

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

CARINE NALDI SAWTSCHENKO

**EFICÁCIA ADAPTATIVA E SITUAÇÕES DE CRISE EM PORTADORES DO
VÍRUS HIV – IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA / AIDS.**

São Bernardo do Campo

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CARINE NALDI SAWTSCHENKO

**EFICÁCIA ADAPTATIVA E SITUAÇÕES DE CRISE EM PORTADORES DO
VÍRUS HIV – IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA / AIDS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Psicologia da Saúde – da Universidade Metodista de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Maria Geralda Viana Heleno.

São Bernardo do Campo

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Sa96e	<p>Sawtschenko, Carine Naldi</p> <p>Eficácia adaptativa e situações de crise em portadores do vírus HIV – Imunodeficiência Humana / AIDS / Carine Naldi Sawtschenko. 2009. 80 f.</p> <p>Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde) –Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008. Orientação de: Maria Geralda Viana Heleno</p> <p>1. Psicologia da saúde 2. HIV 3. Eficácia adaptativa 4. Situações de crise I. Título</p> <p style="text-align: right;">CDD 157.9</p>
-------	--

CARINE NALDI SAWTSCHENKO

**EFICÁCIA ADAPTATIVA E SITUAÇÕES DE CRISE EM PORTADORES DO
VÍRUS HIV – IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA / AIDS.**

Banca Examinadora

Presidente: Prof^ª. Dr^ª. Maria Geralda Viana Heleno: _____

Titular (UMESP) Prof. Dr. Renato Teodoro Ramos: _____

Titular (UNISAL) Prof. Dr. André Luiz Moraes Ramos: _____

Dissertação aprovada em: ____ / ____ / ____

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde
São Bernardo do Campo
2009

Com orgulho e admiração, dedico este trabalho aos meus familiares, agradecendo simplesmente por fazerem parte da minha vida! Meus queridos pais, Vitor, Marcia; Kelly, irmã amada; e Tita, minha avó querida.

Ao exemplo de vida e dignidade, meu avô Gregório Sawtschenko.

Ao meu amigo Carlos.

Agradeço à Deus por ter me dado forças para enfrentar tamanho desafio em minha vida. Por ter feito com que eu acreditasse em meu potencial e me proporcionado essa grande conquista.

Aos entes de luz que me acompanharam e me protegeram.

Ao “sempre mestre” e amigo Prof. Dr. André Luiz Moraes Ramos por ter me acompanhado desde o início de minha formação e do mestrado.

Aos usuários do Programa Municipal DST/AIDS de Aparecida – SP por terem compartilhado comigo suas experiências que me fortaleceram enquanto ser humano e me mostraram o significado da vida, meus sinceros agradecimentos.

Às crianças, funcionárias e direção do Centro Educacional Creche Criança Feliz, especialmente à amiga Ir. Cristina, mulher migrante e corajosa, por dividir comigo as dificuldades e me acolhido nos momentos difíceis.

Ao amigo Carlos, por ter colaborado efetivamente para a realização desse projeto de vida e ter me mostrado o quanto é possível encontrar pessoas generosas e homens honestos, muito obrigada!

Minha família: Mãe, Tita e minha irmã Kelly, por ter enxugado, mesmo que distante, minhas lágrimas no primeiro dia de aula do mestrado e por acreditar em mim, por fazer parte da minha vida, obrigada!

Bruno, por você ter dividido comigo as dores e alegrias do mestrado! Por entender minha falta de paciência e por ter estado ao meu lado com carinho e admiração, obrigada meu amor por sua presença!

Às todas as pessoas amigas, (que por cuidado, não irei citar nomes com receio de cometer a ingratidão de esquecer de alguém), que torceram por mim e vibraram por minha conquista!

A todas essas pessoas, meus sinceros agradecimentos e consideração, por terem acreditado em minha humildade e apostado em minha capacidade para realização de tal projeto.

Já com a sensação de dever cumprido, pensando nas pessoas que colaboraram com esse trabalho, procurando algo poético que pudesse dizer por mim, resolvi utilizar minhas palavras, já que esse é um conjunto delas. Então senti que deveria escrever sobre minha caminhada com esses “pacientes”, que de “pacientes” nada têm! Só são portadores de algo que os incomoda.

O início dessa caminhada se deu sem muito pensar, quando foi necessário escolher um tema de pesquisa na época de minha formação, há oito anos atrás ... escolha guiada pela intuição, algo que transcendia um motivo real, prático; só depois fui identificando minhas afinidades com o tema, depois que fui vivenciando as dores das pessoas que com muita dificuldade, dividiam sua vida comigo, relatavam coisas que faziam com que eu saísse de um casulo protegido, (que nunca foi) e entendesse que minhas dores eram pequenas diante de tanta outras.

Transitei, circulei, sempre com essas pessoas em minha mente e no trabalho, até que passei à conviver com elas novamente e mais uma vez, aprender. Portanto, sinto que devo agradecer à elas, às suas experiências e pedir à Deus que sempre às proteja, dando forças para que possam enfrentar as agruras de uma sociedade preconceituosa, que discrimina e sub-julga!

Aos portadores do vírus HIV, as meninas ingênuas - crianças desprotegidas, os homossexuais, as esposas fiéis, os homens aventureiros, muito obrigada por suas vidas!!

Carine Naldi Sawtschenko

Sawtschenko, C N. *Eficácia adaptativa e situações de crise em portadores do vírus HIV – Imunodeficiência Humana / AIDS*. 2009. 80f. Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia. Universidade Metodista de São Paulo. 2009.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi investigar a eficácia adaptativa e situações de crise de indivíduos portadores do vírus HIV do Programa Municipal DST/AIDS de Aparecida – SP. O instrumento utilizado foi a Entrevista Clínica Preventiva - EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). Participaram do estudo 5 homens e 5 mulheres que freqüentavam o serviço de saúde. Os resultados do trabalho revelaram que ser portador de uma doença crônica carregada de estigmas como a AIDS é um fator desestruturante para o diagnóstico. Foi percebida na população estudada o comprometimento dos setores afetivo-relacional e produtividade, seguido do sócio-cultural. Foram observados alguns aspectos importantes como: a crise do impacto diagnóstico como sendo algo marcante em todos os participantes, bem como o uso de drogas, comportamentos vulneráveis que possivelmente levaram à infecção pelo vírus HIV, dificuldades de resolução de conflitos e nas relações interpessoais, perdas vivenciadas durante toda a vida e também no decorrer da infecção e o fenômeno da feminização do vírus HIV através das mulheres entrevistadas, que foram infectadas por seus parceiros sexuais estáveis. No setor orgânico de funcionamento, a população estudada mostrou adesão ao tratamento. A maioria da população estudada foi diagnosticada com adaptação ineficaz severa. Este estudo trouxe questionamentos importantes sobre a maneira com a qual o indivíduo portador do vírus HIV mantém seu equilíbrio psíquico e suas relações com o trabalho que executa, chamando atenção para a necessidade de outros estudos que contemplem diferentes instrumentos para a compreensão do tema.

Palavras-chave: HIV/AIDS; eficácia adaptativa; situações de crise.

Sawtschenko, C N. Adaptive efficiency and situations of crisis of people infected with HIV — human imunodeficiency / AIDS. 2009. 80f. Dissertation (master's degree in Psychology of the Health) — Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia. Universidade Metodista de São Paulo. 2009.

ABSTRACT

The purpose of this research is to investigate the adaptive efficiency and crisis circumstances of HIV infected people who participated on the DST/Aids Local Program in Aparecida City – SP. The instrument applied was the Preventive Clinical Interview - EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (Operable Adaptive Diagnostic Rate). The research is based on the observation of 5 men and 5 women HIV infected who are supported by the Community Health Service. Results showed that negative stigmas of diseases like Aids, have strong influence on the final diagnosis. It showed that affection and relationships, as well as productivity are seriously harmed, followed by the social and cultural aspects.

Some important aspects had been observed, like the crisis resulting of the diagnostic impact, as well as the use of drugs, vulnerable behaviors that possibly led to the HIV contamination, difficulties in conflict solving and interpersonal relationships, losses deeply experienced in lifetime, and the feminization phenomenon of HIV disease (women infected by their steady sexual partners). In the organic sector of functioning, the population group studied showed interest by the treatment most of them were diagnosed with a severe ineffective adaptation. This study come with important inquiries about the manner HIV infected individuals keep their psychic balance and the relationship with their jobs, calling researchers' attention to the need of forward studies that contemplate different instruments for the best understanding of this subject.

Keywords: HIV/AIDS; adaptive efficiency; situations of crisis.

LISTA DE QUADROS

QUADRO	PÁGINA
Quadro I - Redefinição da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada. Classificação quantitativa.....	18
Quadro II – Esquema para avaliação das crises	30
Quadro III - Distribuição da amostra por nome, idade e tempo de infecção pelo vírus HIV	32
Quadro IV: Diagnóstico Adaptativo e situações de crise dos participantes	35
Quando V: Diagnóstico dos setores de funcionamento e soma dos fatores positivos e negativos, internos e externos	36

LISTA DE FIGURAS

FIGURA

PÁGINA

Figura I – Correlação dos diferenciais dos fatores internos xx' (constitucionais) e fatores externos yy' (ambientais)	23
--	----

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	01
1.1 – AIDS.....	02
1.2 – ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA AIDS	03
1.3 – ASPECTOS EMOCIONAIS E AIDS	05
1.4 – ADESÃO AO TRATAMENTO E AIDS	12
1.5 – ADAPTAÇÃO E EFICÁCIA ADAPTATIVA	15
1.6 – CRISE	23
2 – OBJETIVOS.....	31
3 – MÉTODO	32
3.1 – PARTICIPANTES	32
3.2 – LOCAL	33
3.3 – INSTRUMENTO	33
3.4 – PROCEDIMENTO	33
3.5 – TRATAMENTO DOS DADOS	33
3.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34
4 – DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	35
5 – DISCUSSÃO	65
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
7 – REFERÊNCIAS	73
ANEXO I	80

1 - INTRODUÇÃO

Nos anos setenta, iniciou-se um período similar aos séculos XIV e XV quando morriam de sífilis milhares de pessoas. Uma doença, até então não relatada, começou a preocupar as autoridades norte-americanas. Essa doença, que tinha como característica o não funcionamento do sistema de defesa do organismo, atingia jovens homossexuais que residiam mais precisamente na cidade de São Francisco e Nova York, antes saudáveis e com grande atividade sexual. (NETO, s.d.)

Em 1981, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos alertou a comunidade médica para a situação até então sem precedentes. Logo se certificou que esses homossexuais estavam com deficiência imunológica, que foi denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Síndrome porque é o conjunto de sintomas que caracterizam uma doença; imunodeficiência trata da inabilidade do sistema de defesa em se proteger dos vírus, e bactérias e adquirida por não ser congênita. Esses jovens homossexuais apresentavam candidíase oral e invasiva, Pneumonia por *P. carinii* e o Sarcoma de Kaposi, que se apresentavam agressivamente, inclusive nos órgãos internos. Além desses sintomas ou doenças, apresentavam perda de peso, diarreia crônica, febre prolongada e uma grande “diversidade de intercorrências infecciosas”. Este era o quadro clínico da AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 e NETO, s.d.).

O agente etiológico do vírus HIV foi descoberto por Luc Montagnier em 1983 como sendo um retrovírus. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

Atualmente, após vasta pesquisa, acredita-se que a origem dessa retrovírose humana seja o Vírus da Imunodeficiência Símios (SIV) encontrado em primatas não-humanos no continente africano. A similaridade do SIV presente em uma espécie de chimpanzés africanos denominados “macaco cinza” comuns na África Subsaariana, aproxima-se em 98% do HIV, sugerindo a origem desses, devido à proximidade de ambos. Leva-se em conta também os estudos realizados na África com amostras de soro armazenadas desde as décadas de 50 e 60 que comprovam hipótese da origem do HIV. (CHARBONEU, 1987; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

No início da epidemia, os registros dos casos de AIDS estavam nos grupos de homossexuais masculinos, que em breve tempo passou contar com outros grupos como usuários de drogas injetáveis (UDI), receptores de sangue, heterossexuais de ambos os sexos e crianças, instalando com isso um quadro epidemiológico agravante que se expandiu por todo o mundo, fazendo da infecção pelo vírus HIV uma pandemia que, atualmente, acomete milhões de pessoas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

Embora a prescrição da chamada Terapia Anti-retroviral de Alta Potência (HAART), a partir de 1996, tenha causado um impacto na redução da incidência das doenças oportunistas e no registro da mortalidade por HIV/AIDS, a infecção pelo vírus ainda é considerada uma questão de saúde pública, devido ao crescente número de pessoas contaminadas mundialmente.

O fato de a AIDS ser uma doença incurável faz com que gastos econômicos para o tratamento e a prevenção da síndrome aumentem e cada vez mais exija políticas públicas mais eficientes voltadas às pesquisas que abordam o assunto. (REIS; SANTOS; CRUZ, 2007 e HELENO E SANTOS, 2004). Outro fator importante para o qual se deve chamar atenção é a cronicidade da síndrome. A AIDS acomete o sistema de defesa causando uma imunidade ineficiente e deixando o portador vulnerável às chamadas doenças oportunistas que, segundo Ministério da Saúde (2000), são as causas dos óbitos dos portadores.

O presente estudo irá trazer uma breve reflexão sobre a questão epidemiológica da AIDS na primeira sessão do trabalho. No segundo subtítulo serão abordados os aspectos emocionais do portador do vírus HIV. O terceiro subtítulo irá contemplar os aspectos emocionais do indivíduo portador, seguido do quarto subtítulo que irá abordar a adesão desses ao tratamento. O quinto subtítulo irá trazer uma breve explanação sobre a teoria da adaptação e ao conceito de eficácia adaptativa, seguido do sexto subtítulo que trará uma reflexão sobre a crise. As últimas sessões dessa reflexão irão trazer os objetivos da pesquisa, bem como os resultados e a discussão.

1.1 – AIDS

O vírus HIV é definido como sendo um retrovírus citopático e não-oncogênico com genoma RNA. Sua replicação é feita através de uma enzima chamada transcriptase reversa que irá permitir a transcrição do RNA viral para uma cópia de DNA. Estando no hospedeiro, ela infecta as células derivadas da medula óssea e linfócitos, são os

linfócitos T, com os marcadores CD4, os receptores da infecção intracelular. As moléculas CD4 vão diminuindo com o avanço da síndrome e diminuindo os linfócitos T CD4. A infecção aguda pelo vírus HIV pode permanecer em estado de latência por longos anos, evoluindo para o quadro de AIDS e surgimento das doenças oportunistas. (SILVA FILHO E SOUZA, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)

A avaliação da condição imunológica e virológica do portador do vírus HIV são feitas através de exames laboratoriais realizados periodicamente para a contagem dos linfócitos T pelos seus marcadores CD4 e CD8 e o número de cópias de carga viral. (FILHO E SOUZA, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)

Para identificarmos os casos de AIDS utilizam-se a contagem dos linfócitos T – CD4 + CD8 inferior a 200 células/mm³ através de exames laboratoriais ou na presença de doenças definidoras de AIDS como candidíase de traquéia, brônquios ou pulmões; citomegalovirose em local que não o olho, e além do fígado, baço ou linfonodos; criptococose extrapulmonar; linfoma primário do cérebro, dentre outras doenças. (SILVA FILHO E SOUZA, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998;)

A transmissão do vírus HIV se dá: pela troca de secreções sexuais, masculinas e femininas; pelo sangue contaminado; agulhas contaminadas, como nos casos de usuários de droga injetável; através da placenta, no parto e através do leite materno. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

1.2 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA AIDS

Segundo dados da UNAIDS (2007 e 2008) e Organização Mundial de Saúde (2006), o número de pessoas convivendo com o HIV no mundo ultrapassa os 40 milhões; tendo a África Subsaariana o maior índice desde o início da epidemia, somando um total de mais de 27 milhões de pessoas contaminadas e concentrando mais da metade dos portadores do vírus (64%), seguindo uma tendência global com relação ao registro dos casos. Na Ásia o número de pessoas infectadas pelo vírus alcança 8,3 milhões de pessoas, sendo mais de dois terços registrados na Índia: 5,2 milhões de pessoas. A China conta com aproximadamente 650 mil pessoas infectadas pelo vírus HIV, sendo 44% deles usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo.

Na Oceania, Canadá, Oriente Médio e Cuba, os índices dos casos de AIDS são relativamente baixos, ressaltando no último os programas de prevenção a doença,

especialmente da transmissão vertical (tendo um número menor de 100 bebês infectados pelo vírus), e o acesso ao tratamento com os Anti-Retrovirais.

No Leste Europeu e na Ásia Central, o quadro é de crescente expansão, sendo que a maioria dos casos infectados nessa região está na Rússia e Ucrânia; esse índice na Rússia refere-se em sua maioria ao sistema prisional onde a taxa de prevalência do HIV é quatro vezes maior que a registrada na sociedade como um todo. Lembrando que a taxa de *incidência* refere-se à proporção do número anual de novas infecções com relação ao número já registrado anteriormente; e a taxa de *prevalência* é a proporção de portadores em relação à população total.

A Austrália conta com altos números de infecção do vírus desde 1990. No Caribe, a AIDS é a principal causa de morte entre adultos, contaminando cerca de vinte e sete mil vítimas em 2005, sendo que a propagação da epidemia acontece em um cenário de pobreza e extrema desigualdade de gênero.

Na América do Norte e na Europa Centro-Occidental o número de mortes por AIDS tem diminuído devido ao tratamento.

Na América Latina o número de infectados é aproximadamente dois milhões de pessoas. A epidemia concentra-se em países mais populosos como o Brasil, onde o registro é de 600 mil pessoas convivendo com o vírus HIV, porém os dados salientam que 81% da população infectada têm acesso ao tratamento Anti-Retroviral. No Brasil, os primeiros casos identificados da síndrome foram por volta de 1982 e o grupo etário era de 25 a 49 anos (UNAIDS, 2007 e 2008).

Um fato que chama atenção com relação aos dados epidemiológicos foi o aumento notório dos casos em mulheres. Segundo o Ministério da Saúde (2008), o número de mulheres infectadas pelo vírus HIV cresceu em 44% no período de 1995 a 2005; esse número adquire a proporção mundial de 50% e na África 60% das pessoas que convivem com o vírus HIV são mulheres. No início da epidemia o registro de casos de mulheres infectadas era de um para cada 26,5 de homens, atualmente essa comparação esta em 1,5 casos de homem para um de mulher, incidência alarmante. (COORDENADORIA ESTADUAL DA MULHER, 2008).

Tal fenômeno recebeu o nome de “feminização do vírus HIV” e se deve a vulnerabilidade da mulher nas relações de gênero. A ONU aponta a desigualdade de gênero e todas as formas de violência contra a mulher como fatores determinantes para esse fenômeno. Existem alguns fatores que facilitam a vulnerabilidade da mulher diante do vírus HIV como a desigualdade na relação de gênero, o menor poder da mulher em

negociar sobre o uso do preservativo nas relações sexuais, a violência doméstica contra mulheres, discriminação e preconceito racial e de etnia e a falta de percepção da mulher frente ao risco da infecção. (COORDENADORIA ESTADUAL DA MULHER, 2008; BASTOS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Estudos comprovam que a maioria das mulheres infectadas, teve pequeno número de parceiros sexuais caracterizando o crescente número entre mulheres infectadas através de parceiros estáveis. (PAIVA, LATTORE, GRAVATO, LACERDA, 2002).

1.3 – ASPECTOS EMOCIONAIS E AIDS

Passados os vinte anos da epidemia da AIDS, o preconceito social e o estigma criado em torno da síndrome são dificuldades que o portador enfrenta. Esse preconceito se deve ao fato de a AIDS ser uma doença incurável e transmissível e suas vias de transmissão serem através de comportamentos não aceitos socialmente: promiscuidade sexual e uso de drogas ilícitas. (ADÃO e CARACIOLO, 2007; ALMEIDA e LABRONICI, 2007).

Sentimentos como medo da morte e o luto vão surgindo desde o diagnóstico e acompanham o indivíduo durante toda a vida; discriminação pelo fato de a AIDS ser uma doença carregada de estigma; limitações e perdas decorrentes da doença são comuns aos indivíduos portadores. Além dos sentimentos de fuga e preconceito, o portador vivencia o isolamento, a negação da finitude e enfrenta a culpa e rejeição acompanhada da fantasia da proximidade da morte, devido à percepção da perda da saúde. (ALMEIDA e LABRONICI, 2007; CASTANHA, COUTINHO, SALDANHA, OLIVEIRA, 2006; GUIMARÃES E RAXACH, 2002; SILVA FILHO E SOUZA, 2004; OLIVEIRA, 2000).

Devido ao fato de a AIDS ser uma doença carregada de estigma, os portadores do vírus HIV acabam por guardar segredo sobre sua condição e manter sigilo sobre seu diagnóstico, levando ao afastamento das pessoas de seu convívio. Esse sentimento de medo do preconceito pode gerar um impacto nas relações sociais do indivíduo portador, desestruturando seus relacionamentos e a rede de suporte social, caracterizando perdas secundárias vivenciadas por essas pessoas, que irão comprometer a esfera afetiva, social, espiritual e profissional do portador (ADÃO e CARACIOLO, 2007;

CASTANHA, COUTINHO, SALDANHA, OLIVEIRA, 2006; SEIDL e TRÓCCOLI, 2006; SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

Souza (2008) descreveu detalhadamente as perdas vivenciadas pelo indivíduo portador da AIDS e as categorizou em subcategorias que seguem:

a) perda da imortalidade vivenciada através da entrega do resultado positivo para HIV, onde ele sente-se impactado com o diagnóstico. A morte que antes do resultado positivo para HIV era vista em um futuro distante, passa a fazer parte da vida do portador.

b) perda da identidade – segundo comenta Souza (2008) o indivíduo ao descobrir sua soropositividade, “sai de sua zona de conforto, passa de um mundo conhecido para um desconhecido” sendo obrigado a adaptar-se a um estilo de vida, repensar sua orientação sexual e sua perspectiva de vida. Dessa forma, com o tempo, passa a surgir uma nova identidade. O indivíduo assume tal identidade quando comunica sua soropositividade ao parceiro, amigos e familiares. Observam-se as perdas relacionadas à família; as perdas sociais com o afastamento das pessoas do convívio social por medo da discriminação e as perdas profissionais. A falta de garantia no emprego é comumente observada em indivíduos portadores do vírus. As pessoas que já estão empregadas sofrem preconceito devido a sua condição e acabam por abandonar o seu emprego.

c) perda da saúde, através do diagnóstico de AIDS, início do tratamento, desenvolvimento dos primeiros sintomas, alteração do estado clínico e marcadores laboratoriais, presença de infecções oportunistas;

d) perda da esperança – quando o portador vivencia a internação hospitalar ou agravamento do quadro geral.

Observaram também algumas perdas secundárias como a perda de familiares, afetivas, sexuais, sociais, profissionais, imagem corporal, auto-estima, independência e autonomia.

Após vivenciar tais perdas, Souza (2008) observou que o indivíduo perpassa o seguinte processo: identificação da perda; desorganização da vida; enfrentamento do luto; processo de elaboração do luto; adaptação à nova situação; e reorganização da vida.

Uma das dificuldades iniciais que o indivíduo portador do vírus enfrenta é o impacto do diagnóstico positivo para HIV no momento da entrega do resultado do

exame (ANDERSON e RUBIN, 1996, SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

O impacto do diagnóstico de uma doença crônica gera no paciente e na família sentimentos de perda significativa da sua função orgânica, vivenciando a sensação de finitude e a presença de morte iminente. À partir da situação de perda vivenciada, instala-se uma crise em que sentimentos de tristeza, raiva e culpa são frequentes. A crise por perda deve ser observada cuidadosamente para que não haja prejuízo na qualidade de vida do indivíduo. (ANDERSON e RUBIN, 1996; HELENO, 2008; SOUZA, 2008; SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

O impacto psicológico da AIDS é avaliado por alguns autores pelos eventos críticos que o portador do vírus HIV vivencia; sendo esses: o impacto do diagnóstico positivo para HIV; a comunicação do diagnóstico a um familiar ou parceiro; as dificuldades emocionais ou sociais enfrentadas; o início ou alteração da terapia Anti-Retroviral; a alteração dos marcadores laboratoriais – exame de contagem de CD4 e carga viral, a alteração da condição clínica, adoecimento e dificuldades emocionais diante da adesão à terapia Anti-Retroviral. (SANTOS, NASCIMENTO, FELIPE, 2000).

As relações interpessoais do indivíduo portador do vírus HIV normalmente são reformuladas devido a sua condição. No casamento a revelação do diagnóstico positivo para HIV pode gerar crises onde segredos até então ocultos como bissexualidade de um dos parceiros, traições, uso de drogas ilícitas são revelados e trazidos à tona para discussões. (WAGHABI, 2007)

Em um estudo realizado com indivíduos portadores do vírus HIV, foi possível observar que esses sujeitos elaboravam seus lutos e perdas “através de diferentes figuras de apego”, reorganizando suas vidas e atribuindo um novo significado a elas. (SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006, p. 72).

Em outro estudo realizado com mulheres com diagnóstico positivo para diabetes mostrou o impacto inicial do diagnóstico como sendo algo desestruturante, gerando sentimentos de raiva, tristeza e medo, aumentando a vulnerabilidade de estresse e depressão. Nessa fase da descoberta do diagnóstico, as mulheres queixavam-se de todos os procedimentos manifestando negação diante da doença e da sua condição, o que dificultaria a adesão ao tratamento e às orientações dos profissionais de saúde. Porém, com o passar do tempo, aceitaram sua condição como que num “conformismo”. Lembrando que um mecanismo muito utilizado por essas mulheres era a negação, total ou parcial da sua condição. (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008) Entende-se por

negação um mecanismo de defesa que o indivíduo utiliza para se proteger de conteúdos desagradáveis. (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

As mulheres acima estudadas utilizavam da negação porque a realidade da doença era algo muito difícil de enfrentar, e tal mecanismo foi necessário para que elas absorvessem o impacto emocional e elaborassem a experiência traumática de conviver com uma doença crônica, facilitando a adaptação dessas mulheres. (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Segundo Kübler-Ross (1977) são estabelecidos cinco estágios para descrever tais sentimentos: primeiro estágio é denominado “negação e isolamento”; seguido do segundo, “ira”; “barganha” o terceiro; depressão como sendo o quarto estágio e “aceitação” o quinto e último estágio.

Kübler-Ross (1977) comenta ser muito comum à reação de “choque e descrença” de pacientes diante de notícias sobre doenças fatais, sendo que esses usam da negação para se “defender” psiquicamente desse conflito; esse é o primeiro estágio descrito pela autora para abordar as atitudes de pacientes portadores de doenças crônicas.

A postura de “negação e isolamento” que dá o nome ao primeiro estágio é utilizado por quase todos os pacientes e frases do tipo: “Não, não eu, não pode ser verdade” são comuns (Kübler-Ross, 1997, p. 35) Como o próprio nome diz, nesse estágio os pacientes costumam negar o diagnóstico adotando uma postura de não acreditar nos resultados de exames laboratoriais, na avaliação médica e noutros indicadores do diagnóstico.

No segundo estágio denominado por Kübler-Ross (1977) como “ira”, a negação cede espaço a sentimentos de ira, revolta inveja e ressentimento direcionados, sem fundamento, à todas as relações interpessoais estabelecidas pelo indivíduo doente. Nesse estágio de enfrentamento da doença crônica, são comuns comportamentos hostis por parte do indivíduo doente à pessoas do seu convívio sem motivo aparente. (Kübler-Ross, 1977)

Denominado “barganha”, o terceiro estágio caracteriza-se como sendo uma “negociação” por parte do indivíduo portador de uma doença crônica. São feitos pequenos contratos, consciente ou inconsciente ao longo da doença, como se faziam quando criança, que geralmente não são cumpridos. Kübler-Ross (1977) comenta que a maioria das barganhas, esses pequenos contratos, são feitas com Deus e adota-se uma

postura diferente diante da vida: “em troca de um pouco mais de tempo para viver”. (p.62)

Não podendo mais negar a doença, os sentimentos de ira e fúria cedem espaço a um grande vazio ou perda, simbolizados pelas constantes perdas vivenciadas com os procedimentos médicos e com a vida do indivíduo que é alterada, caracterizando o quarto estágio de enfrentamento da doença. Tais perdas comuns nas doenças crônicas exigem do indivíduo muitas mudanças que vão desde a organização financeira até a reestrutura nas relações interpessoais. Outro tipo de depressão que acomete indivíduos portadores de doença crônica é a depressão causada pelas possíveis perdas iminentes e não aquelas perdas que o indivíduo já vivenciou.

No último estágio denominado por Kübler-Ross como “aceitação” acontece uma “fuga dos sentimentos”. (p. 79) O indivíduo lida com seus sentimentos como se não mais sentisse dor, e todos os sofrimentos fossem superados. Esse estágio não deve ser confundido com “estágio feliz”.

Kübler-Ross (1977) caracteriza esses estágios de forma didática para trabalhar e entender os sentimentos, porém, esses podem acontecer em paralelo ou em superposição, ressaltando também que a família do indivíduo vivencia todos esses estágios e a esperança é um sentimento presente.

Além da teoria apresentada por Kübler-Ross (1977), alguns estudos com indivíduos portadores de doenças crônicas apontam que esses sofrem uma transformação da vida, vivenciam limitações e alterações na rotina diária como medicação e exames laboratoriais, fatores negativos que interferem na qualidade da adaptação do indivíduo. As perdas reais ou fantasiosas vividas devido às complicações da doença também alteram a adaptação e irão influenciar na qualidade da adesão do tratamento. (ANDERSON E RUBIN, 1996)

A qualidade de vida do indivíduo portador de uma doença crônica irá depender dos seus aspectos psicológicos e da maneira que ele lida com a sua disfunção e conseqüências desses. (MODESTO, 2007).

Estudos feitos com indivíduos portadores do vírus HIV confirmam as dificuldades que esses enfrentam nos vários setores de funcionamento. Um estudo realizado por Heleno e Souza (2004), para avaliar a eficácia adaptativa de indivíduos portadores do vírus HIV registrou o maior índice de dificuldade no setor orgânico do funcionamento, devido à maneira que tais indivíduos lidam com o fato de serem

portadores do vírus, apresentando dentre outros, dificuldade na adesão ao tratamento com os medicamentos Anti-Retrovirais.

Ainda no estudo mencionado acima, pôde-se observar um número considerável de sujeitos que apresentaram conflitos sexuais relacionados à inexistência de relacionamentos estáveis. Naquela população estudada, observou-se a frequência de conflitos nas histórias familiares com dificuldade de inserção no núcleo familiar, bem como na sociedade. (HELENO E SANTOS, 2004)

Heleno e Santos (2004) concluíram que havia a possibilidade de aquela população estudada já estar apresentando respostas pouco e/ou pouquíssimo adequadas antes do diagnóstico positivo para HIV, comportamentos que poderiam ter influenciado na infecção do vírus. Os autores acreditam que tal padrão de respostas podem estar relacionados à pulsão de morte, pois, suas vidas estavam “vinculadas à comportamentos autodestrutivos e em alguns casos a agressões para o exterior”. (p. 91)

Freud (1981) denominou pulsão de morte como sendo a pulsão que leva o indivíduo a um estado inorgânico, um estágio anterior à vida, que é induzido através do instinto de destruição. A característica marcante da pulsão de morte é a repetição, essencialmente conservadora no sentido de restabelecer um estado sem tensão. A repetição é um processo inconsciente no qual o indivíduo se coloca repetindo experiências penosas.

Manoni (1992) comenta que as pessoas que agem guiadas pela pulsão de morte são aquelas nas qual a vida sempre estará em um contexto de risco e aventura, muitas vezes demonstrando atração pelo perigo.

Em um estudo realizado por Freitas e Rodrigues (2000) com mulheres portadoras do vírus HIV, constatou-se que elas interromperam as atividades sexuais e encontravam enfrentamento negativo e não estavam adaptadas sexualmente, ficando com isso evidente as mudanças das atividades sexuais, emocionais e sociais dessa população e seu total isolamento social.

Paiva et al (2002) relata em seu estudo sobre sexualidade que as relações sexuais do indivíduo sofreram modificações, vinte e oito por cento dessas mulheres relatou que a relação sexual ficou diferente e vinte e seis por cento, que piorou; dezesseis por cento dessas mulheres estudadas, relatou que a após o diagnóstico, parou de fazer sexo.

Com o acesso universal à medicação Anti-Retroviral e o notável impacto da supressão do vírus, o portador começou a enfrentar alguns inconvenientes com a

medicação e seus efeitos colaterais, que alteram o comportamento e afetividade do portador. (CARACIOLO, 2007)

Lembrando que o uso da medicação Anti-Retroviral pode ser interpretado pelo portador como um “marcador da perda da saúde e da onipotência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA FILHO e SOUZA, 2004; SIEGEL; SCHRISNSHAW; DEAN, s.d.).

Um outro obstáculo surgido através do uso da medicação Anti-Retroviral enfrentado pelo portador é a lipodistrofia, que é o acúmulo desordenado de gordura pelo corpo, faces, abdômen e giba. Essa desorganização da gordura corporal atribuiu uma nova “cara da AIDS”, que no início da epidemia era o rápido emagrecimento, cabelos finos e escassos alterados com a cronicidade da doença devido ao aparecimento da lipodistrofia. (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2006)

A desorganização da gordura corporal atribuiu uma característica marcante para o portador e a sua auto-estima, pois, além das perdas corriqueiras que enfrenta com o avanço da síndrome ou pelo fato de ser portador do vírus, ainda tem que enfrentar a perda da imagem corporal e a insatisfação com o corpo que assume outra forma e iniciar um processo de reorganização da auto-imagem. (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2006; ALMEIDA e LABRONICI, 2007; MALBERGIER e SCHOFFEL, 2001; SEIDL e MACHADO, 2008; TUNALA, 2000)

De acordo com os dados epidemiológicos analisados, o fenômeno de feminização do vírus HIV trouxe alguns questionamentos sobre o convívio da mulher com o vírus HIV. Pesquisas apontam que a maioria das mulheres portadoras foram infectadas através de relações heterossexuais, comprometendo a relação com o parceiro e o sentimento de fidelidade. A falta de poder da mulher em negociar o uso do preservativo, bem como “as promessas de fidelidade” fazem com que elas fiquem vulneráveis à contaminação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; PAIVA, LATTORE, GRAVATO, LACERDA, 2002, SELLI E CHECHIN, 2005)

As mulheres portadoras participantes dessa pesquisa adotaram uma postura silenciosa diante da sua condição devido a sentimentos relacionados à imoralidade atribuída a AIDS desde o surgimento da epidemia. Esse silêncio está relacionado aos estereótipos da AIDS que os acompanham até hoje. (ALMEIDA e LABRONICI, 2007; SELLI E CHECHIN, 2005)

O silenciamento da mulher frente à sua condição de portadora é decorrente de vários medos vivenciados por sua soropositividade: medo do “outro”, seja o parceiro

que a infectou, a sociedade; medo da sua própria imagem; do “abandono à sua própria sorte”. Tais sentimentos facilitam a disseminação da doença e a transmissão vertical (transmissão da mãe para o filho). (SELLI E CHECHIN, 2005)

Devido à obrigatoriedade do exame Anti-HIV na gestação, algumas mulheres descobrem sua condição de soropositiva no período gestacional, gerando sentimentos que interferem na adesão mesmo que estejam presentes na mulher a responsabilidade para com a sua saúde e a do bebê que está gerando. (WAGHABI, 2007).

As mulheres quando descobrem ser portadoras do vírus na condição de gestantes experimentam a “sensação de tragédia iminente” (WAGHABI, 2007, p.93) atrelada a um amontoado de informações que ela recebe junto do diagnóstico positivo para HIV e esse impacto do diagnóstico gera grande sofrimento psíquico.

Tal impacto diagnóstico exige da mulher um delicado trabalho de “redefinição subjetiva”, pois ela precisa se reconhecer como mãe e como portadora do vírus HIV, levando em consideração todas as conseqüências geradas através dessas duas condições. (GONÇALVES e PICCININI, 2007)

O preconceito e a discriminação diante da AIDS, atrelado à escassez de recursos econômicos tornam a gestação de mulheres HIV positivas muito mais complicada. (GONÇALVES e PICCININI, 2007)

Parkes (1998) comenta que diante das perdas as concepções antigas sobre o mundo, tornam-se ineficazes, dão lugar a concepções novas assim como a identidade, em que surgem posturas diferentes sobre a vida.

Embora os portadores enfrentem várias perdas devido à síndrome e vivenciem dificuldades que vão desde o uso da medicação ao convívio social, como foi brevemente descrito acima, Kovács (1996) comenta que indivíduos em processo de doença podem reorganizar e resignificar suas vidas por se mobilizar diante das perdas provenientes da doença.

1.4 – ADESÃO AO TRATAMENTO E AIDS

O advento da terapia Anti-Retroviral gerou um grande impacto na história da AIDS, dividindo-a em dois períodos: antes do ano de 1990; a característica principal da síndrome era a desesperança e morte, e após esse período, atribuindo uma conotação de cronicidade à AIDS devido aos Anti-Retrovirais que prolongou a expectativa de vida do portador. (CARACIOLO, 2007; DOURADO; VERAS; BARREIRA; BRITO, 2007)

Esse fenômeno facilitou a qualidade de vida dos portadores e diminuiu a mortalidade e ocorrências das chamadas doenças oportunistas, porém, para que a medicação Anti-Retroviral seja eficiente e que haja a supressão viral, faz-se necessário que o indivíduo faça o uso correto da medicação, e que a prescrição médica seja seguida em uma porcentagem de superior a noventa e cinco. (CARACIOLO, 2007; DOURADO; VERAS; BARREIRA; BRITO, 2007)

Para a Organização Mundial de Saúde (2006) o termo adesão é utilizado para se referir ao comportamento do indivíduo frente às recomendações acordadas entre ele e o profissional de saúde como: fazer uso da medicação, seguir dieta alimentar ou mudanças no estilo de vida.

O termo adesão é abrangente e não trata somente da obediência do paciente diante das orientações do profissional de saúde; leva em consideração o princípio de autonomia desse frente às orientações que ele recebe do profissional de saúde. Na adesão fica implícita a colaboração do indivíduo que está em tratamento e a boa interação desse com o profissional de saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

A adesão à Terapia Anti-Retroviral

“é entendida como o resultado de um processo de decisão compartilhada entre o paciente e os profissionais de saúde que o assistem. É fruto do estímulo à autonomia para o autocuidado, e do estabelecimento de uma aliança terapêutica permanente, na qual são reconhecidas não apenas as responsabilidades específicas de cada um no processo, mas também de todos os que estão envolvidos no tratamento”. (CARACIOLO, 2007, p. 12) ou ainda, “compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente, com a finalidade de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado.” (VÁSQUEZ, 1998, p. 232)

Para a aderência ao tratamento Anti-Retroviral por parte do portador do vírus, faz-se necessário um contrato terapêutico entre o médico e o portador em que é avaliado o compromisso desse para seguir às orientações de uso dos medicamentos com relação aos horários e forma de ingestão, portanto, o tratamento com a terapia Anti-Retroviral depende do desejo do portador em se tratar. (SILVA FILHO E SOUZA, 2004)

As dificuldades para o uso adequado dos Anti-Retrovirais envolvem questões que vão desde a adaptação com o esquema de medicamentos, o número de comprimidos e horários a serem administrados e ao próprio impacto da AIDS como sendo uma doença crônica e carregada de estigmas. (CARACIOLO, 2007; SEIDL, MECHÍADES, FARIAS, BRITO, 2007)

Caraciolo (2007) cita alguns obstáculos diante do uso da medicação: o medo e a insegurança que a doença causa no portador; o segredo social devido à AIDS gerar preconceito e o portador não expor o diagnóstico por temer discriminação podem ser outros fatores que interferem na qualidade da adesão; a condição de portador do vírus HIV é tida como uma constante ameaça e sentimentos como raiva, angústia, culpa, negação, isolamento, são freqüentes na vida do portador; a sobrecarga emocional da qual o indivíduo é submetido “provoca um impacto de complexa elaboração”. (CARACIOLO, 2007, p. 31).

A exposição da condição da soropositividade é tida pelo portador como uma ameaça, ou seja, fazer uso da medicação, guardá-la ou portá-la é assumir a condição de portador do vírus.

A complexidade do esquema terapêutico bem como a necessidade de reorganização da vida pode ser um obstáculo diante da qualidade da adesão.

Complicações como os efeitos colaterais dos medicamentos, a quantidade de comprimidos, o sentimento de medo e castigo diante da terapia Anti-Retroviral são alguns inconvenientes que podem atrapalhar a adesão à medicação. (CARACIOLO, 2007)

Em estudo realizado com adesão de portadores do vírus HIV e a associação de variáveis sócio-demográficas, como gênero, idade, etnia, renda e escolaridade, a última mostrou uma associação significativa, sendo a adesão mais satisfatória em indivíduos com mais tempo de estudo. (BARTLETT, 2002)

Sobre a associação da variável escolaridade e tratamento, pode supor que indivíduos com poucos anos de estudo não tenham acesso às informações que remetem a importância do tratamento bem como sobre a doença, resultando em uma postura menos comprometida com o tratamento anti-retroviral. (SEIDL, MECHÍADES, FARIAS, BRITO, 2007)

Seidl, Mechíades, Farias, Brito (2007), comentam que indivíduos com menor grau de escolaridade portadores do vírus HIV, além de outros agentes que interfiram na

vulnerabilidade, podem vivenciar condições de vida que geram impacto negativo sobre o autocuidado e na adesão ao tratamento.

Noutra pesquisa realizada com o objetivo de avaliar a qualidade da adesão, pôde-se observar que a maioria dos participantes (56,5%) já havia interrompido o tratamento com os anti-retrovirais. A não-adesão deu-se por vários motivos nessa população: uso de substâncias psicoativas, dificuldade de adaptação dos medicamentos na rotina diária, decisão pessoal de interrupção e crenças de “cura” e por menosprezar a AIDS como doença crônica. Dentre aqueles participantes que nunca havia interrompido o tratamento, as causas foram a ausência dos efeitos colaterais e inexistência de qualquer motivo para a interrupção. (SEIDL, MECHÍADES, FARIAS, BRITO, 2007)

Na população acima estudada, o resultado foi insatisfatório para um terço desses portadores, mostrando que a adesão é um desafio para os indivíduos em tratamento com os Anti-retrovirais. (SEIDL, MECHÍADES, FARIAS, BRITO, 2007)

A questão da adesão é uma constante preocupação de todos os envolvidos com a terapia Anti-Retroviral, “a adesão satisfatória é como uma conquista e um prêmio almejado por todos” (ADÃO e CARACIOLO, 2007, p.51).

Diante das inúmeras dificuldades para a adesão aos medicamentos Anti-Retrovirais, a alternativa para intervir nessas dificuldades é simplificar os esquemas dos medicamentos, além de atribuir o significado da doença e do remédio na vida do portador, para que ele entenda e enfrente a terapia Anti-Retroviral mais consciente. (CARACIOLO, 2007)

Após essa breve explanação sobre as dificuldades em manter uso da medicação e o tratamento como um todo, registra-se a importância dos profissionais de saúde como agentes facilitadores do tratamento; esses devem estar preparados para acolher o indivíduo que busca atendimento bem como encorajá-los a falar sobre seus sentimentos proporcionando um espaço agradável e acolhedor àquele que busca atendimento. O objetivo do profissional de saúde diante do atendimento é promover a adaptação nos vários setores do funcionamento do indivíduo portador. (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008; SOUZA, 2008).

Sanches (1997) comenta que o profissional de saúde representa a esperança e uma força de vida. “Procura [o indivíduo portador] alguém que não tema chegar perto da dor e da angústia que carrega (...) um amigo”. (p.55)

1.5 – ADAPTAÇÃO E EFICÁCIA ADAPTATIVA

Para Simon (1983), a adaptação é o “conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que a cada momento o modificam, permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida.” (p.14) Permite avaliar o indivíduo em todas as épocas da vida e considera aspectos antropológicos, sociais e fisiológicos. Assim, à medida que o indivíduo vivencia problemas em sua vida, precisa encontrar soluções para tais problemas se adaptando às novas situações.

A adaptação engloba o ser humano em todas as dimensões de sua vida e é característica do ser vivo, ou seja, o indivíduo sempre terá um certo grau de adaptação; é dinâmica e depende de fatores internos e externos, positivos ou negativos; os fatores positivos contribuem para o aumento da eficácia adaptativa e os negativos agem contrariamente.

Para avaliar a adaptação do indivíduo, Simon (s.d, 1983, 2005) lança mão da EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, que é aplicada após serem colhidas informações do indivíduo através da Entrevista Clínica Preventiva. Essas são entrevistas realizadas com propósito de prevenção de distúrbios, como o próprio nome diz. Sobre a Entrevista Clínica Preventiva, sugere-se leitura de Simon (2005).

A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada foi elaborada através de um trabalho realizado no Setor de Saúde Mental do Serviço de Saúde dos Alunos, do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina com o objetivo de um diagnóstico rápido e eficaz sobre a população a ser atendida (alunos da faculdade de medicina) e, conforme o diagnóstico do indivíduo, qual tratamento indicado.

Esse trabalho de prevenção realizado à partir da EDAO tinha o objetivo de traçar um diagnóstico dos indivíduos livre das classificações nosológicas tradicionais e também otimizar o rendimento do entrevistador.

O critério adaptativo da escala se deu pelas seguintes razões: 1^a) a adaptação pareceu o melhor critério para avaliar o comportamento dos indivíduos; 2^a) todo comportamento pode ser avaliado segundo um significado adaptativo; 3^a) “Para alcançar seus fins adaptativos o organismo precisa integrar seus diversos sistemas e o fará com variável grau de consistência. As variações na integração dos sistemas e coerência com seus fins permitirão uma classificação qualitativa da adaptação.” (SIMON, 1983, p. 32) Que será percebida através da comunicação do estado de integração do indivíduo nos vários setores bio-psico-social.

A EDAO visa identificar a qualidade da adaptação a partir das respostas do indivíduo para solucionar as necessidades provenientes do mundo interno ou externo. A avaliação da adequação das respostas deve levar em consideração três critérios: solução do problema, grau de satisfação com a solução encontrada para a situação-problema e a intensidade do conflito interno ou externo, ou seja, para que uma resposta seja adequada é necessário que ela resolva o problema, traga satisfação e não provoque conflitos (internos e/ou externos), sendo, as respostas, classificadas da seguinte maneira:

1) resposta adequada (+++): quando gera satisfação e não provoca conflito interno ou externo.

2) resposta pouco adequada (++) : quando gera satisfação, porém, provoca conflito interno ou externo, ou, não gera satisfação e não provoca conflito interno ou externo.

3) resposta pouquíssimo adequada (+): quando não gera satisfação e ainda provoca conflito interno ou externo. (SIMON, s.d., 1983 e 2005).

A EDAO avalia quatro setores de funcionamento: afetivo-relacional (A-R), produtividade (PR), sócio-cultural (S-C) e orgânico (Or).

O setor a) Afetivo-Relacional: avalia o conjunto de respostas do indivíduo frente aos sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio (intrapessoal) e com seu semelhante (interpessoal); b) Sócio-cultural: avalia os sentimentos, atitudes e ações com relação ao seu ambiente social, normas, valores, costumes e tradições da cultura que está inserido; c) Produtividade: avalia os sentimentos e atitudes do indivíduo frente ao trabalho que executa ou qualquer outra atividade produtiva que exerça em sua vida no momento da avaliação, podendo ser essa atividade de qualquer natureza, inclusive artística, filosófica ou religiosa; d) Orgânico: diz respeito à avaliação dos sentimentos e ações do indivíduo com relação ao seu próprio corpo, o estado (anatômico) e o funcionamento (fisiológico) do seu organismo. (SIMON, s.d., 1983 e 2005)

Os setores afetivo-relacional (A-R) e produtivo (Pr) são avaliados quantitativamente, por exemplo, um indivíduo que apresente respostas adaptadas no setor afetivo-relacional tem classificação de 3 pontos, já no setor produtividade a classificação é de 2 pontos; acaso a qualidade da resposta for classificada em pouco adequada, no setor afetivo-relacional é 2 pontos e no produtividade 1 ponto; se o indivíduo apresentar resposta pouquíssimo adequada no setor afetivo-relacional terá 1 ponto e no setor produtividade 0,5 ponto. Os setores sócio-cultural (S-C) e orgânico (Or) são avaliados de forma qualitativa de acordo com o número de fatores externos

e/ou internos, positivos e/ou negativos, ou seja, a avaliação do setor se dá através da qualidade das respostas atribuídas pelo indivíduo nesses setores. (SIMON, 2005)

A redefinição da EDAO utilizando somente os dois setores gerou cinco grupos adaptativos com quantificação que se encaixam em intervalos discretos de 1,5 a 5 pontos, como apresenta o quadro abaixo:

Quadro I - Redefinição da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada. Classificação quantitativa. (Simon, 2005, p. 27)

Grupo	Classificação Diagnóstica	Soma	Pontuação
1	Adaptação Eficaz	<i>(ambos adequados)</i> AR adeq. = Pr adeq. = 3+2=	5,0
2	Adaptação Ineficaz Leve	<i>(AR [ou Pr] adeq. + AR [ou Pr] pouco adeq.)</i> AR pouco adeq + Pradeq. = 2+2= Ou AR adeq. + Pr pouco adeq. = 3+1=	4,0 4,0
3	Adaptação Ineficaz Moderada	<i>(ambos pouco adeq.)</i> AR pouco adeq. + Pr pouco adeq. = 2+1= (ou 1 adequado + 1 pouquíssimo) AR adeq. + Pr pouquíssimo = 3+0,5= ou AR pouquíssimo + Pr adeq. = 1+2=	3,0 3,5 3,0
4	Adaptação Ineficaz Severa	<i>(1 pouquíssimo + 1 pouco adeq.)</i> AR pouquíssimo + Pr pouco = 1+1= ou AR pouco + Pr pouquíssimo = 2+0,5=	2,0 2,5
5	Adaptação Ineficaz Grave	<i>(2 pouquíssimo adequados)</i> AR pouquíssimo + Pr pouquíssimo = 1+0,5=	1,5

Esse quadro mostra de forma didática a classificação dos setores de funcionamento e o diagnóstico adaptativo de acordo com tal classificação.

Como dito anteriormente, Simon (2005) atribui positividade ou negatividade aos fatores, tratando-os por fator interno e externo positivo (+) e fator interno e externo negativo (-). O fator interno (+), assim como o fator externo (+), é aquele que interfere para as respostas adequadas no enfrentamento das situações-problema e também na manutenção dessas depois de solucionadas. Já o fator interno (-) bem como o externo (-

), estão relacionados a soluções inadequadas que os indivíduos atribuem aos problemas e manutenção inadequadas depois de solucioná-los.

Para avaliar a qualidade das respostas diante das situações-problema, Simon (2005) lança mãos dos fatores, que são processos intrapsíquicos. A interação dos fatores internos com os externos, mediados pelo ego, geram soluções para a adaptação que são armazenadas na memória e funcionam como predisposições adaptativas. Eles são considerados um dos fundamentos da Psicoterapia Breve Operacionalizada, sendo utilizados como “concepção genérica de fatos que interagem mediados pelo ego, influenciando na adequação” (SIMON, 2005, p. 33), sua principal função é de fornecer subsídios à Psicoterapia Breve Operacionalizada, no diagnóstico adaptativo.

Os FATORES INTERNOS (f/i) tratam de conteúdos do mundo mental do indivíduo, da estrutura e dinâmica, bem como aqueles relacionados ao setor Orgânico (Or). Fazem parte dos fatores internos (f/i) os fatores tensionais (f/t), fatores defensivos (f/d), fatores objetais (f/o) e os fatores orgânicos (f/Or). Fatores tensionais são as “pressões” vivenciadas pela necessidade, desejo e emoções no relacionamento interpessoal, assim como nas relações intrapsíquicas do self e seus objetos internos, incluindo o setor A-R. Os fatores defensivos dizem respeito a defesas psíquicas e seus mecanismos, também incluindo o setor A-R. Os fatores objetais tratam das relações estabelecidas dos objetos internos entre si e com o ego. Fatores orgânicos são aqueles referentes às funções orgânica, anatômica e funcional. (SIMON, s.d., 1983 e 2005).

Já os FATORES EXTERNOS (f/e) dizem respeito às situações objetivas vivenciadas pelo indivíduo. O conjunto de fatores ambientais como os presentes nos setores Sócio-Cultural (S-C) e Produtividade (Pr) fazem parte dos fatores externos (f/e), além das características que envolvem os relacionamentos interpessoais (A-R). (SIMON, s.d., 1983 e 2005) Nos fatores externos encontram-se também os fatores objetais externos benéficos (f/Oe+) e prejudiciais (f/Oe-) às respostas das situações-problema.

FATORES INTERNOS TENSIONAIS (f/t)

As tensões constituem, para a teoria da adaptação, os fatores internos tensionais. Simon (2005) utiliza alguns sinais para tratar da intensidade das pulsões, como segue:
 “(+-) indica equilíbrio entre pulsões de vida e de morte;
 (>) indica excesso da pulsão correspondente;

(<) indica insuficiência da pulsão correspondente.” (p.42)

Tratam-se das “pulsões exercidas pelas necessidades, desejos e emoções no relacionamento interpessoal” também diz respeito às “relações intrapsíquicas do self com seus objetos internos (incluídos no setor A-R)”. (SIMON, 2005, p. 34)

Simon (2005) em sua teoria da adaptação estabelece que as necessidades, desejos e emoções são tensões que “impellem o ego a realizar ações”, sendo que ego é visto na visão freudiana de “sistema psíquico que procura harmonizar id, superego e o mundo externo”; como “necessidade” são consideradas as tensões que servem aos instintos básicos como fome, sexo (instinto de vida) e destrutividade (instinto de morte); os desejos também são tratados segundo a concepção freudiana: “memorização de uma experiência prazerosa, consistindo na pressão para sua repetição”. (p. 40) ou seja, tensões voltadas para o “puro prazer”.

As tensões agem sobre o ego e dependendo da intensidade, combinada com “outros recursos adaptativos e circunstâncias ambientais”, suscitarão respostas de “ação direta (ou indireta), inibição, esquivas”.

FATORES INTERNOS TENSIONAIS POSITIVOS [f/t (+-)]

Esses fatores são caracterizados pelo equilíbrio entre pulsão de vida e de morte que pode ser observada pelos desejos e sentimentos.

FATORES INTERNOS TENSIONAIS NEGATIVOS f/t (>) ou f/t (<)

Ocorre a insuficiência de uma das pulsões, vida ou de morte, também expressos através dos desejos e sentimentos.

Quando há equilíbrio entre os fatores tensionais positivos e negativos, ou o predomínio de um deles é sutil, gerando o equilíbrio entre as pulsões de vida e de morte, existe maior possibilidade de ocorrerem soluções adequadas às situações-problema. Os fatores tensionais indicam “certa constância” indicando em situações normais, “tendências e previsão de respostas” (p. 42) Quando houver excesso de qualquer uma das pulsões, positiva (excesso de instinto de vida) e negativa (pouca força do instinto de morte) acontecerá provavelmente soluções inadequadas. “O amor sem agressividade e a agressividade sem amor conduzem invariavelmente a soluções inadequadas”. (p. 43)

FATORES INTERNOS DEFENSIVOS f/d

As defesas psíquicas, segundo Simon (2005) são avaliadas de acordo com os mesmos critérios das pressões (fatores tensionais – f/t); dessa forma podem ser tratados como fatores internos defensivos (f/d) e classificadas como os fatores tensionais: insuficientes (<), excessivas (>) ou equilibradas (+-), conforme as suas contribuições para a solução adequada de determinada situação-problema. Assim, “posso atribuir às defesas o valor de fatores internos (f/d) que contribuem para gerar soluções adequadas, pouco ou pouquíssimo adequadas”. (p. 44-45)

Simon (2005) acredita que, para proteger o indivíduo do desprazer, angústia, dor, tornam-se um padrão defensivo representando “fatores internos positivos ou negativos” (p. 45) De acordo com intensidade da defesa, essas irão atuar como fatores internos positivos (f/d+), se a intensidade da ação defensiva na dinâmica da personalidade for excessiva (>) ou insuficiente (<) as defesas irão funcionar como fatores internos negativos – f/d (>) ou f/d (<).

FATORES EXTERNOS

Simon (2005) caracteriza os fatores externos como sendo aqueles encontrados “fora da personalidade do sujeito e possuem algum significado humano”. (p. 51) Tratam também da “totalidade dos bens materiais, sociais e culturais, aos quais o indivíduo está ligado emocionalmente”. (SIMON, 2005, p. 51) De acordo com a teoria da adaptação, os objetos externos são “despojados das impressões subjetivas” (p. 51).

Os setores Afetivo-Relacional e Orgânico “constituem a unidade psicossomática da pessoa. Os setores Sócio-Cultural e Produtividade abarcam os objetos externos do sujeito, além dos objetos externos das relações interpessoais do setor Afetivo-Relacional”. (SIMON, 2005, p. 52)

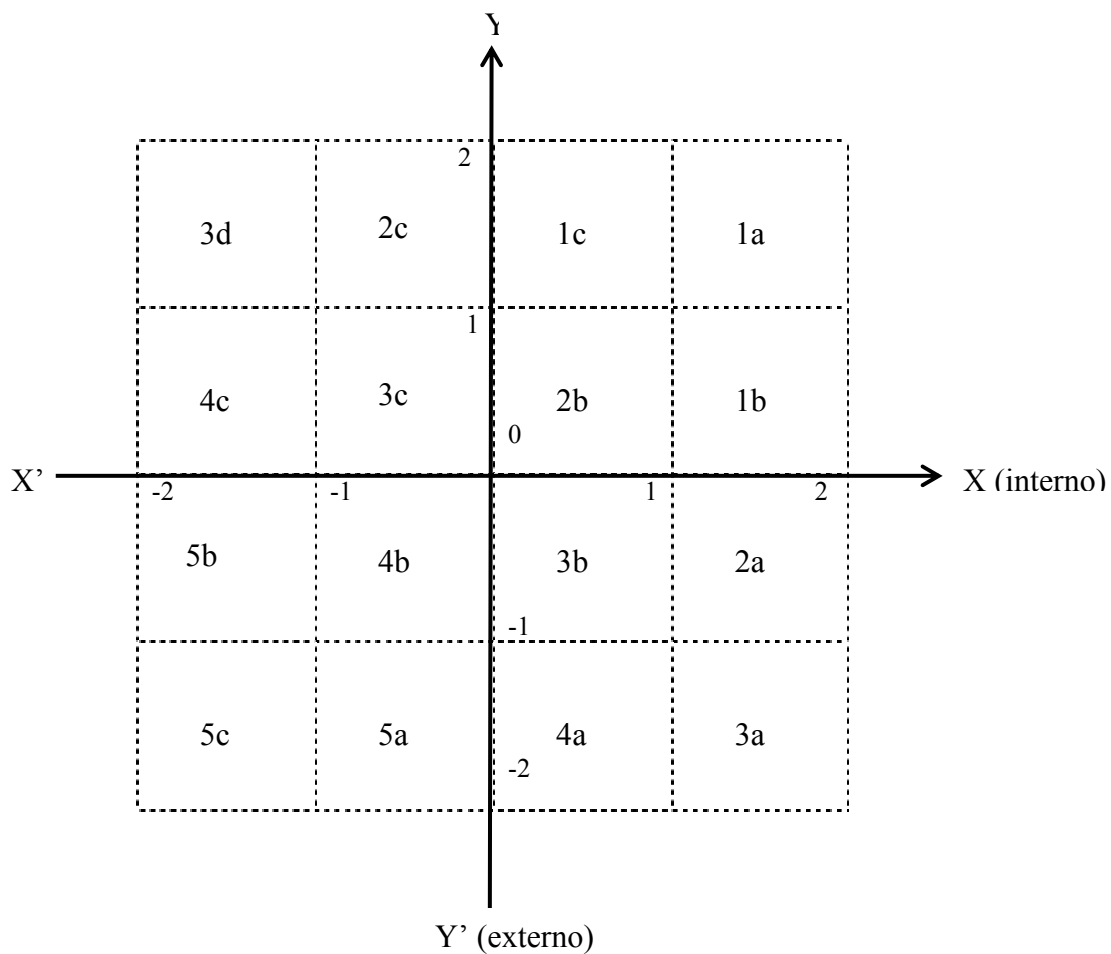
Os fatores internos interagindo com os externos sob a orientação do ego levam o indivíduo às soluções. Quando o fator externo for utilizado favorecendo soluções adequadas, são consideradas fatores externos positivos (f/e +) para determinada situação-problema. Caso contrário, se direcionarem o indivíduo a soluções inadequadas, serão chamados fatores externos negativos (f/e-). Dessa forma avalia-se uma estrutura

(objeto interno, ego ou superego) rígida ou flexível a partir do conjunto de f/t e f/d que interagem com intensidade equilibrada. (SIMON, 2005)

Para explicar a influência da interação dos fatores internos (constitucionais) e fatores externos (ambientais) na adaptação do indivíduo, Simon (2005) utiliza do modelo cartesiano da geometria analítica que favorece a compreensão abstrata da correlação dos fatores.

Explicando a figura abaixo, o eixo xx' das abcissas representa os fatores internos e o eixo yy' os fatores externos. Os quatro quadrantes somam 16 grupos, sendo que há três formas para se obter os Grupos 1 (Adaptação Eficaz), 2 (Adaptação Ineficaz leve), 4 (Adaptação Ineficaz Severa) e 5 (Adaptação Ineficaz Grave) e quatro formas de obter o Grupo 3 (Adaptação Ineficaz Moderada). O indivíduo que se encontra no quadrante 5c (representado no gráfico por -2,2) soma o máximo de fatores negativos (constitucionais e ambientais) possíveis para um diagnóstico. Simon (2005) representa a interação dos fatores internos e externos pela equação etiológica $G=C+A$; onde C simboliza os fatores internos, A- os fatores ambientais e G- o grupo adaptativo da equação; C e A representam os valores referentes às abcissas de cada grupo adaptativo. Segue um quadro explicativo do desdobramento da equação etiológica.

Figura I – Correlação dos diferenciais dos fatores internos xx' (constitucionais) e fatores externos yy' (ambientais).



(Simon, 2005, p.74)

1.6 – CRISE

Para Erickson (*apud* CAPLAN, 1980), crises são períodos da evolução do indivíduo, em que acontecem transições e surgem nas diversas etapas do desenvolvimento em que uma determinada fase é diferente da anterior e podem ocorrer

tensões cognitivas e afetivas. É caracterizada por situações de impacto que alteram a vida do indivíduo.

Para que o indivíduo enfrente a crise, irá utilizar recursos que já dispõe para que o equilíbrio seja restabelecido. (CAPLAN, 1980).

Caplan (1980) utiliza o pressuposto de homeostase adaptativa, desequilíbrio e reequilíbrio para conceitualizar a crise. Segundo ele o equilíbrio é perturbado por um problema e estimulado por mecanismos que solucionem o problema causando tensão mínima. O indivíduo em crise pode utilizar recursos físicos, socioculturais e psicossociais para resolver a situação de crise e obter equilíbrio.

A crise é um fenômeno com tempo limitado e sem resultado predeterminado no início. (CAPLAN, 1980)

Para Simon (1983 e 2005), o que gera a crise é o fato de o sujeito se ver diante de uma situação nova e que seja transformadora, o indivíduo “se vê a braços com uma situação-problema vital, nova e, portanto, desconhecida para ele” (SIMON, 2005, p. 141), devendo ser criativa e solucionada de acordo com cada experiência humana. O sentimento comum nas crises é a angústia diante daquilo que é novo e desconhecido.

Simon (2005) caracteriza as crises de duas formas, as chamadas crises por perda (ou expectativa de perda) e as crises por aquisição (ou expectativa de aquisição). Na crise por perda ou expectativa de perda a pessoa apresenta-se desamparada, sentimento de culpa e depressão prevalecem. São exemplos de crise por perda o falecimento súbito de um ente querido, a perda de um emprego e “anúncio de moléstia grave” (p. 143).

Já nas crises por aquisição os sentimentos comuns são de insegurança, inferioridade e inadequação, ou seja, o indivíduo não considera que seus conhecimentos e experiências estejam ao nível que exigem aquela determinada situação; um exemplo simples de crise por aquisição é o sujeito que é promovido de função no trabalho e não se sente apto a exercê-la.

Segundo Simon (2005), o sujeito vive dentro de um “universo pessoal” constituído por um conjunto psicossomático e de objetos externos (nesses podem-se considerar as pessoas, bens materiais, a espiritualidade, e a cultura na qual está inserido). Este universo ocupa um “espaço mental global hipotético”, e a crise é a perda ou aquisição (ou expectativas de ambas) desse espaço significativo para o sujeito; lembrando que, “significativo” é relativo ao sujeito, é ele quem atribui o valor do significado para determinada situação.

Na situação de crise, o indivíduo precisa contar com recursos internos e externos que determinam a qualidade de solução do problema, sendo determinante as soluções que ele encontra para tal situação-problema. Simon (2005) acredita que se o indivíduo encontra uma solução para a crise, podendo ser pouco ou pouquíssimo adequada ela logo se resolverá, porém, se nenhuma solução for tomada, o desfecho pode ser um surto psicótico, homicídio ou suicídio.

Sendo a crise a perda ou aquisição (ou ainda expectativa de ambos) do “universo pessoal do indivíduo”, ela irá depender da percepção do sujeito frente à magnitude do espaço que a crise ocupa, que resulta num julgamento. Os julgamentos são consciente ou inconsciente e definem a nossa percepção sobre o mundo material e cultural bem como a nós mesmos; os julgamentos resultam em atitudes ou ações.

Simon (2005) sugere algumas características de crises adaptativas e usa a Psicoterapia Breve Operacionalizada como proposta para trabalhar a crise e as possíveis soluções para essas, considerando que o objetivo da intervenção na Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) é “melhorar a eficácia adaptativa do paciente tornando o período de crise um período de crescimento” e colaborar para que o indivíduo encontre soluções adequadas. (SIMON, 2005, p.7)

Para Simon (2005) existem três formas de julgar as circunstâncias (objeto) e a si mesmo (self), são elas: 1) crise instalada na presença de julgamento realista; 2) crise causada por julgamento irrealista devido a subestimação do self; 2a) crise com perda do objeto; 2b) crise por aquisição; 3) crise por julgamento irrealista devido à superestimação do self; 3a) crise (postergada) por perda; 3b) crise (postergada) por aquisição.

CRISE INSTALADA NA PRESENÇA DE JULGAMENTO REALISTA

Nessa, é possível que o sujeito faça uma avaliação correta de si mesmo (self) ou do objeto.

Simon (2005) acredita que a avaliação correta do julgamento é aquela baseada no “bom senso”, sendo esse o “senso comum individualizado” e “senso comum como a experiência cristalizada da espécie humana” (p.148) Ou seja, nesse caso, leva-se em conta “realisticamente” as circunstâncias subjetivas e objetivas peculiares que constituem determinada situação-problema.

As melhores soluções dadas às crises são aquelas em que os recursos internos e externos utilizados são “coerentes com a realidade de si mesmo e com a avaliação das condições do objeto (...) submetem-se a um escrutínio que obedece ao bom senso” (SIMON, 2005, p.149). Lembrando que objeto é aqui considerado como um “ente externo” que pertence aos quatro setores de adaptação. Se a perda ou aquisição na crise refere-se ao próprio corpo do sujeito, o setor compreendido é o Orgânico, esse é pertencente à esfera do self (referente ao componente psicossomático), podendo ser classificado também como “objeto”, pois o que está relacionado é a perda ou aquisição de algo (órgão ou função orgânica) nesse determinado setor.

As crises por aquisição geram sentimentos como insegurança e inadequação que são comuns e passageiros; já as crises por perda são acompanhadas de sentimentos de culpa geralmente realísticos e o luto é elaborado sem excessivas auto-recriminações e auto-punições. (SIMON, 2005)

CRISE POR JULGAMENTO IRREALISTA

Essa forma de julgamento é considerada por Simon (2005) como uma “gangorra”, pois, “se o sujeito se eleva, rebaixa o objeto; se ele se diminui supervaloriza o objeto”. Assim:

**“se superestima a si mesmo (self) – subestima o objeto;
se subestima a si mesmo (self) – superestima o objeto”.** (p. 150, *grifo meu*)

Simon (2005) acredita que a questão central da Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO é a percepção que o “terapeuta faz do modo como o paciente avalia a si mesmo (self); daí decorre a ligação com o objeto” (p. 150). Quando acontece o progresso da psicoterapia o paciente começa a ter uma percepção mais aproximada da realidade verdadeira, “o julgamento das características reais do objeto fica facilitado” (p. 150), favorecendo soluções mais adequadas para as situações-problema.

CRISE POR JULGAMENTO IRREALISTA DEVIDO À SUBESTIMAÇÃO DO SELF

Quando o julgamento se revela irrealista, poderá ocorrer crise adaptativa, conforme subestimação ou superestimação do self.

CRISE COM PERDA DO OBJETO

Na subestimação do self, o objeto perdido (ou a expectativa de perdê-lo) é superestimado, gerando crise aguda instalada imediatamente após a diminuição do espaço no universo pessoal do sujeito. Ocorre o luto (mesmo que o objeto não seja humano podendo ser um cargo, uma competição) que em casos normais, deve ser elaborado com “aceitação da perda, reparação da culpa e retomada do interesse do mundo externo” (p. 151) Porém, quando há subestimação do self o indivíduo sente não ter “recursos para reparar o prejuízo causado ao objeto amado, e este, por superestimação, exige uma indenização que está acima da capacidade do self de saldála, gerando um processo patológico de luto de difícil elaboração e sentimentos de culpa persecutória, podendo ser acompanhada de depressão crônica e conduta masoquista devido às soluções pouquíssimo adequadas para as situações-problema da perda.” (p. 151)

CRISE POR AQUISIÇÃO

A crise instalada nesse caso se deve à subestimação do self frente a um acréscimo no espaço do universo do indivíduo que representa o objeto da aquisição (ou expectativa) podendo ser um casamento, um negócio. Os sentimentos comuns são: insegurança e desamparo frente ao ganho que irá abalar o equilíbrio do indivíduo. A aquisição do objeto é tida como um desafio para o qual o indivíduo não se sente preparado, apresentando excessiva angústia persecutória representada pelo medo do fracasso e a certeza de que colocará “tudo a perder” (p.152-153). O indivíduo ao enfrentar o desafio com condições emocionais instáveis, aumenta-se a probabilidade de falhar frente a esse desafio, concretizando-se a fantasia do desastre.

CRISE POR JULGAMENTO IRREALISTA DEVIDO À SUPERESTIMAÇÃO DO SELF

Quando se dá superestimação do self o indivíduo subestima o objeto causando uma diminuição ou acréscimo não significativo do espaço no universo pessoal do sujeito, sendo a crise postergada indefinidamente no caso de perda. Já quando a crise se instala por aquisição, o ganho é subestimado e o prejuízo acontece. Assim dá-se a crise

por aquisição onde o prejuízo acontece, “tornando-se então convertida em crise por perda, com risco de auto-recriminações e projeção de culpa”. (p. 154)

CRISE (POSTERGADA) POR PERDA

Quando acontece a perda de um objeto amado ou valioso para o indivíduo, ele pode “defender-se esquizoidemente cindindo o ego” de modo que essa perda passe a ser negada, deixando o que Simon (2005) chama de “buraco, um vazio metal” no lugar da perda. O indivíduo sente-se ameaçado por esse vazio, que gera uma “depressão surda” (p. 154) fazendo dele alguém desvitalizado e sem vibração. Dessa forma, a crise instalada por perda pode ser postergada por tempo indefinido, não havendo necessidade de procurar ajuda terapêutica.

Pode ocorrer também na crise postergada por perda, a presença de mecanismos de defesa que Simon (2005) caracteriza “defesas maníacas”, caso em que o sujeito nega a importância do objeto perdido com o propósito de diminuir seu grau de dependência com o objeto. Desdenhando o objeto, sua importância, o indivíduo se desvincula da culpa da perda.

Essa defesa do sujeito provoca o efeito gangorra superestimando o ego e subestimando o objeto. Pode tentar substituir o objeto perdido porém, temendo uma nova dependência desse objeto, “descarta-o, subestima-o” (p. 155) e segue buscando sempre novos objetos, “resvalando para a proximidade. Desse modo, essa crise por perda pode ser adiada indefinidamente”. (p. 155)

CRISE (POSTERGADA) POR AQUISIÇÃO

Nesse caso de crise postergada por acréscimo significativo do “universo pessoal” do indivíduo pode acontecer por um julgamento irrealista “implicado na superestimação do self e, por conseguinte, subestimação do objeto” (p. 156) “Essa manobra de gangorra” comenta Simon (2005) tem o objetivo de evitar a crise por aquisição. Se o indivíduo não estiver preparado para enfrentar a situação e se conseguir realizar um julgamento correto das reais condições pessoais e do objeto, a crise por aquisição fica caracterizada.

Simon (2005) cita que “persistindo a petulância, a superestimação do self implica numa postura narcísica conseguida à custa de defesas maníacas, entre as quais se destaca a onipotência” sendo o medo frente ao novo “escamoteado pelo sacrifício do juízo da realidade.” (p.156)

O indivíduo que utiliza de defesas maníacas o trabalho da psicoterapia é inviável. Nesse caso de crise em que há superestimação do self aliada à subestimação do objeto leva o sujeito a “inverter os termos da realidade”, o indivíduo não está preparado para lidar com o ganho do objeto, “a tarefa se torna maior do que a competência, o desenlace da aquisição (...) é necessariamente destinado ao fracasso.” (p.156-157) Podendo esse fracasso ser postergado por atitudes que evidenciam o efeito “gangorra” agravando o problema.

Será apresentado um quadro ilustrativo à seguir com o objetivo de apresentar de forma didática os tipos de crise e os comportamentos comuns diante das crises. Simon (2005) lança mão desse quadro para avaliar as crises.

Quadro II – Esquema para avaliação das crises

Julgamento			Crise	Psicoterapia Breve Operacionalizada (esperam-se)
Realista	<u>do Self</u> Correto	<u>do Objeto</u> Correto	por perda (ou expectativa); ou por aquisição (ou expectativa); intensidade moderada	soluções rápidas; aumento ou manutenção da eficácia adaptativa prévia; mínimo risco de perda da eficácia adaptativa.
Irrealista	Subestima	Superestima	por perda (ou expectativa) crise aguda e intensa	excessiva angústia depressiva; evitar luto patológico; estimular retomada do libido objetal. Solução difícil, geralmente inadequada; risco < eficácia adaptativa.
			por aquisição (ou expectativa) crise aguda e intensa	excessiva angústia persecutória; evitar danos A-R e materiais por fuga ou enfrentamento inadequado; risco < eficácia adaptativa.

Irrealista	Superestima	Subestima	crise por perda (postergada)	nega ou desdenha valo do objeto; não procura ajuda; risco de crise inesperada com fracasso das defesas; ajuda retarda; risco < eficácia adaptativa.
			crise por aquisição (postergada)	nega ou desdenha as dificuldades; não procura ajuda; risco de crise inesperada após choque de realidade (fracasso); ajuda retardada, convertida em crise por perda; soluções inadequadas; risco < eficácia adaptativa.

(SIMON, 2005, p. 164-147)

2 - OBJETIVOS

1. Avaliar a eficácia adaptativa de portadores do vírus HIV.
2. Identificar e analisar a ocorrência de situação de crise.

3 – MÉTODO

3.1 – PARTICIPANTES

Participaram dessa pesquisa 10 usuários do Programa DST/AIDS do município de Aparecida-SP. A amostra foi escolhida por conveniência já que não houve critérios estatísticos para a escolha da amostra.

O quadro abaixo apresenta característica dos participantes da pesquisa.

Quadro III - Distribuição da amostra por nome, idade e tempo de infecção pelo vírus HIV

(*) Foram utilizados nomes fictícios.

	Nome	Sexo	Idade	Estado civil	Tempo de infecção pelo vírus	Escolaridade
1	Adriana	F	43	casada	7 anos	Ensino Fundamental
2	Solange	F	32	casada	9 anos	Ensino

						Fundamental
3	Débora	F	28	solteira	6 anos	Ensino Médio Incompleto
4	Silvia	F	46	solteira	3 anos	Ensino Médio
5	Valéria	F	39	casada	10 anos	Ensino Fundamental
6	José	M	52	casado	5 anos	Ensino Médio
7	Lucas	M	46	solteiro	7 anos	Ensino Fundamental Incompleto
8	Alexandre	M	39	casado	10 anos	Ensino Fundamental Incompleto
9	Pedro	M	43	casado	8 anos	Ensino Médio
10	Douglas	M	42	solteiro	5 anos	Ensino Médio Incompleto

3.2 – LOCAL

Os dados foram colhidos no Programa DST/AIDS do município de Aparecida-SP em uma sala cedida pela instituição que preservasse as condições próprias para o trabalho, com boa iluminação, ventilação, sem interferências externas assegurando a neutralidade e sigilo das informações.

3.3 – INSTRUMENTOS

Entrevista clínica preventiva (SIMON, 1983 e 2005). A entrevista foi avaliada de acordo com a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO (SIMON, 1983 e 2005). Nos casos em que a fala e o conteúdo da entrevista ficaram confusos, foi solicitado ao participante uma outra entrevista a fim de esclarecer os pontos confusos. No início da pesquisa, foi avisado ao participante dessa possibilidade.

Tal como especificado na introdução desse trabalho, a EDAO tem como finalidade avaliar a eficácia adaptativa do indivíduo de acordo com quatro setores de funcionamento: afetivo-relacional, produtividade, orgânico e sócio-cultural.

3.4 – PROCEDIMENTOS

Todos os participantes da pesquisa, à medida que compareceram ao serviço de saúde, foram convidados a participar da pesquisa. Primeiro, foi dada a explicação sobre a mesma; aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I). Nesse, o participante foi informado que não sofreria nenhum risco a sua saúde física e mental, teria sua privacidade preservada, e a publicação do conteúdo da entrevista seria utilizada para fins acadêmicos preservando o sigilo do participante.

Para a coleta de dados foram feitas inicialmente entrevistas com sete mulheres e três homens que aceitaram participar da pesquisa e estavam presentes no momento das entrevistas no serviço de saúde, porém, para evitar tendências na amostragem, uma vez que essa é caracterizada por conveniência, foram realizadas outras duas entrevistas de modo que o estudo contemplasse um número igual de homens e mulheres sendo analisadas portanto, cinco entrevistas com mulheres e cinco entrevistas com homens.

Na sala devidamente preparada para a coleta de dados, foi aplicada a *entrevista preventiva clínica* que teve como princípio norteador a EDAO (SIMON, 1983, 2005) Os dados obtidos foram analisados posteriormente através da Escala Adaptativa Diagnósticos Operacionalizada. (SIMON, 2005)

3.5 – TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados colhidos foram analisados qualitativamente, embora o item quatro que aborda os resultados, irá trazer uma breve análise quantitativa dos mesmos.

3.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (ANEXO I) foi entregue aos usuários do serviço de saúde que concordaram em

participar da pesquisa. Eles foram esclarecidos sobre o sigilo que seria mantido em relação às informações fornecidas, sendo-lhes garantido o direito de desistir a qualquer momento de participar do estudo sem com isso, sofrer nenhum tipo de prejuízo.

4 – DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos por meio dos dados coletados na *Entrevista Clínica Preventiva*. No quadro A que segue, as cinco primeiras entrevistas apresentadas foram realizadas com mulheres e as cinco sucessivas, com participantes do sexo masculino.

Quanto ao diagnóstico adaptativo, no grupo das mulheres, duas obtiveram o diagnóstico adaptativo ineficaz leve, duas com adaptação ineficaz grave e uma mulher com adaptação ineficaz severa. Já no grupo composto por homens, o resultado foi somente um homem com adaptação ineficaz leve, um homem diagnosticado ineficaz grave e três com adaptação ineficaz severa.

Todos os participantes da pesquisa apresentaram crise por perda, sendo o objeto, ora representado pela perda da saúde, ora por perda nas relações interpessoais, ou as demais perdas apresentadas pelos autores na introdução desse trabalho e verificadas na população estudada.

A maioria dos participantes da pesquisa, sete deles, tem entre cinco anos ou mais de infecção pelo vírus HIV. A idade média dos participantes é de quarenta anos.

Quadro IV: Diagnóstico Adaptativo e situações de crise dos participantes.

	NOME	DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO	GRUPO	SUB GRUPO	CRISE
1	Adriana	Adaptação Ineficaz Grave	5	5 c	por perda
2	Solange	Adaptação Ineficaz Leve	2	2 b	por perda
3	Débora	Adaptação Ineficaz Severa	4	4 c	por perda
4	Silvia	Adaptação Ineficaz Grave	5	5 c	por perda
5	Valéria	Adaptação Ineficaz Leve	2	2 b	por perda
6	José	Adaptação Ineficaz Severa	4	4 c	por perda
7	Lucas	Adaptação Ineficaz Severa	4	4 c	por perda
8	Alexandre	Adaptação Ineficaz Severa	4	4 c	por perda
9	Pedro	Adaptação Ineficaz Grave	5	5 c	por perda
10	Douglas	Adaptação Ineficaz Leve	2	2 b	por perda

No quadro V será apresentado o resultado dos setores de funcionamento dos participantes da pesquisa. De acordo com a análise constituída por Simon (2005), os dois primeiros setores de funcionamento irão abordar o diagnóstico adaptativo, enquanto que os dois últimos, a soma dos fatores internos e externos, positivos e negativos.

Quando V: Diagnóstico dos setores de funcionamento e soma dos fatores positivos e negativos, internos e externos.

	Participantes	Afetivo-Relacional A-r	Produtividade Pr	Sócio-cultural S-c	Orgânico Or
1	Adriana	Pouquíssimo Adequado	Pouquíssimo Adequado	f + = 1 <hr/> f - = 1	f + = 1 <hr/> f - = 1
2	Solange	Pouco Adequado	Adequado	f + = 2 <hr/> f - = 0	f + = 2 <hr/> f - = 1
3	Débora	Pouco Adequado	Pouquíssimo Adequado	f + = 2 <hr/> f - = 1	f + = 3 <hr/> f - = 0

4	Silvia	Pouquíssimo Adequado	Pouquíssimo Adequado	$f + = 0$ <hr/> $f - = 3$	$f + = 0$ <hr/> $f - = 5$
5	Valéria	Adequado	Pouco Adequado	$f + = 2$ <hr/> $f - = 0$	$f + = 4$ <hr/> $f - = 1$
6	José	Pouco Adequado	Pouquíssimo Adequado	$f + = 2$ <hr/> $f - = 0$	$f + = 1$ <hr/> $f - = 0$
7	Lucas	Pouquíssimo Adequado	Pouco Adequado	$f + = 1$ <hr/> $f - = 1$	$f + = 1$ <hr/> $f - = 4$
8	Alexandre	Pouco Adequado	Pouquíssimo Adequado	$f + = 1$ <hr/> $f - = 1$	$f + = 4$ <hr/> $f - = 2$
9	Pedro	Pouquíssimo Adequado	Pouquíssimo Adequado	$f + = 1$ <hr/> $f - = 2$	$f + = 4$ <hr/> $f - = 0$
10	Douglas	Pouco Adequado	Adequado	$f + = 2$ <hr/> $f - = 0$	$f + = 4$ <hr/> $f - = 0$

$f + =$ fatores internos e externos, positivos.

$f - =$ fatores internos e externos, negativos.

Nesse quadro, pôde-se observar no grupo das mulheres que, no setor Afetivo-relacional, duas delas encontram-se em adaptação pouquíssima adequada, seguido de outras duas com adaptação pouco adequada e uma com adaptação adequada.

No setor produtividade, houve prevalência da adaptação pouquíssimo adequada somando três mulheres, seguidas de uma mulher com adaptação pouco adequada e uma mulher com adaptação adequada.

No grupo de participantes do sexo masculino, pôde-se perceber a prevalência da adaptação pouco adequada no setor Afetivo-relacional, somando três homens, seguido de dois deles com adaptação pouquíssimo adequada.

Com relação ao setor produtividade, observou-se que três homens encontram-se com adaptação pouquíssimo adequada, um com adaptação pouco adequada e outro com adaptação adequada.

Somando os dois grupos, masculino e feminino, observa-se que no setor Afetivo-relacional, quatro participantes apresentam adaptação pouquíssimo adequada, cinco com adaptação pouco adequada e somente um com adaptação adequada. Já no setor produtividade, a soma foi de seis participantes com adaptação pouquíssimo adequada, dois participantes com adaptação pouco adequada e dois participantes com

adaptação adequada, evidenciando o comprometimento da adaptação no setor produtividade, onde seis participantes apresentaram adaptação pouquíssimo adequada.

No setor sócio-cultural, somando os dois grupos de participantes, houve a prevalência dos fatores internos e externos positivos, somando quatorze positivos e nove fatores internos e externos, negativos.

No setor orgânico, houve a prevalência dos fatores positivos internos e externos, somando vinte e quatro; já os fatores negativos internos e externos, somaram quatorze.

CASO 1 – ADRIANA

Adriana, autônoma, ensino fundamental, 43 anos, casada, é portadora do vírus há aproximadamente oito anos. Foi infectada através de relações sexuais com o marido. Disse ter uma vida muito agitada e corrida por conta de ter que se dividir entre os cuidados com o pai que mora com ela, e é acamado, e com o trabalho como autônoma que executa. Esses compromissos fazem com que ela se desgaste e fique estressada, sem tempo para os cuidados consigo mesma, como praticar esportes e relaxar em outra atividade. Ninguém de sua família colabora nos cuidados com o pai, o que acaba interferindo no trabalho que executa que é confeccionar artesanato e salgadinhos; atividade que exerce sem prazer, mas sim como sendo a única alternativa de fonte de renda. Comenta ter bastantes amigos e facilidade em fazê-los, porém, evita comentar sobre seu diagnóstico de HIV com medo de preconceito, pois as algumas pessoas que sabem da soropositividade, já trataram com preconceito, tanto com ela quanto com marido. A relação que mantém com as pessoas da família é de dedicação e bastante comprometimento, mas sente-se “esquecida” por essas pessoas, e magoada pelo fato de eles não serem tão dedicados à ela. Sente-se chateada com o filho por ele fazer uso de maconha. Com o marido, comenta viver sem conflitos, embora não fique satisfeita com o fato de ele fazer uso de álcool nos finais de semana e por ele não contribuir com as despesas da casa; porém, como o relacionamento do esposo com seu pai é bom, ela mantém o casamento por considerar ser esse um fator importante. Comenta que quando descobriu o diagnóstico teve medo de morrer, sentia momentos de angústia e que necessitava da atenção da família, que normalmente não tinha. Na ocasião do diagnóstico encontrou apoio na equipe de saúde embora mantivesse uma postura hostil com todos eles, e dizia não gostar dos profissionais e tão pouco de freqüentar o serviço. Atualmente segue às orientações médicas e da equipe e sente-se culpada por não ter

mais tempo para cuidados pessoais. Procura freqüentar o serviço de saúde em dias e horários sem muito fluxo de pessoas com receio de encontrar com pessoas conhecidas na sala de espera do atendimento. Comentou ficar constrangida com o fato de ouvir comentários no bairro sobre HIV/AIDS. Incomoda-se com o fato de ser portadora assim como os homossexuais, devido ao preconceito com essa população por manter comportamentos sexuais promíscuos, em sua concepção.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Grave / Grupo5 / Sub-grupo 5c

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

- Sobrecarregada com os cuidados com o pai. (f/e-)
- Falta de ajuda dos familiares para os cuidados com o pai. (f/e-)
- Falta de tempo para os cuidados pessoais. (f/e-)
- Sente-se abandonada pelos membros da família. (f/i-)
- Relacionamento com o marido prejudicado por ele fazer uso de álcool. (f/i-)
- Sente-se chateada com o filho por ele fazer uso de maconha. (f/e-)
- Sofreu impacto diagnóstico no início da descoberta da síndrome. (f/i-)

Setor Produtividade (Pr):

- Sente-se sobrecarregada diante das atividades. (f/e-)
- Não sente prazer com a função de autônoma. (f/i-)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

- Comenta ter facilidades em fazer amigos. (f/i+)
- Tem evitado o convívio social por temer preconceito das pessoas. (f/e-)

Setor Orgânico (Or):

- Aderente ao tratamento. (f/i+)
- Dificuldade em distribuir o tempo para os cuidados pessoais, como praticar esportes. (f/i-)

ANÁLISE DOS DADOS

A crise do impacto diagnóstico para Adriana, foi um dos momentos mais marcantes da história da infecção, pois ela foi infectada através do seu marido, representando o fenômeno da feminização da AIDS, evidenciando a infidelidade do marido. (COORDENADORIA ESTADUAL DA MULHER, 2008; BASTOS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; WAGHABI, 2007)

No início do diagnóstico, a participante da pesquisa negava sua condição de portadora, mantendo comportamentos hostis frente aos profissionais de saúde, também recusava realizar exames e consultas de rotina. Kübler-Ross (1977) denomina esse comportamento como sendo a postura de negação e ira diante da doença. Na ocasião da entrevista, Adriana mostrou-se em postura de aceitação (KÜBLER-ROSS, 1977) embora não revele sua condição de portadora a todas as pessoas de seu convívio social, representando uma certa negação da doença. Pôde-se observar que, Adriana evidencia o que Kübler-Ross (1977) denomina como os estágios de enfrentamento da doença e que podem acontecer em qualquer ocasião, não necessariamente na seqüência apresentada pela autora.

Conforme descrito acima, Adriana enfrenta algumas dificuldades de relacionamento com o marido, com o filho e com os familiares devido ao sobrecarga de cuidados atribuídos ao seu pai. Esse fato mostra a dificuldade de solucionar conflitos, independente de ser portadora do vírus HIV. Devido a sua postura frente às relações, pode-se supor que não tenha tido condições de negociar o uso do preservativo com o marido, ficando vulnerável à contaminação com o vírus através do sexo desprotegido. (COORDENADORIA ESTADUAL DA MULHER, 2008; BASTOS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

A rede de suporte social de Adriana é comprometida devido ao receio de sofrer preconceito pela AIDS e ser carregada de estigma. Não faz questão em manter amigos nem compromissos sociais. (ADÃO e CARACIOLO, 2007; CASTANHA, COUTINHO, SALDANHA, OLIVEIRA, 2006; SEIDL e TRÓCCOLI, 2006; SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006)

No setor produtividade, a participante apresentou o diagnóstico pouquíssimo adequado, mostrando-se insatisfeita com sua fonte de renda e sem condições de realizar-se profissionalmente, trabalha com o único objetivo da subsistência da família.

Sente-se incomodada com o fato de a AIDS ser associada a comportamentos sexuais não aceitos socialmente, homossexualismo, por exemplo, à imoralidade, como

se ela, sendo portadora do vírus HIV fosse adepta de tais comportamentos sexuais. Fato também observado nos estudos de Almeida e Labronici, 2007 e Chechin, 2005.

Adriana é aderente ao tratamento e mantém um bom relacionamento com os profissionais da equipe de saúde, embora procure freqüentar o serviço de saúde em horários com pouca freqüência de pessoas com receio de encontrar alguém de seu convívio social. (SOUZA, 2008)

CASO 2 – SOLANGE

Solange, doméstica, ensino fundamental, 32 anos, casada. Portadora aproximadamente há nove anos. Infectou-se através do marido; o marido teve uma relação extraconjugal, eles romperam o casamento e retomaram, logo em seguida e ela engravidou e descobriu através dos exames de pré-natal que estava infectada. Comenta que essa situação foi um “choque” (sic) ficando muito triste e chateada com a traição do marido e preocupada com a gestação. Atualmente diz ter perdoado o marido da traição e vivem bem. Com a família de origem mantém pouco contato, porém, com as filhas e o esposo tem boa relação. Não esconde o diagnóstico da filha nem das pessoas do trabalho. Trabalha há vinte anos como doméstica na casa de uma família e quando ela descobriu sua soropositividade, não escondeu da patroa bem como de todos os membros daquela família. Diz ser muito satisfeita com esse trabalho que realiza, embora tenha prestado um concurso público para outra função, gosta muito do trabalho. Tem bom vínculo com a patroa, e estabelece uma relação de cumplicidade com ela. O trabalho parece ser o único local onde ela estabelece relações, pois não tem amigos e tem dificuldades em fazê-los, considera-se tímida e retraída. É orgulhosa de seu estado de saúde e com o fato de a filha não ter contraído o vírus durante a gestação. É aderente ao tratamento e tem uma postura comprometida com sua saúde.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Leve / Grupo 2 / Sub-grupo 2 b

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Sente-se traída pelo esposo ter contraído o vírus através de uma relação extraconjugal. (f/i-)

Confiança no esposo. (f/i+)

Revelação do diagnóstico à filha. (f/i+)

Desculpou o marido pela traição e também pelo fato dele ter a infectado. (f/i+)

Não revela o diagnóstico à família por medo de preconceito. (f/i-)

Retraimento e timidez. (f/i-)

Setor Produtividade (Pr):

Gosta muito do trabalho que realiza. (f/i+)

Prestou concurso público para a função de merendeira sem desejar sair do atual emprego. (f/i-)

Contou sobre a sua soropositividade a patroa que não a discriminou. (f/e+)

Relação de cumplicidade com a patroa. (f/e+)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

Não tem amigos. (f/i-)

Não tem lazer. (f/i-)

Setor Orgânico (Or):

Contraiu o vírus pelo marido através de uma relação extra-conjugal. (f/e-)

Sente-se orgulhosa do seu estado de saúde atual. (f/i+)

Aderente ao tratamento, às orientações médicas. (f/i+)

ANÁLISE DOS DADOS

Solange, assim como todos os outros participantes da pesquisa, sofreu a crise do impacto diagnóstico, porém, nesse caso, com o agravante de estar gestante. A sensação de “tragédia iminente” comentada por Waghavi (2007) foi comentada por Solange como sendo um “choque” (sic) a descoberta de sua soropositividade e a gestação.

Observou-se, porém, que a crise gerada pelo impacto do diagnóstico não interferiu negativamente na adesão ao tratamento. Ao contrário, quando Solange descobriu-se portadora do vírus HIV na gestação, manteve uma postura comprometida com sua saúde fazendo uso correto dos Anti-Retrovirias de profilaxia para a saúde do bebê.

A participante comenta que, o fato que a surpreendeu no momento do diagnóstico foi a traição do marido, pois, não esperava ser infectada com o vírus mantendo um casamento fiel, sem traições. Esse é um fato marcante na história de Solange, caracterizando o quadro da feminização da AIDS comentado anteriormente.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; PAIVA, LATTORE, GRAVATO, LACERDA, 2002, SELLI E CHECHIN, 2005)

Diferente da maioria dos participantes, Solange comunicou com facilidade o seu diagnóstico à filha mais velha, não temendo preconceito e julgamentos, porém, procura ocultar sua condição de portadora para o restante da família.

No trabalho, como mantém um bom vínculo afetivo com a patroa e os demais familiares, comentou sobre seu diagnóstico e esses não a discriminaram, fato muito importante para o enfrentamento da doença.

Segundo comenta Kübler-Ross (1977), Solange vivenciou os cinco estágios de enfrentamento da doença. O primeiro estágio foi observado no início da descoberta do diagnóstico, tendo sobressaído o sentimento de negação, porém, pôde-se constatar simultaneamente a esse primeiro, o estágio de ira, caracterizado pela revolta frente ao marido pela contaminação do vírus; seguido da barganha, tristeza e aceitação. Atualmente, Solange encontra-se nesse último estágio, pois, comenta com orgulho sobre sua saúde e não se queixa dos incômodos iniciais do tratamento.

A participante não relata comprometimento da vida sexual, contrariando o que foi comentado sobre mulheres soropositivas. (FREITAS E RODRIGUES, 2000) Bem como não comenta nenhuma queixa do setor orgânico de funcionamento. (HELENO E SANTOS, 2004)

Observou-se nessa participante o bom relacionamento com a equipe de saúde.

CASO 3 - DÉBORA

Débora, serviços gerais desempregada, ensino médio incompleto, 28 anos, solteira; é portadora do vírus há seis anos. Infectou-se com o vírus HIV através do primeiro namorado. Comentou em entrevista que quando descobriu sua soropositividade “pensou que a vida iria acabar” e que fosse perder as amigas das pessoas por preconceito; afastou-se das amigas com receio de ser discriminada. No início, escondeu o diagnóstico da família, mas com o tratamento, acabou revelando sua condição de portadora às irmãs e a tia, essa deu suporte e incentivou-a procurar o serviço de saúde. Atualmente mora com essa tia, pessoa que mantém um bom vínculo afetivo. Os pais são falecidos. Comenta que foi um “alívio o pai ter morrido”, pois ele a violentou sexualmente “tirou minha virgindade” (sic); sente muito pela morte da mãe. Atualmente está sem namorado; comenta sentir falta do último parceiro, que rompeu o

relacionamento; esse era casado. Dificuldade em manter vínculos amorosos. Não está trabalhando e comenta sentir falta do trabalho. Recebe auxílio do INSS por ser portadora. Reaproximou-se das amigas. Tem facilidade em fazer e manter amigos. Vivenciou uma situação na escola que fez com que ela se afastasse das aulas: alguns colegas de classe souberam do diagnóstico e comentaram com o restante da escola; ficou muito incomodada com essa situação. Faz uso dos Anti-Retrovirais e comenta não ter dificuldades com a medicação. É aderente ao tratamento. Diz estar satisfeita com seu estado de saúde. Mantém bom vínculo com a equipe de saúde.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Severa / Grupo 4 / Sub grupo 4 c

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Impacto do diagnóstico. (f/e-)

Esconde o diagnóstico da família e amigos. (f/i-)

Teme preconceito no início da infecção. (f/i-)

Revelação do diagnóstico à família e amigos. (f/i+)

Perda da mãe. (f/e-)

Abuso sexual do pai. (f/i-)

Perda do pai. (f/e+)

Dificuldade de vínculo com um parceiro. (f/i-)

Perda do ex-parceiro. (f/e-)

Preconceito na escola. (f/e-)

Setor Produtividade (Pr):

Desemprego. (f/e-)

Abandono dos estudos. (f/e-)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

Afastou-se dos amigos no início da descoberta do diagnóstico. (f/i-)

Facilidade em fazer amigos. (f/i+)

Setor Orgânico (Or):

Aderente a medicação. (f/i+)

Bom relacionamento com a equipe de saúde. (f/i+)

Satisfeita com seu estado de saúde. (f/i+)

ANÁLISE DOS DADOS

Débora infectou-se com o vírus HIV através de relações sexuais desprotegida com seu primeiro namorado, que não revelou o diagnóstico a ela. (PAIVA, LATTORE, GRAVATO, LACERDA, 2002)

A participante relata a crise de impacto diagnóstico gerada pelo medo do preconceito e da discriminação social. Sentimentos de tristeza e depressão também foram relatados pela participante, comuns em situações de crise por perda, nesse caso, da saúde e aquisição de uma doença crônica carregada de estigma com a AIDS.

Débora relata ter tido uma adolescência muito comprometida afetivamente devido aos constantes abusos sexuais sofridos pelo pai, figura que comenta com repulsa e tristeza. As situações de abuso ocorreram em uma época em que sua mãe estava hospitalizada, aumentando os sentimentos de ódio e raiva para com seu pai. Comenta ter sido “um alívio” a morte de seu pai, ao contrário da perda da mãe, queixa-se da falta que a mãe faz à ela. Para a participante da pesquisa, a perda da mãe é um fator externo negativo que compromete o setor afetivo-relacional, pois segundo acredita, se a mãe fosse viva, teria alguém para partilhar suas dificuldades.

Um fator observado na entrevista é a dificuldade em manter vínculos românticos, pois, comentou não ter relacionamentos duradouros, com exceção do último, um envolvimento que manteve com um homem pelo qual ainda estava apaixonada, porém, esse era casado. Esse fato mostra a dificuldade em solucionar seus conflitos, comprometendo a adaptação eficaz no setor afetivo-relacional.

A participante relata ter bom convívio familiar e social, embora não revele o diagnóstico a todos as pessoas de sua convivência por temer preconceito e discriminação.

O fato de não revelar sua condição de portadora já causou situações desagradáveis como o abandono dos estudos devido aos colegas de classe terem descoberto sua soropositividade. Tal situação deixa claro a dificuldade que Débora encontra para solucionar de modo adequado suas situações-problema. (ADÃO e CARACIOLO, 2007; CASTANHA, COUTINHO, SALDANHA, OLIVEIRA, 2006; SEIDL e TRÓCCOLI, 2006; SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006)

Os estágios de enfrentamento da doença comentados por Kübler-Ross (1977) foram sutilmente observados nessa participantes da pesquisa, prevalecendo o último estágio de aceitação da doença, pois atualmente, mantém uma postura de comprometimento com sua saúde e é aderente ao tratamento.

Uma característica marcante nessa participante da pesquisa é o medo do preconceito e da discriminação social, fator que compromete os setores de funcionamento. (ADÃO e CARACIOLO, 2007; CASTANHA, COUTINHO, SALDANHA, OLIVEIRA, 2006; SEIDL e TRÓCCOLI, 2006; SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006)

CASO 4 – SILVIA

Silvia, secretária em escola, ensino médio, 45 anos, solteira; descobriu ser portadora há três anos, quando estava gestante do seu terceiro filho. Sentiu-se impactada com o diagnóstico, principalmente por estar grávida e preocupar-se com a saúde do filho que estava gerando, fruto de uma gravidez inesperada. Esconde o diagnóstico de todos da família. Separou-se do marido devido ao fato de ele ser dependente químico, o que prejudicava muito a relação do casal. Tem bom vínculo com o filho mais velho; refere-se a ele com um carinho especial, diferente da filha, que diz ser muito parecida com o pai, ambos filhos do ex-marido. O parceiro atual é HIV positivo e faz acompanhamento no mesmo serviço de saúde. Atualmente tem estado muito cansada da rotina diária, fato que está interferindo na relação com o parceiro. Não moram juntos porque diz não ter mais disposição para um casamento. Incomoda-se com o fato de não poder cuidar do filho e ter que deixá-lo na creche, pois os outros dois filhos ela pôde cuidar. Tem uma irmã, da qual também esconde sua condição de portadora e não mantém contato porque acredita que “cada um deve cuidar da sua vida” (sic), a relação com a irmã não é de boa qualidade. Está muito cansada da rotina diária e também de cuidar do filho, comenta “não ter idade mais para ser mãe” (sic). Disse estar exausta da rotina do trabalho, mas que, como é funcionária pública, espera pelo tempo de se aposentar e não pretende conseguir outro emprego. Não tem amigos e justifica “que tem uma vida muito estressada” (sic) e que os cuidados com o filho e a sua rotina impedem de cultivar amizades. Comenta não gostar de fazer amigos. Diz não ter motivo para fazer amigos. Quando a entrevista foi realizada ela estava aguardando o resultado do

exame laboratorial da contagem de CD4, que definiria o início do uso da medicação Anti-Retroviral, fato que estava deixando-a muito preocupada porque, para ela, a utilização dos Anti-Retrovirais seria assumir a condição de portadora e também temia os efeitos colaterais. Comentou ter medo de morrer e não poder cuidar do filho.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Grave / Grupo 5 / Sub grupo 5 c

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Esconde o diagnóstico da família e amigos por temer preconceito. (f/i-)

Relação prejudicada com a irmã. (f/i-)

Separação do marido. (f/i+)

Cansaço e estresse com a rotina diária. (f/i-)

Problemas com o parceiro devido ao cansaço. (f/i-)

Teme adoecer e não poder cuidar do filho. (f/i-)

Incomoda-se em não poder cuidar do filho, ter que deixa-lo na creche. (f/i-)

Gravidez inesperada. (f/e-)

Setor Produtividade (Pr):

Sente-se cansada do trabalho. (f/i-)

Acomodada com o trabalho. (f/i-)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

Não tem amigos. (f/i-)

Acredita não ter condições de manter amizades devido à rotina e os cuidados com o filho. (f/i-)

Não gosta de fazer amigos. (f/i-)

Setor Orgânico (Or):

Impacto do diagnóstico. (f/e-)

Impacto do diagnóstico associado à gestação. (f/e-)

Teme fazer uso da medicação. (f/i-)

Valor do número de CD4 representando a perda da saúde. (f/i-)

Cansaço físico devido à rotina diária. (f/e-)

ANÁLISE DOS DADOS

Silvia, assim como Adriana, Solange e Débora, infectou-se com o vírus HIV através de relações sexuais desprotegidas com seu namorado. Sofreu a crise de impacto diagnóstico com o agravante da gestação, descobriu ser portadora do HIV no pré-natal. Relata, assim como Solange, a sensação de “tragédia iminente” e a confusão de auto-imagem em, descobrir-se HIV positiva e gestante. (GONÇALVES e PICCININI, 2007; WAGHABI, 2007)

Conforme comenta Gonçalves e Piccinini (2007) o impacto de descobrir-se portadora do vírus HIV na gestação, exige que a mulher refaça sua auto-imagem, pois são duas condições muito impactantes. No caso da participante Silvia, pôde-se observar mais um agravante, pois, segundo ela comenta, o fato de ter tido uma gestação não planejada e considerar “não ter mais idade para ser mãe” foram um “choque” para ela. No início do diagnóstico, esses foram os fatos que mais marcaram a vida de Silvia agravando a crise por perda da saúde que vivenciou e comprometendo a adaptação os setores afetivo-relacional e orgânico.

A participante mantém bom convívio o filho mais velho por quem tem muita admiração, porém, com a irmã, a filha mais nova e até mesmo o atual companheiro, mantém uma relação pouco afetiva. Comenta que com a irmã não tem muito contato bem como com a filha; já com o companheiro, não deseja casar-se. Parece que suas relações interpessoais são prejudicadas por dificuldade em constituir e manter vínculos, fato que fica claro também nas relações sociais: não tem amigos e não sente falta desses. Tal situação mostra o comprometimento do setor afetivo-relacional e sócio-cultural da participante.

No setor produtividade apresentou todos os fatores negativos mostrando com isso, adaptação pouquíssimo adequada. A participante sente-se cansada da rotina do trabalho e acomodada com o fato de ser funcionária pública.

No momento da entrevista, Silvia estava aguardando o resultado do exame laboratorial de contagem de CD4, que definiria o início da terapia anti-retroviral. Esse fato mostra o que Santos, Nascimento, Felipe (2000) comentam sobre o impacto diagnóstico da AIDS: iniciar a medicação para a participante era deparar-se com sua soropositividade e, eventualmente, assumir-se socialmente como portadora do vírus. Silvia temia que os efeitos colaterais da medicação interferisse no trabalho.

CASO 5 – VALÉRIA

Valéria, autônoma, ensino fundamental, 39 anos, casada; infectou-se com o vírus HIV através do primeiro marido que é falecido. É portadora há dez anos. Decidiu fazer o exame Anti-HIV porque desconfiou que ele pudesse ter falecido de AIDS. Sofreu o impacto da revelação do diagnóstico, porém, comenta que a crise não impediu que procurasse o serviço de saúde e o tratamento, pois desejava “viver, e viver bem” (sic). Relata que teve medo do preconceito no início quando recebeu o diagnóstico. Tem cinco filhos. É comprometida com a educação dos filhos. Sente-se orgulhosa por ter um filho cursando a faculdade. Eles sabem do diagnóstico. Segundo ela comenta, faz questão de não esconder o diagnóstico dos filhos para que eles tenham uma postura comprometida com a saúde e usem preservativo nas relações sexuais. Esconde o diagnóstico do restante da família porque diz sempre ter sido o “amparo da família” (sic) e que não quer fazer alarde e deixá-los preocupados. Teve infância difícil devido ao alcoolismo materno. Foi adotada por outra família com a qual convive bem. Começou a trabalhar muito cedo, fato que comenta com orgulho porque acredita ser devido a isso que atualmente é “batalhadora, forte! Esse sentimento me fez vencer na vida” (sic) Possui boa relação com o atual companheiro que é caminhoneiro. Considera ser uma pessoa agradável, “alto-astral” e que não fraqueja diante das adversidades da vida. Deseja trabalhar em prol dos portadores do vírus HIV em uma Organização-Não-Governamental. Desde que descobriu sua condição de soropositiva e que foi discriminada no trabalho por isso, decidiu trabalhar como autônoma. É satisfeita com o trabalho. Diz fazer amigos no trabalho que executa. Na ocasião da entrevista, estava sentindo os efeitos colaterais da medicação Anti-Retroviral, relatou náuseas e diarreia, mas que estava disposta a “enfrentar esses sintomas” e que já tinha conhecimento deles. Estava afastada do trabalho devido a esses sintomas. Após ter descoberto sua condição de soropositiva, decidiu ter mais dois filhos que não são portadores, devido ao tratamento de profilaxia que realizou na gestação. Comentou ter um estado de saúde bem mais satisfatório que anterior ao vírus, pois não era preocupada com a saúde. É aderente à medicação. Mantém bom relacionamento de saúde.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Leve / Grupo 2 / Sub grupo 2 b

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Não esconde o diagnóstico dos filhos. (f/i+)

Alcoolismo materno. (f/e-)

Comprometida com a educação dos filhos. (f/i+)

Bom relacionamento com o marido. (f/i+)

Gosto pela vida. (f/+)

Sente-se realizada com a faculdade do filho. (f/e+)

Setor Produtividade (Pr):

Gosta do trabalho que executa. (f/i+)

Afastada do trabalho devido aos efeitos colaterais da medicação Anti-Retroviral.
(f/e-)

Motivação para trabalho social em AIDS. (f/i+)

Preconceito da empregadora no início da descoberta do vírus.(f/e-)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

Tem muitos amigos. (f/i+)

Facilidade em fazer amigos. (f/i+)

Setor Orgânico (Or):

Impacto diagnóstico. (f/i-)

Crise do impacto não interferiu no tratamento da saúde. (f/i+)

Bom relacionamento com a equipe de saúde. (f/i+)

Gestações após a descoberta do vírus com feto soronegativo. (f/e+)

Postura comprometida com a saúde após a descoberta do vírus. (f/i+)

Aderente ao tratamento. (f/i+)

ANÁLISE DOS DADOS

Infectada através de relacionamento estável, Valéria representa, assim como todas as outras participantes da pesquisa, o fenômeno de feminização do HIV descrito anteriormente pela Coordenadoria Estadual da Mulher, 2008; Bastos, 2002; Ministério da Saúde (2008).

A participante Valéria apresentou, assim como todas as outras, crise do impacto diagnóstico na descoberta da sua soropositividade. Comentou ter vivenciado o medo do

preconceito social, mas que tal sentimento não a impediu de procurar pelo serviço de saúde. Suas relações interpessoais não alteraram com a soropositividade, fator interno positivo.

Valéria tem bom relacionamento familiar e social. Convive bem com o atual marido e com os filhos; sente-se orgulhosa por um de seus filhos estar cursando a faculdade; esse é um fator positivo do setor afetivo-relacional, que foi diagnosticado como adequado.

Como comentado acima, a rede de suporte social do indivíduo portador fica comprometida com sua condição. (ADÃO e CARACIOLO, 2007; CASTANHA, COUTINHO, SALDANHA, OLIVEIRA, 2006; SEIDL e TRÓCCOLI, 2006; SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006) No caso de Valéria, o comprometimento ocorreu no setor da produtividade, pois, sofreu preconceito no início da descoberta do vírus, sendo demitida do emprego por receio da ex-patroa. Tal situação deixou Valéria muito sensibilizada foi uma das situações mais complicadas que enfrentou no início do diagnóstico, comprometendo o setor produtividade de funcionamento.

Com relação aos cinco estágios de enfrentamento da doença comentado por Kübler-Ross (1977), Valéria pareceu no momento da entrevista estar no estágio de aceitação, tendo passado brevemente pelos outros, sendo marcante a presença do estágio de isolamento, onde se afastou do trabalho devido sua condição de portadora.

Valéria, na ocasião da entrevista, encontrava-se indisposta devido aos efeitos colaterais dos Anti-Retrovirais, porém, como pôde-se observar, contrariando o resultado do estudo realizado por Heleno e Santos (2004), a participante apresentou maior número de fatores internos e externos positivos no setor orgânico de funcionamento.

Um fator importante a ser comentado é que a participante, após ter descoberto o diagnóstico, decidiu ter mais um filho que nasceu soronegativo, devido a sua postura comprometida com a saúde e a adesão à medicação de profilaxia na gestação.

Não observou-se em Valéria nenhuma crise além do impacto diagnóstico representando a perda da saúde.

CASO 6 – JOSÉ

José, autônomo, ensino médio, 52 anos, casado, duas filhas do primeiro casamento, sendo que a uma faleceu por câncer; é portador do vírus HIV há

aproximadamente cinco anos. Descobriu ser portador depois que a esposa realizou um exame anti-HIV com resultado positivo. Comentou, em entrevista, que o diagnóstico positivo para HIV o deixou sensibilizado devido ao fato de, quando descobriu sua soropositividade, a mãe estava doente e prestes a morrer e que não poderia estar com ela nesse momento devido a rotina do tratamento, consultas e exames laboratoriais. Deixou seu estado de origem depois da separação da primeira esposa porque a relação “esfriou depois da morte da filha” (sic) por câncer. A filha, que mora no seu estado de origem, não sabe do diagnóstico. Teme que a filha não aceite sua situação de portador, embora tenha pouco contato com ela. Não costuma confiar nas pessoas, é retraído. Sente-se prejudicado por não ter podido cursar a faculdade de Direito, porque começou a trabalhar desde muito cedo. Perdeu o pai quando tinha quatro anos de idade, sentiu-se muito abandonado. É aderente à medicação Anti-retroviral, bem como exames e outras consultas de rotina, mantendo boa relação com a equipe de saúde. Depois que soube do diagnóstico positivo para HIV, usa preservativo nas suas relações sexuais, o que não acontecia antes do diagnóstico. Quanto ao setor produtivo não tem satisfação com sua profissão.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Severa / Grupo 4 / Sub grupo 4 c

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

O portador, no início da descoberta do diagnóstico, não aceita a doença e suas conseqüências, mas com o tempo, após a crise pelo impacto do diagnóstico passa aceitar a doença. (f/i +)

Perde o pai aos quatro anos de idade. (f/e-)

Perda da filha por câncer. (f/e-)

Ruptura com a família e fuga para outro estado. (f/i-)

Pouco contato com a filha. (f/i-)

Perda da mãe e não poder visitá-la. (f/e-)

Reconhecimento em ter infectado a atual esposa. (f/i+)

Sentimento de abandono gerado pela morte do pai. (f/i-)

O fato de ter consciência do diagnóstico positivo para HIV o levou à postura mais positiva para com a vida e com as pessoas que o cercam. (f/i+)

Intolerância e rigidez. (f/i-)

Não revela o diagnóstico à filha por temer retaliação. (f/i-)

Confia pouco nas pessoas mantendo afastamento delas. (f/i-)

Sente-se prejudicado por não ter podido estudar. (f/i-)

Setor Produtividade (Pr):

Trabalha, mas não gosta da profissão que exerce. (f/i-)

Não teve formação escolar. (f/e-)

Começou trabalhar aos oito anos de idade para ajudar a sustentar a família. (f/e-)

Falta de interesse pelo trabalho que realiza. (f/i-)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

Não tem amigos. (f/i-)

Evita eventos sociais. (f/i-)

Setor Orgânico (Or):

Apesar de ter uma doença crônica faz o tratamento, aceita as orientações da equipe de saúde e tem a doença sobre controle. (f/i+)

ANÁLISE DOS DADOS

O participante da pesquisa sentiu-se impactado no momento do diagnóstico positivo para HIV suscitando sentimentos de “choque”, tristeza e desesperança diante da condição de portador de uma doença crônica, sendo que o momento da entrega do resultado foi um episódio desestruturante para ele. (ANDERSON e RUBIN, 1996, SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006; KÜBLER-ROSS, 1977)

A crise instalada pela descoberta do diagnóstico positivo para HIV colocou José, no que chama Simon (2005) de “situação nova e transformadora” em que o interesse do indivíduo é encontrar respostas que solucionem tal problema.

Como citado anteriormente por Kübler-Ross (1977), José encontra-se no “estágio de aceitação da doença” os sentimentos gerados pela crise do impacto do diagnóstico foram superados pelo medo do preconceito e exclusão social.

Na ocasião da descoberta do diagnóstico, o estado de saúde da mãe foi um fator externo negativo que influenciou na crise da revelação diagnóstica, pois a rotina do tratamento o impediria, segundo ele comentou, de visitar a mãe que morava no seu estado de origem.

Durante toda a sua vida vivenciou perdas significativas tendo dificuldades em manter vínculos afetivos em suas relações interpessoais, utilizando do mecanismo de fuga diante dessas dificuldades. Esse comportamento caracteriza-se como um fator interno defensivo marcante nas relações que ele vivenciou.

José não revela o diagnóstico à filha por temer retaliação por parte dela e preconceito devido a AIDS ser uma doença carregada de estigma, fato que gera sentimentos de tristeza e faz com que mantenha um distanciamento da mesma, prejudicando sua relação com ela. (ADÃO e CARACIOLO, 2007).

Conforme Santos, Nascimento, Felipe (2000) o episódio da revelação do diagnóstico para familiares é um momento gerador de muito stress para o portador do vírus, fato observado no caso em análise, pois, o paciente não comenta sua condição de portador com seus familiares e esconde seu diagnóstico.

Observou-se como uma característica marcante em José, o convívio social prejudicado e o fato de ele não ter amigos e evitar situações sociais, sendo esse um fator interno negativo que o impede de constituir vínculos afetivos saudáveis.

José não enfrenta dificuldades diante do uso da medicação Anti-Retroviral no que diz respeito aos efeitos colaterais dessa medicação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA FILHO e SOUZA, 2004; SIEGEL; SCHRISNSHAW; DEAN, s.d.)

Com relação ao estado orgânico, José apresenta-se bastante comprometido com sua saúde; é aderente à medicação Anti-Retroviral e todos os procedimentos médicos, psicológicos e de enfermagem. Um fator importante que pode ser relacionado a essa conduta comprometida com sua saúde é o bom relacionamento que estabeleceu com a equipe de saúde e a importância que atribuiu a sua saúde após o diagnóstico positivo para HIV. Como se pode observar através da análise do setor orgânico do funcionamento, após a descoberta da sua condição de soropositivo voltou-se comprometidamente para a qualidade da sua saúde adotando posturas mais conscientes para com esse setor de funcionamento. (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008)

CASO 7 – LUCAS

Lucas, autônomo, ensino fundamental incompleto, 46 anos, solteiro, é portador há sete anos. Descobriu sua soropositividade ao ser internado em uma casa de recuperação para dependentes químicos. Usuário de droga desde os treze anos de idade (álcool, maconha e outras drogas ilícitas). Sentiu-se impactado com o diagnóstico

positivo pra HIV. Não sabe ao certo como contraiu o vírus porque já foi usuário de droga injetável e praticava sexo sem preservativos. No início do diagnóstico, relata que o médico do INSS “deu dois anos de vida pra mim, tô vivo, e vivo muito bem, levo uma vida normal, tomando remédios, que é importante pra ficar vivo, vida normal” (sic). Comentou que sempre viveu afastado da família, sempre excluído. Foi casado e tem dois filhos. O casamento fracassou devido ao fato de ser dependente químico. Namorou uma mulher pela qual sente apreço, mas também rompeu com ele por ser dependente químico; mantém, com essa mulher uma relação de amizade, porém, sente ter “perdido a M” (sic). Não mantém relações de afeto, somente sexuais; embora sinta que após o diagnóstico, as relações sexuais ficaram prejudicadas por medo de infectar a parceira. Teve um relacionamento com uma mulher que, após ter desconfiado da sua fidelidade, “colou fogo” (sic) na sua casa. Trabalha com artesanato e diz que é seu lazer. Considera o trabalho como sendo uma “terapia ocupacional”. Recebe auxílio do INSS. Disse não ter amigos e não sentir falta deles. Tinha um grupo de pessoas que se reuniam para usar droga, e segundo ele comenta, não são amigos. É comprometido com sua saúde. Mantém bom vínculo com a equipe de saúde. Faz uso dos Anti-Retrovirais. Disse usar maconha para “abrir o apetite” (sic), porque precisa alimentar-se.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Severa / Grupo 4 / Sub grupo 4 c

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Crise do impacto diagnóstico. (f/i-)

Vínculo prejudicado com a família. (f/i-)

Relações amorosas conturbadas. (f;i-)

Separação da última companheira. (f/e-)

Falta de vínculo afetivo com as atuais parceiras. (f/i-)

Setor Produtividade (Pr):

Sente-se realizado com o trabalho que executa, porém, não tem comprometimento com o mesmo. (f/i-)

Recebe auxílio do INSS. (f/e+)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

Não tem amigos. (f/i-)

Ciclo de amigos associado ao uso de droga. (f/i-)

Setor Orgânico (Or):

Atribui importância à medicação Anti-Retroviral. (f/i+)

Teme infectar a parceira no ato sexual. (f/i-)

Uso de droga como subterfúgio para alimentar-se. (f/i-)

Uso de droga lícita e ilícita desde os treze anos de idade. (f/i-)

ANÁLISE DOS DADOS

Lucas descobriu-se soropositivo quando foi internado em uma clínica de reabilitação para dependentes químicos. Vivenciou a crise da descoberta do diagnóstico com sentimentos descritos anteriormente de medo da morte e do preconceito social. (ALMEIDA e LABRONICI, 2007; CASTANHA, COUTINHO, SALDANHA, OLIEVIRA, 2006; SILVA FILHO E SOUZA, 2004; OLIVEIRA, 2000).

O participante apresenta dificuldade em constituir e manter vínculos afetivos. Relata no momento da entrevista, o pesar por ter-se separado da última companheira, rompimento que aconteceu por causa de ser usuário de droga. Observou-se também, e distanciamento que mantém dos familiares desde a infância. Esses são fatores negativos que representam a dificuldade de adaptação de Lucas no setor afetivo-relacional e a falta de respostas adequadas para seus conflitos de relacionamento.

O fato de ser usuário de droga desde a adolescência parece evidenciar as dificuldades que Lucas apresenta em suas relações, pois, até mesmo para alimentar-se diz, ter que “fumar maconha”, como se a droga fosse o veículo de comunicação dele com o mundo.

Parece que Lucas encontra-se no estágio de aceitação da doença, segundo comenta Kübler-Ross (1977), pois passado a crise do impacto diagnóstico e os sentimentos vivenciados de medo da morte e do preconceito social, o participante comenta enfrentar a AIDS doença crônica, ou seja, embora vivencie os incômodos da síndrome, convive de modo a aceitar a doença.

No setor produtividade, Lucas parece não ter nenhum comprometimento com o trabalho, como se esse fosse um lazer. Parece não atribuir à sua função, a responsabilidade do trabalho, não cumprindo horários e outros compromissos. Como

recebe auxílio do INSS, esse parece ser um ganho secundário obtido através da AIDS e que facilita sua postura não comprometida com o trabalho.

Parece que, como consequência dos conflitos apresentados o setor afetivo-relacional, o setor de funcionamento sócio-cultural, também é prejudicado, pois, Lucas não tem amigos e aqueles que ele mantinha, eram também dependentes químicos.

Pôde-se observar no caso de Lucas, o comprometimento de todos os setores de funcionamento. Parece que esse participante representa um perfil semelhante ao da população estudada por Heleno e Santos (2004), onde concluíram que o padrão de respostas pouco e/ou pouquíssimo adequadas atribuídas às situações-problema, estavam relacionadas à pulsão de morte, porque a vida dessas pessoas estavam “vinculadas à comportamentos autodestrutivos”. (p. 91)

De acordo com a análise da entrevista, o setor orgânico de funcionamento também apresentou fatores internos e externos negativos, ressaltando o uso da medicação Anti-Retroviral como sendo o único fator positivo.

CASO 8 – ALEXANDRE

Alexandre, serviços gerias, desempregado, ensino fundamental incompleto, 39 anos, casado, é portador do vírus há dez anos. Comentou ser usuário de droga desde a adolescência após a separação dos pais. Nessa época, imaginava que a família não gostava dele. Durante todo o período da adolescência, usou droga, algumas vezes injetáveis, e mantinha relações sexuais com homossexuais e também prostitutas. Quando se alistou no Exército, parou de usar droga porque acreditava que iria conseguir um emprego que fosse bem remunerado, o que não aconteceu. Após a saída do Exército, casou-se e teve dois filhos. Durante o namoro com a esposa, mantinha relações homossexuais e heterossexuais, além de usar droga. Diz ter se arrependido de tais comportamentos. Mantém uma relação prejudicada com a esposa porque ela não confia em sua abstinência; ele comenta que parou de usar droga por causa da sua saúde. Sente vergonha do filho mais velho por ele saber que o pai foi usuário de droga; já com a filha e com o sogro, mantém uma boa relação. O sogro mora com eles na casa e contribui com a maior parte da renda familiar, porque ele está desempregado, fato que o deixa muito abalado e interfere na relação familiar. Sente a morte do pai. Possui bom convívio com os irmãos. Comenta sentir vergonha por estar desempregado, e que não consegue emprego por causa do preconceito que existe nos portadores do vírus HIV. Não tem

amigos por crer que eles se afastaram após a descoberta do vírus. Comenta que nunca teve amigos. Gosta de jogar futebol e mantém esse lazer. Não sabe ao certo como infectou-se com o vírus, acredita ter sido através de relações sexuais desprotegidas que manteve com prostitutas. Quando soube do diagnóstico, pensou em suicidar-se porque pensou que teria pouco tempo de vida. Após algum tempo, revelou sua condição à esposa e orientou que realizasse o exame Anti-HIV. É aderente ao tratamento.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Severa / Grupo 4 / Sub grupo 4 c

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

- Uso de droga devido a separação dos pais. (f/i-)
- Frustração diante do desemprego. (f/i-)
- Uso de droga e traições desde no início do namoro com a esposa. (f/i-)
- Arrependimento das traições homossexuais e heterossexuais. (f/i+)
- Bom convívio com os irmãos. (f/i+)
- Dificuldade no casamento. (f/e-)
- Vergonha do filho por ter sido usuário de droga. (f/i-)
- Bom convívio com o sogro. (f/i+)
- Perda do pai. (f/e-)

Setor Produtividade (Pr):

- Desemprego. (f/e-)
- Desemprego atribuído à AIDS. (f/e-)
- Vergonha dos filhos por estar desempregado. (f/e-)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

- Atribui a falta de amigos ao preconceito diante da AIDS. (f/e-)
- Mantém o lazer predileto. (f/i+)

Setor Orgânico (Or):

- Crise de impacto diagnóstico. (f/i-)
- Arrependimento das situações vulneráveis. (f/i+)
- Incentivo à esposa para realizar o exame Anti-HIV. (f/i+)
- Parou de usar droga para não prejudicar a saúde. (f/i+)

Aderente à medicação e ao tratamento. (f/i+)

ANÁLISE DOS DADOS

Assim como todos os outros participantes da pesquisa, Alexandre também sofreu o impacto do diagnóstico positivo para HIV. (ANDERSON e RUBIN, 1996, SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

Os estágios de enfrentamento da doença descritos por Kübler-Ross (1977) também foram observados nesse entrevistado, principalmente o estágio da negação e a ira, também se observou o último estágio, que é aceitação.

Um fato marcante nesse participante é o uso de droga desde a adolescência e o início de sua dependência química associado à separação dos pais. Parece que a droga para Alexandre, serve como fuga da realidade, pois conforme ele comenta, em todas as situações da vida em que encontrou dificuldades, como a separação dos pais na adolescência, o desemprego, ele lança mão da droga como subterfúgio. Conforme comenta Freud (1981) a característica principal da pulsão de morte é a repetição de comportamentos vulneráveis que irão levar o indivíduo para um estado de tensão zero, o que parece ter relação com o caso de Alexandre, pois, nos momentos mais difíceis de sua vida, a droga esteve presente como se fosse uma forma de aliviar o sofrimento nessas ocasiões.

Além do uso de droga, Alexandre encontra-se vulnerável através das relações sexuais que ele mantém sob o efeito da droga, relações heterossexuais e homossexuais. Esses são fatores negativos encontrados no relato do participante que parece ser determinante na forma como ele estabelece suas relações interpessoais e com o mundo.

Um fator positivo encontrado nessa entrevista é a tomada de consciência de que todos esses comportamentos, além de não serem aceitos socialmente, prejudicaram a relação com a esposa e atualmente sente vergonha de filho por ele saber que foi usuário de droga.

Alexandre comenta ter sofrido a perda do pai que parece se recompensada com o bom relacionamento que ele mantém com o sogro, fator positivo.

Esse participante da pesquisa parece sofrer os sentimentos como medo da morte e a discriminação pelo fato de a AIDS ser uma doença carregada de estigma descritos por Almeida e Labronici (2007); Castanha, Coutinho, Saldanha, Oliveira, (2006); Silva Filho e Souza (2004); Oliveira, 2000.

Enfrenta dificuldades no setor produtividade que relaciona ao fato de ser portador do vírus HIV. Tal dificuldade também comentada posteriormente por Adão e Caraciolo (2007); Castanha, Coutinho, Saldanha, Oliveira (2006); Seidl e Tróccoli (2006); Souza; Shimma; Nogueira-Martins, (2006), em que tais autores relatam as dificuldades dos portadores em diferentes setores, inclusive a rede de suporte social que fica prejudicada; Alexandre não mantém suas relações interpessoais por medo do preconceito.

Para Alexandre, revelar o diagnóstico para a esposa foi uma situação muito difícil, pois, traria à tona todos os comportamentos vulneráveis que ele vivenciou em sua vida, inclusive as traições à esposa. Essa situação foi ilustrada anteriormente por WAGHABI (2007)

No setor orgânico, Alexandre mostrou-se aderente à medicação e não ter dificuldades com o tratamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; SILVA FILHO e SOUZA, 2004; SIEGEL; SCHRISNSHAW; DEAN, s.d.)

CASO 9 – PEDRO

Pedro, autônomo, desempregado, ensino médio, 43 anos, casado, é portador do vírus há oito anos. Disse ter descoberto ser portador através de uma tuberculose que estava prejudicando seu rendimento no trabalho, quando realizou o exame Anti-HIV. Sofreu impacto diagnóstico no início da infecção. Acredita ter contraído o vírus através de uma relação sexual que teve durante uma crise conjugal, e comentou não ter comportamentos sexuais promíscuos. É muito retraído, tímido e diz não discutir “por nada” (sic). Relacionamento prejudicado com a esposa; acredita que ambos são “muito diferentes” (sic). Quando há discussões, ele se mantém retraído, foge das discussões e dos diálogos com a esposa. Crise no casamento quando a esposa soube do diagnóstico, mas ambos ficaram tranquilos pelos filhos não serem soropositivos. Os três filhos não sabem do diagnóstico. Ele comenta não terem “estrutura para saber” (sic), mas se soubessem não iriam ter preconceito porque tem uma boa relação com eles. Mantém bom vínculo com a mãe, irmãos e as cunhadas, embora não fale com o irmão mais novo por ser usuário de droga. Sente o falecimento do pai. Está desempregado e procurando

serviço em outra cidade. Quando não está trabalhando, a relação com a esposa fica mais prejudicada. Disse não ter amigos; sempre retraído e tímido desde criança. As únicas pessoas com as quais convive, são os companheiros de futebol, esporte que ele gosta e mantém. É aderente ao tratamento. Sente-se orgulhoso pelo seu estado de saúde atual, pois, comparando com o início da infecção. Relata nunca ter tido dificuldades com a medicação, pois no início do tratamento, fez uso de mais de quarenta comprimidos por dia, entre os Anti-Retrovirais e os para as infecções oportunistas. Faz uso de preservativo nas relações sexuais.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Grave / Grupo 5 / Sub grupo 5 c

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Impacto diagnóstico. (f/i-)

Crise no casamento e traição a esposa. (f/i-)

Sente-se aliviado pelo fato de os filhos não serem portadores. (f/i+)

Dificuldade de relacionamento com a esposa. (f/i-)

Bom vínculo com os filhos. (f/i+)

Esconde o diagnóstico dos filhos. (f/i-)

Bom vínculo com a mãe e irmãos. (f/i+)

Vínculo prejudicado com o irmão mais novo. (f;i-)

Falecimento do pai. (f/e-)

Fuga dos problemas relacionados à relação com a esposa. (f/i-)

Setor Produtividade (Pr):

Desemprego. (f/e-)

Dificuldade nas relações familiares quando está desempregado. (f/e-)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

Sente-se realizado em praticar esporte. (f/e+)

Não tem amigos. (f/i-)

Retraído e tímido. (f/i-)

Setor Orgânico (Or):

Sente-se orgulhoso pelo seu estado de saúde. (f/e+)

Não tem dificuldades com a medicação. (f/e+)

Postura comprometida com a saúde. (fi+)

ANÁLISE DOS DADOS

Assim como todos os outros participantes da pesquisa, sofreu o impacto diagnóstico. (ANDERSON e RUBIN, 1996, SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

Pedro apresentou dificuldades de relacionamento, fato que fez com que contraísse o vírus. Segundo relata, passou por uma crise conjugal e sem motivação para resolver tal problema, optou por manter uma relação sexual extra-conjugal, com a qual infectou-se com o vírus HIV. Sem conhecer sua condição de portador, contaminou a esposa com o vírus HIV. Tais dificuldades de relacionamento são muito presentes no relato desse participante: problemas com a esposa e vínculo prejudicado com o irmão mais novo; fatores negativos encontrados no setor afetivo-relacional do participante.

O fato de sentir-se aliviado por não ter contaminado os filhos parece ser uma diminuição da culpa por ter infectado a esposa.

A perda do pai foi um fator externo negativo marcante no participante da pesquisa.

No setor produtividade, relata ter dificuldades de relacionamento quando está desempregado, o que comprova suas dificuldades emocionais para resolver conflitos. Também no setor sócio-cultural, Pedro, mostra-se retraído e tímido sem muitos amigos. Esses são fatores negativos observados nesse participante.

Pedro vivenciou os estágios de enfrentamento da doença comentado por Kübler-Ross (1977) principalmente o primeiro estágio denominado negação; e na ocasião da entrevista, pareceu estar no estágio de aceitação da doença.

O participante não revela o diagnóstico dos filhos para protegê-los de tal impacto. Parece que tal comportamento é guiado pelo que comenta Anderson e Rubin (1996); Heleno (2008); Souza (2008); Souza; Shimma; Nogueira-Martins (2006) sobre o impacto do diagnóstico de uma doença crônica nos familiares do paciente.

Assim como a maioria dos participantes da pesquisa, Pedro mostrou-se aderente à medicação e ao tratamento não tendo dificuldades no setor orgânico. Uma observação importante sobre esse setor de funcionamento é o fato de sentir-se orgulhoso por seu

estado de saúde, como se estar em bom estado de saúde pudesse diminuir a culpa pela sua infecção.

CASO 10 – DOUGLAS

Douglas, cabeleireiro, ensino médio incompleto, 42 anos, solteiro, homossexual, é portador há cinco anos. Descobriu ser portador do vírus HIV através de uma convulsão, foi hospitalizado e fez o exame Anti-HIV, com resultado positivo. Sofreu impacto ao receber o diagnóstico. Mantém uma boa relação com a família, principalmente com a irmã mais velha; que é técnica de enfermagem aposentada e auxilia no seu tratamento, é bastante comprometida com a saúde dele. Na infância, teve problemas com o alcoolismo paterno e disse ter sofrido muito. Atualmente está sem namorado, mas comentou nunca ficar “sem ninguém” porque sempre se relacionou bem com as pessoas, sempre foi “baladeiro” (sic). Comentou constrangido sobre o fato de ter tido muitos parceiros sexuais. Diz não sofrer preconceito pelo fato de ser HIV positivo, porque ninguém sabe da sua condição, pois, a convulsão que teve “abafou a AIDS” (sic). Não comenta com as pessoas sobre sua condição, teme preconceito, principalmente no trabalho. Gosta muito do trabalho que executa e comenta que faz o trabalho, “que é a segunda família” (sic). Tem muitos amigos e facilidade em fazê-los. É bastante comunicativo. Comprometido com sua saúde. Aderente ao tratamento. Não tem dificuldades com a medicação. Incomoda-se em permanecer durante muito tempo na sala de espera do serviço de saúde.

Diagnóstico Adaptativo: Adaptação Ineficaz Leve / Grupo 2 / Sub grupo 2 b

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

- Impacto do diagnóstico. (f/i-)
- Medo de sentir-se discriminado por ser portador. (f/i-)
- Boa relação com a família. (f/i+)
- Alcoolismo paterno na infância. (f/e-)

Setor Produtividade (Pr):

- Satisfeito com o trabalho que realiza. (f/i+)
- Bom convívio com as pessoas no ambiente de trabalho. (f/i+)

Setor Sócio-Cultural (Sc):

Muitos amigos. (f/i+)

Facilidade em fazer amigos. (f/i+)

Preza por seus momentos de lazer. (f/i+)

Setor Orgânico (Or):

Satisfeito com seu estado de saúde. (f/e+)

Comprometido com a saúde. (f/i+)

Incomodado com o número de parceiros sexuais que já teve. (f/i+)

Auxílio da irmã no tratamento. (f/e+)

ANÁLISE DOS DADOS

Douglas, não diferente de todos os participantes da pesquisa, sofreu impacto no momento do diagnóstico na descoberta do vírus. (ANDERSON e RUBIN, 1996, SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

O participante vivenciou a crise por perda do objeto, representado pela perda da saúde, no momento do diagnóstico positivo para HIV.

Segundo ele relata em entrevista, sente medo do preconceito pelo fato de ser portador e não revela seu diagnóstico às pessoas de seu convívio social. (ALMEIDA e LABRONICI, 2007; CASTANHA, COUTINHO, SALDANHA, OLIVEIRA, 2006; GUIMARÃES E RAXACH, 2002; SILVA FILHO E SOUZA, 2004; OLIVEIRA, 2000).

Douglas relatou bom relacionamento familiar, o que parece compensar o sofrimento na infância com o alcoolismo paterno. Tal relacionamento parece ser também um fator importante na adesão de Douglas, pois, sua irmã auxilia no tratamento e é comprometida com ele.

Além do primeiro estágio de negação da doença citado por Kübler-Ross pode ser observado nesse participante, o último estágio denominado como aceitação, devido sua postura aderente para com o tratamento.

Conforme cita Adão e Caraciolo (2007); Castanha, Coutinho, Saldanha, Oliveira (2006); Seidl e Tróccoli (2006); Souza; Shimma; Nogueira-Martins (2006) não observou-se em Douglas comprometimento da rede de suporte social, pois, tem muitos

amigos, e o setor produtividade não foi abalado pela sua soropositividade; segundo comenta, Douglas tem facilidade em fazer amigos e preza por cultivá-los.

No setor orgânico o participante apresentou somente fatores positivos. Observou-se como sendo um fator importante o seu arrependimento diante do número de parceiros sexuais associado ao seu contentamento com seu estado de saúde, como se o último representasse a diminuição da culpa por ter tido tantos parceiros sexuais e que na ocasião da entrevista, encontrava-se bem clinicamente.

5 – DISCUSSÃO

Para a coleta de dados foram feitas inicialmente entrevistas com sete mulheres e três homens que aceitaram participar da pesquisa e estavam presentes no momento das entrevistas no serviço de saúde, porém, para evitar tendências na amostragem, uma vez que essa é caracterizada por conveniência, foram realizadas outras duas entrevistas de modo que o estudo contemplasse um número igual de homens e mulheres sendo analisadas portanto, cinco entrevistas com mulheres e cinco entrevistas com homens. Embora essa observação não possa determinar que a população infectada pelo vírus HIV naquele serviço de saúde seja a em sua maioria mulheres, sugere o fenômeno de feminização da AIDS descrita anteriormente por Coordenadoria Estadual da Mulher (2008); Bastos (2002) e Ministério da Saúde (2008), pois a maioria presente no serviço de saúde era de mulheres portadoras do vírus HIV.

As mulheres participantes da pesquisa adotaram uma postura de silenciamento diante da sua soropositividade citada anteriormente por Almeida e Labronici (2007) e Selli e Chechin (2005), porque não revelaram com facilidade sua condição de portadora

por temer preconceito devido a AIDS ser carregada de estigma e sugerir comportamentos sexuais não aceitos.

Três, dos cinco participantes do sexo masculino, infectaram as parceiras estáveis, confirmando a estatística citada acima. . (COORDENADORIA ESTADUAL DA MULHER, 2008; BASTOS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Pôde-se observar que alguns dos membros da pesquisa eram usuários de drogas, e todas as mulheres foram infectadas através de relacionamentos estáveis por ter dificuldades em negociar o preservativo devido a desigualdade na relação de gênero.

Na análise dos setores de funcionamento, no setor Afetivo-relacional, prevaleceu o diagnóstico POUCO-ADEQUADO, seguido do diagnóstico ADEQUADO e POUQUÍSSIMO ADEQUADO.

No setor produtividade, pôde-se observar a prevalência do diagnóstico POUQUÍSSIMO ADEQUADO, seguido do diagnóstico ADEQUADO e POUCO ADEQUADO.

No setor sócio-cultural houve a predominância dos fatores internos e externos positivos.

No setor orgânico, houve a predominância dos fatores positivos internos e externos.

Essa discussão foi abordada os fatores internos tensionais e os fatores internos defensivos, excluindo portanto, os fatores objetivos e orgânicos. O motivo pelo qual foi privilegiado os dois primeiros fatores na discussão é a riqueza de conteúdos para a reflexão, ficando como sugestão para as possíveis pesquisas, uma análise que abarque os outros fatores de modo mais detalhado.

Observou-se que na maioria dos diagnósticos adaptativos analisados, prevaleceram os casos de Adaptação Ineficaz. Esse é um dado alarmante que mostra a dificuldade de adaptação dos indivíduos portadores nos setores de funcionamento.

Conforme citado por Bartlett (2002) indivíduos com maior tempo de escolaridade possuem mais comprometimento com a adesão à medicação como mostra também o estudo de Seidl, Mechíades, Farias, Brito (2007). Embora essa observação não possa ser relacionada com a postura da população estudada diante da adesão, somente três deles com nível médio completo de escolaridade, seguido de três com nível médio incompleto, dois participantes com nível fundamental incompleto e três participantes com nível fundamental completo.

A população estudada nessa pesquisa, em sua maioria, possui baixo nível de escolaridade, tendo estudado poucos anos de suas vidas.

A relação entre o nível de escolaridade, atrelada à exposição dos participantes aos comportamentos vulneráveis, sugere a infecção pelo vírus HIV, pois, pareciam não possuir conhecimento sobre as formas de transmissão da AIDS e ignorar o risco de infecção pelo vírus. Utiliza-se a palavra “sugestão”, por não se poder afirmar que a baixa escolaridade levou a população à infecção do vírus por essa pesquisa não apresentar número suficiente para comparações.

As crises vivenciadas pelos participantes da pesquisa foram observadas no momento do diagnóstico positivo para HIV, e em outras situações que representasse perdas reais ou fantasiosas, como o início da terapia Anti-Retroviral, na comunicação do diagnóstico aos familiares e amigos, bem como a alteração dos marcadores: taxa de CD4 e Carga Viral. Ficando claro com isso, que os participantes da pesquisa vivenciaram crise por perda do objeto, sendo ele a saúde, as relações interpessoais e outros, em vários momentos de sua vida.

Tais crises vivenciadas também foram observadas nos momentos em que os participantes da pesquisa relatam sentimentos de medo da morte, do adoecimento e os preconceitos enfrentados pela condição de portadores do vírus, fato que os tornam discriminados pelo estigma da doença. Esses sentimentos foram citados anteriormente por Adão e Caraciolo, 2007; Almeida e Labronici, 2007; Castanha, Coutinho, Saldanha, Oliveira, 2006; Guimarães e Raxach, 2002; Seidl e Tróccoli, 2006; Silva Filho e Souza, 2004; Souza; Shimma; Nogueira-Martins, 2006; Oliveira, 2000.

Foi possível observar em todos os participantes da pesquisa o impacto diagnóstico causado por uma doença crônica como a AIDS, que como dito acima é carregada de estigmas e preconceitos e faz com que indivíduos vivencie perdas constantes como as descritas por Souza (2008). (ANDERSON e RUBIN, 1996; HELENO, 2008; SOUZA; SHIMMA; NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

O impacto diagnóstico parece ser comum quando o agente de saúde revela o diagnóstico ao portador devido à todas as complicações trazidas pela AIDS: estigma, medo da morte, porém, o impacto parece estar associado ao medo inconsciente de morrer, como se antes do diagnóstico positivo para HIV, o indivíduo se considerasse imortal e, receber um resultado de exame laboratorial positivo para HIV é o mesmo que receber uma sentença de morte, uma sentença que foi fruto de comportamentos vulneráveis, como o uso de droga, a prática do sexo desprotegido, e com vários parceiros, do próprio portador, fato que prejudicava a qualidade da adaptação.

Os comportamentos vulneráveis são fatores que parecem ter relação com o conceito de pulsão de morte descrito anteriormente por Freud (1981) e mencionado na análise dos casos, devido à sua característica inconsciente de constante repetição desses comportamentos. Heleno e Santos (2004) comentam em estudo com portadores do vírus HIV, que os participantes pareciam apresentar comportamentos de risco antes da infecção pelo vírus, o que provavelmente fez com que se infectassem. Tal afirmação associa-se à população estudada, pois, a maioria parecia estar em situação vulnerável quando foram infectados pelo vírus.

Simon (2005) cita em sua teoria sobre a adaptação que, o indivíduo pode apresentar fatores internos tensionais negativos que são guiados pela pulsão de morte, e resultam em respostas inadequadas às situações-problema, o que parece ter acontecido com tal população.

As mulheres participantes da pesquisa, como dito anteriormente, simbolizam o fenômeno da feminização da AIDS, pois, foram infectadas através de relacionamento estável. Esse comportamento não remete à um comportamento de risco, porém, caracteriza perfeitamente a desigualdade de gênero, que faz da mulher vulnerável à infecção pelo vírus. Na presente pesquisa, pôde-se notar que, as mulheres estudadas, não tinham poder de negociar o uso do preservativo nas relações sexuais e também não tinham a percepção do risco de infecção pelo HIV. (COORDENADORIA ESTADUAL DA MULHER, 2008; BASTOS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Tais mulheres não revelam sua condição de portadoras à todas as pessoas do seu convívio, adotando uma postura de silenciamento diante da soropositividade que se deve ao medo do preconceito e da discriminação pelos estigmas da infecção pelo vírus e suas repercussões morais. (ALMEIDA e LABRONICI, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; PAIVA, LATTORE, GRAVATO, LACERDA, 2002, SELLI E CHECHIN, 2005)

Duas participantes que descobriram sua condição de portadora durante a gestação vivenciaram a sensação de “tragédia iminente” descrita por Waghbi (p. 93, 2007), sendo que uma delas, além de vivenciar a crise do impacto diagnóstico associada à gestação, teve uma gestação inesperada e considerava-se não ter mais idade para gerar filhos, fato que agravou a reestruturação da auto-imagem da participante da pesquisa e prolongou a crise do impacto diagnóstico.

Souza (2008) cita que após o indivíduo ter vivenciado várias crises, passa por um processo de enfrentamento da doença que faz com que dê um novo significado à sua

existência. Já os autores Péres, Franco, Santos (2008) comentam em um estudo com pacientes diabéticos que após o impacto diagnóstico, os participantes apresentaram certo “conformismo” diante do diagnóstico. Kübler-Ross (1977) comenta em seu estudo com pacientes terminais e o estágio de enfrentamento da doença, um estágio denominado pela autora de “aceitação”, o indivíduo assume uma postura de aceitação da doença. Todos esses conceitos parecem estar relacionados, pois, o indivíduo após, receber o diagnóstico positivo para HIV adota uma postura diferente em relação à vida, (PARKES, 1998) seja para com suas relações interpessoais, no trabalho, atribuindo um novo significado às experiências (SOUZA, 2008), uma postura mais comprometida com a vida, adotam um certo “conformismo” (PÉRES, FRANCO, SANTOS, 2008) e passam a “aceitar” a doença (KÜBLER-ROSS, 1977); sendo que a palavra “aceitar” refere-se à uma postura de enfrentar a doença, lidar com os inconvenientes de uma doença crônica.

Pôde-se perceber em todos os participantes da pesquisa, uma postura comprometida com relação à saúde, estão aderentes ao tratamento. Tal comportamento pode ser associado à culpa inconsciente e tentativa de reparação por parte dos portadores; assim como a postura diante da adesão aos medicamentos Anti-Retrovirais.

Paiva et al (2002) comenta em seu estudo sobre sexualidade que após a descoberta do vírus HIV houve alteração na vida sexual. Alguns participantes da pesquisa relatam dificuldades com a sexualidade, sendo especificamente o medo de infectar o parceiro, incômodo diante do grande número de parceiros sexuais e o arrependimento por ter feito sexo desprotegido. Essas alterações na vida sexual parecem refletir uma culpa inconsciente do portador por ter-se infectado através de relações sexuais e assim como a observação feita no parágrafo acima, parece ser uma tentativa de reparo do comportamento de risco, de “frear” os impulsos que levaram o portador à infecção pelo vírus HIV e tornar-se “puro”.

Observou-se que os participantes da pesquisa, em sua maioria, vivenciaram grandes perdas e dificuldades de relacionamento durante toda a vida, fato que interferiu na adaptação do setor afetivo-relacional.

Os participantes da pesquisa mostraram-se aderentes ao tratamento, assim como apresentaram bom relacionamento com os profissionais de saúde, Sanches (1997), comenta que o profissional de saúde representa a esperança e uma força de vida. “Procura [o portador do vírus] alguém que não tema chegar perto da dor e da angústia que carrega (...) um amigo”. (p.55) Pôde-se observar nesse estudo que os profissionais de saúde possuem um papel importante no tratamento do portador, porém, parece que

tais pessoas são as únicas, diante de uma sociedade que estigmatiza a AIDS, que não irão discriminar o portador, pois, são comprometidos com a ética e o sigilo profissional e se comprometem com os cuidados na saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006)

No setor produtividade os participantes da pesquisa apresentaram dificuldades no trabalho, sendo discriminados e acabam por abandonar o emprego. (SOUZA, 2008)

Alguns dos participantes da pesquisa recebem auxílio do INSS para indivíduos portadores de doenças crônicas. Parece que tal benefício funciona como sendo um ganho secundário e recompensa da sua condição de portador.

O setor produtividade, de acordo com os dados da pesquisa, foi um dos mais comprometidos, pois, seis participantes apresentaram adaptação pouquíssimo adequada. Esse dado evidencia a urgência de uma rede de apoio profissional ao portador que se estenda desde a iniciativa privada, passando pelo terceiro setor e seja ampliada para o cumprimento de leis que protejam o trabalhador HIV positivo. Porém, tal iniciativa, deve contemplar uma mudança de olhar diferenciado dos profissionais que atuam com essa população para que trabalhem em prol de promover um espaço para o trabalho que possibilite a valorização do portador, em sua auto-estima e realização profissional, além de uma mudança social que contemple o portador do vírus HIV como sendo um indivíduo como outro qualquer, com necessidades e anseios comuns à toda população.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi avaliar a eficácia adaptativa e situações de crise entre os portadores do vírus HIV do Programa Municipal DST/AIDS de Aparecida – SP.

Através das entrevistas foi possível realizar o diagnóstico adaptativo operacionalizado. Observou-se que o diagnóstico adaptativo da maioria dos participantes ficou prejudicado, principalmente nos setores afetivo-relacional e produtividade, pois, ser portador de uma doença crônica carregada de estigmas como a AIDS, compromete os fatores internos e externos dessa população. Mesmo sendo mais afetados os setores afetivo-relacional e produtividade, o diagnóstico do setor sócio-cultural acabou sendo prejudicado pelas dificuldades de relacionamento da maioria dessa população.

No setor afetivo-relacional, observaram-se relações interpessoais comprometidas, medo do preconceito social pelo fato de ser portador, vivência de perdas afetivas que possivelmente influenciaram na infecção pelo vírus através de comportamentos vulneráveis, dentre outras dificuldades.

No setor produtividade, a discriminação pelo fato de o indivíduo ser portador de uma doença crônica carregada de estigma, foi um fator que determinou os conflitos relacionados ao trabalho. Sendo observada a necessidade de uma política social que facilite o trabalhador portador de HIV não somente com o auxílio do INSS, mas com alternativas que faça com que o portador do vírus HIV possa realizar-se profissionalmente e melhorar sua auto-estima.

Os participantes estudados, sem sua maioria, representam os dados epidemiológicos da AIDS, sendo homens que infectaram suas parceiras estáveis e também mulheres que foram infectadas por seus parceiros estáveis. A postura de silenciamento das mulheres diante de sua condição foi observada com clareza, bem como a inferioridade na relação de gênero através da falta de poder de negociação do preservativo nas relações sexuais.

O uso de droga foi observado na população como sendo uma maneira de o indivíduo se relacionar com o mundo, representando a dificuldade de relacionamento e de resolução de conflitos, fazendo da droga um subterfúgio.

Associa-se o uso de droga desses participantes como sendo uma atitude guiada pela pulsão de morte, pois, esses, já possuíam um histórico de comportamentos vulneráveis repetitivos e grandes dificuldades de relacionamento, comprometendo o setor afetivo-relacional.

O impacto diagnóstico foi observado em todos os participantes sendo esse um fator relacionado ao setor afetivo-relacional de grande importância, pois, representa a crise inicial que o portador enfrenta e que, de certa forma, irá determinar sua postura diante da doença.

Um agravante no impacto diagnóstico observado em algumas participantes da pesquisa foi o fato de se descobrirem gestantes atrelado à revelação diagnóstica para HIV. Isso fez com que as mulheres reestruturassem sua auto-imagem.

Foram observadas várias perdas no decorrer da infecção pelo vírus, bem como os estágios de enfrentamento da doença comentados por Kübler-Ross (1977), porém, os estágios mais observados foram: o primeiro estágio, negação e o último, aceitação.

No decorrer do trabalho foi comentado sobre o termo adesão, sendo entendido como sendo o comprometimento do indivíduo diante do seu tratamento como um todo, dessa forma, todos os participantes da pesquisa mostraram-se aderentes, porém, uma observação que limita o trabalho é que a população estudada encontra-se em um serviço

de saúde, portanto, todos, por essa condição, já estavam aderentes ao tratamento de alguma maneira.

Todos os participantes da pesquisa possuem bom vínculo com os profissionais de saúde.

Dessa forma, conclui-se que, a presente pesquisa teve como objetivo apresentar dados de uma determinada população portadora do vírus HIV e de acordo com sua amostragem, não se pode afirmar que todos os indivíduos portadores do vírus HIV possuem as mesmas dificuldades relatadas neste estudo, sugerindo novas pesquisas com diferentes instrumentos para que seja possível uma leitura mais abrangente sobre essa população.

Sugere-se também, futuras pesquisas que abarquem a condição da mulher diante da soropositividade e o fenômeno da feminização com enfoques antropológicos e sociológicos, bem como a associação da infecção com o vírus HIV e o grau de escolaridade do portador.

7 – REFERÊNCIAS

ADÃO, V.M. E CARACIOLO, J.M. de M. Fatores que influenciam a adesão aos anti-retrovirais. In CARACIOLO, J.M. de M e SHIMMA, E. *Adesão Da teoria à prática Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo*. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, 2007.

ALENCAR, T M D; NEMES, M I B; VELLOSO, M A. Transformações da ‘aids aguda’ para a ‘aids crônica’: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=380> Acesso em 20 mar 2008.

ALMEIDA, M R C R; LABRONICI, L M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciênc Saúde Coletiva*, V 12, N 1, 2007. Disponível

em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100030&lng=&nrm=iso&tlng= > Acesso em 11 nov 2008.

ANDERSON, B. J. e RUBIN, R. R. *Practical Psychology for Diabetes Clinicians* Alexandria, Virginia: American Diabetes Association, 1996 (1ª edição), 1996.

BARTLETT, J A. Addressing the challenges of adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002, 29 Suppl 1, S 2, 10. IN SEIDL, E M F; MECHÍADES, A; FARIAS, V; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v 23, n 10, p. 2305-2316, 2007. Disponível em < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000006 > Acesso em 17 nov. 2008.

BASTOS, F I, MALTA, M. As pesquisas sobre HIV/AIDS no Brasil hoje: uma análise do triênio 1997-2000. IN: PARKER, R. TERTO Jr, V (org) *Aprimorando os debates: respostas sociais frente à AIDS*. Rio de Janeiro, ABIA; 2002, p. 9-15.

CAPLAN, Gerald. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARACIOLO, J.M. de M. Adesão aos Anti-Retrovirais In CARACIOLO, J.M. de M e SHIMMA, E. *Adesão Da teoria à prática Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo*. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, 2007.

CASTANHA, A R; COUTINHO, M P L; SALDANHA, A A W; OLIEVIRA, J S C. Conseqüências biopsicossociais da AIDS na qualidade de vida de pessoas soropositivas para o HIV. *DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v 18, n 2, p. 100-1107, 2006.

CHARBONNEAU, Paul-Eugene. *Aids Prevenção, Escola*. São Paulo: Edições Paulinas, 1897.

COORDENADORIA ESTADUAL DA MULHER. Disponível em <
http://www.cem.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=51&Itemid=54&lang=> Acesso em 08 nov 2008.

DOURADO, I; VERAS, M.A de S M ; BARREIRA, D; BRITO, A.M de. *Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral*. Rev. Saúde Pública, v 40, São Paulo, 2006

FREITAS, M.R.I de e RODRIGUES, A.R.F *Dificuldade sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1*. Rev latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v 8, n 3 p.76-83 jul 2000. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12402.pdf> > Acesso em mai 2007.

FREUD, S. Compendio Del Psicoanalysis. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981.

GONÇALVES, T R e PICCININI, C A. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. Psicol. USP, v 18, n 3, 2007.

GUIMARÃES, M. S e RAXACH, J. C. A questão da adesão: os desafios impostos pela aids no Brasil e as respostas do governo, de pessoas e da sociedade. IN Impulso – Revista de Ciências Sociais e Humanas, v 13, n 32, p.69-90, 2002.

HELENO, M.R.V. e SANTOS, H. *Adaptação em pacientes portadores do vírus da Imunodeficiência Humana – HIV*. Psicologia, Saúde e Doenças, v 1, p. 87-91, 2004. Disponível em <
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000100006&nrm=iso&tlng=pt > Acesso em mai 2007.

_____, M G V. Aspectos psicológicos no controle do diabetes *mellitus* Ajuste emocional à condição de portador de diabetes. Disponível em <
<http://www.diabetesebook.org.br/capitulo/aspectos-psicologicos-no-controle-do-emdiabetes-mellitusem/> > Acesso em 20 ago de 2008.

KOVÁCS, M J. A morte em vida In Bromberg, M H P F; Kovács, M J; Carvalho, M M M J. Carvalho, V A. Vida e morte: Laços da existência. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, EDART, 1977.

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

MANNONI, O. Um espanto tão intenso. Campus, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28636 Acesso em 08 nov. 2008.

_____. Revisão da definição nacional de casos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica. Brasília, 1998.

_____. Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS. Brasília, 2000.

_____. Disponível em <
http://www.aids.gov.br/assistencia/etiologia_diagnostico.htm > Acesso em 26 mar 2008.

MODESTO, S E F. Convicções de saúde de pais de crianças portadoras de diabetes mellitus tipo 1. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo.

NETO, Amato. *AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)*. São Paulo, Almed, (s.d.)

OLIVEIRA, M C C. Singularidade do luto por aids em mulheres “As viúvas da aids”. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em <
<<http://www.aids.org.br/unaid-relatorio/html> > Acesso em 21 ago 2006.

PAIVA, V; LATTORE, M R; GRAVATO, N; LACERDA, R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo, Cad. Saúde Pública, v 18, n 6, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600015 > Acesso em 17 nov. 2008.

PAIVA, V et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. Cadernos de Saúde Pública. v 18, n 6, p. 1-19, 2002.

PÉRES, D S; FRANCO, L J; SANTOS, M A dos. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.16 no.1 Ribeirão Preto Jan./Fev. 2008. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100016&lng=&nrm=iso&tlng= > Acesso em 26 jun 2008.

REIS, A.C.; SANTOS, E.M.; CRUZ, M.M. A mortalidade por AIDS no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. In: *Epidemiologia e Serviços de Saúde Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, v 16, n 3, p. 195-205, jul-set, 2007

SANCHES, R M. A relação médico-paciente sobre o signo da Aids. Revista USP, São Paulo, n 33, p. 47-55, mar-maio, 1977.

SANTOS, C P; NASCIMENTO, V L P; FELIPE, Y X. Aderência ao Tratamento Anti-Retroviral: Resultados Preliminares e Reflexões da Experiência em um Serviço Universitário – Casa da AIDS. In Teixeira, P r; Paiva, V; SHIMMA, E. Ta difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo, Nepaids, 2000.

SEIDL, E M F; MECHÍADES, A; FARIAS, V; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 23, n 10, p. 2305-2316, 2007. Disponível em <

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000006 > Acesso em 17 nov. 2008.

_____, E M F; TRÓCCOLI, B T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psic Teor Pesqui*, v 22, p. 317-326, 2006.

_____; MACHADO, A C A. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, v 13, n 2, p. 239-247, 2008.

SELLI, L. e CHECHIM, P. L. Mulheres HIV/AIDS: silenciamento, dor moral e saúde coletiva. *O mundo da saúde*, São Paulo, ano 29, N 3, 2005. Disponível em < http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/31/06%20Mulheres_HIV.pdf > Acesso em 08 nov 2008.

SIEGEL, K. SCHRISNSHAW, E.W. & DEAN, L. *Symptom interpretation and medication adherence among late middle-age older HIV-infected adults*. *Journal of Health Psychology*, v. 4. n 2, p. 247-257, s.d.

SILVA FILHO, N; SOUZA, L R. *Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o teste de relações objetais em pacientes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não*. Lisboa, v 5, n 002, p. 195-213, 2004.

SIMON, R. *Escala do diagnóstico da adaptação operacionalizada – EDAO*. *Revista Mudanças*, São Bernardo do Campo, ano III, n.3/4, s.d.

_____, R. *Psicanálise e Psicoterapia Breve*. *Psicologia/USP*, 5 (1) 93-96 IN GEBARA, A.C et al. *Eficácia adaptativa da interpretação teorizada na psicoterapia breve*. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v.5, n 1, p. 6-15, 2004.

_____, R. *Psicologia Clínica Preventiva Novos Fundamentos*. São Paulo: Vetor, 1983.

_____, R. *Psicoterapia Breve Operacionalizada Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SOUZA, T R C; SHIMMA, E; NOGUEIRA-MARTINS, M C F. Os lutos da aids: da desorganização à reconstrução de uma nova vida. *Jornal Brasileiro de Aids*, v 7, n 2, p.49-120, 2006.

_____, T R C. Impacto psicossocial da AIDS Enfrentando perdas... Resignificando a vida. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – SP. São Paulo, 2008

TUNALA, L et al. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. IN Teixeira, P R; Raiva, V; Shimma, E (orgs). *Ta difícil de engolir?* São Paulo: Nepaids, 2000

UNAIDS. Disponível em <http://www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/default.asp > Acesso em 11 nov. 2007.

_____. Disponível em <http://www.pucminas.br/imagedb/conjuntura/CNO_ARQ_NOTIC20070214142221.pdf?PHPSESSID=86b283249aa36fbb2528f894b3750004 > Acesso em 27 fev 2008.

VÁSQUEZ, I A; RODRÍGUES, C F; ÁLVAREZ, M P. Manual de psicologia de la salud. Madri, Ediciones Pirâmides, 1998 IN SEIDL, E M F; MECHÍADES, A; FARIAS, V; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v 23, n 10, p. 2305-2316, 2007. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000006 > Acesso em 17 nov. 2008.

WAGHABI, G R. Adesão em gestantes: fundamental para mãe e filho. In CARACIOLO, J.M. de M e SHIMMA, E. *Adesão Da teoria à prática Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo*. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, 2007.

ANEXO I

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informado(a) da pesquisa que tem p^or título: **Eficácia adaptativa e situações de crise em portadores do vírus HIV – Imunodeficiência Humana / AIDS**. Para coleta de dados serão realizados **atendimentos psicológicos**; este estudo tem caráter acadêmico e será coordenado por **Prof^a Dr^a Maria Geralda Viana Heleno** da Universidade Metodista de São Paulo. Os dados serão coletados por **Carine Naldi Sawtschenko**. Declaro, ainda, ter compreendido que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo de ordem psicológica ou física e que minha privacidade será preservada. Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que

seja mantido o sigilo sobre a minha participação. Estou também ciente de que poderei, a qualquer momento, comunicar minha desistência em participar do estudo.

Universidade Metodista / Mestrado Psicologia: (11) 4366-5351

Portanto, eu _____, consinto em participar da pesquisa acadêmica que tem por objetivo: **Eficácia adaptativa e situações de crise em portadores do vírus HIV – Imunodeficiência Humana / AIDS**

Aparecida, _____ de _____ de 200____.

Assinatura do participante: _____

Documento de Identificação (R.G.): _____

Assinatura do coordenador da pesquisa _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)