**INSTITUTO LUTERANO DE ENSINO SUPERIOR DE ITUMBIARA, GO.**

**CURSO DE PSICOLOGIA**

**PROJETO INTERDISCIPLINAR**

**Analisar pessoas deprimidas que se suicidaram, se eles foram**

**predispostas ou encorajadas ao ato por terem descoberto ter o vírus do HIV ou AIDS.**

**DISCENTE**

SELMA CRISTINA MIRANDA

ITUMBIARA – GO

2020

SELMA CRISTINA MIRANDA

**Analisar pessoas deprimidas que se suicidaram, se eles foram**

**predispostas ou encorajadas ao ato por terem descoberto ter o vírus do HIV ou AIDS.**

Trabalho apresentado ao ILES/ULBRA ITUMBIARA Instituto Luterano de Ensino Superior como exigência para cumprimento da disciplina de Pesquisa Científica em Psicologia, ,ministrada pela Prof.ª Yasmim Santos , pela acadêmica do curso de Psicologia.

Itumbiara – GO

2020

**SUMÁRIO**

1. Introdução 04

2. Sobre a depressão 09

3. Alguns motivos que levam a pessoa a tirar a própria vida 14

## 4. A correlação entre HIV/AIDS com a depressão e o suicídio...........................................19

5. Metodologia 25

5.1- Definição do tipo de Estudo........................................................................................ 25

5.2- Descrição da Amostra...................................................................................................26

5.3- Análise de dados..........................................................................................................26

6 – Referência Bibiliográfica...............................................................................................27

**1 - INTRODUÇÃO**

Problema: Quando a pessoa que sofre de depressão descobre que tem AIDS ou HIV essa descoberta pode ser um fator que predispõe ao suicídio?

Objetivo Geral: Analisar pessoas deprimidas que se suicidaram, se eles foram predispostas ou encorajadas ao ato por terem descoberto ter o vírus do HIV ou AIDS.

Objetivos Específicos:

1-Compreender como as pessoas que estão com depressão se sentem ao descobrirem estarem com o vírus HIV ou AIDS.

2-Buscar compreender junto à literatura sobre o motivo de suicídio de pessoas que estão com depressão e se elas tinham HIV ou AIDS.

3-Analisar sobre os principais fatores que levam pessoas deprimidas a tirarem sua própria vida.

Através dessa pesquisa buscamos estudar e compreender o comportamento de pessoas depressivas que foram infectadas pelo vírus HIV ou que tenham AIDS que se suicidaram ao saberem do diagnóstico. Para isso será fundamental descobrir como essas pessoas se sentem sendo depressivas, ao descobrir uma enfermidade que até pouco tempo atrás não tinha tratamento, pois era uma enfermidade fatal. Também será necessário saber se essa pessoa já tinha predisposição ao suicídio e quais os outros fatores que contribuíram para o ato. Por exemplo, a questão familiar, de como e que maneira vivia essa pessoa, vida financeira, problemas de saúde, problemas sociais, como era seu relacionamento familiar, com os pais e filhos, determinantes na vida afetiva e amorosa e até onde essas questões interferiram nessa escolha.

Salientamos também que a depressão é uma condição comum vivenciada por pessoas em condições crônicas de doença, causando incapacidade, afetando a evolução da doença e interferindo na recuperação e, ainda, é considerado risco potencial para o aumento da morbidade e mortalidade de numerosas condições médicas, incluindo a infecção pelo HIV/AIDS. Busca se através dessa pesquisa conhecer, estudar, analisar, questionar e entender sobre o problema da depressão principalmente nas pessoas infectadas pelo vírus HIV e ou que tenham AIDS. Contudo queremos ressaltar que a depressão interfere negativamente na qualidade de vida em diferentes populações com doença crônica.

 Os distúrbios depressivos complicam o curso de qualquer doença, por meio da variedade de mecanismos que aumentam a dor, interferindo na adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando o sistema humoral e imunológico. Indivíduos com doença crônica que estão deprimidos revelam maior incapacidade do que aqueles não deprimidos. O diagnóstico de depressão pode ser, muitas vezes, difícil devido à fronteira imprecisa entre as suas manifestações em formas clínicas e subclínicas, principalmente em indivíduos com HIV.

Segundo Malbergiers at all (2001) O diagnóstico de depressão em pacientes infectados pode ser dificultado pelo fato de que alguns dos indicadores de depressão (anorexia, fadiga, fraqueza e perda de peso) são de pouca valia como critério diagnóstico em algumas fases da doença (especialmente na fase avançada), já que os sintomas físicos debilitantes podem mimetizar tais indicadores. Portanto, a avaliação dos sintomas de depressão deve ser criteriosa e atenta ao estágio da doença. Além disso, existem outras barreiras para o diagnóstico de depressão entre os indivíduos infectados pelo HIV, dentre elas a dificuldade do próprio indivíduo em falar sobre suas emoções com os profissionais de saúde e a compreensão, pelo profissional de saúde, de que a depressão é reação normal, advinda com o soro positividade ao HIV.

A depressão maior em pacientes HIV positivos está associada a vários fatores: descoberta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas e as complexas questões psicossociais envolvidas; invasão do sistema nervoso central pelo HIV, por infecções oportunistas ou por tumores intracranianos; desencadeamento de episódio depressivo em populações vulneráveis (MALBERGIERS, at all (2001 p 161).

Segundo Malbergiers, at all (2001) A AIDS tem se tornado objeto de interesse por parte de psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental essencialmente por duas razões: a tropia do HIV pelo sistema nervoso central (SNC) e o impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da infecção nos indivíduos afetados. A segunda situa-se nos limites entre a psiquiatria, a psicologia e as ciências sociais e estuda as reações psicológicas, as complicações psiquiátricas da infecção e as repercussões sociais. Dentre os transtornos psiquiátricos mais comumente observados em indivíduos infectados pelo HIV, a depressão é a mais prevalente, merecendo investigação sistemática de sintomas depressivos nessa população.

Segundo Malbergiers, at all (2001) As pessoas podem não querer revelar seu estado psicológico ao descobrirem estarem contaminados aos profissionais de saúde por medo do estigma e da discriminação, os profissionais de saúde podem não ter as habilidades para detectar sintomas ou também podem falhar em tomar as medidas necessárias para avaliação e encaminhamento, quando os sintomas são detectados e por esse motivo não chegar a nenhum diagnóstico enquanto a doença é silenciosa e assim essas pessoas não recebem tratamento o que é muito perigoso pelo risco de chegarem ao suicídio em algum momento ou fase da depressão.

Segundo Malbergiers, at all (2001) A sociedade tem o hábito de pensar na vida aparente do sujeito e assim “julgá-lo”, quando, na realidade, o motivo que o leva a ter depressão chegar a cometer um suicídio, vão muito além, as causas vão sendo acumuladas durante todo um processo na vida desse sujeito, como familiares, sociais, biológicos, psicológicos, entre tantas outras coisas. A dor que esse sujeito trás de estados emocionais negativos como culpa, vergonha, desespero, angústia, solidão, acompanhados de idéias de morte, na finalidade de dar fim a esses sentimentos insuportáveis, devem ser investigados e observados, pois são acúmulos de traumas, de problemas variados onde o sujeito não consegue mais encontrar uma saída.

A idéia do suicídio como um aparente desfecho para uma história de muito sofrimento, de um quadro depressivo, um ato de desespero ou insanidade, reacende uma discussão sobre a dificuldade que é a compreensão e a abordagem destas pessoas no desenrolar de suas tramas pessoais, além das dificuldades de detecção de sinais de desesperança, dos pedidos de ajuda, verbais e não verbais comuns frente ao surgimento do desejo de morte e da própria ideação suicida. Lidar com a morte nos remete a nossa própria finitude, que atormenta e ameaça. A morte voluntária (suicídio) assusta ainda mais, pois contraria inquieta e deixa um incômodo no ambiente onde é revelada, suscitando idéias, sentimentos e fantasias de conteúdo terrorífico. Para a psicanálise freudiana, nenhum de nós acredita na própria morte; ou, o que venha a significar o mesmo, e que no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade (BARBOSA, at all, 2011, p235).

Quando uma pessoa se suicida, as repercussões dessa morte atingem diversos níveis, afetando familiares e pessoas próximas ao falecido, no contexto individual e social. Por ser uma morte repentina e violenta, o suicídio causa grande sofrimento e exige dos sobreviventes muita energia psíquica para elaborar o luto. Os enlutados vivenciam sentimentos particulares a esta forma de luto, como vergonha e culpa, bem como sentimentos presentes no luto por outros tipos de morte, como tristeza e saudade, algumas das ações de prevenção, ou seja, atividades que podem ser realizadas por profissionais da psicologia e demais categorias de saúde mental para prestar apoio aos sobreviventes e diminuir o risco de tentativas futuras de suicídio destas pessoas, de vê se considerar a importância da ajuda profissional na elaboração do luto dos sobreviventes e a necessidade de mais estudos e investimentos em prevenção para capacitação dos profissionais e acolhimento da aflição das famílias em processo de luto por suicídio essas pessoas são chamadas de sobreviventes porque têm suas vidas marcadas por um evento externo muito doloroso, pois, a partir do momento em que uma perda desse tipo se constitui na vida de alguém, este sujeito tem sua vida irremediavelmente marcada e precisa dar significado a essa perda, principalmente as pessoas mais próximas, que têm sua vida amplamente transformada.

Segundo Remor (1999) Além disso, a visão de si mesmo, sua auto-estima, se vê em ocasiões alterada, uma vez que podem surgir sentimentos de culpa por haver contraído a doença. Por isso, é "normal" que em determinados períodos o sujeito apresente reações, mais ou menos intensas, de ansiedade e/ou depressão e suicídio.

Segundo Remor (1999) Cabe salientar que se estas não se produzissem poderíamos pensar que existe algum desajuste emocional no indivíduo. Não obstante, se a depressão e a ansiedade se prolongam no tempo (e especialmente quando a intensidade das mesmas é elevada) podem ter claros efeitos negativos sobre a qualidade de vida do indivíduo, isto implica em: diminuição da resposta imunológica evidenciada por numerosos estudos que indicam que existe uma relação entre ambas variáveis, demonstraram que sujeitos que estiveram submetidos a situações de *stress*ou depressão, apresentavam uma diminuição na potência do sistema imunológico, estados prolongados de ansiedade ou depressão podem bloquear a capacidade de resposta do sujeito, sua capacidade para adaptar-se ao meio e dar respostas mais eficazes frente à situação, isso pode levar a que não observe o seguimento dos tratamentos médicos, cuidado da própria saúde, etc. Faz-se também e imprescindível pensar na rede de apoio, e em compartilhar o diagnóstico com algum familiar, e também na construção de futuras relações afetivas, não menos importantes, o apoio emocional.

 Segundo Silva at all (2013) A rede familiar tem participação decisiva no cuidado à saúde do membro infectado pelo HIV/ AIDS, particularmente na adesão à terapia antiretroviral, que exige mudanças na rotina e nos hábitos de todos os envolvidos. Espera-se que a família afete positivamente, a auto-estima, a autoconfiança e a auto-imagem do indivíduo soropositivo, trazendo assim benefícios para o tratamento, fortalecendo o sujeito e preparando-o para dar continuidade a sua vida, já que ser portador do HIV não é motivo para aposentadoria, trancamento de matrícula de estudo, abandono de atividades sociais ou outras.

Segundo Silva at all (2013) Pessoas que tem HIV podem se relacionar com pessoas que não possuem o vírus, e isso é mais comum do que imaginamos. Nunca poderei me relacionar com mais ninguém? Essa com certeza são uma das perguntas que mais recorre no interior de quem é diagnosticado com HIV, há preconceito no mundo? Sim, muito. Mas há afeto, amor, aprendizado. Viver com HIV nunca foi e nem nunca será sentença de solidão para ninguém. Quem se afastar por não conseguir ter a empatia, a vulnerabilidade e a integridade que qualquer pessoa de bem teria, não julgue, não brigue, espere o tempo passar, o medo do outro na verdade é o medo de si próprio. As pessoas podem guardar obscuridades em suas almas, mas que o amor e o respeito conseguem iluminar e afastar com o tempo. Portanto amor, sexo, envolvimento, casamento, são palavras que continuarão muito presentes na vida de quem é soropositivo. Com os cuidados de sempre, uso de preservativos, medicações e lealdade, tudo pode transcorrer muito bem, viver bem com HIV hoje em dia é possível, mas para uma pessoa com depressão esse problema se torna muito maior do que é na atualidade.

 Não digo que seja trivial, mas digo que é incrivelmente mais fácil do que já foi no Brasil, todas as pessoas que testam positivo para HIV têm acesso ao tratamento gratuito pelo SUS, independente da carga viral.

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento - e o terceiro do mundo - a recomendar, em 2013, para todas as pessoas que vivem com HIV, o tratamento como prevenção, iniciando-se pela terapia antirretroviral independentemente da contagem de linfócitos T-CD4. Esta medida significou mais um passo inovador em resposta à epidemia de HIV/AIDS. [...]  Para a atenção à saúde, faz-se necessário avaliar se os serviços encarregados dessas atividades estão organizados de forma a atender aos requisitos esperados de qualidade na atenção às pessoas que vivem com HIV. (ASTOLFO at all, 2018, p 2).

Neste projeto foram adotadas formas de apresentar possível análise literária sobre o que leva as pessoas a tirarem a própria vida, como se sentem ao descobrir que são soro positivo, como viver a partir disso, a depressão e o suicídio tem prevalência nesta doença, a realidade que se exprime por enfrentarem desafios diários por pertencerem aos grupos minoritários e vulneráveis. Por outro lado temos que observar e estudar a questão de que pessoas infectadas pelo HIV também tendem a ter depressão por causa da descoberta do vírus, mas que também pessoas deprimidas que descobrem o vírus e já sofriam de depressão e ambos os casos vão tirar suas próprias vidas.

 **2 – Sobre a depressão**

Segundo Esteves at al (2006) A depressão é a alteração afetiva mais pesquisada e comentada na atualidade. Catalogada como um transtorno de humor, ela vem reger as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes. A percepção da realidade hoje tem por base as primeiras relações objetais, as quais funcionam como protótipo, ou modelo para todas as relações posteriores.

Segundo Esteves at al (2006) Tratada como a doença da sociedade moderna, a depressão tem características que podem traduzir uma patologia grave ou ser apenas mais um sintoma do sujeito diante de uma situação real de vida, ou seja, suas características podem determinar uma melancolia em si ou ser apenas um sintoma constituinte de outra patologia, é conhecida pelos sintomas descritos como humor depressivo, sensação de tristeza, auto desvalorização e sentimento de culpa, acreditam que perderam, de forma irreversível, a capacidade de sentir prazer ou alegria, tudo parece vazio, o mundo é visto sem cores, sem matizes de alegria, muitos se mostram mais apáticos do que tristes, referindo “sentimento de falta de sentimento”, julgam-se um peso para os familiares e amigos, invocam a morte como forma de alívio para si e familiares, fazem avaliação negativa acerca de si mesmo, do mundo e do futuro, percebem as dificuldades como intransponíveis, tendo o desejo de por fim a um estado penoso, os pensamentos suicidas variam desde o desejo de estar morto até planos detalhados de se matar, é uma doença mental de elevada prevalência e é a mais associada ao suicídio, tende a ser crônica e recorrente, principalmente quando não é tratada,

Segundo Esteves at al (2006) Esses pensamentos devem ser sistematicamente investigados, ainda tem o retardo motor, falta de energia, preguiça ou cansaço excessivo, lenhificação do pensamento, falta de concentração, queixas de falta de memória, de vontade e de iniciativa, insônia ou sonolência, a insônia geralmente é intermediária ou terminal, a sonolência está mais associada à depressão chamada Atípica, o apetite: geralmente diminuído, podendo ocorrer em algumas formas de depressão aumento do apetite, com maior interesse por carboidratos e doces, redução do interesse sexual, dores e sintomas físicos difusos como mal estar, cansaço, queixas digestivas, dor no peito, taquicardia, sudorese, seu diagnóstico é facilitado pela presença dos sintomas e por um bom conhecimento teórico, sendo realizado pelo médico após coleta completa da história do paciente e realização de um exame do estado mental, suas causas podem ser genéticas, nos estudos com famílias, gêmeos e adotados indicam a existência de um componente genético, estima-se que esse componente represente 40% da suscetibilidade para desenvolver depressão, na bioquímica cerebral, há evidencias de deficiência de substancias cerebral, chamada neurotransmissores, são eles Noradrenalina, Serotonina e Dopamina que estão envolvidos na regulação da atividade motora, do apetite, do sono e do humor.

Segundo Esteves at al (2006) Os eventos vitais que consiste em eventos estressantes podendo desencadear episódios depressivos naqueles que tem uma predisposição genética a desenvolver a doença, existem os fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento da depressão: Histórico familiar, transtornos psiquiátricos correlatos, estresse crônico, ansiedade crônica, disfunções hormonais, dependência de álcool e drogas ilícitas, traumas psicológicos, doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, neoplasias, conflitos conjugais e mudança brusca de condições financeiras e desemprego, mas tudo isso precisa ser analisado com muita cautela e seriedade pelo psiquiatra antes de diagnosticar qualquer uma dessas situações como causas de uma depressão.

Segundo Esteves at al (2006) Porém, sua dinâmica, suas origens, suas relações objetais e suas concepções ainda podem levantar questionamentos e levar a interpretações equivocadas prejudicando um possível tratamento. Tanto na antiguidade quanto no mundo moderno apresentam-se grandes dificuldades sociais e econômicas que atingem os sujeitos de bom poder aquisitivo, bem como os que se situam em ambiente menos privilegiado. A população em geral se vê frente a perdas de limites no que se refere à obtenção de objetos com a finalidade de satisfazer necessidades que promovem o bem estar, que inclui aspectos físicos e emocionais. Neste ensejo estabelecem-se relações que levam em conta, acima de tudo, fatores relacionados à auto-estima e ao narcisismo, que nem sempre são conquistados. Diante da impossibilidade de gratificação destas demandas desencadeiam-se frustrações uma vez que os objetos tão almejados e procurados não satisfazem. Conseqüentemente, surge sofrimento que se manifesta nas diversas condutas do cotidiano, e no afã sempre renovado de novos suprimentos.

 Segundo Tavares (2010) Nos dias atuais toda manifestação de dor é diagnosticada como depressão, colocando sempre qualquer mal estar como sendo a referida doença, podemos observar uma verdadeira “patologização” de qualquer indício de “mal-estar”, bem como um ideal “espetacular” de saúde subjacente a tal prática, que obedece, por sua vez, à mesma lógica de nossa atualidade pós-moderna, consumista e espetacular, por conta disso, cabe-nos a tarefa de lançar uma luz ao fenômeno da depressão, o qual será entendido mediante a compreensão psicológica acerca da questão.

Segundo Tavares (2010) Em um primeiro momento, ao nos depararmos com um indivíduo depressivo, especialmente no âmbito clínico, a sensação que temos é que a tarefa analítica mostra-se infrutífera diante do silêncio e do desejo vacilante típicos nessas situações. A fala sucinta do sujeito, a depressão como “mal-estar” contemporâneo somada ao excesso de interioridade, expressando pouca abertura ao diálogo e à possibilidade de saber-de-si, evidencia, para nós, um indivíduo identificado com o rótulo da “depressão” e que obtém, evidentemente, determinado gozo e satisfações secundárias por meio de seu “mal-estar”. Ao contrário do que a ideologia dominante (saberes e práticas) pressupõe sobre o problema das depressões – um mal a ser extirpado emergencialmente do indivíduo, visando a “recuperação” que o tornaria novamente capaz de (a) parecer diante do mundo, nos é evidente que muitas vezes a “mal-dita” depressão refere-se antes a um “tempo de subjetivação” necessário para o sujeito que vivencia tal condição psicológica.

Na cultura cujos ideais socioculturais delineiam as categorias de valoração sobre o mundo de uma forma geral, qualquer atitude que não corresponda às expectativas espetaculares está sujeita a ser considerada como patológica. Assim, a incidência cada vez maior de diagnósticos de depressão revela a intolerância frente aos modos de subjetivação opostos aos ideais contemporâneos – não pode haver tempo para a introspecção e a reflexão.

O modo maciço com que a depressão se abate sobre o sujeito e a forma densa e compacta do “ar” deprimido contrastam com a expansão e o desabrochar representativo que caracterizam, na transmissão intersubjetiva, a noção imediata que adquirimos ao ânimo de viver no outro. É esse o “fechamento do tempo”, do “ambiente” humano, que confunde: uma morbidez que suscita a idéia de doença. (TAVARES, 2010, p.18)

Segundo Santiago at al (2013) Com essa propagação de diagnósticos de depressão se entra em outra questão tão importante quanto, que é a expansão do processo da medicalização da vida, que pode ser visualizada na mídia mediante alguns aspectos: um processo de consolidação dos critérios diagnósticos baseados no DSM; reducionismo de causas complexas de vida a fatos biológicos ou características da personalidade; identificação da patologia como um conjunto de sinais e sintomas; prescrição de medicamentos como tratamento primordial; medicalização por intermédio do controle e da prevenção de riscos e de doenças intermediárias; tradução dos discursos sobre riscos, construídos como probabilidades, como fatos iniludíveis que devem ser antecipados, apesar de não se conseguir distinguir um marcador biológico ou atender ao preceito básico de identificação das causas que deveriam preceder a patologia, há uma busca de um modelo causal baseado em um modelo explicativo voltado a doenças infecciosas.

Segundo Santiago at al (2013) As causas são identificadas tomando-se por base o mecanismo de ação do antidepressivo, como no modelo serotoninérgico, ou por associações estatísticas entre eventos e a depressão, que são expostos na mídia como certezas. Além de incluir um grande número de pessoas com possibilidade de ter ou desenvolver depressão, existe um processo de construção e de aceitação do rótulo de deprimidas e, até mesmo, do autodiagnóstico. A identificação com pessoas famosas tidas como deprimidas, possível a partir de histórias de vida semelhantes ou desejáveis, contribui, através do efeito de arco para a aceitação do rótulo de doente mental.

 Além disso, a forma como se divulga o risco como uma ameaça permanente, remete-nos ao questionamento do que deve ser feito para não ser diagnosticado como deprimido. A resposta trazida reflete a hegemonia de pensamento da indústria farmacêutica e de mercado, baseada em um reducionismo a causas biológicas, prega, na maioria dos casos, o tratamento medicamentoso, associado ou não a outras terapias, com a agregação dos tratamentos de doenças ou condições de saúde intermediárias que teriam o potencial de aumentar as chances de desenvolvimento de depressão.

 A depressão tem sido tema recorrente na área da saúde nas últimas décadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 9,5% das mulheres e 5,8% dos homens passarão por um episódio depressivo num período de 12 meses, mostrando uma tendência ascendente nos próximos vinte anos, a depressão situa-se em 4º lugar entre as principais causas de ônus, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida. Ocupa 1º lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida (11,9%), a época comum do aparecimento é o final da 3ª década da vida, mas pode começar em qualquer idade. Estudos mostram prevalência ao longo da vida em até **20%** nas mulheres e **12%** para os homens. alerta para uma reflexão acerca dos números crescentes da depressão em análises estatísticas atuais, com base em critérios diagnósticos definidos pela quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, conhecido como DSM IV, de 1994, texto amplamente utilizado na área médica, um indício do processo de medicalização - aqui entendido como o conjunto de mecanismos que levam a tornar médicos certos eventos ou problemas da vida cotidiana, - é o aumento de cerca de 300% do número de casos diagnosticados de depressão entre os anos de 1987 e 1997. Houve um incremento na prescrição de medicamentos antidepressivos, com crescimento nos gastos com estes em 600% na década de 1990 nos Estados Unidos já, no Brasil, o aumento no orçamento público, na mesma década, para a medicação psicotrópica foi de 0,1% para 15,5%, uma das formas de se visualizar a ascensão da depressão é a atenção dada pelos meios de comunicação para o tema.  Consideramos que a produção e a circulação de formas simbólicas pela mídia têm um papel decisivo na vida social e no cotidiano das pessoas. (SOARES AT ALL (2011 p 1).

**Segundo Lins (2007) a depressão está dividida em subtipos, a saber:** Distimia**:** É um quadro mais leve e crônico, as alterações estão presentes na maior parte do dia, todos os dias, por, no mínimo, dois anos, podem ocorrer oscilações, mas prevalecem às queixas de cansaço e desânimo durante a maior parte do tempo geralmente, se mostram como pessoas excessivamente preocupadas, que apresentam um sentimento persistente de preocupação, as alterações de apetite, libido e psicomotoras não são freqüentes, é mais comum sintomas como letargia e falta de prazer pelas coisas que antes eram prazerosas, na maioria dos casos, se inicia na adolescência ou no princípio da idade adulta;

**Segundo Lins (2007)** Depressão endógena: Caracteriza-se pela predominância de sintomas como perda de interesse ou prazer em atividades normalmente agradáveis, piora pela manhã, falta de reatividade do humor, lentidão psicomotora, queixas de esquecimento, perda de apetite importante e perda de peso, muita desanimo e tristeza; Depressão Atípica: Apresenta uma inversão dos sintomas: aumento de apetite e/ou ganho de peso, dificuldade para conciliar o sono ou sonolência, sensação de corpo pesado, sensibilidade exagerada à rejeição, responde de forma negativa aos estímulos ambientais;

**Segundo Lins (2007)** Depressão sazonal: Caracteriza-se pelo início no outono/inverno e pela remissão na primavera, sendo incomum no verão a prevalência é maior entre jovens que vivem em maiores latitudes. os sintomas mais comuns são: apatia, diminuição da atividade, isolamento social, diminuição da libido, sonolência, aumento do apetite, “fissura” por carboidratos e ganho de peso, para diagnóstico esses episódios devem se repetir por dois anos consecutivamente, sem quaisquer episódios não sazonais durante esse período;

**Segundo Lins (2007)** Depressão psicótica: É um quadro grave**,**caracterizado pela presença de delírios e alucinações, os delírios são representados por idéias de pecado, doença incurável, pobreza e desastres iminentes, podem apresentar alucinações auditivas; Depressão secundária: Caracterizada por síndromes depressivas associadas ou causadas por doenças medico - sistêmicas e/ou por medicamentos; Depressão Bipolar: A maioria dos pacientes bipolares inicia a doença com um episódio depressivo, enquanto mais precoce o início, maior a chance de que o indivíduo seja bipolar, história familiar de bipolaridade, de depressão maior, de abuso de substâncias, transtorno de ansiedade, são indícios de evolução bipolar.

## Segundo Garcia (2006) O tratamento é medicamentoso e psicoterápico. A escolha do antidepressivo é feita com base no subtipo da depressão, nos antecedentes pessoais e familiares, na boa resposta a uma determinada classe de antidepressivos já utilizados, na presença de doenças clínicas e nas características dos antidepressivos, 90-95% dos pacientes apresentam remissão total com o tratamento antidepressivo, se faz de fundamental importância a adesão ao tratamento, uma vez interrompido por conta próprio ou uso inadequado da medicação, pode aumentar significativamente o risco de cronificação, o tratamento pode ser realizado na Atenção Primária, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos ambulatórios especializados, a prevenção se dá em manter um estilo**de vida saudável**, Ter uma dieta equilibrada, praticar atividade física regularmente, c**ombater o estresse**concedendo tempo na agenda para atividades prazerosas, evitar o consumo de álcool, não usar drogas ilícitas, diminuir as doses diárias de cafeína; rotina de sono regular, não interromper tratamento sem orientação médica.

## 3 -Alguns Motivos Que Levam a Pessoa a Tirar a Própria Vida

 Segundo Barbosa at al (2011), O termo "Depressão" já era usado em dicionários médicos em 1860, referindo-se ao fenômeno de diminuição de ânimo que acometia pessoas sofrendo de uma doença. No final do século passado, depressão tornou-se sinônimo de Melancolia, porém o significado do termo "melancolia" que tem pouca relação com o uso psiquiátrico no século XX.

Segundo Barbosa at al (2011) A melancolia era atribuída ao rompimento da harmonia entre os quatro humores do organismo (bile negra, bile amarela, catarro e sangue) que em seu equilíbrio no organismo indicavam o estado de saúde, com predomínio da bílis negra (melanio chole), a melancolia em termos psíquicos tem um abatimento doloroso, uma falta do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de toda a atividade e também a diminuição da autoestima que se expressa em auto recriminações e ofensas a própria pessoa e pode chegar a uma delirante expectativa de punição tirando assim a própria vida, o sofrimento emocional em nosso meio é carregado de estigma.

Segundo Barbosa at al (2011), As pessoas têm vergonha de admitir suas angústias e aflições; admitir e expressar que passam pelos seus pensamentos a idéia de que a morte seria um alívio para o sofrimento, uma forma de saída mágica dos conflitos costuma ser escondida ou disfarçada, e isso dificulta ainda mais o acesso a obter ajuda ou suporte especializado. A sociedade, apesar dos avanços da medicina em diagnosticar com mais precisão os transtornos mentais e serem várias as possibilidades de intervenções psicoterápicas e farmacológicas, mostra seu preconceito. Segundo pesquisas, apenas 30% dos deprimidos procuram ajuda, os fatores associados à ideação suicida encontrados nos estudos analisados, são multifacetados e incluem transtornos mentais, características pessoais e familiares, problemas comportamentais da própria pessoa e dos amigos.

Segundo Barbosa at al (2011), E dentre os fatores que mais sobressaíram destaca-se: a depressão, a desesperança, a solidão, a tristeza, a preocupação, a ansiedade, a baixa autoestima, agressão por parte de pais e amigos, pouca comunicação com os pais, ser abusado fisicamente na escola, uso de substâncias como álcool e drogas, problemas financeiros e amorosos, o abandono, o desgosto, doenças como a esquizofrenia, os transtornos mentais e descoberta de doença como a AIDS e o vírus HIV. A doença acontece acompanhada de situações de discriminação, constituindo um dos aspectos desafiantes, por ser doença inicialmente vinculada ao homossexualismo e a promiscuidade, os portadores a vivenciam vários processos de enfrentamento diante do diagnóstico.

Segundo Barbosa at al (2011) O diagnóstico da AIDS representa um evento catastrófico, por estar associado a uma evolução clínica de rápida deterioração, além de não se dispor de qualquer tratamento curativo e de apresentar um prognóstico extremamente ruim. O fato de saber ser portador de doença letal gera uma diversidade de sentimentos angustiantes, como o medo, a vergonha, a ansiedade e a depressão, a vergonha dentro da família, o silêncio das pessoas e o pensamento sobre a morte, e ainda associados a todos esses sentimentos, vivenciam o estigma, o preconceito, o isolamento e muitas vezes o abandono. O desespero é tão intenso que algumas passam por momentos de insanidade pensando em suicídio. E ainda a denominação da patologia como uma doença incurável, fatal, estigmatizante, contribui para a acentuação destes sentimentos.

Segundo Barbosa at al (2011), Algumas anormalidades tais como conflitos familiares, depressão ou estresse, alcoolismo, drogas, são observadas em indivíduos que atentam contra si, caracterizado de distúrbios psiquiátrico, podendo ocorrer em pessoas sem anormalidades aparente, mas que estão sob fatores estressores agudo. Tentativas de cometer suicídio ocorrem usualmente em mulheres, destas 2/3 estão na faixa etária abaixo de 35 anos nas classes sociais mais humildes com saneamento mínimo. Geralmente as tentativas de suicídio não chegam a ser consumada, por esta não ser a real vontade da pessoa.

Segundo at al Santos (2009) Os principais fatores associados ao suicídio também são: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociais e demográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional. Embora não exista uma definição única aceitável, o suicídio implica necessariamente um desejo consciente de morrer e a noção clara do que o ato executado pode resultar.

Segundo Werlang at al (2005) Todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade, é considerado comportamento suicida. O comportamento suicida classifica-se em três categorias distintas: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida fica em um dos extremos, o suicídio consumado no outro e a tentativa de suicídio entre eles.A palavra suicídio deriva etimologicamente do latim sui (si mesmo) e caedes (ação de matar) e significa uma morte intencional autoinfligida. Relatos apontam que o comportamento suicida existe desde os tempos mais antigos da humanidade, tendo mudado apenas a forma como esse ato é encarado

Segundo Souza (2011) O suicídio é o ato de extirpar, triturar, lacerar, mortalmente machucar. trata-se de ato pensado com um propósito consciente de extermínio de si próprio sendo a única saída. Um evento de circunstâncias discutidas pela sua complexidade de conduta pessoal como esclarece a psiquiatria ou reação advinda do coletivo como as ciências sociais afirmam.

 Segundo Netto (2013) O suicídio não identifica a morte como algo qualquer, mas sim algo propriamente dito, uma identificação do ato determinante e como podemos compreender este ato. Ele cita um autor americano que faz críticas ao assunto de forma aberta abordando o tema com o seguinte pensamento:

[...] usamos a palavra ‘suicídio’ para expressar duas idéias bastante diferentes: por um lado, com ela descrevemos uma maneira de morrer; ou seja; tirar a própria vida, voluntária e deliberadamente; por outro lado, no lugar de utilizamos para condenar a ação, ou seja, **para qualificar o suicídio de pecaminoso, criminoso, irracional, injustificado...**em uma palavra, mal (SZASZ, 2002, p. 21)

 Segundo Ribeiro (2003) Existe a trilogia do suicídio: o egoísta, o altruísta e o anômico, onde o suicídio será todo ato praticado por um indivíduo com a intenção de produzir dano direto ou indireto contra si próprio, resultando em morte, e que poderá ser nomeada de tentativa caso não seja consumada, o suicídio se trata de eventos multifatoriais que o indivíduo está vivenciando e que a morte seria para ele a única saída para o seu problema.

 Segundo Szasz (2002) Se tinha um entendimento que este evento era de cunho pessoal e sua responsabilidade caberia somente a pessoa, ou seja, se a morte era a solução para seus problemas, não seria da conta de ninguém este evento e sua permissão seria livre, eximindo a sociedade como cooresponsável.

 Coutinho (2010) Traz uma pensamento que Forças de integração associada a eventos sociais descrevem quatro tipos de suicídios: egoísta, altruísta, anônimo e o fatalista:

 Egoísta, um tipo que talvez seja o mais comum abordado em discussões sobre este assunto, descreve ausência familiar ou a sua precariedade, influenciando no convívio social do indivíduo, fazendo que este indivíduo se torne introvertido. O altruísta, a presença social está em excesso e o indivíduo subordinado a este excesso, toma para si atos historicamente rotulados e o seu próprio extermínio seria nobre e indispensável para a sociedade. O tipo anônimo está relacionado ao não, enquadramento do indivíduo a um novo contexto social, mesmo este sendo transitório geralmente relacionado às crises econômicas, onde este indivíduo não consegue enxergar outra saída para tal dilema. No fatalista também é observado o excesso social, agora de forma maciça onde o indivíduo é oprimido pelo sistema e sua forma de pensamento se torna algo ignorado e este não consegue ver uma saída lógica, e o desfecho geralmente é fatal (COUTINHO, 2010).

 Segundo Meleiro (2004) A literatura mostra que a associação entre suicídio e transtornos mentais é de mais de 90%. Entre os transtornos mentais associados ao suicídio, a Depressão Maior se destaca. Os outros transtornos mentais que aparecem na literatura associados ao suicídio são os transtornos bipolares do humor, abuso de álcool, esquizofrenia e transtornos de personalidade O comportamento suicida deveria ser abordado pelos profissionais de saúde de acordo com a presença de determinadas características de personalidade como agressividade, impulsividade ambivalência e retraimento; a relevância da presença de antecedentes familiares, indicação de sinais de alerta e presença de ideação suicida.

 Segundo Meleiro (2004) Nos aspectos interpessoais e vinculares levantam-se, aspectos destrutivos presentes nas relações, funcionamento da dinâmica familiar muitas vezes conturbada, as dificuldades de comunicação durante uma crise depressiva e finalmente os tipos de despedidas utilizadas mais comumente pelos suicidas. No âmbito social, ressalta-se o medo da hereditariedade que assombra os familiares do suicida, por representar um conflito de difícil elaboração, experiência esta geradora de sentimentos ambivalentes, ora por culpa e ora por raiva; as fases do luto e a importância da criação de serviços de assistência psicológica aos enlutados.

 Segundo Meleiro (2004) Em termos de prevenção do suicídio, destacam-se algumas possibilidades como o tratamento de pessoas com transtornos mentais; a apresentação apropriada de notícias e informações sobre depressão e suicídio na mídia e uma necessária articulação de fatores clínicos e educacionais para populações de risco e em geral. Quanto aos aspectos psicossociais discutem-se os mitos, a desinformação, e o preconceito em torno do termo depressão; a interferência de fatores ambientais no curso da doença e as dificuldades nas relações interpessoais, prejuízos no trabalho e demais atividades sociais e na qualidade de vida do paciente deprimido.

 Segundo Araújo (2010) A prevenção do suicídio é muito importante ao enfrentar o problema na sociedade moderna, sendo importante a avaliação dos fatores de risco tais como a impulsividade, a agressividade, o retraimento, a falta de suporte social) e dos fatores de proteção tais como: suporte social e mecanismos para um melhor manejo do paciente suicida, o que exige uma abordagem ao mesmo tempo diretiva, complexa e multidisciplinar.

Segundo Araújo (2010) As formas de tratamento mais eficazes dependem de uma combinação de medicações e psicoterapia, como também, a adoção de estratégias para intervenções preventivas na área de saúde pública, educação em saúde e o papel de divulgação por parte das mídias, que atentem para a identificação das pessoas com risco de transtornos comportamentais e mentais, indica o conjunto de sintomas ou comportamentos reconhecíveis clinicamente, acompanhados, na maioria dos casos, de sofrimento e interferência nas funções pessoais, e que podem ser causa, básica ou associada, de suicídio, o acesso a informações sobre saúde mental, o alto custo dos medicamentos e das terapias, os tabus sociais que rondam a morte e o suicida, falhas na formação dos médicos quanto aos aspectos relacionados à saúde mental, e falta de especialistas em saúde mental no serviço público representam as principais dificuldades para aqueles que apresentam transtornos mentais receberem tratamento adequado.

Segundo Araújo (2010) Os transtornos mentais são causas de suicídio e incluem-se entre as patologias de alta incidência, difícil identificação e prognósticos variados. Os transtornos psiquiátricos na comunidade, estudados como morbidade, são mais freqüentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para um excesso no estrato social de baixa renda. Estudos têm contribuído para uma melhor compreensão dos elos entre fatores ambientais e sociais, origem e curso de distúrbios psiquiátricos.

Segundo Araújo (2010) No Brasil, levantamentos epidemiológicos mostram uma prevalência de transtorno mental em adultos de cerca de 30% em um ano. Ao serem analisados os casos que necessitam algum tipo de cuidado médico, chega-se à estimativa de, aproximadamente, 20% no mesmo período. Entre os transtornos mentais de elevada freqüência, o alcoolismo destaca-se como um importante indicador para avaliar seus efeitos sobre a saúde. A freqüência de sua ocorrência, tanto da psicose alcoólica como da síndrome da dependência ao álcool, é citada entre esses transtornos.

Segundo Araújo (2010) O psíquico feminino quando doente diferencia se do masculino. Há diferenças nas prevalências de alguns quadros mentais, no curso e diagnóstico das doenças, em suas co-morbidades mais freqüentes e, sobretudo, naqueles transtornos que parecem estar mais intimamente ligados ao ciclo reprodutivo feminino, os quais têm sido relacionados a transtornos de humor e de comportamento. Na evolução da psiquiatria clínica, as diversas fases do ciclo reprodutivo passaram a ser vistas, potencialmente, como fatores "geradores de estresse" ou de maior vulnerabilidade para determinados transtornos mentais.

Segundo Araújo (2010) Os fatores atuantes seriam alterações neuroquímicas, de hormônios ou, ainda, aqueles associados a agravos menstruais, de personalidade, de predisposição biológica, resultados esses obtidos por meio de modelos multifatoriais de causalidade. Várias considerações podem ser feitas a partir do estudo da incidência dos transtornos mentais em mulheres na idade fértil, como a associação com óbitos por suicídios e, também, com causas maternas (por exemplo, relacionadas à depressão puerperal, a morte voluntária (suicídio) assusta ainda mais, pois contraria inquieta e deixa um incômodo no ambiente onde é revelada, suscitando idéias, sentimentos e fantasias de conteúdo terrorífico.

##  4 - A correlação do HIV/AIDS com a depressão e o suicídio

## Segundo Santos at al (2016) A AIDS é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que é um retrovírus citopático e não-oncogênico, com genoma RNA. A transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode integrar-se ao genoma do hospedeiro, depende de uma enzima denominada transcriptase reversa. Uma vez dentro do hospedeiro, ele infecta células derivadas da medula óssea e linfócitos, sendo os receptores dos linfócitos T com marcador CD4 + a via de entrada para o meio intracelular.

## Segundo Santos at al (2016) Após a invasão do organismo, o vírus causaria uma infecção aguda caracterizada pelo aumento da carga viral plasmática e pela diminuição de linfócitos T CD4 +, após os quais pode permanecer em latência clínica, por vários anos, e depois evoluir para o quadro de AIDS, ocorrendo imunidade ineficiente e surgimento das doenças oportunistas. Atualmente os tratamentos clínicos, com esquemas anti-retrovirais potentes (ARV), tentam postergar o resultado final da história natural da doença: a AIDS. A avaliação do estado imunológico e virológico do paciente com ou sem tratamento anti-retroviral, conforme orientação do Ministério da Saúde é feita através da determinação dos linfócitos T com marcadores CD4 + e CD8 + e da determinação da carga viral plasmática que deve ser realizada periodicamente. A AIDS é, freqüentemente, associada a transtornos psiquiátricos, sendo a depressão o mais comum deles.

## Segundo Santos at al (2016) Por ser uma doença transmissível e letal, traz à cena uma série de questões que ultrapassam a esfera biomédica e dizem respeito aos aspectos sociais e culturais dos diferentes grupos atingidos pela epidemia. Os veículos de transmissão do vírus - sangue, esperma e leite materno - são os mesmos que, tradicionalmente e em diferentes sociedades, aparecem associados à vida. O fato de ser, até o presente momento, uma doença incurável e mortal, faz da AIDS um objeto privilegiado de estudo tanto para as chamadas ciências médicas (infectologia, farmacologia, epidemiologia.) como para as ciências sociais (sociologia, antropologia, ciência política) e comportamentais (psicologia, psiquiatria). Nas ciências comportamentais, a ênfase parece se der nas complicações psicológicas e/ou psiquiátricas decorrentes da infecção pelo HIV e na urgência de tratamento destas a fim de garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

Segundo Castanha at al (2006) A depressão evidencia-se no fato de a prevalência desse transtorno na população infectada pelo HIV ser maior do que na população em geral e se trata da complicação psiquiátrica descrita com mais freqüência, podendo variar de 4 a 40%, está associada a vários fatores: impacto psicológico da descoberta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas e as complexas questões psicossociais envolvidas, pode estar diretamente relacionada com a invasão do sistema nervoso central pelo HIV, por infecções oportunistas ou por tumores intracranianos, a infecção, por atingir populações com maior incidência de quadros depressivos (homossexuais e usuários de drogas intravenosas), pode precipitar o quadro em indivíduos predispostos; pode existir uma associação, ao acaso, entre a infecção e a depressão, no contexto da soro positividade, o fenômeno da depressão possui características e implicações próprias por influenciar diretamente, dentre outros fatores, a adesão ao tratamento, muitos são os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, dentre os quais se podem destacar as questões relacionadas à saúde mental, há menor aderência de pessoas com quadros depressivos e ansiedade.

Segundo Santos at al (2016) Ainda nesse sentido, se afirma que um paciente deprimido tende a não aderir ao tratamento, a não tomar as medicações prescritas e a não acatar as orientações médicas, além do risco aumentado de suicídio e, no caso do soropositivo, a experimentar sentimentos de raiva, culpa, auto piedade e ansiedade, a baixa aderência aos anti-retrovirais pode repercutir negativamente em três dimensões: em relação ao paciente, uma vez que prejudica a resposta à terapêutica e, em conseqüência, à evolução clínica da doença; na equipe de saúde, pois interfere na avaliação dos resultados, gerando frustração e até diminuição do investimento da equipe no paciente, e no sistema de saúde, que pode levar o paciente a submeter-se a procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e de custos elevados, possui também o lado de ter que lidar com o estigma e o preconceito que permanecem associados ao HIV e à AIDS contribuem para o sofrimento ao receber esses diagnósticos e para a manutenção da notícia em segredo, compartilhar ou não informações e sentimentos relacionados ao diagnóstico, tratamento e prognóstico com outras pessoas é uma decisão que influencia as relações familiares, as relações sociais, a aderência ao tratamento e o autocuidado, e discute as diferenças entre estigmas visíveis e invisíveis e afirma que os estigmas invisíveis também são estressores, pois exigem a tomada de decisões sobre para quem revelar, geram ansiedade antecipatória sobre a possibilidade de ser descoberto, ser isolado e excluído.

Segundo Santos at al (2016) O apoio social, especialmente familiar, é associado à menor sofrimento psicológico, freqüência de sintomas psiquiátricos e índices de ansiedade e depressão e melhor qualidade de vida. Enquanto os pacientes passam pelo processo de aceitação do diagnóstico, o engajamento no tratamento sofre interferências desse processo, podendo afetar concepções e posições de seus familiares e, conseqüentemente, de sua rede de apoio.

Segundo Camargo at al (2014) O alto índice de morbidade e mortalidade torna a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), desde o aparecimento do primeiro caso no início da década de 1980, um urgente problema de saúde pública, e, desde então, diversos desafios vêm sendo colocados à humanidade. O perfil epidemiológico e as tendências iniciais de infecção e transmissão foram se modificando ao longo dos anos. A idéia da existência de grupos de risco específica deu lugar à idéia de comportamentos de risco (ex: sexo desprotegido) e, posteriormente, à de vulnerabilidade. A disseminação entre heterossexuais passa a ser evidente, e esta é hoje a subcategoria de exposição sexual com maior número de casos notificados.

Segundo Nogueira at al (2016) A AIDS tem se tornado objeto de interesse por parte de psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental essencialmente por duas razões: o tropismo do HIV pelo sistema nervoso central (SNC) e o impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da infecção nos indivíduos afetados, diante disso, desenvolveram- se duas grandes áreas de interesse, a primeira situa- se nos limites da psiquiatria e da neurologia e têm como foco de interesse as conseqüências clínicas da ação do HIV e de outras patologias associadas no cérebro, a segunda situa-se nos limites entre a psiquiatria, a psicologia e as ciências sociais e estudam as reações psicológicas, as complicações psiquiátricas da infecção e as repercussões sociais, o transtorno depressivo pode ser desencadeado devido à inexistência de cura para o HIV/AIDS, pelo sentimento de falta de controle sobre o futuro, pelos limites impostos pela doença, vivência ou medo de preconceito, autoculpabilização e recriminação por haver-se exposto ao vírus, sentimentos de culpa pela possibilidade de ter infectado alguém involuntariamente, além do preconceito e discriminação vivenciados em diferentes esferas da vida.

Segundo Nogueira at al Em função disso, muitas pessoas soropositivas adotam condutas de isolamento devido ao medo de rejeição, enfrentando dificuldades em iniciar novos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais, bem como de revelar o diagnóstico. Em conseqüência, muitos sofrem redução da autoestima, sentimentos de falta de pertencimento e perda da identidade psicológica e social, o que pode desencadear sofrimento psíquico e transtorno mental, como a depressão. Assim, acredita-se que o diagnóstico e o tratamento de sintomas depressivos em pessoas infectadas pelo HIV podem levar a uma maior adesão ao tratamento, melhora da qualidade de vida e adaptação.

Segundo Chachamovich (2009) A depressão muitas vezes pode levar ao suicídio que é uma das maiores causas de mortalidade ao redor do mundo, especialmente entre indivíduos jovens. Suicídio é considerado o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional, e decorrente da interação de diversos fatores. A associação entre psicopatologia e suicídio tem sido largamente estudada. Dentre os diagnósticos psiquiátricos associados a suicídio, depressão e AIDS se destacam sobremaneira. Tais achados parecem ser confirmados em diferentes desenhos metodológicos e em distintas populações, se tem que levar em conta de estar claro que doenças mentais representam tanto um fator de risco para contrair o vírus, como manifestações de sua infecção, muito do seu mecanismo de interação precisa ser esclarecido. Reconhecer a importância dessa relação e realizar estudos sobre este assunto pode melhorar o cuidado oferecido aos pacientes infectados e compreender melhor a fisiopatologia da relação entre HIV e doenças psiquiátricas.

Segundo Gonçalves et al (2011) Ainda que sejam comum os pacientes com HIV ou AIDS sentirem-se imundos, ou poluidores do ambiente, no momento da descoberta da doença, relacionando-a a morte social ou biológica. Ao descobrirem-se infectados, sentem-se avaliados pelo meio social e se autodenominaram diferentes dos demais, construindo, eles mesmos, a imagem de que seu corpo está contaminado, independente da maneira que se descobriu a doença, apresentam múltiplos sentimentos ao se depararem com o diagnóstico positivo para o HIV, variando da calma/indiferença por já esperarem o resultado positivo, ao desejo de suicídio. Através deste relato, percebe-se que o diagnóstico pode modificar não só a vida do sujeito, como também a percepção que ele tinha de si. O fato de ser portador do vírus faz com que ele passe a enxergar apenas a doença, e desta forma, reduzindo-se somente ao vírus que porta, não se importando mais com os aspectos que constituem sua essência.

Segundo Gonçalves et al O impacto da notícia do diagnóstico positivo é tão intenso para alguns, que a manifestação do desejo de morte se faz presente, o suporte social contribui muito para o enfrentamento do HIV, uma vez que ameniza conseqüências negativas de eventos estressores relacionados à infecção, a rede social de apoio do HIV positivo é importante para ele não se sentir sozinho no enfrentamento de uma doença com as peculiaridades do HIV, o suporte da família e amigos faz o portador do HIV conviver com a infecção com mais coragem e continuar sua vida portando uma doença crônica que exige cuidados como qualquer outra.

 Segundo Moreira et al (2012) Confirmou em seus estudos que alguns pacientes depois de receberem o diagnostico ainda associam o HIV à morte. Muitos deles tiveram uma visão de destruição, negação, ou indiferença, sendo que (na maioria das vezes) a própria população tem uma visão muito pesada em relação a esses pacientes, fazendo com que eles se isolem da sociedade. O perfil de tristeza e morte é freqüentemente representado no momento do diagnóstico, no qual o indivíduo se depara com o confronto entre viver e a morrer, uma realidade não concreta, gerando assim, bastante sofrimento. Desta forma, buscar informações sobre o HIV logo após o diagnóstico pode representar uma maior expectativa de vida para o paciente, diminuindo seu sofrimento e melhorando a compreensão de suas habilidades, atuando no auto cuidado de forma consciente.

Segundo Silva at al (2015 A família é definida como um grupo formado por pessoas unidas por laços afetivos, consangüíneos ou não, inseridas em um contexto social e temporal, a rede familiar tem participação decisiva no cuidado à saúde do membro infectado pelo HIV/AIDS, particularmente na adesão à terapia antiretroviral, que exige mudanças na rotina e nos hábitos de todos os envolvidos. A família deve afetar positivamente a autoestima, a autoconfiança e a autoimagem do indivíduo soropositivo e isso traz benefícios para o tratamento, fortalecendo o sujeito e preparando-o para dar continuidade a sua vida, já que ser portador do HIV não é motivo para aposentadoria, trancamento de matrícula de estudo, abandono de atividades sociais ou outras, o parente ou cuidador é a pessoa a quem o paciente recorre, a família é uma fonte de ajuda para o indivíduo com AIDS, contribuindo para o equilíbrio físico e mental do mesmo.

Segundo Silva at al (2015) Entretanto, os significados que a cultura atribui à doença podem afetar os comportamentos da família, com relação ao indivíduo com AIDS, passando a discriminá-lo e a excluí-lo do grupo familiar, neste sentido, considera-se que olhar apenas para o indivíduo que está doente é deixar de perceber a totalidade da família, é, desse modo, afunilar o cuidado e esquecer que a vivência de cada familiar, também sujeito da história, é singular e única, com possibilidades e limites para enfrentar uma situação de doença no seu seio, a mãe, a esposa e o filho sentem-se responsáveis pelos cuidados, com destaque para as mães, cuidadoras mais presentes correspondendo ao histórico papel feminino de cuidadora familiar na nossa sociedade.

Segundo Silva at al (2015) As repercussões sobre todos os envolvidos geram, tanto na família como no paciente, reações de adaptação e também mudam o seu relacionamento entre si e com a sociedade, a negação e a sublimação são apontados como mecanismos privilegiados pelo doente e familiares para reagir às ameaças oriundas de situações reais e imaginárias, o temor do julgamento social e o medo da discriminação silenciam a família que mantém a doença em segredo para proteger-se, por conta desse silêncio, os cuidadores se sentem solitários, pois não recebem apoio de vizinhos e amigos, arcando com todas as responsabilidades, no curso do adoecimento pode haver instabilidade emocional, assim como sensação de perda e sofrimento pela expectativa de vida curta do paciente e da complexidade do tratamento, além das dificuldades de lidar com o surgimento da sintomatologia e de enfrentar a agressividade do paciente, familiares encontram limitações e/ou dificuldades no cuidado e na convivência com quem adoeceu e, portanto, os profissionais de saúde devem cuidar tanto da pessoa que vive com HIV, pois quando cuidados é uma ótima fonte de apoio ofertada ao familiar portador de HIV/AIDS, os amigos, vizinhos, parentes próximos possuem diversas maneiras de ajuda (financeira, carinho, afeto, solicitude entre outras), enfim conviver e viver sendo soropositivo é uma desafio enorme como vimos acima, mas com a união do governo, família e principalmente a vontade de lutar e viver do paciente se é possível vencer essa batalha.

**5 - METODOLOGIA**

**5.1-Definição do tipo de estudo**

Para entender o processo das pessoas que se encontram com depressão e como elas se sentem ao descobrirem estarem com o vírus HIV ou AIDS, o motivo de suicídio e os principais fatores que levam essas pessoas a tirarem sua própria vida realizaremos uma pesquisa quanto aos procedimentos técnicos bibliográfica, com base em seus objetivos descritiva, e qualitativa para aprofundar aspectos e compreender possíveis razões para atitudes, crenças, comportamento.

Segundo Gil (2012) As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico que Segundo Gil (2012) desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas.

E quanto a seu tipo será qualitativa, Segundo Deslandes et al. (1994), foca em uma realidade que não se pode quantificar, devido às questões particulares que trabalham com significados, crenças e valores e segundo Minayo (2007) o estudo qualitativo se aplica às interpretações que os humanos fazem, pensam, sentem e da forma como vivem, possibilitando assim, o estudo de processos sociais ainda pouco conhecidos ligados diretamente à grupos específicos. Além disso, este tipo de estudo permite durante a investigação, a construção de novos conceitos e categorias bem como a revisão e criação de abordagens e novas hipóteses.

**5.1- Descrição da Amostra**

A amostra da pesquisa será retirada de livros do acervo da biblioteca da ULBRA, artigos científicos dos sites Scielo, Pepsic, Google Acadêmico, teses, monografias e dissertações encontradas nessas bases de dados, as palavras chaves utilizadas são: depressão, HIV/AIDS, fatores para querer morrer, suicídio, luto e apoio familiar, colocou-se como critério de exclusão artigos que tenham mais de dez anos de publicação, exceção os clássicos que se inclui pela relevância do conteúdo.

 **5.2 - Análise de dados**

No primeiro momento serão feitas leituras detalhadas de todo material encontrado para ser definido o que realmente será considerado para responder os objetivos da pesquisa.

No segundo momento separaremos o material por assuntos, categorias que respondam aos meus objetivos levantados na pesquisa e analisá-los a partir do referencial teórico escolhido.

**6 - Referências Bibliográficas**

## *1-Scielo de LCO Moreira 2015 “Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência” revisão de literatura Lenice Carrilho de Oliveira Moreira Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande – MS Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande – MS*

## *2-Pepsic - BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da Depressão e o suícido. Rev. SBPH,  Rio de Janeiro ,  v. 14, n. 1, p. 233-243, jun.  2011.*

## *3-TUONO, Vanessa Luiza et al . Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. Epidemiol. Serv. Saúde,  Brasília ,  v. 16, n. 2, p. 85-92,  jun.  2007*

## *4-SCIELO, COSER, O. Depressão: clínica, crítica e ética [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 170 p. Coleção Loucura & Civilização. ISBN: 85-7541-030-X. Available from SciELO Books*

## *5-SCIELO,* *ALVES, PC., and RABELO, MC. orgs. Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. 248 p. ISBN 85-7316-151-5*

## *6-Google Academico*, *Vol.19,n.1,pp.29-34 (Jun - Ago 2017) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at http://www.mastereditora.com.br/bjscr A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE HIV/ AIDs*

## *7-Google Academico,* *Rev. esc. enferm. USP vol.42 no.1 São Paulo Mar. 2008 /Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE*

8 -MALBERGIER, André; SCHOFFEL, Adriana C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV.**Rev. Bras. Psiquiatr.**,  São Paulo ,  v. 23, n. 3, p. 160-167,  set.  2001 .   Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1516-44462001000300009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  13  maio  2020.  <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000300009>.

9- REMOR, Eduardo Augusto. Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental.**Psicol. Reflex. Crit.**,  Porto Alegre ,  v. 12, n. 1, p. 89-106,    1999 .   Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-79721999000100006&lng=en&nrm=iso>. access on  13  May  2020.  <https://doi.org/10.1590/S0102-79721999000100006>.

10-BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suícido.**Rev. SBPH**,  Rio de Janeiro ,  v. 14, n. 1, p. 233-243, jun.  2011 .   Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  13  maio  2020.<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01109.pdf>

11-ASTOLFO, Susi; KEHRIG, Ruth Terezinha; OLIVEIRA, Lígia Regina de. Disponibilidade de recursos dos serviços ambulatoriais do Sistema Único de Saúde destinados a pessoas vivendo com HIV em Mato Grosso, 2016.**Epidemiol. Serv. Saúde**,  Brasília ,  v. 27, n. 3,  e2017406,  set.  2018 .   Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1679-49742018000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  13  maio  2020.  Epub 03-Out-2018.  <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300001>.

12-ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea.**Aletheia**,  Canoas ,  n. 24, p. 127-135, dez.  2006 .   Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  22  maio  2020.

13-TAVARES, LAT. A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p. ISBN 978-85-7983-113-3. Available from SciELO Books .

14-SOARES, Giovana Bacilieri; CAPONI, Sandra. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida.**Interface (Botucatu)**,  Botucatu ,  v. 15, n. 37, p. 437-446,  June  2011 .   Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1414-32832011000200009&lng=en&nrm=iso>. access on  22  May  2020.  Epub Mar 18, 2011.  <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000006>.

15-LINS, Samuel Lincoln Bezerra. Psicose: diagnóstico, conceitos e reforma psiquiátrica.**Mental**,  Barbacena ,  v. 5, n. 8, p. 39-52, jun.  2007 .   Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1679-44272007000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  22  maio  2020.

16-GARCIA, Aline et al . A depressão e o processo de envelhecimento.**Ciênc. cogn.**,  Rio de Janeiro ,  v. 7, n. 1, p. 111-121, mar.  2006 .   Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S180658212006000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  22  maio  2020.

17-SANTIAGO, Anielli; HOLANDA, Adriano Furtado. Fenomenologia da depressão: uma análise da produção acadêmica brasileira.**Rev. abordagem gestalt.**,  Goiânia ,  v. 19, n. 1, p. 38-50, jul.  2013 .   Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S180968672013000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  22  maio  2020.

18-CASTANHA, Alessandra Ramos et al . Repercussões psicossociais da depressão no contexto da Aids.**Psicol. cienc. prof.**,  Brasília ,  v. 26, n. 1, p. 70-81,    2006 .   Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1414-98932006000100007&lng=en&nrm=iso>. access on  23  May  2020.  <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000100007>.

19-CHACHAMOVICH, Eduardo et al . Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?.**Rev. Bras. Psiquiatr.**,  São Paulo ,  v. 31, supl. 1, p. S18-S25,  May  2009 .   Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en&nrm=iso>. access on  23  May  2020.  <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>.

20-NOGUEIRA, Graziela Sousa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/Aids.**Temas psicol.**,  Ribeirão Preto ,  v. 24, n. 2, p. 595-608, jun.  2016 .   Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-389X2016000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  23  maio  2020.  <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-12>.

21-CAMARGO, Luiza Azem; CAPITAO, Cláudio Garcia; FILIPE, Elvira Maria Ventura. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids.**Psico-USF**,  Itatiba ,  v. 19, n. 2, p. 221-232,  Aug.  2014 .   Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-82712014000200005&lng=en&nrm=iso>. access on  23  May  2020.  <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019002013>.

22-SANTOS, Walberto Silva dos et al . The influence of risk or protective factors for suicide ideation.**Psic., Saúde & Doenças**,  Lisboa ,  v. 17, n. 3, p. 515-526,  dez.  2016 .   Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1645-00862016000300016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  23  maio  2020.  <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170316>.

23-SILVA, Leonara Maria Souza da; TAVARES, Jeane Saskya Campos. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira.**Ciênc. saúde coletiva**,  Rio de Janeiro ,  v. 20, n. 4, p. 1109-1118,  Apr.  2015 .   Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232015000401109&lng=en&nrm=iso>. access on  24  May  2020.  http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.17932013.