup>

Os primeiros casos registrados ocorreram, sem exceção, em homens homo/bissexuais previamente saudáveis. Este fato gerou mais confusão, preconceito e discriminação.<sup>1-4</sup>

Descobriu-se então o agente etiológico – o vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana) e sua forma de transmissão: pelas relações sexuais e pelo sangue. Consequentemente, mais preconceito foi gerado, pois a transmissão dessa terrível moléstia passava pelas questões do sexo e da sexualidade, TABU em nossa sociedade. Alguns grupos de pessoas foram transformados nos vilões desta história: os homo/bissexuais, os adictos de drogas injetáveis e os que tiveram problemas com sangue: os hemofílicos e os transfundidos.<sup>1-7</sup>

As pessoas que viviam e as que conviviam com a AIDS testemunhavam e vivenciavam todo o tipo de sofrimento. Receber o diagnóstico de ser portador do vírus era o mesmo que receber uma sentença de morte. Era como se uma maldição caísse sobre aquela pessoa. Em poucos minutos sua vida se transformava em desespero e morte. A mídia contribuía em muito para aumentar o pânico, numa tentativa insana de informar e de impedir a contaminação.<sup>1,2</sup>

Além de todo o sofrimento físico, havia incompreensão, culpa, baixa autoestima, abandono pela família, amigos e parceiros, perda do trabalho, do “*status*” social, desespero, ansiedade, angústia, solidão, marginalização e isolamento. O sofrimento orgânico fazia aumentar o sofrimento psicoemocional e este se tornando insustentável, piorava o estado físico e o quadro da doença. Isso acontecia numa velocidade crescente, como uma bola de neve, levando rapidamente o paciente para o êxito letal.

Chegamos à década de 90 com o aspecto social da doença sensivelmente agravado. Até hoje a AIDS carrega todo o peso de ter sido rotulada como peste e maldição de morte e as pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS, continuam se marginalizando ou sendo marginalizadas. Cabe salientar que o preconceito é bilateral: de um lado a sociedade discrimina, e do outro o paciente se isola, se esconde e não se assume.<sup>4</sup>

A epidemia continua se alastrando por todo o mundo e tornou-se um problema para todos. É impossível voltar às costas à AIDS. A ameaça ronda a todos. Não existem mais “grupos de risco”. É cada vez maior o número de mulheres infectadas que podem gerar crianças infectadas.<sup>3</sup>

Cientistas continuam estudando e pesquisando sobre a cura da AIDS. Dessas pesquisas surgiram vários medicamentos que amenizam a morbidade da doença, melhorando a qualidade de vida, mas só conseguem adiar a morte, pois a cura ainda é uma esperança tênue. A infecção continua avançando, pois a cada dia, mais e mais homens e mulheres continuam contaminando uns aos outros.<sup>7</sup> O problema social é grande e exacerba o desequilíbrio psicoemocional das pessoas com HIV/AIDS.<sup>8,9</sup>

A sociedade está chegando à conclusão de que precisa fazer uma reflexão sobre velhos conceitos e paradigmas, precisam confrontar seus tabus; confrontar a morte. Observa-se que isso já vem acontecendo, pois nunca se falou tanto sobre sexo, sobre responsabilidade, solidariedade e compaixão. Entretanto, é preciso discutir-se ainda mais sobre preconceito, sexualidade, trazer-se maior abertura e afastar a ignorância.<sup>4,8</sup>

A AIDS na atualidade atinge todas as idades. Sua tendência é de se pauperizar e juvenilizar. É preciso orientar e informar os jovens e as camadas mais pobres da sociedade.<sup>4</sup>

Para combater a AIDS, é necessária a ação de muitos profissionais, tanto os da área de saúde quanto de educadores, comunicadores, etc. Na área de saúde, é necessária a ação multi e interdisciplinar de médicos clínicos, infectologistas, nutricionistas, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Não basta tratar a AIDS apenas com remédios. O portador do HIV/AIDS precisa muito do apoio psicoterápico e social.<sup>6-9</sup>

Este trabalho foi realizado através de revisão bibliográfica da literatura sobre AIDS, Medicina Psicossomática, Hipnose, Neurofisiologia, Neuroimunologia e mais 3 romances que versam sobre o início da Epidemia de AIDS, cujas sinopses foram transcritas, além da escolha de alguns pa-

rágrafos destes 3 livros, capazes de demonstrar as pressões emocionais, o preconceito e a discriminação vivenciados pela maioria dos portadores do vírus da AIDS.

O estudo da Etiopatogenia da AIDS, os fatores psiquiátricos, psicológicos e emocionais que acompanham a AIDS; sua relação com a sexualidade e seu entrelaçamento com as questões sociais foram analisadas frente à psicoimunologia, a neurofisiologia do cérebro e a neurofisiologia da Hipnose. Desse confronto foi possível individualizar técnicas e induções utilizadas pela hipnoterapia, capazes de contribuir no atendimento e tratamento médico desses pacientes.

Tal estudo tem como objetivo principal demonstrar os recursos que a Hipnose disponibiliza aos profissionais de saúde e que podem contribuir no acompanhamento e no tratamento dos diferentes problemas vivenciados por um paciente portador de HIV/ AIDS. Após 25 anos do aparecimento dessa doença, torna-se cada vez mais necessário que o portador de HIV/AIDS seja abordado de uma forma holística. A experiência tem demonstrado que não basta combater o HIV e diversas infecções oportunistas com medicações. Para que o tratamento da AIDS seja bem sucedido é cada vez mais importante que os profissionais que acompanham estes pacientes tenham uma percepção global do estado biopsicossocial e espiritual desses pacientes. É necessário que esses profissionais tenham acesso a recursos capazes de ajudar esses pacientes a transpor os diversos obstáculos e intercorrências que se apresentam no tratamento e na evolução dessa síndrome.

A aplicação das diferentes técnicas de Hipnose podem ser importantes aliadas para facilitar o equilíbrio biofísico-emocional e mental dos pacientes portadores de HIV/AIDS; abreviar o tempo de recuperação imunológica; facilitar a adesão ao tratamento; diminuir a intolerância física e emocional à medicação; melhorar a autoestima do paciente e a sua aceitação à doença.<sup>10</sup>

Sabe-se que o fator emocional afeta diretamente a qualidade da resposta imunológica desses pacientes.

O HIV se reproduz nas células de defesa do portador e conseqüentemente as destrói. Entretanto, a curto e médio prazo, esse paciente ainda tem assegurada a produção normal destes linfócitos pelo seu aparelho imunológico. Portanto, é válido utilizar todos os recursos para que esse paciente tenha assegurado o equilíbrio das suas emoções, possa expor seus conflitos, e discutir suas questões existenciais. A adesão ao tratamento medicamentoso é fundamental a partir do momento que o tratamento é indicado. Sem a cooperação do paciente é impossível atingir essa meta. Para isso é preciso que o portador deseje viver, é necessário que ele não desista que ele acorde seu “guerreiro” interior, que acenda a sua chama de *autocura*. É extremamente difícil em tal situação, o paciente conseguir fazer isto sozinho e por isso precisa de apoio sócio-psico-emocional.<sup>10</sup>

Segundo Julio de Mello Filho<sup>11</sup>: *a resposta ao estresse dá-se através da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imune, num processo de alteração e recuperação do homeostasia. Quando a reação de adaptação ao estresse não é adequada ou suficiente, aparece a doença mediada por alterações daqueles sistemas.*

Linn estudou parâmetros imunológicos em indivíduos deprimidos e concluiu *que a função imune estaria reduzida em indivíduos enlutados e com graus importantes de depressão, segundo a escala Hopkins Sympton Checklist*<sup>11</sup>.

Para o Dr. Edward Bach<sup>12</sup>: *o sentimento de medo, através de seu efeito depressor sobre a atividade mental, provoca desarmonia em nossos corpos físico e magnético e abre caminho para a invasão bacteriana.*

A terapia sob hipnose pode levar este paciente a reencontrar a harmonia entre a mente e a alma, pode induzir o equilíbrio físico e emocional, à aceitação, a uma percepção mais lúcida da realidade. Através das técnicas de Hipnose o paciente será capaz de ressignificar problemas, estabelecer metas, transpor dificuldades, ativar a sua capacidade de autocura. A Hipnose conduz o paciente a um estado ampliado de consciência. Toda Hipnose é uma auto-hipnose.<sup>10</sup>

É um estado de consciência em que a pessoa está com a atenção focalizada e neste estado fica mais receptiva à sugestão, há um aumento na sua lucidez que o torna capaz de alterar a sua emoção.<sup>10</sup>

Milton Erickson, considerado o pai da Hipnose moderna afirmava que toda pessoa possui recursos internos próprios para solucionar problemas e para ativar sua capacidade de autocura. O Hipnoterapeuta desenvolve a habilidade para fazer o paciente utilizar os seus próprios recursos. O transe, segundo Milton Erickson, é o estado que traz mais possibilidades terapêuticas de aprendizagem e mudança. A Hipnoterapia ou a utilização terapêutica da Hipnose é uma modalidade de levar as pessoas a maior contato consigo mesmas.<sup>13,14</sup>

## 2. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS.

Esta Síndrome foi descrita pela primeira vez nos Estados Unidos em 1981, quando foram notificados os primeiros casos de Pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de Sarcoma de Kaposi, em homossexuais masculinos previamente saudáveis. Seu agente etiológico, o vírus HIV foi identificado em 1983. Ele pertence a subfamília lentivírus dos retrovírus humanos. É um vírus RNA que se caracteriza pela presença de enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, que pode então, se integrar ao genoma da célula do hospedeiro, passando a ser chamado de pró-vírus. O DNA viral é copiado em RNAm que é transcrito em proteínas virais. Ocorre, então, a montagem do vírus e posteriormente a gemulação.<sup>1,15-17</sup>

O HIV infecta principalmente células que apresentam a molécula CD4 em sua superfície, predominantemente linfócitos CD4+ (linfócitos T4 ou linfócitos Thelper) e macrófagos. A molécula CD4 age como receptor do vírus mediando à invasão celular. Após a infecção pelo HIV, ocorre uma diminuição progressiva do número e da atividade dos linfócitos CD4, com comprometimento principalmente da imunidade celular, sendo a AIDS uma manifestação tardia e avançada desse processo.<sup>15-17</sup>

O vírus da AIDS se transmite através de relações sexuais, da inoculação de sangue e derivados. A partir de 1994 a contaminação por sangue caiu para menos de 10% dos casos totais, graças a um melhor controle nos bancos de sangue. A contaminação do sangue é consequência do compartilhamento de seringas e agulhas, quando da utilização das mesmas pela droga-adictos e pela transfusão de sangue contaminado. Os pacientes portadores de hemofilia, doença hereditária que atinge somente pessoas do sexo masculino (as mulheres são portadoras do gen, mas não desenvolvem a doença). Estes pacientes sofrem de hemorragias intra-articulares de origem traumática e necessitam frequentemente de transfusões de derivados de sangue e por este motivo tornaram-se também vítimas da contaminação pelo vírus do HIV.<sup>1-4</sup>

Outra forma de transmissão é a perinatal, da mãe contaminada para o filho. A transmissão mãe-filho pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto ou durante o aleitamento.<sup>16</sup>

Estima-se que existam aproximadamente 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV e que mais de 7 milhões de casos de AIDS já ocorreram até o final de 1997. Mais de 16 mil pessoas se infectam pelo HIV a cada dia (estimado pela OMS).<sup>1,3</sup>

No Brasil, no início dos anos 80, a epidemia afetava principalmente homo e bissexuais masculinos, brancos e de classe média ou alta, habitantes de grandes cidades. Ao longo do tempo, tem se verificado uma redução no excesso de casos masculinos. Grande parte das notificações em 1984 foi de homo/bissexuais masculinos (90%). Em 1985 eram notificados 28 casos masculinos para cada caso em mulher. Em 1988 essa proporção caiu de 7:1 e em 1998 temos para cada dois homens, a contaminação de uma mulher. Isto quer dizer que na segunda década da epidemia ela já afetava homens heterossexuais, mulheres e crianças. Hoje a relação é de um homem para uma mulher infectados.<sup>4</sup>

A transmissão pelas relações sexuais é bidirecional, tanto nas relações heterossexuais como nas homossexuais e todas as classes sociais estão sendo atingidas. Estima-se haver centenas de milhares de brasileiros infectados pelo HIV, a maioria dos quais desconhece tal fato.

A infecção pelo HIV deve ser vista como um espectro de problemas, que vai de uma fase inicial até uma fase avançada, cujas manifestações clínicas vão se tornando mais complexas e atípicas à medida que progride a imunodeficiência.<sup>1,5</sup>

A infecção pelo HIV pode ser dividida em três fases: a Fase Aguda – Síndrome de Soro conversão; a Fase Assintomática e a Fase Sintomática. A média de progressão da fase aguda até a fase sintomática, na ausência de qualquer intervenção terapêutica, é de aproximadamente 10 anos. No entanto, a variabilidade individual é bastante grande. Um pequeno número de indivíduos desenvolve a AIDS logo após a infecção. Cerca de 4% dos pacientes terão desenvolvido AIDS após 3 anos de infecção e 50% após 10-12 anos. No outro extremo, 10 a 15% de indivíduos infectados pelo HIV, não terão desenvolvido AIDS, passados 20 anos da data de infecção.<sup>1,15</sup>

Acreditou-se durante muito tempo que a fase assintomática seria um período de latência do vírus. Estudos publicados nos últimos anos demonstraram que do ponto de vista virológico e imunológico, não existe latência. Mesmo indivíduos assintomáticos e imunocompetentes produzem enorme quantidade de vírus que tem uma meia-vida plasmática extremamente curta (aproximadamente 6 horas). Por sua vez, os linfócitos CD4 periféricos infectados pelo HIV, responsáveis pela produção de até 99% dos vírus, detectáveis no plasma, tem uma meia-vida de aproximadamente 2 dias. Logo, o processo é extremamente dinâmico, bilhões de vírus e células sendo produzidos e destruídos diariamente.<sup>1,15-17</sup>

**Fase Aguda.** Grande parte das pessoas apresenta sinais e sintomas relacionados com a infecção aguda pelo HIV. O tempo entre a exposição e o início dos sintomas varia de cinco dias a três meses. O quadro clínico varia desde síndrome gripal até a mononucleose-símile, com febre, astenia, faringite, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro orbicular e linfadenopatia. A adenomegalia pode ser mais evidente na segunda semana, envolvendo gânglios axilares, occipitais e cervicais. Pode também ocorrer *rash* cutâneo, predominantemente maculopapular em tronco e membros e, menos frequentemente, alterações gastrointestinais. Quando há comprometimento do sistema nervoso central, podem surgir cefaleia, fotofobia, meningite, neuropatia periférica e/ou Síndrome de Guillain-Barré. Os sintomas podem persistir durante uma a quatro semanas. Embora déficits neurológicos permanentes tenham sido descritos, em geral, o quadro neurológico é autolimitado.<sup>1,15</sup>

Os testes para detecção de anticorpos anti-HIV geralmente, só serão positivos algumas semanas após o início dos sintomas. Do diagnóstico diferencial fazem parte as demais causas de síndrome de mononucleose, incluindo citomegalovirose, rubéola, toxoplasmose, hepatite, sífilis, mononucleose e outras.<sup>1,15</sup>

Alguns estudos indicam haver uma relação direta entre a intensidade da síndrome de soroconversão e a velocidade da progressão da imunodeficiência. Existem estudos que indicam que a carga viral, o principal determinante da evolução da infecção pelo HIV, é estabelecida durante os primeiros meses após a infecção.<sup>1,15</sup>

**Fase Assintomática.** Os indivíduos estão infectados pelo HIV, porém sem manifestações clínicas. Normalmente, o teste anti-HIV foi realizado pelo interesse da pessoa em conhecer seu estado sorológico ou em ocasional doação de sangue. Estão indicadas avaliações clínica e laboratorial periódicas. Da abordagem clínica deve fazer parte a história psicossocial, incluindo questões sobre parceiros, família, expectativas, trabalho e aspectos socioeconômicos. Os exames laboratoriais devem incluir hemograma completo e o VHS, que são importantes indicadores de progressão da imunodeficiência, já que ocorre queda progressiva de hematócrito e da hemoglobina, leucopenia e/ou linfopenia, plaquetopenia e aumento de VHS. A contagem de subpopulações linfocitárias (CD4 e CD8) e a avaliação da carga viral devem ser realizadas a cada três ou quatro me-

ses. As sorologias para citomegalovírus, toxoplasma, gondii, sífilis e hepatites B e C têm o objetivo de diagnosticar infecções progressas ou em atividade. Contagens de linfócitos CD4 e a mensuração da carga viral são os principais parâmetros para a instituição de medicação antirretroviral e da profilaxia de infecções.<sup>1,15</sup>

**Fase Sintomática.** Essa fase pode ser dividida em precoce e tardia. A fase precoce caracteriza-se pela ocorrência de manifestações que são mais frequentes em indivíduos com alguma imunodeficiência, mas que também podem ocorrer com pacientes imunocompetentes. A fase tardia, por sua vez, caracteriza-se pela ocorrência de infecções e/ou neoplasias que raramente afetam indivíduos imunocompetentes.

Patógenos agressores como *S. pneumoniae*, *Salmonella* sp e *M. tuberculosis*, são mais comuns em indivíduos infectados pelo HIV. Dessa forma, face ao diagnóstico de qualquer condição causada por esses patógenos, deve-se aventar a hipótese de infecção pelo HIV. Infecções de repetição por *S. pneumoniae* (sinusite, pneumonia, otite) ou com apresentações atípicas. A Adenite tuberculosa com alguma frequência é a primeira manifestação clínica da infecção pelo HIV.

Em fases um pouco mais avançadas, ocorrem candidíase oral, leucoplasia pilosa, perda de peso maior do que 10%, diarreia prolongada sem causa aparente e febre prolongada (>1 mês de evolução). Alguns pacientes podem evoluir com síndrome consuntiva progressiva e grave (*Slim disease*) podendo chegar ao óbito sem desenvolver infecções ou neoplasias definidoras de AIDS. Em fases mais avançadas da imunodeficiência ocorrem, então, as chamadas infecções oportunistas.<sup>1,15</sup>

**Tratamento.** Embora nenhuma terapêutica seja curativa, inúmeros estudos comprovam o aumento do tempo e da qualidade de vida dos pacientes infectados pelo HIV após a introdução dos antirretrovirais na prática clínica e o emprego rotineiro de profilaxia de infecções oportunistas. Em 1996, foram introduzidos na prática clínica os inibidores de protease, em 2004 os inibidores de fusão.<sup>17</sup>

### 3. Fatores Psiquiátricos, Psicológicos e Emocionais que Acompanham a Aids.

Para o soropositivo, viver com o HIV representa estar num estado crônico de estresse e também enfrentar múltiplas perdas.<sup>18</sup>

Para Amaury Queiroz e cols<sup>18</sup>, o quadro de ansiedade constante acrescido da angústia pode determinar a eclosão de reações psicológicas e/ ou psiquiátricas. Tais reações podem ser formas “agudas” de reagir ao estresse ou reações de reajustamento. As formas mais comuns em relação a AIDS são as seguintes: reação depressiva (breve ou prolongada), reação com distúrbios predominantes da conduta e reação com distúrbios mistos das emoções e da conduta.

As reações depressivas são as mais frequentes. Surgem sintomas como: tristeza intensa, desvalia, pessimismo, sensação de perda e de abandono e desesperança. Podem estar presentes nesses pacientes intensos sentimentos de culpa, auto-recriminação, desânimo e insônia. As ideias suicidas são frequentes e nesses casos faz-se necessária a intervenção de um profissional da saúde mental. É comum essas ideias desaparecerem quando esse paciente recebe apoio social e atendimento médico adequado.<sup>19-23</sup>

A adesão ao tratamento é mais frequente naqueles pacientes que se sentem aceitos e compreendidos. Nas situações mais graves é necessária maior dedicação da equipe que atende esses pacientes, entretanto nem sempre se consegue evitar que algum paciente se suicide, porém isto não é frequente.

A apatia, comumente faz parte da evolução da AIDS, porém, além dela podem coexistir distúrbios de memória de fixação e de outras funções cognitivas podendo-se chegar ao Complexo Demencial da AIDS, que seria uma agressão direta do HIV no Sistema Nervoso Central.<sup>19-20</sup>

Podem estar presentes em alguns pacientes, intensos sentimentos persecutórios, sentimento de ser alvo de maldições, azares e castigos.

Nas reações maniformes os pacientes tendem a negar a realidade e podem adotar uma atitude arrogante ou de desprezo e indiferença com relação à sua enfermidade e aos cuidados médicos.

Existem também as reações histeriformes, quando são observados tanto manifestações dissociativas e conversivas como também reações escrupulosas (mais raramente).<sup>24-25</sup>

Os sintomas mentais podem vir acompanhados de síndromes neurológicas, que sugerem quadros clínicos psicoorgânicos ou organocerebrais que ocorrem em 30% dos pacientes e estariam relacionados a Encefalopatias, Lesões focais ou Infecções oportunistas tais como Meningite Criptocócica e a Toxoplasmose cerebral. Junto ocorre comprometimento da consciência e sintomas confuso-oníricos (*delirium*). Os quadros psicóticos atípicos costumam ser de curta duração. Esses sintomas geralmente desaparecem com a resolução das lesões do Sistema Nervoso Central.<sup>24-25</sup>

A conduta a ser seguida irá depender do diagnóstico diferencial entre as manifestações emocionais, psiquiátricas e organocerebrais. Não se deve esquecer que é de grande importância pesquisar-se a história pregressa do paciente, pois cada indivíduo é um ser único, com personalidade e endogenicidade psiquiátrica particula-res.<sup>24-25</sup>

Concomitante a infecção pelo HIV, é frequente ocorrer a nível social, o empobrecimento do paciente por situações instáveis de vida, perda ou problemas no trabalho, rejeição pela família e amigos, fragmentação familiar, isolamento social e outros. Em consequência surge tristeza, solidão, baixa da autoestima, depressão. A perda de pessoas queridas, que passam a rejeitá-lo, dos amigos que morrem pela doença, aliadas a perda dos projetos de vida, dos sonhos, incluindo a perda da própria energia, da estética física e da independência, provoca intensos sentimentos de lástima e melancolia.<sup>19-24</sup>

A simples descrição dos sentimentos e emoções vividas pelas pessoas que vivem e convivem com a AIDS não foram suficientes para uma compreensão abrangente do sofrimento vivido por elas. Para o desenvolvimento deste trabalho foi de extrema importância a leitura de três obras literárias, três romances cujas sinopses foram aqui transcritas, além da escolha de alguns parágrafos capazes de demonstrar a discriminação, o preconceito e todo o drama vivido pela maioria dos portadores do HIV/AIDS.<sup>20-25</sup>

#### **4. Aspectos Psicológicos das Mulheres Vivendo com HIV/AIDS.**

Parafraseando Virginia Druffy<sup>26</sup>, múltiplas são as perdas que as mulheres infectadas pelo HIV devem enfrentar no curso de sua doença. Muitos serão os agravos por elas vivenciados e estes tenderão a desencadear crises psicológicas, que serão mais ou menos graves, dependendo da consciência psicológica dessa mulher do seu modo de vida e da sua história pessoal.

O primeiro agravante está relacionado a suspeita de ser soropositiva. Junto à confirmação vem a constatação de ter sido traída pelo parceiro ou a descoberta de que ele é bissexual ou viciado. Isto resulta em sentimento de tristeza, raiva, traição, desvalia. Quando a mulher é usuária de drogas injetáveis ou pratica sexo não seguro, a suspeita de estar infectada pelo HIV, geralmente ocorre após tomar conhecimento da infecção de uma amiga ou de alguém íntimo. Algumas mulheres com medo de ver confirmado seus piores receios preferem adiar a decisão de fazer o teste. Tal decisão causa significativo estresse, pois é complicado para a mulher carregar esse segredo. Entretanto, ela pode se ver obrigada a fazer o teste caso suspeite ou deseje estar grávida.<sup>26</sup>

Outro fator de estresse é, onde fazer o teste? Com quem dividir o segredo caso o resultado seja positivo? Algumas mulheres têm grande dificuldade em dividir isso com alguém, principalmente com a família e os amigos e torna-se inconcebível compartilhar com os filhos. Ao contar para o

parceiro sexual, pais e outros familiares ela fica sujeita a rejeição, abandono e violência física. A mulher teme a violência doméstica e do parceiro.<sup>26</sup>

O aparecimento dos primeiros sintomas físicos provocados pela infecção pelo HIV faz com que ela entre em contato com a progressão da doença. A infecção pelo HIV também traz uma séria ameaça a sua aparência física, atributo muito importante para a maioria das mulheres.<sup>26</sup>

Quando a hospitalização se torna necessária, é um momento angustiante Ter de enfrentar o declínio da saúde, além da preocupação de quem e como vão cuidar dos seus filhos. A hospitalização também torna mais difícil esconder que é soropositiva.

Ao tomar conhecimento da morte de um amigo ou mesmo de um estranho com AIDS, o estresse aumenta, pois essa questão torna-se mais próxima do seu lar.<sup>26</sup>

A perda da saúde, dos recursos financeiros, a incapacidade de se cuidar ou de cuidar dos filhos provoca mudanças importantes no seu modo de vida.

Com a evolução da AIDS para o estágio terminal, surge uma questão dolorosa e de difícil decisão: *quem vai cuidar dos seus filhos enquanto ela estiver doente e após a sua morte*. As mulheres são mais vulneráveis à depressão que os homens e este fator potencializa-se quando se adiciona a infecção pelo HIV. Nas mulheres portadoras de HIV/AIDS a depressão é consequência do desamparo assumido, da rejeição e da perda da esperança. As perdas múltiplas se somam a esses sentimentos.

Essas mulheres, sob o risco constante da perda da saúde, da aparência física, da posição na sociedade, do suporte financeiro e familiar e também sob o risco de perder os próprios filhos, lutam com o sentimento de não valer a pena e isto se constitui numa grande violência à sua autoestima. A raiva introjetada nessas mulheres também é importante causa de depressão, e isto é mais relevante naquelas que apresentam dificuldade em reconhecer e expressar sua raiva. O HIV aumenta a raiva que as mulheres experimentam contra pessoas que elas culpam por lhes ter transmitido a AIDS ou contra elas mesmas, devido sua própria culpa. Também predispõem à depressão, fatores como a necessidade de relacionamento ou a perda deste. A perda do seu papel de mãe, de amante, a rejeição e o isolamento, precipitam os quadros depressivos.<sup>26</sup>

Durante milhares de anos, as mulheres foram reprimidas em suas opções de vida, e têm sido vítimas de discriminação: sexual, no trabalho e na educação. Grande número das mulheres soropositivas são pobres e podem ser vítimas de abuso físico e sexual. Elas têm pouco suporte social e condições inadequadas para cuidar de suas crianças. Com frequência elas colocam os cuidados dos outros antes das suas necessidades. Além de serem pacientes, ao mesmo tempo elas cuidam dos familiares doentes. Todos esses fatores aumentam o risco de depressão nessas pacientes.

Para Druffy<sup>26</sup> *...Frequentemente o amor da mãe pela criança a leva a esforços heroicos para manter a saúde e permanecer viva para ser disponível para seus filhos. Para que isso ocorra, os profissionais de saúde, organizações sociais, religiosas, comunitárias, família e amigos devem provê-la com o suporte necessário...*

## 5. AIDS e Sexualidade.

Entre todas as questões relativas à AIDS, sexo e sexualidade são sem dúvida, as mais importantes. Sexo é “TABU” na sociedade e a AIDS está diretamente ligada às questões do sexo e da sexualidade que geram preconceito e discriminação. Portanto, o estigma está sempre presente no universo da pessoa, contaminada pelo HIV/AIDS.<sup>22</sup>

Os primeiros casos relatados dessa doença foram de homo/bissexuais. Inicialmente a descrição da doença estimulou a criação de ilusões relativas aos potenciais de risco. A ideia inicial de que a doença afetava principalmente um determinado grupo marginal, edificou a possibilidade de se estabelecer no imaginário social a representação da AIDS como um mal que tende a atingir restritamente ao “outro” e, conseqüentemente, um problema a ser enfrentado pelo outro. Acontece que



esse “outro” era principalmente um homossexual, o que levou a uma identificação social da AIDS com a homossexualidade. Consequentemente, para a sociedade, ser portador de HIV/AIDS seria sinônimo de homossexualismo. Com o tempo, essa afirmação provou não ser verdadeira. Apesar disso, a identificação ainda permanece. Até hoje, quando um homem se descobre soropositivo e isto se torna público, seus hábitos sexuais são invadidos e sua sexualidade questionada.<sup>1,4,22</sup>

Entretanto, é crescente o número de mulheres e de homens heterossexuais contaminados pelo HIV. Assuntos como promiscuidade, fidelidade, prazer e liberdade sexual tornaram-se, na atualidade discussões obrigatórias em torno da AIDS.

Segundo a Dra. Villela<sup>22</sup> *durante muito tempo o sexo foi pensado como uma função do corpo, determinado pela ação dos genes, hormônios e instintos. O sexo foi objeto de descrições e análises e, posteriormente, de classificações e interdições morais, baseadas num suposto de saúde e higiene, que prescrevia modos certos e saudáveis de sexo.*

O modo certo de sexo exigia a heterossexualidade e o coito vaginal. Além disso, eram atribuídas diferenças ao desejo sexual masculino e feminino, o primeiro visto como irrefreável e impulsivo, o segundo tido como menos exigente e mais passível de contenção.

Freud, citado por Villela<sup>22</sup>, trouxe a possibilidade de se entender algumas práticas e comportamentos sexuais como expressão de conflitos, porém, a interpretação de tais ideias inevitavelmente levou à cristalização da distinção entre o que seria sexo “normal” e sexo “patológico”, embora esta não fosse, sob hipótese alguma, a finalidade das reflexões desse autor.

Se para a sociedade sexo “normal” está relacionado à heterossexualidade e a prática do coito vaginal, consequentemente a homo/bissexualidade e outras práticas sexuais são patológicas e anormais. Por esse motivo, indivíduos que se incluem em tal condição, sentem-se discriminados e marginalizados e muitos deles sentem-se obrigados por essa sociedade em não assumir seu verdadeiro comportamento sexual.

Freud também permitiu pensar-se a relação sexual como uma expressão da humanidade, do ser humano e não apenas da sua animalidade.

Para a maioria das mulheres, até quase a metade desse século, a função sexual estava relacionada somente com a reprodução. A elas era vetado o prazer e o sexo tornava-se impuro e pecaminoso fora da procriação e do casamento. Com o advento e a popularização dos métodos contraceptivos, e a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, que lhes possibilitou autonomia financeira, o usufruto do prazer sexual foi conquistado por elas, sem o risco de uma gestação indesejada.

A Dra Villela<sup>22</sup> nos mostra que as mudanças sociais não são acompanhadas imediatamente por mudanças na mentalidade das pessoas. De fato, a redução da importância da procriação, em termos demográficos, e a abertura de espaços de auto-realização para as mulheres além da maternidade, não diminuíram a relevância atribuída ao sexo. Ao contrário, na medida em que deixa de ser uma experiência “natural” e contingente da nossa animalidade, passando a ser entendida como um exercício, livre da nossa humanidade mais íntima e privada, o sexo adquire o significado de *expressão de si*, possibilitando que as pessoas sejam definidas e classificadas a partir de seus gostos sexuais.

Assim a mudança de *status* atribuída ao sexo, de função natural altamente significada, não implicou necessariamente na conquista de maior liberdade por parte das pessoas. Não é permitido, de forma aberta e espontânea ao indivíduo, vivenciar sua sexualidade do jeito como ela se apresenta e sim do modo como a sociedade acredita que ela deva ser, dentro de padrões rígidos de “normalidade” e “anormalidade”. Querolin<sup>19</sup> fala que:...

*A moral dominante nunca admitiu o homossexualismo como possibilidade interativa. Mesmo na Grécia clássica, existiam grupos conservadores que o condenavam... Apesar do surgimento da noção de comportamento de risco, muitos homossexuais continuavam acuados, seja por culpa inconsciente ou mesmo consciente, seja por coação explícita da sociedade ou pela ação concomitante de todos esses fatores.*

*Nos dias de hoje existe uma parcela importante da população, composta inclusive de muitos doutores, que afirmam que o HIV (o veneno moderno) é portado por homossexuais (os feiticeiros de primeira linha), as prostitutas (as feiticeiras modernas) e os drogadictos (os seduzidos por feiticeiros e feiticeiras). Entretanto, existem outros mais "sensatos" que até admitem que não necessariamente o homossexual, a prostituta, ou mesmo, o drogadicto são portadores do veneno (HIV).*

Para Querolin<sup>19</sup> a AIDS veio acrescentar um obstáculo a mais no que concerne a forma singular de um modo de vida e que na verdade, pensamos que são as diferenças inscritas no interior da relação que determinam se esta é de cunho homossexual ou heterossexual a não a anatomia. Nesse sentido, o "homossexualismo" entra necessariamente em discussão como forma de vida, admitida por parcela importante da população, apesar dos apelos psiquiátricos e psicológicos de catalogá-los como anômalos.

A associação da AIDS à homossexualidade se presta à manutenção de uma hipócrita estrutura social, inconsequente que legitima coisas desumanizantes como numa estéril relação conjugal entre um homem e uma mulher, baseado em argumentos como status social, prole e mesmo salvação da alma, e condena à fogueira verdadeiras interações amorosas simplesmente pelo fato de estas não se coadunarem aos preceitos morais tidos como corretos.

## 6. A Aids e a Psicoimunologia.

Como já citado, as pessoas com AIDS vivem em estado crônico de estresse. O estresse (físico, psicológico ou social) é um termo que compreende um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, frequentemente com efeitos danosos. Este conceito foi descrito por Selye em 1936 a partir de experimentos em animais que eram submetidos a situações de agressão diversas e sempre respondiam de forma regular e específica anatomo-funcionalmente.<sup>27</sup>

Segundo Mello e Moreira<sup>11</sup>, o sistema imune atua como um sistema da vida de relação. A resposta ao stress é resultado de uma ação integrada do sistema nervoso, endócrino e imune. O que ocorre é um processo de alteração e recuperação da homeostasia. A doença surge sempre que a reação de adaptação ao estresse não é adequada ou suficiente, provocando alterações no funcionamento desses sistemas.

A regulação neuroendócrina provavelmente acontece a partir do sistema límbico que faz interagir as percepções córtico-cerebrais com o hipotálamo. Este por contiguidade com a hipófise e também por meio da secreção de neuro-hormônios. Níveis aumentados de corticosteroides influenciam o Sistema imune, inibindo a resposta inflamatória afetando essencialmente a função dos linfócitos T auxiliares, mantendo intactos os linfócitos T supressores.<sup>27</sup>

A regulação hormonal da resposta ao estresse envolve a participação de outros hormônios hipofisários como o ACTH, a vasopressina, a prolactina, o hormônio somatotrófico (GH), o hormônio estimulador da tireoide (TSH), etc. Estas substâncias também atuam sobre o sistema através de receptores específicos nas células linfoides.<sup>27</sup> Segundo Hadden, citado por Mello e Moreira<sup>11</sup>, alguns desses peptídeos (beta-endorfina, encefalina, metionina, sometidina e outros) sob determinadas condições parecem inibir ou estimular células linfoides diversas participantes do processo de resposta ao estresse.

Apresenta-se também a importante contribuição do Sistema Nervoso Autônomo, que influencia o Sistema Imunológico na resposta ao estresse tendo como exemplo a contração da cápsula esplênica do baço.<sup>27</sup>

Resumindo conclui-se que as células do sistema imune encontram-se sob extensa e complexa rede de influência dos sistemas nervoso e endócrino. Seus mediadores (fatores e hormônios diversos) atuam sinergicamente com produtos linfocitários de macrófagos e moléculas de produtos inflamatórios na regulação de suas ações.

A primeira alteração observada durante o estresse é o aumento dos níveis circulantes dos hormônios corticosteroides e, também, da norepinefrina em situações de tensão e ansiedade. Essas catecolaminas afetam as reações imunes, seja por reação fisiológica ampla, como a contração do baço, seja por estímulo celular através de receptores específicos em membrana celular. O aumento das catecolaminas inibe a resposta ao anticorpo.<sup>27</sup>

O sistema imune parece, portanto, ser o elo que explica as interações entre os fenômenos psicossociais e importantes áreas da patologia humana, como as doenças de autoagressão, infecciosas, neoplásicas e alérgicas.<sup>11</sup>

Um dos campos de estudos mais pesquisados em Psicoimunologia é aquele que relaciona os fatores psicológicos e o estresse com as doenças infecciosas. O estresse desempenha sobre o sistema imune, um papel de inibição ou estímulo sobre parte importante dos seus componentes. Em certos casos isso pode levar a um aumento da morbidade e da mortalidade, de acordo com as dificuldades dos mecanismos fisiológicos de adaptação ao estresse. O sistema imune é um mediador das relações do indivíduo consigo próprio e com o meio externo.<sup>27,28</sup>

O estresse psicológico somado ao estresse físico provocado pela presença do vírus no organismo pode repercutir de modo a agravar e inibir a função do Sistema Imunológico do indivíduo infectado pelo HIV.<sup>28</sup>

Pode-se concluir a necessidade e a importância de todo um trabalho multidisciplinar que deve ser realizado em prol do bem estar destes pacientes, com a intenção de alcançar um equilíbrio no estado psicoemocional deles, visando uma estabilização ou um estacionamento da evolução clínica de doenças graves como a AIDS ou o Câncer<sup>30</sup>. Para isso todos os recursos disponíveis devem ser bem vindos, incluindo a utilização das *Medicinas Alternativas*, atualmente mais adequadamente denominada *Medicina Vibracional*, onde estão incluídas modalidades terapêuticas como a Homeopatia, a Acupuntura, a Terapia Floral, a Cromoterapia, etc.

## 7. Hipnose.

Hipnose é um estado neurológico especial, onde o cérebro foca a atenção no assunto sugerido pelo hipnotizador diminuindo intensamente a atenção para outras informações registradas naquele momento no ambiente (sons, luzes, clima, etc.).<sup>10</sup>

É pensar intenso e focado sobre alguma coisa (livros, filmes). A atenção concentrada é característica do estado hipnótico. A Hipnose pode ser definida como um estado alterado de consciência ou percepção. Segundo João Jorge Nogueira, a hipnose é um estado ampliado de consciência e não alterado, pois o estado hipnótico é um estado fisiológico assim como o sono, os sonhos e a vigília. Sob Hipnose estão aumentadas, ampliadas várias percepções corporais, sensoriais, memória, aprendizagem, etc.<sup>31,32</sup>

Hipnose é uma palavra que vem do grego *Hypnos* e significa “sono”. A ideia de sono agregada ao “*t*” e ao “*ismo*” em hipnotismo, significa sistema ou imitação – estado que imita o sono. *Hypnos* era o *deus grego do sono*, irmão gêmeo de *Tômatos*, o *deus da morte*. Tereza Robles<sup>32</sup> define neurofisiologicamente hipnose como um estado em que o sujeito está funcionando sob o domínio do seu *cérebro direito* (hemisfério direito).

## 8. Aids versus Hipnose.

Como já citado acima, todas as questões que giram em torno da AIDS acontecem simultaneamente como num torvelinho: emoções, problemas sociais, problemas de relacionamento afetivo, dor, sintomas das doenças que persistem mesmo naqueles pacientes que já estão sob tratamento, com o quadro clínico e os vírus sob controle. Eles continuam convivendo com os mesmos pro-

blemas sociais: discriminação e preconceito - com perda do trabalho, do *status* social; de relacionamentos; rejeição, abandono, cobranças afetivas e os sintomas da doença em muitos casos, são trocados pelos efeitos colaterais dos remédios, pela quantidade de comprimidos e medicações que precisam tomar e pela escravidão ao tratamento: remédio em hora certa para o resto da vida. Tudo isso, faz com que o portador de AIDS:

- 1) viva em estado crônico de estresse, que gera ansiedade, angústia, desvalia, reações depressivas etc.;
- 2) conviva com a discriminação e o preconceito que geram: vergonha, desvalia, culpa, etc.; e
- 3) tenha de suportar a rejeição, o abandono, as perdas afetivas, e a perda do “*status*” social – perda do trabalho, perda da dignidade. Isto gera medo, desvalia, solidão, isolamento, reações depressivas etc.

O paciente de AIDS necessita aceitar a doença e aceitar o tratamento que o paciente de AIDS esteja sob a ameaça ou conviva com: (a) sequelas consequentes às doenças oportunistas (hemiplegia ou paraplegia causada pela Neurotoxoplasmose, cegueira causada pelo Herpes e pelo CMV); (b) os efeitos colaterais causados pela medicação antirretroviral Lipodistrofias - que gera: perda da beleza, da juventude, da identidade, da autoestima.

A hipnose tem o potencial para ajudar o paciente de AIDS em todos esses aspectos citados acima.

No primeiro, o *estado crônico de estresse* gerador de ansiedade, angústia, desvalia, reações depressivas, o processo hipnóticos pode auxiliar justamente diminuindo a ansiedade e o estresse.

No estado hipnose variações físicas observadas são favoráveis à diminuição do estresse e ansiedade, já que o registro eletroencefalograma (EEG) reflete uma estabilização da atividade elétrica cortical, de importante papel protetor, não só durante a locomoção rápida e de longa duração, mas também em casos de exposição a intenso estresse<sup>27,28</sup>.

O relaxamento hipnótico inibe a excitação provocada por estímulos desagradáveis, pois facilita a atividade parassimpática. Além disso, a hipnose gera um estado de consciência de alta sugestibilidade, ficando o indivíduo apto a absorver sugestões positivas sobre a sua capacidade de lidar com a doença, conviva despreocupado com a possibilidade da discriminação e do preconceito, e se libertar da culpa.

Com relação da rejeição, abandono, perdas afetivas, entre outras, através do relaxamento, análise e reflexão sobre a sua condição humana, o paciente pode alcançar um nível de consciência de si, de autoconhecimento, alcançando a força necessária para seguir sua vida com mais otimismo.

E finalmente, a hipnose e prática de auto-hipnose, paciente de AIDS pode vencer qualquer resistência na aceitação da doença e aceitar os tratamentos necessários.

A seguir, transcrevemos algumas visões de autores, mostrando diversos caminhos dentro da psicoterapia sob hipnose para auxiliar o paciente de AIDS, tais como a autoscopia.

Em seu livro sobre autoscopia, Nogueira<sup>44</sup> esclarece que esse termo quer dizer *visão própria, interna, representada a capacidade de visualização interna em transe hipnótico, que é um estado ampliado de consciência*. Pode ser hétero ou auto-induzida (por auto-hipnose). Ele comenta que após o diagnóstico pela visualização do órgão doente, o indivíduo pode interagir com os mecanismos internos autônomos, realizando uma *terapia mente-corpo*. Em síntese, a *autoscopia é uma viagem através do interior, indo ao órgão alvo e estimulando os genes mensagens para a liberação das substâncias químicas, como neurotransmissores e hormônios, necessários para a cura*.<sup>44</sup>

Para Teresa Robles<sup>13</sup>:

*...a hipnose é uma maneira de embrulhar ideias como se fossem presentes. É uma forma de pegar ideias, embrulhá-las como presente e apresentá-las ao paciente de forma bem atrativa, como algo muito valioso, para ajudá-lo a fazer brotar as potencialidades que estão escondidas. Todas as pessoas têm forças e recursos que desconhecem e o trabalho do terapeuta consiste em apresentar ao paciente ideias que lhe ajudem a chegar a algumas dessas potencialidades por si mesmo.*

Ela comenta que com a hipnose é possível conseguir mais do que 50 % de eficiência em nossa comunicação, o que representa um fortalecimento na vontade do indivíduo de encontrara melhora /cura para seu problema.

Erickson acreditava na utilização do que o paciente traz, seja um estilo de vestir, uma orientação religiosa, um problema, se traz resistência, qualquer coisa que ele trouxer deve ser usada na terapia<sup>15</sup>.

A seguir serão transcritas duas metáforas que foram selecionadas para exemplificar a utilidade da psicoterapia sob hipnose em pacientes portadores de HIV/AIDS. Essas metáforas são úteis para estimular a autoestima, cura física e emocional e diminuir o estresse.

**Metáfora da Pele.** Temos um terreno que está sendo limpo por tratores e escavadeiras e o terreno fica pronto para plantação – leocócitos fazem a limpeza, macrófagos fazem o restante da limpeza. O terreno então precisa ser irrigado – o sangue irriga o local. Então usamos grama e rosas para fazer a plantação do jardim. Fazemos então uma tenda de folhas de coco para proteger a grama e as rosas – fibrina protege. Colocamos mais rosas até o jardim ficar pronto – reprodução celular. Retiramos as folhas de coco substituindo por um telhado mais bonito, e quando retirarmos a tenda o jardim está florido como uma escultura de arte – a pele recomposta e a fibrina saindo.<sup>31</sup>

**Metáfora da Farmácia.** Visualize uma daquelas farmácias antigas. Na vitrine, há uma fileira de potes grandes, em forma de pera que contém os líquidos coloridos de uma arte antiquíssima. A luz da vitrine ilumina os potes que contém em si as esperanças e os anseios de todos aqueles que já contemplaram estas cores vivas, na busca de um elixir curativo. O boticário, a muito anos, coloca nestes potes muitos de seus conhecimentos médicos. Isto faz com que eles possuam, portanto, um grande potencial de cura. Contemple um dos potes, escolhendo a cor adequada à sua necessidade. Transporte seu espírito para o centro desta luz colorida, e faça-a banhar seu coração e sua mente como se fosse um bálsamo medicinal. Torne-se, você mesmo, como esta luz no pote, forte, límpido e verdadeiro, uma alma pura, um corpo saudável, livre de inquietações.<sup>36</sup>

## 9. Conclusão.

Diante de tudo o que foi pesquisado e exposto acredita-se que este estudo possa demonstrar toda a complexidade que o tratamento dos pacientes HIV/AIDS requer; a importância dessas pessoas serem abordadas holisticamente e como suas reações psicológicas e emocionais afetam a evolução da doença e o sucesso e a adesão do tratamento. Espera-se com esse trabalho contribuir na difusão do conhecimento da Hipnose que tem seu modo de ação alicerçado pela Neurociência e, como a terapia sob Hipnose, pode se valorosa no acompanhamento dos portadores de HIV/AIDS, contribuindo no seu reequilíbrio físico, emocional e psicológico e na adesão ao tratamento.

## Referências.

1. Aids no Brasil, um esforço conjunto governo-sociedade, julho, 1998 – Coord. Nacional de DST e AIDS, Brasília: Ministério da Saúde.
2. Greene WC. A history of AIDS: looking back to see ahead. Eur. J. Immunol. 2008; 38(1):309. Doi: 10.1002/eji.200737441.
3. Requejo HIZ. Worldwide molecular epidemiology of HIV. Revista de Saúde Pública 2006; 40:331-345.
4. López LC. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. Saúde e Sociedade. 2011; 20(3): 590-603.
5. Fonseca MGP, Travassos CB, Bastos FI, Silva NV. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status socioeconômico dos casos de 1987 a 1998. Cad. Saúde Pública 2003; 19(5):1351- 1363.

6. Ferreira AD, Caiaffa WT, Bastos FI, Mingoti SA. Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(4): 849- 860.
7. Melo AC, Caiaffa WT, César CC, Dantas RV, Couttolenc, BF. Utilization of HIV/AIDS treatment services: comparing injecting drug users and other clients. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(4):803-813.
8. Natividade JC, Camargo BV. Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre AIDS. *Paideia (Ribeirão Preto)* 2011; 21(49):1615-1674.
9. Alves RN, Kovács MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(4): 32-39.
10. Akstein D. *Hipnologia. Volume I*. Rio de Janeiro: Hypnos Ltda, 1973.
11. Mello Filho J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
12. Bach E. *Os Remédios Florais do Dr. Bach*. São Paulo: Pensamento, 1995.
13. Robles T. *Terapia feita sob medida. Um seminário ericksoniano com Jeffrey K. Zeig / Teresa Robles*. Tradução: Adriana Mancini Machado, Eliete do Carmo Alves Pinto, 2ª ed. Revisada. Belo Horizonte: Diamante, 2005.
14. Zeig ZK. *Vivenciado Erickson*. Tradução: Rogério Montibeller. Campinas, SP, 1985.
15. Fanales-Belasio E, Raimondo M, Suligoi B, Buttò S. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. *Ann. Ist. Super Sanita*. 2010; 46(1):5-14. doi:10.4415/ANN\_10\_01\_02
16. Praça NS, Latorre MRDO, Hearst N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(5):543-551.
17. Bartlett JG. *Medical Management of HIV Infection*. Johns Hopkins University, Department of Infectious Diseases, 1998.
18. Queiroz AA, Sousa AF, Araújo TM, Oliveira FB, Moura ME, Reis RK. a review of risk behaviors for HIV infection by men who have sex with men through geosocial networking phone Apps. *J. Assoc. Nurses AIDS Care*. 2016; S1055-3290.
19. Querolin Neto L. *A Face Oculta da AIDS*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1989.
20. Rachid M, Schechter M. *Manual de HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998, 1999.
21. Hanan J. *Percepção da AIDS: Raízes do Preconceito e da Discriminação*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
22. Villela W. *Sobre sexo e sexualidade. Saúde em Foco*. Rio de Janeiro, nº 17. Dezembro, 1998.
23. Woody GE, Metzger D, Navaline H, McLellan T, O'Brien CP. Psychiatric symptoms, risky behavior, and HIV infection. *NIDA Res Monogr*. 1997;172:156-170.
24. de Ronchi D, Faranca I, Forti P, et al. Development of acute psychotic disorders and HIV-1 infection. *Int. J. Psychiatry Med*. 2000; 30(2):173-183. doi: 10.2190 /PLGX-N48F-RBHJ-UF8K.
25. Verghese A. *Minha Terra. História de um Médico nos Tempos da AIDS*. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
26. Druffy V. Aspectos Psicológicos: Mulheres vivendo com HIV/AIDS. Lambert JS e Nogueira SA. In *Manual Para o Acompanhamento Clínico da Mulher Infectada pelo HIV*. Rio de Janeiro.
27. Cortez CM, Silva D. *Fisiologia Aplicada à Psicologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
28. Balbin EG, Ironson GH, Solomon GF. Stress and coping: the psychoneuroimmunology of HIV/AIDS. *Baillieres Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab*. 1999; 13(4):615-633. doi:10.1053/beem.1999.0047.
29. Lent R. *Cem Bilhões de Neurônios, Conceitos Fundamentais de Neurociência*. Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 2004.
30. Van Vooren JP, Farber CM. L'Unité de Traitement des Immunodéficiences [The immunodeficiency treatment unit]. *Rev. Med. Brux*. 2002; 23 Suppl 2:85-86.
31. Rabelo FLA. *A Hipnose no Terceiro Milênio*. Campinas, SP: Editora do conhecimento, 2002.
32. Robles T. *Concerto para Quatro Cérebros em Psicoterapia*. Tradução: Manuel Angel Valencia Rodrigues. Belo Horizonte: Diamante, 2001.
33. dos Santos JD. *Palestra em Mesa Redonda. Congresso de Psiquiatria*. Bahia, 2004.
34. Nogueira JJC. *Autoscopia, uma Viagem ao seu Interior*. Rio de Janeiro: Instituto Amanhecer, 2ª edição, 2005.
35. Williams JD, Gruzelier JH. Differentiation of hypnosis and relaxation by analysis of narrow band theta and alpha frequencies, *Int. J. Clin. Exp. Hypn*. 2001; 49:185-206.
36. Smith P e Gordon. *Meditação: Um repertório das melhores técnicas*. Tradução: Waldea Barcellos. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.