

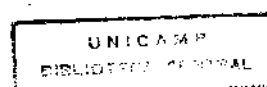
Este exemplar corresponde a versão final da Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pelo psicólogo Cláudio Vital de Lima Ferreira, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Mental, em Campinas, em 20 de Novembro de 1992.

MM

Prof. Dr. Egberto Leite Junior - Orientador
CLÁUDIO VITAL DE LIMA FERREIRA

CONVERSANDO COM O PACIENTE HIV POSITIVO: UM ESTUDO CLÍNICO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
C A M P I N A S - 1992



CONVERSANDO COM O PACIENTE HIV POSITIVO: UM ESTUDO CLÍNICO

-----CLÁUDIO VITAL DE LIMA FERREIRA-----

TESE APRESENTADA AO CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO
EM SAÚDE MENTAL DA FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-
UNICAMP, COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM SAÚDE MENTAL.

ORIENTADOR: DR. EGBERTO RIBEIRO, TURATO†

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CAMPINAS - 1992

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

F413c Ferreira, Cláudio Vital de Lima
Conversando com o paciente HIV positivo : Um estudo
Clínico / Cláudio Vital de Lima Ferreira. --
Campinas, SP : [s.n.], 1992.

Orientador : Egberto Ribeiro Turato.
Tese (Doutoramento) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Psicanálise. 3. Saúde Pública.
4. Psicologia Clínica. 5. Mecanismos de defesa. 6. Sínd-
rome da Imunodeficiência Adquirida. 7. Homossexualida-
de. I. Turato, Egberto Ribeiro. II. Universidade Esta-
dual de Campinas, Faculdade de Ciências médicas.

III. Título.

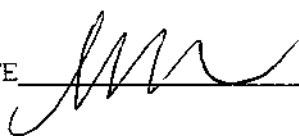
20. CDD- 616.8
150.195
614
616.89
616.079
616.979 2
616.858 34

Índice para catálogo sistemático:

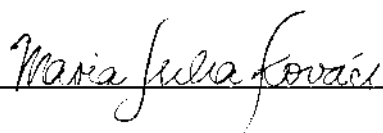
1. Saúde mental 616.8
2. Psicanálise 150.195
3. Saúde pública 614
4. Psicologia Clínica 616.89
5. Mecanismos de defesa 616.079
6. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 616.979 2
7. Homossexualidade 616.858 34

COMISSÃO JULGADORA

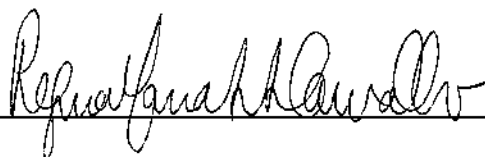
PRESIDENTE



MEMBRO



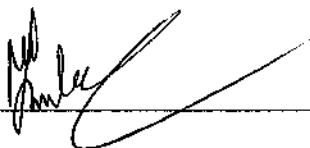
MEMBRO



MEMBRO



MEMBRO



SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vi
RESUMO.....	01
ABSTRACT.....	02
RÉSUMÉ.....	03
 I-INTRODUÇÃO.....	 05
1.1-Considerações preliminares.....	05
1.2-Patogênese do vírus da imunodeficiência humana.....	11
1.3-A AIDS e a morte.....	17
1.4-AIDS e saúde pública.....	23
1.5-Psiconeuroimunologia e AIDS.....	31
1.6-O paciente diante da AIDS e da morte.....	41
1.7-Aspectos psicodinâmicos da AIDS.....	50
1.8-AIDS e transgressão social.....	55
 II-HIPÓTESES.....	 66
2.1-Comentários.....	66
2.2-Hipóteses desse trabalho.....	67
 III-OBJETIVOS.....	 69

IV-MÉTODO.....	70
4.1-Em busca do método: Um pouco de história.....	70
4.2-O método clínico.....	75
4.3-A região onde se realizou a pesquisa.....	77
4.4-Características de atendimento ao paciente HIV+.....	78
4.5-Técnicas e operacionalização.....	82
4.5.1-Amostra.....	82
4.5.2-Instrumento e operacionalização.....	83
4.5.3-Método de análise.....	84
V-RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
5.1-Tópicos relacionados ao trabalho de campo.....	85
5.2-Características demográficas e sociais.....	94
5.3-O conhecimento do diagnóstico.....	97
5.4-Histórico clínico antes do diagnóstico do HIV.....	109
5.5-Percepção de si mesmo.....	116
5.6-Fantasia sobre a causa e contagiosidade do HIV.....	135
5.7-Atitudes em relação ao diagnóstico.....	141
5.8-Doenças ocorridas devido ao HIV.....	152
5.9-Tratamento e atitudes em relação ao tratamento.....	154
5.10-Conhecimento do prognóstico psicológico.....	162
5.11-Relação médico - paciente.....	169
5.12-Influências da condição de HIV sobre a vida familiar e social.....	180

VI-CONCLUSÃO	189
6.1-Comentários.....	189
6.2-Análise das hipóteses.....	191
6.3-Sugestões.....	193
6.4-Considerações finais.....	195
 VII-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	196
 ANEXO I.....	209
 Anexo II.....	210

Dedico esse trabalho:

Ao meu Deus por ter sido tão bom para comigo.

Aos meus pais JOSÉ e ELZA, pela serenidade e firmeza com que sempre enfrentaram e ensinaram os filhos a enfrentar as vicissitudes da vida.

À minha WAL, companheira dedicada, pelo amor e compreensão durante tanto tempo, principalmente em minhas constantes viagens pela Pós Graduação.

Aos meus filhos JOYCE, CRISTIANE, GRACE E WAGNER, que muitas vezes se viram privados do direito supremo de estarem juntos de seu pai.

AGRADECIMENTOS

A realização dessa pesquisa exigiu muito esforço pessoal. Infelizmente não tive qualquer auxílio financeiro e em muitos momentos importantes me faltou também a solidariedade de alguns colegas do departamento de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. No entanto, compensando essas dificuldades, tive o auxílio e compreensão inestimáveis de muitas outras pessoas. A todas elas sou muito grato. Expresso especial agradecimento às seguintes pessoas:

Ao Prof. Dr. Egberto Turato Ribeiro, meu orientador, a quem admiro por sua competência e respeito, pelas inúmeras discussões e sugestões que enriqueceram esse trabalho.

Ao Dr. Antonio Muniz de Resende, professor, confidente e amigo, pelas inúmeras contribuições incorporadas a esse pesquisa.

Ao professor Dr. Roosevelt M. S. Cassorla, pela leitura dos originais e pelas importantes sugestões apresentadas.

Aos professores Dr. Everardo Duarte Nunes e Dra. Léa Delba P. Bevilaqua, que me acolheram como amigo, colega e aluno no Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, onde fiz diversas disciplinas.

Aos amigos Odilon e Ana, pelas incontáveis vezes em que me acolheram em sua residência em Campinas, durante a realização desse doutorado.

A todos os meus irmãos, principalmente a Zulmira e Irmã Maria das Graças, pelo constante apoio recebido.

A alguns colegas do departamento de Psicologia da UFU, especialmente ao Prof. Armando Barbosa, pela vasta bibliografia sobre morte que me colocou à disposição através de seus livros.

Aos pacientes, razão maior dessa pesquisa, muitos dos quais já morreram. Sem eles esse trabalho teria sido impossível. Meu profundo respeito, afeto e gratidão por tudo o que me ensinaram na longa e às vezes penosa caminhada que empreendemos juntos.

"The psysician must realize that fear of death is less important to the patient than fear of the process of dying".(Kaye, J.M. - JAMA 248(1):29-Letter, 1982).

"A dificuldade não é evitar a morte, mas evitar que seja injusta".(Sócrates. Citado por Mello Filho. JBM. Agosto, 1976).

"Felix qui potuit rerum cognoscere causas".
(Vers de Virgile, Géorgiques, II, 489).

R E S U M O

LIMA FERREIRA, Cláudio Vital. 1992. Conversando com o paciente HIV positivo: Um estudo clínico. Campinas.

Foram estudados mecanismos psicológicos de quinze pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência adquirida, com metodologia clínica e referencial teórico psicanalítico.

Nos primeiros capítulos, relacionados com a introdução, a AIDS foi abordada em seu aspecto bio-psico-social.

O HIV, e com ele todas as conseqüências pessoais e sociais, leva todo o paciente, independente da idade, a se defrontar com angústias primitivas, principalmente a angústia da morte.

Nos pacientes do presente estudo, constatou-se que o HIV não foi um acidente em suas vidas, ao contrário, porém, foi buscado em função de conflitos e culpa infantis. Tais conflitos, relacionados com o complexo de Édipo, fizeram com que muitos pacientes buscassem na AIDS um instrumento de sua solução. Muitas vezes, a aproximação com as figuras primitivas se concretizou através de um maior contato com a religião.

Ao contrário do que costuma ser apregoado pela imprensa leiga, os pacientes experimentaram uma melhora na qualidade de vida bio-psico-social. Houve um crescimento afetivo em suas relações familiares. Constatou-se que as pessoas, que possuem laços afetivos com o paciente, tendem a aceitá-lo. Comportamentos de rejeição, quando se dão, provêm de pessoas sem laços de afeto com o paciente.

ABSTRACT

LIMA FERREIRA, Cláudio Vital.1992. Talking to the HIV positive patient : A clinical study. Campinas.

Psychological mechanisms of fifteen HIV positive patients were studied with clinical methodology in a psychoanalytic point of view.

In the first chapters, AIDS was studied in its bio-psycho-social aspects.

The HIV, and with it, all the self and social consequences, take all patients, no matter the age, to confront primitives anxieties, mostly death one.

In the lives of these patients, HIV was not accidental, on the contrary it was searched as the result of infantile and primitive conflicts and self blame. These conflicts related to Oedipus complex, forced those patients to look for AIDS as an instrument of final solution. Were observed that the identifications to primitive figures came to its terms through a major contact with religion.

On the contrary of what is usually said by the Media, those patients had better improvement on their lives bio-social and psychologically.

There were an increasing of affectiveness in their familiar relations. Was observed that the person who had emotional links with the patients, was more inclined to accept him. Rejection behaviors, when it happens, comes from persons without that link.

RÉSUMÉ

LIMA FERREIRA, Cláudio Vital. Conversations avec le patient VIH positif. Une étude clinique. Campinas.

Des mécanismes psychologiques de quinze patients porteurs du Virus de l'Immunodéficience Humaine ont été étudiés, avec une méthodologie clinique et un référentiel théorique psychanalytique.

Dans les premiers chapitres, qui ont rapport avec l'introduction, le SIDA a été abordé dans son aspect bio-psycho-social.

Le VIH, et avec lui toutes les conséquences personnelles et sociales, mène tous les patients, quel que soit son âge, à se mettre en face à des angoisses primitives, surtout l'angoisse de la mort.

Chez les patients de cette étude-ci, on a constaté que le VIH n'a pas été un accident dans leurs vies, mais, tout au contraire, il a été cherché en fonction des conflits et de culpabilité infantiles. De tels conflits, qui ont rapport avec le complexe d'OEdipe, ont amené beaucoup de patients à chercher dans le SIDA un instrument de leur solution. Plusieurs fois, le rapprochement avec les figures primitives s'est concretisé à travers un plus grand contact avec la religion.

Différemment de ce qui est diffusé par la presse non spécialisé, les patients ont eu une amélioration dans la qualité de vie bio-psycho-sociale. Il y a eu une croissance affective dans leurs relations familiales. On a constaté que les personnes qui

possèdent des liens affectifs avec le patient ont tendance à l'accepter. Des conduites de rejet, quand il y en a, proviennent des personnes qui n'ont pas de liens d'affectivité avec le patient.

I-INTRODUÇÃO

1.1 - Considerações preliminares

Desde o início de 1989, uma equipe de profissionais, quase todos professores da Universidade Federal de Uberlândia, resolveu unir suas áreas de conhecimento e experiências para o diagnóstico e cuidado ao paciente HIV positivo, desde a fase assintomática, até o estágio final. O número de pacientes com HIV positivo vem aumentando significativamente nos últimos anos na região de Uberlândia. Acredita-se, infelizmente, que essa será a tendência daqui para a frente.

Por se tratar de uma doença de efeito devastador, além de contagiosa, e por ter sido detectada há pouco tempo, ainda pouco se sabe sobre a AIDS (Brandt, 1985). Com frequência, os profissionais se encontram diante de situações extremamente difíceis, tanto sob o aspecto clínico, quanto epidemiológico, e até policial. A sociedade não tem respondido à altura da necessidade dos pacientes aidéticos. São poucos os hospitais que possuem enfermarias adequadas para o acompanhamento desses pacientes. Quando possuem, os leitos acabam sendo insuficientes, pois, como se sabe, a doença não tem cura e, com o passar do tempo, o quadro clínico apenas tende a se agravar. Assim, cada pessoa, que é diagnosticada com HIV positivo, só perde essa condição com a própria morte.

Na cidade de Uberlândia, a cadeia pública não aceitava, até há pouco tempo, um preso com HIV positivo. O mesmo ocorreu com o hospital Universitário Psiquiátrico que, durante muito tempo, somente aceitava o internamento de pacientes psiquiátricos com HIV negativo. Ainda hoje(novembro-91), é muito difícil internar-se nesse hospital esse tipo de paciente. Todos os candidatos ao serviço militar, somente serão aceitos se apresentarem o resultado negativo do exame de HIV. Os pacientes aidéticos têm tido frequentemente, uma relação interpessoal discriminada desde o momento da confirmação do diagnóstico. Essa discriminação não raro passa por diversas camadas da sociedade, começando na família, e terminando no atendimento hospitalar. Parece que a letalidade da doença, aliada ao pouco conhecimento que se tem a seu respeito, tem provocado reações desajustadas, não somente por parte de alguns pacientes, como principalmente da sociedade(Cassen,1985).

A equipe, ao iniciar suas atividades, tinha consciência dos desafios que teria a enfrentar. A participação do psicólogo nessa equipe foi consequência direta da solicitação dos pacientes. Muitos deles acreditavam que, com o auxílio de um psicólogo, teriam condições para não fugirem à realidade freqüentemente dura, frente à crueldade preconceituosa da sociedade e à letalidade da doença. Os médicos não colocaram qualquer obstáculo à participação de outros profissionais no acompanhamento dos pacientes HIV. A AIDS facilitou o trabalho profissional em equipe. Os médicos que, com freqüência, na maioria das especialidades, são tão relutantes em compartilhar o cuidado do

doente com especialistas de outras áreas, têm mantido uma atitude totalmente oposta quanto ao paciente portador do HIV. O mesmo profissional, que se recusou durante muito tempo a dividir seu poder, expresso no " FUROR CURANDI", agora não suporta conviver com a impotência exposta pela AIDS, necessitando socializá-la, com o auxílio de outros profissionais. "O médico nunca conseguiu trabalhar sozinho e só se deu conta disso agora" (Camargo, Pg. 40, 1991).

A AIDS é diferente de outras doenças, e tem sido até agora apresentada ao seu portador como uma sentença de morte, pela rapidez da evolução, pela impossibilidade de se evitar seu desenvolvimento e por atingir todas as faixas de idade .

Não concordamos com tal afirmação. Considerar que o paciente HIV vai morrer, não constitui nenhuma novidade. E também não torna menos verdadeira a certeza de que todos teremos o mesmo fim. Indiscutivelmente, a AIDS é uma doença muito séria, trazendo, com o tempo, comprometimentos múltiplos ao seu portador. Mas daí a caracterizá-la como uma sentença de morte, é no mínimo uma expressão de desconhecimento, ou mesmo a manifestação de dificuldades emocionais para lidar com o problema. Se essa afirmação fosse verdadeira, como entender que muitos portadores do vírus estão, há quase dez anos, totalmente saudáveis? Como entender que outros tenham conseguido uma excelente melhoria na qualidade de vida? Talvez tal percepção possa expressar, antes sim, um desejo sádico da sociedade de imprimir sofrimento aos portadores, principalmente porque a AIDS, como se sabe, foi descoberta em grupos marginalizados, principalmente de

homossexuais e usuários de drogas injetáveis. Em sua tese de Doutorado, com pacientes HIV, Camargo (1991) faz a seguinte afirmação: " O paciente de AIDS é portador da morte, antes de apresentar qualquer sintoma. Ele está aparentemente sadio, absolutamente sem sintomas, mas tem conhecimento de que vai morrer-inevitavelmente- e que o trajeto será mais ou menos longo à espera do final" (Pg.75).

Nossos primeiros contatos com os pacientes se caracterizaram por um temor ao desconhecido, acompanhado de muita cautela. Com o passar do tempo, fomos entendendo que se tratava de um paciente especial e que mobilizava em nós angústias primitivas, como as que se originam na questão da morte, através da doença do outro.

Controlada em parte a angústia, percebemos que parte do preconceito que víamos nos outros, também existia em nós. Aos poucos, essa mistura de sentimentos que nos deixava confuso foi dando espaço ao desejo de estudar e conhecer o mundo pessoal daqueles pacientes. Sempre nos causou interesse o poder compreender o que ocorre com uma pessoa cheia de ideais, com a vida inteira pela frente, depois de receber o diagnóstico positivo, já que a grande maioria de nossos pacientes são jovens. Parece importante no tratamento desses pacientes que se conheça seu mundo psicológico, seus conflitos, seus níveis de angústias. Apesar de a medicina através dos tempos, estar lidando com situações semelhantes, parece que as características da doença tornam particular seu possuidor (Brandt, 1985).

As dificuldades da medicina frente à doença, e o conhecimento rudimentar que ainda se tem sobre ela, têm trazido conseqüências

negativas aos doentes. Apesar da impotência frente a sua evolução e a morte, na prática, o profissional mantém o controle do poder e do saber frente a doença e o doente. A sensação de impotência fica evidente apenas na condição do paciente. O poder médico, frente ao doente com HIV positivo tem sido exercido de forma paternalística e autocrática. Isso não difere muito do atendimento a outros pacientes, mas o torna distinto porque a condição do paciente é diferente. Vítimas de outras doenças, principalmente quando há necessidade de intervenção cirúrgica, costumam ser consultadas e participam das decisões sobre qual a melhor intervenção médica. Já o paciente aids, com frequência, tem sido apenas um agente passivo nas decisões sobre os caminhos terapêuticos. Na prática, o paciente é tratado como incapaz de avaliar sua situação clínica e suas necessidades. Como diz Clavreul (1983), a crença na medicina ultrapassa de longe a crença em qualquer religião que seja (Pg . 41). No trabalho que desenvolvemos com esses pacientes, temos percebido que, por detrás desse indivíduo aparentemente passivo, existe alguém assustado, às vezes revoltado, quase sempre angustiado, com uma dinâmica interna ativa, onde a percepção de si mesmo, da doença e dos outros é muito distinta daquela tida pelos profissionais.

Os trabalhos técnicos produzidos sobre esses pacientes freqüentemente se limitam a entendê-los sob a ótica do observador. O agente principal do processo, que é o doente, acaba tendo que se enquadrar nos modelos acadêmicos dos pesquisadores. Augras(1989) considera que, no campo da psicologia, costuma-se fazer um diagnóstico e interpretar a conduta do paciente como

ilustração desse diagnóstico. Nessa mesma linha de raciocínio, um médico irá procurar uma causa orgânica para um distúrbio de comportamento; um psicólogo se preocupará com aspectos psicológicos; e um feiticeiro ou líder interpretará o fenômeno como manifestação de uma divindade (GLAT, 1989).

Só se pode ajudar alguém, quando se conhece suas necessidades. Isso exige sensibilidade para apreender o significado mais profundo de seu comportamento. A medicina ainda não conseguiu transpor algumas dificuldades que impedem a cura da doença. O que de melhor ainda se pode oferecer ao paciente é um suporte para que aumente a qualidade de sua vida. Muito pouco ainda se conhece sobre o mundo psicológico desses pacientes. Sabe-se que, muito freqüentemente, seus atos são identificados com a transgressão social e que por isso seriam merecedores da doença. Sabe-se também que a AIDS e seu portador aos poucos vem assumindo o papel de doença terrível, anteriormente pertencente à hanseníase e ao câncer.

Toda essa forma preconceituosa do pensar social tem repercussões profundas nos indivíduos doentes, ou mesmo nos portadores do vírus. É necessário que se conheça de fato o que pensam, o que sentem, como se veem e aos outros, bem como a própria percepção da doença, suas expectativas, resgatando assim o outro saber.

1.2- Patogênese do vírus da Imunodeficiência humana

A AIDS(Acquired Immune Deficiency Syndrome) ou SIDA(Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) é provocada por um retrovírus e se caracteriza por um grave distúrbio nas células responsáveis pela imunidade(Castro et al,1986).

Os primeiros casos de AIDS tornaram-se conhecidos nos EUA em 1981, e a identificação do vírus que causa a síndrome ocorreu em 1983 no Instituto Pasteur em Paris. Inicialmente, foi denominado vírus associado a linfadenopatia(LAV). Depois HTLV-III Human T Cell Lymphotropic vírus tipo III e ainda AIDS associada ao retrovírus(ARV). Em 1986, um comitê internacional de especialistas recomendou um novo termo, HIV(Human Immunodeficiency Virus), para distingui-lo como uma nova patologia humana(Campbell,1990).

Na presente pesquisa, estamos sempre nos referindo ao HIV-1, já que existe um outro grupo de retrovírus chamado T-Linfotrófico (HIV 2 /LAV 2 ou HTLV-IV), que, em Lisboa foi descoberto em pessoas procedentes da Guiné-Bissau e cabo Verde e também na África Ocidental(Clavel e Col,1986).

O anticorpo do vírus foi descoberto em indivíduos com doenças, ou naqueles pertencentes ao que se convencionou chamar de grupo de risco para a transmissão da AIDS. O que no começo parecia ser restrito ao grupo de homossexuais, acabou atingindo também os bissexuais, os usuários de drogas intravenosas, crianças nascidas

de mães portadoras do vírus, hemofílicos e heterossexuais que tiveram contato com pessoas portadoras(Levy,1988).

Apesar de muitas vezes serem utilizados como sinônimos na linguagem leiga, os termos HIV e AIDS correspondem a etapas muito diferentes de um mesmo processo. Quando um indivíduo entra em contato com o vírus e se contamina, ele passa a ser portador desse vírus por um período de tempo bastante variável de pessoa para pessoa, sem apresentar qualquer problema de saúde que possa ser relacionado com o vírus. Esse período costuma ser o mais perigoso sob o aspecto epidemiológico, uma vez que o portador passa a ser um agente contaminante e, muitas vezes, não sabe que está infectado. De acordo com a classificação do CDC(Centers for Disease Control), são os seguintes os estágios da infecção pelo HIV:

- 1-Infecção aguda (soroconversão).
- 2-Infecção assintomática.
- 3-Linfadenopatia generalizada persistente.
- 4-a)Doença constitucional(perda de peso, febre, diarreia).
b)Doença neurológica. c)Infecções secundárias(incluindo as infecções da definição da SIDA e outras infecções). d)Cânceres secundários, incluindo os da definição da SIDA. e) Outras condições.

O termo AIDS (ou SIDA em português) é reservado para pessoas com no mínimo uma condição clínica potencialmente fatal ligada à imunodepressão causada pelo vírus HIV.Os estágios um, dois, três e quatro "a" e "b" são característicos da fase HIV. A AIDS propriamente dita estaria compreendida a partir do estágio quatro

c(Mattos,1991).

Oliveira Neto e Col(1990) descrevem cinco estágios da infecção por HIV que podem não ocorrer de maneira consecutiva: Fase aguda, fase de latência, linfadenopatia persistente generalizada, complexo relacionado a AIDS e AIDS. A primeira fase pode ocorrer já na semana seguinte ao contágio. Geralmente antecede ao aparecimento de anticorpos no sangue. Suas manifestações clínicas são linfadenopatia, sudorese noturna, dor de cabeça e tosse.

A fase de latência se caracteriza pela ausência de doença e sintoma. A linfadenopatia persistente generalizada é definida quando ocorrem nódulos linfáticos por período de no mínimo três meses, com ausência de qualquer doença ou uso de medicamentos capazes de provocarem tais sintomas. Os pacientes com ARC(Complexo relacionado a AIDS) apresentam problemas de saúde e deficiências imunitárias semelhantes aos de pacientes com AIDS, porém com menos intensidade: Perda de peso, indisposição, fadiga e letargia, anorexia, dores abdominais, diarreia sem causa específica, febre, sudorese noturna, dores de cabeça, coceira, amenorréia, linfadenopatia e aumento do baço. A AIDS se caracteriza pela presença de infecções oportunistas e tumores. Em torno de um terço dos pacientes com AIDS apresentam quadro de demência.

Dado a características do vírus, os exames existentes não o detectam diretamente, mas os anticorpos que o organismo produz para se defender deles. O intervalo de tempo desde a infecção por HIV até a primeira detecção do anticorpo do vírus, tem sido estimado em 2.4 (Dois ponto quatro) meses para a média dos

indivíduos. No entanto, em 95% dos casos, a soroconversão costuma se dar até os 5.8 (Cinco ponto oito) meses após a contaminação(Horsburgh et al.1989), apesar de outros estudos indicarem prazos maiores, como os de Imagawa et al.(1989),onde são apresentados casos em que o anticorpo do vírus só foi detectado 35 meses após a infecção.

Uma grande variedade de sinais, sintomas, distúrbios hematológicos e infecções costuma caracterizar a mudança do estado de HIV+ para AIDS. O indivíduo passa a ter AIDS a partir do momento em que lhe ocorrem problemas de saúde relacionados com o vírus. Os principais sintomas mais comuns são linfadenopatia persistente generalizada, febre, sudorese, púrpura trombocitopênica idiopática, queda de cabelo, candidíase oral e herpes zoster(Gottlieb,1986). O Centro de Controle de Doenças dos EUA define a AIDS como uma doença de diagnóstico confiável de uma deficiência de imunidade celular, ocorrendo em indivíduo, sem causa evidente de deficiência imunológica ou outra causa de resistência reduzida associada a esta doença. Onze infecções e doenças oportunistas são consideradas suficientemente específicas como indicativas da AIDS(Castro,1986):

a-Infecções protozoárias.

.Pneumonia por pneumocystis carinii.

.Encefalite por toxoplasma gondii ou infecção disseminada excluindo infecção congênita.

.Enterite crônica(>de um mês) por cryptosporidium.

.Herpes simples mucocutâneo crônico(> de um mês).

.Infecção histologicamente evidente por citomegalovírus de qualquer órgão exceto o fígado e os gânglios linfáticos.

.Leucoencefalopatia multifacial progressiva.

b-Infecções fúngicas

.Esofagite por candida.

.Meningite criptocócica ou infecção disseminada.

.Infecção bacteriana disseminada(e não apenas pulmonar ou linfática).

.Sarcoma de Kaposi.

.Linfoma cerebral primário(limitado ao cérebro).

Dentre as doenças mais comuns relacionadas com HIV,envolvendo o sistema gastrointestinal, podemos citar candidíase, afta oral, salmonelose, criptosporidiose, linfoma, clamídia, gonococcus, carcinomacloacogênico(Bennett,1988).

Os estudos têm indicado que o vírus da AIDS tem sido encontrado em muitas células do corpo humano. Podemos citar as células mononucleares sangüíneas periféricas, particularmente os linfócitos auxiliares T, os macrófagos, os astrócitos, os linfócitos B, os promielócitos, os oligodentrócitos, as langerhans epidérmicas e as células epiteliais do intestino(Levy,1988;Castro et al,1988).

Tão logo um retrovírus infecta uma célula, uma enzima fornecida pelo vírus, chamada de transcriptase inversa, produz um duplo filamento de DNA a partir do genoma RNA original. O DNA assim formado vai se integrar ao núcleo do DNA da célula. Êste DNA viral pode permanecer inativo na célula e se transmitir às novas

células indefinidamente, ou pode também se transformar em RNA viral que se incorporará às partículas virais, as que sairão da célula. (Montagner,1986;Peterlin and Luciw,1988). A capacidade do vírus de, por tempo indeterminado, permanecer inativo nos cromossomas das células infectadas, explica o longo período de latência entre a contração do vírus e o início da doença(Greene,1991).

Ao mesmo tempo em que pode ser encontrado em diversos tecidos, o HIV está presente em alguns fluidos do corpo. Em geral, 30% do plasma ou soro de pessoas infectadas produzirão vírus infectado. Existem de 10 a 50 partículas infectadas por ml de sangue, enquanto que, em indivíduos com hepatite B, a quantidade de partículas infectadas chega a 10 bilhões por ml. Por isso, o risco de se contrair hepatite B é muito maior. Lágrima, saliva, secreção auditiva contém 10% de vírus encontrado no sangue e plasma, o que torna muito difícil a contaminação através desses fluidos(Levy et al,1985). Segundo estudos de Frierson e Lippmann(1987), a concentração do vírus HIV na saliva de pacientes seria 10 mil vezes menor que no sangue. Secreções genitais(vaginal ou cervical e fluidos seminais) possuem quantidades variadas do vírus, mas geralmente muito menores que no sangue(Wofsy et al.,1986). Aproximadamente, uma em mil células CD4+T de pacientes com AIDS contem HIV-1 em forma de RNA. Em contraste, em torno de uma em cada cem dessas células CD4+T foram encontrados HIV-1 DNA. Assim, para cada célula T produzindo vírus, nove outras células T contêm o vírus latente(Greene,1991).

1.3- A AIDS e a morte

Embora a sociedade ocidental encontre dificuldades em aceitar a morte como um acontecimento natural na dinâmica da vida, nem sempre foi assim. Durante muito tempo, a morte foi considerada um acontecimento familiar. As pessoas, inclusive crianças, pressentiam quando era chegado o momento e se comportavam de forma receptiva à sua idéia. As pessoas desempenhavam o papel que natural e culturalmente lhes era reservado, mantendo o cerimonial sobre a própria morte expressa num contexto de grande afetividade. Somente a morte inesperada era temida, exatamente por privar o indivíduo da preparação para ela, e por ocorrer muitas vezes em períodos em que o indivíduo era indispensável no contexto familiar(Aries,1977).

A morte tem sido vivida pela cultura ocidental como um acontecimento traumático e uma interrupção da vida. No entanto, as antigas gerações precisam ser substituídas pelas novas para que a evolução da vida possa prosseguir. Com exceção de algumas mortes acidentais dentro do percurso da vida, ela não ocorre de maneira repentina. Pelo contrário. Após cumprir uma série de funções e exercer diversas atividades, o ser humano tem, precedendo a morte, uma fase de senescência que lhe mostra a aproximação do último ato, e lhe permite uma preparação. A quase universalidade das espécies tem a morte como um fenômeno natural. Apesar de parecer o contrário, o acontecimento da morte traz uma vantagem: A reprodução sexuada permite a criação de unidades da espécie com

características genéticas originais e renovadas que só poderão ser difundidas, se os representantes existentes da espécie cederem o lugar, o que eles próprios o farão um dia para os seus descendentes(Ruffié,1988).

Temos sido condicionados a lidar com a vida, como se a morte não existisse, pelo menos para nós mesmos. Construimos verdadeiros castelos nos sonhos e ideais de nossa vida, e quando nos damos conta, acabam sendo ceifados pela realidade da morte. Pior do que isso, a negação da morte não tem impedido que a sociedade de forma geral, e as pessoas de forma particular tenham atitudes extremamente identificadas com ela. Não é necessária nenhuma análise sociológica do mundo contemporâneo para se constatar isso. Basta ver o noticiário, ou mesmo olharmos para dentro de nós. " Você pode ser um rei ou mesmo um varredor de rua, mas todos dançam com a impiedosa foice da morte" (Robert Harris, condenado por homicídio, momentos antes de ser executado com o gás ácido cianídrico, nos EUA, no dia 21 de abril de 1992. Revista "Veja", 29 de abril de 1992).

A nossa cultura tem encarado o fenômeno da morte como um tabu. Sempre que a situação de morte aparece, as pessoas tendem a fugir dela. Não apenas nas mortes traumáticas, mas também nas mortes naturais. Nunca se aceita que alguém já cumpriu seu ciclo de vida, e está pronto para morrer. É comum, hoje em dia, se encontrar pessoas leigas e até médicos que lutam para salvar um idoso, quando sua debilidade já é expressão natural do ciclo de vida. Talvez, como afirma Riviere(1975), a questão da morte " representa o extremo avançado de destrutividade que somos capazes de

conceber, e a nossa própria morte representa evidentemente o ponto culminante da atuação das forças inerentes de destruição que operam dentro de nós" (Pg.27).

O aparecimento da AIDS trouxe de maneira compulsória a questão da morte e seus tabus a pessoas que, em circunstâncias normais, certamente não se defrontariam com isso, pelo menos em relação a si mesmas.

Sem dúvida, uma intensa angústia é provocada pelo HIV, principalmente no período imediatamente posterior ao conhecimento do diagnóstico. No entanto, uma certa histeria social desencadeada logo após a descoberta do vírus, foi, pelo menos em parte, elaborada. Mesmo entre os portadores assintomáticos, pudemos observar uma evolução positiva no controle da angústia, na medida em que foram se educando e aprendendo a conviver com o vírus. Do nosso ponto de vista, as pessoas de forma geral têm conseguido respostas mais adequadas e realistas frente ao problema. Claro que racionalizações tipo "...Eu iria morrer de qualquer jeito...", são antes de tudo defensivas, impedindo ou pelo menos dificultando a que o sujeito entre em contato com as emoções relacionadas com sua saúde. Freud [1915], já alertava: "*no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade*" (Pg. 327, 1976). NO entanto, dificultam também respostas emocionais descabidas, tanto por parte do paciente, quanto de seus familiares e sociedade, ao dificultar que as pessoas assumam posturas regressivas em seu desenvolvimento. Não que a medicina tenha avançado muito no tratamento dos pacientes

com AIDS. Infelizmente, muita gente continua morrendo. A medicina, com seus instrumentos terapêuticos tradicionais, tem conseguido, ao que parece, ajudar na sobrevivência dos portadores. Aliado a isso, os próprios pacientes têm se educado, e muitos deles passaram a ter comportamentos que os impulsionam em direção à vida.

Apesar das grandes dificuldades ainda enfrentadas pelos pacientes e seus familiares a nível de discriminação, preconceito e mesmo tratamento, parece que a questão da morte, aos poucos, vai retornando ao seu curso normal, ocupando espaço semelhante ao existente no transcurso de outras doenças.

A maneira de encarar a própria morte foi sendo moldada culturalmente por diversos fatores. Dentre eles, as reduzidas expectativas de vida, a presença constante da morte e a impotência de evitá-la. Os antigos egípcios possuíam um livro dos mortos, que ensinava as pessoas a se familiarizarem com a própria morte, tornando-a um acontecimento não somente familiar, como desejável depois de cumprido o ciclo da vida (Kastenbaun e Aisenberg, 1983).

A partir do século XI, a idéia da morte começou a mudar no contexto cultural, principalmente com o desenvolvimento de uma preocupação individualista. Para tanto, houve influência do pensamento cristão, na afirmativa de que as pessoas ao morrer dormiriam, ressuscitando no juízo final para o paraíso celestial. Quem não fosse cristão, não participaria do mesmo privilégio. O merecimento ao paraíso eterno dependeria dos atos praticados pelo indivíduo durante sua vida. Os justos mereceriam o céu e os pecadores, o fogo eterno (Aries, 1981).

Esse pensamento começou a mudar a partir do século XV com a

crença de que essa separação de justos e pecadores se daria na hora da própria morte, tendo contudo o moribundo uma última oportunidade de se arrepender de suas faltas. Com isso, a salvação voltava-se para o indivíduo e não mais dependia da igreja. Isso permitiu que muitas pessoas vivessem em desacordo com os princípios religiosos. Mas, ao perceberem a aproximação da própria morte, passavam a ter comportamentos sintônicos com a norma religiosa(Aries,1977).

Não existe, no entanto, um consenso entre os pesquisadores sobre essas afirmações. Torres et al(1988) citam uma série de pesquisas com resultados bastante contraditórios. Algumas delas sugerem que a crença em uma vida após a morte reduz a ansiedade sobre ela em pessoas religiosas. Outras, ao contrário, sugerem uma relação positiva entre religiosidade e medo de morte. E ainda, alguns estudos não relacionam religiosidade com medo de morte.

Até o século XVIII, o indivíduo, antes de morrer, incluía em testamento suas vontades que deviam ser realizadas para que salvasse a sua alma. A partir desse século, o testamento deixou de ter uma preocupação com o sobrenatural e se limitou à divisão dos bens materiais, passando os familiares a cultuarem a sepultura de seus mortos.

À medida que se desenvolveu o sentimento familiar, a dificuldade em aceitar a morte de um ente querido aumentou. A família não mais compartilha com o moribundo a sua consciência de morte. Procura antes negar e evitá-la a qualquer custo. Assim, uma mudança foi ocorrendo na forma de encarar a própria morte e a dos

outros. Como consequência disso, as manifestações de leito passaram a ser condenadas e o contato com a morte, a ser evitado, esvaziando o significado do seu ritual, como um facilitador da elaboração da perda por parte do moribundo e dos familiares. O exemplo mais evidente desse fuga é o crescente uso de cremações de cadáveres (Aries, 1977; Kastenbaun e Aisenberg, 1983).

A morte, contudo, tem tido significados diversos. Abadi (1973) considera que o desejo de morte também pode existir na medida em que a vida é vivida como um processo e a morte, como o umbral da libertação, o caminho para outra vida. Nessa acepção, a morte simboliza nascimento, vida, transformação.

No sentido exótico, a morte simboliza a mudança profunda porque passa o homem, sob o efeito da iniciação. O profano deve morrer para que renasça à vida superior conferida pela iniciação. Se não morre para o estado de imperfeição, impede para si mesmo qualquer progresso iniciático. Na alquimia, o sujeito que dará a matéria da pedra filosofal deve morrer em seu sentido iniciático de renovação e nascimento (Chevalier e Gheerbrant, 1989).

A morte é a própria condição para o progresso e para a vida. A semente só consegue germinar, se morrer. Também no ritual cristão, o batismo tem, pelo menos, dois significados: saída da morte para a vida e o início da participação, por parte do batizado, na grande família cristã. O ingressante nasce de novo para uma nova vida, e esse nascimento significa transformação, purificação. Não é por acaso que a água, símbolo da vida, é sempre utilizada nos rituais cristãos de batismo.

1.4-AIDS e saúde pública

O progresso das ciências médicas nos dois últimos séculos, principalmente o século XX, trouxe imensas vantagens no que se refere à saúde. Um a um, os mistérios relacionados a cada doença foram sendo desvendados e terapias, eficientes no seu combate, foram descobertas. Esse avanço facilitou uma mudança no comportamento das pessoas frente aos riscos de adoecer e morrer. Diante da doença, o indivíduo acredita poder encontrar na medicina uma terapia capaz de torná-lo novamente sadio. Essa certeza permitiu uma diminuição na preocupação em evitar doenças. Anteriormente, com raras exceções, ser portador de certos tipos de doenças, como tuberculose, era sinônimo de morte. Hoje, também com raras exceções, ser portador de doença deixou de ser uma ameaça concreta de morte. As doenças ainda matam muito, mas não por inexistência de terapia eficaz, e sim por muitos outros motivos que acabam impedindo o doente de ter acesso aos serviços de saúde.

Com as doenças sexualmente transmissíveis não poderia ser diferente. Os avanços da medicina criaram a certeza de que todas essas doenças poderiam ser curadas. Essa certeza, aliada à descoberta dos métodos contraceptivos, possibilitou uma modificação profunda nos hábitos sexuais em direção a uma maior liberdade de expressão. A maior parte dos limites e ameaças da busca do prazer no corpo, deixa de existir. Esses novos

comportamentos no âmbito sexual trouxeram grande descontentamento à ala conservadora da sociedade, representada principalmente pelas instituições religiosas e seus adeptos, e impulsionaram a estigmatização e a marginalização de grupos, tais como o dos homossexuais.

No entanto, os avanços da medicina nem de longe foram acompanhados pela melhoria dos níveis de saúde da população. Ainda hoje, os estudiosos da saúde não conseguiram resolver, nem teórica e nem praticamente os principais problemas da saúde, mesmo em países altamente industrializados. Além disso, pode-se observar que o desenvolvimento econômico, ao contrário do que muitas vezes se pensou, não necessariamente é acompanhado pelo desaparecimento de certos tipos de enfermidades, mas tende a redistribuí-las e a provocar novas (Laurell, 1976).

O surgimento da AIDS como uma nova doença epidêmica alterou o status da medicina e trouxe novos problemas à saúde pública. A crença nos poderes onipotentes da medicina precisou ser revista. Há muito tempo a ciência não se defrontava com uma doença que ameaçasse a sobrevivência de toda a humanidade, não poupando nem mesmo as nações mais industrializadas (Bayer y Gostin, 1990).

A sexualidade, que antes podia ser encarada como uma aventura sem conseqüências, agora se torna algo que pode levar a pessoa à morte. Mais do que isso. O medo da AIDS retirou da sexualidade a busca da experiência do puro presente, deslocando parte dessa busca na relação com o passado. A sexualidade não pode mais ser encarada como uma relação a dois: É toda uma cadeia de transmissão vinda do passado. A relação sexual não se dá somente com o

parceiro, mas tem a ver com todas as relações que se teve no passado(Sontag,1989).

A ciência não tem economizado esforços em busca de conhecimentos que possam derrotar o vírus da AIDS. Faz pouco mais de uma década que foi descoberto, e um longo caminho já foi percorrido. Milhares de pesquisadores no mundo inteiro têm procurado dar sua contribuição em direção à cura. Poderíamos perguntar, no entanto, a nível prático: o que se tem oferecido ao paciente portador do vírus? A medicina desenvolveu métodos bastante eficientes de diagnóstico e se utilizou de instrumentos terapêuticos já existentes para combater as doenças dela decorrentes. Em outras palavras, a medicina no atual estágio do conhecimento sobre a AIDS, não tem conseguido ajudar muito os pacientes: Apenas retarda um fim que todos sabem inevitável.

Talvez se esteja incorrendo no mesmo erro cometido quando se tenta compreender o processo saúde-doença, como aponta Laurell(1976), onde o conhecimento da enfermidade se refere, pois, a seus aspectos biológicos, o que permite entender parte do processo biológico do indivíduo, mas ignora seu carácter histórico e social.

Apesar de legítimo, o estudo da enfermidade em termos exclusivamente biológicos, cria problema teórico na interpretação do alcance da aplicação do conhecimento assim gerado. Tal raciocínio pode levar à crença de que a enfermidade começa e termina nos processos biológicos. Laurell propõe que os problemas relativos ao fenômeno saúde-enfermidade, devam ser tratados em três níveis distintos. No primeiro, a enfermidade é

representada como processo biológico do indivíduo. No segundo, a enfermidade é resultado da interação entre três fatores biológicos- o hospede, o agente e o ambiente. No terceiro nível, a enfermidade se apresenta como um fenômeno social e coletivo (Ver também Laurell,1983).

Como se poderia entender a AIDS, a partir dos níveis propostos por Laurell? Quando se procura estudar o problema da AIDS, apenas no nível biológico, se está reduzindo a compreensão do fenômeno em sua totalidade a uma de suas partes. Com isso a medicina pode, por exemplo, afirmar com segurança que a causa da patologia é um vírus e que uma das suas formas de transmissão é a atividade sexual. No entanto, não consegue explicar porque alguns indivíduos, que tiveram relacionamento homo ou heretossexual com pessoas portadoras, se contaminaram e outras não. Também tem dificuldades em entender porque algumas pessoas permanecem mais tempo portadoras do vírus, sem desenvolver a doença, do que outras. Por último, porque alguns portadores têm sobrevida maior do que outros.

O segundo nível se afasta de uma explicação mono causal, ao levar em conta dois novos elementos, ou seja, o agente e o ambiente, o que permite avançar em algumas questões insolúveis, quando a doença é entendida no nível biológico. A partir do segundo nível, é possível se compreender porque algumas pessoas se contaminam e outras não, já que a contaminação não depende apenas de que o organismo entre em contato com o vírus, mas também das condições adaptativas de ambos e da relação existente com o ambiente. Por exemplo, em pessoas subnutridas as condições de

contaminação são distintas daquelas com nível de nutrição saudável. O segundo nível permite afirmar também que o grupo de usuários de drogas injetáveis com agulhas e seringas compartilhadas apresentam maior incidência de pessoas com HIV do que nos grupos dos que não fazem uso de drogas, uma vez que, no seu meio, existem muitas pessoas contaminadas, e essa é a maneira mais certa de contaminação.

Para compreendermos melhor o terceiro nível do processo saúde-doença, no caso da AIDS, recorreremos novamente aos conceitos de Laurell (obra citada). Nesse nível, se compreende esse processo como um problema social e portanto coletivo. O ponto de partida são as relações e os processos sociais nos quais participam e que definem os grupos e as classes sociais para explicar como aquelas dão origem a determinadas patologias. O nível social não exclui os outros níveis, mas os reformula, ao considerar que a enfermidade, como fenômeno individual, é a concretização dos processos sociais que determinam a saúde coletiva. A questão a ser respondida é o porque de a AIDS se apresentar no momento presente, afetando determinados grupos no mundo inteiro. Em outras palavras, que condições sociais passaram a existir e que permitiram o aparecimento da AIDS nesse final do século XX e não em outra época. Sabemos que a resposta a essa questão é complexa e não está entre os nossos objetivos um estudo exaustivo sobre o tema, apesar de fascinante. Daremos apenas alguns passos.

Ainda é obscuro para a ciência, o como a AIDS se iniciou. Existem muitas teorias a respeito. Como se sabe, foi detectada nos EUA, em pacientes homossexuais, no início da década passada,

apesar de não ter se originado aí. Por questões didáticas, tomaremos esse como o ponto de partida.

Inicialmente em homossexuais, depois em bissexuais, em seguida nos usuários de drogas injetáveis, e mais recentemente nos heterossexuais. Inicialmente, eram os grupos de risco. Agora, são os comportamentos de risco. Retornemos à questão anterior: Que fenômeno social inerente a esses grupos teria facilitado o surgimento e propagação da AIDS. Para prosseguir o raciocínio, é necessário recorrer ao conceito de materialismo histórico.

O século XX se caracteriza por uma organização social complexa em função dos problemas surgidos com o crescimento populacional e com a solidificação do sistema capitalista no mundo ocidental. A concentração de renda, em todos os países, tem alimentado a cada ano a procissão de miseráveis. A organização da sociedade em classes dominantes e dominadas criou privilégios para uns poucos em detrimento da maioria. Isso acarretou sérios problemas na organização social, principalmente nos grandes centros, impulsionando a criação de grupos marginais, a intensificação de tensões psicológicas, a violência, o crime. De tal maneira o grupo social foi afetado, que não somente os grupos menos favorecidos sofreram sérias conseqüências das injustiças, mas também as classes dominantes, vítimas constantes dos subprodutos que eles mesmos criaram. A Organização Panamericana de Saúde, em 1983 já alertava para as modernas epidemias.

Quanto mais a sociedade se organiza, mais tem se tornado presente a questão da angústia, do estresse, do medo, da desorganização de costumes etc.. É sabido que esses sintomas, bem

como o cansaço, poucas horas de sono, vida sedentária, dentre outros, têm efeito imuno depressor. Existem evidências de que o comportamento pode influenciar a função imune-para mais ou para menos (Glaser e Glaser,1988a,b,c). O mesmo pode acontecer com alguns níveis de estresse e depressão (Solomon and Moos, 1964 ; Solomon et al,1974). Inúmeros outros trabalhos parecem confirmar a influência de fatores emocionais no sistema imunológico(Solomon, 1969; Temoshok, 1988; Baun and Nesslerhof, 1988; Cohen,1988). A influência de problemas emocionais sobre o desenvolvimento do câncer também tem sido objeto de diversos estudos. Dentre eles destacamos os de Southam, 1969; Prehn, 1969 ; Bahnson and Bahnson, 1969 .

A nosso ver, não foi por acaso que a AIDS encontrou no grupo de homossexuais um terreno fértil para se instalar e proliferar. Esse grupo, além dos preconceitos que enfrenta e das pressões que recebe da sociedade, em função de suas características, tem comportamentos que debilitam seu organismo. Encontra-se, com muita frequência nesse grupo, pessoas que se utilizam de drogas, dormem pouco e mal, se alimentam de maneira irregular, são tensas e angustiadas. Todas essas características juntas, aliadas ao tipo de comportamento sexual, criaram condições para que o vírus se instalasse nesse grupo. Pessoas homossexuais, que não tenham comportamentos considerados imunodepressores, oferecem menos condições para que o vírus possa se instalar, quando são expostas. Isso permite entender porque alguns homossexuais expostos ao risco se contaminam, e outros não.

Apesar de estarmos desenvolvendo nosso pensamento a partir do

conceito de grupos, consideramos mais oportuno lidar com características de personalidade e de comportamento de pessoas. Isso vem de encontro à tendência atual, tratando-se de AIDS, em não se referir a grupos e sim a comportamentos. Poderíamos sim, nos referir a outro tipo de grupo, ou seja, o das pessoas cujos comportamentos e características mentais tornassem seus organismos vulneráveis.

Não parece difícil observar que, em outros grupos afetados, como os bissexuais e os usuários de drogas injetáveis, existe um ambiente que favorece a debilidade orgânica e, concomitantemente, a presença do vírus (Costa e Filho, 1987). Temos tido a oportunidade de observar, após um conhecimento mais aprofundado dos pacientes HIV positivo, que acompanhamos no Hospital das Clínicas da Universidade, o quanto as características acima descritas estão presentes. O que determina a contaminação e o desenvolvimento da doença não é apenas o contato, mas as condições em que ele se dá. Poderíamos assim concluir que a organização moderna da sociedade, com suas contradições e problemas, apesar dos progressos trazidos pela ciência, tem propiciado condições para que novas doenças possam se instalar. Como afirma Laurell (1976), não tem sentido ver a boa saúde como o resultado da riqueza, e a má saúde como o efeito da pobreza.

1.5-Psiconeuroimunologia e AIDS

A AIDS é letal, e até hoje não se sabe de nenhum caso de paciente contaminado que tenha conseguido se livrar do vírus(Castro et al,1986). No entanto, a manifestação e evolução da síndrome em infectados tem variado de forma bem intensa. Nem todas as pessoas expostas à contaminação passam de fato a portar o vírus. Isso tivemos oportunidade de observar, a partir de pacientes e de seus parentes, que acompanhamos no hospital das clínicas da Universidade. Também a sobrevida dos pacientes costuma ser bem diferente. Um dos pacientes que acompanhamos, sexo masculino, 25 anos, descobriu que estava com AIDS desde antes de passar a viver com sua mulher, na companhia de quem vivia há dois anos, pois antes tivera comportamento de risco, o que passou a não ocorrer depois. Durante o tempo em que esteve com a mulher, teve relações sexuais sem qualquer tipo de cuidado. Seus exames acusaram a presença do vírus do HIV, mas os de sua esposa não. Como aquela mulher foi muitas vezes exposta ao risco e não se contaminou (Pelo menos não foi detectado anticorpo do vírus até o momento), isso significa que não basta apenas o sujeito entrar em contato com o vírus para que ele se contamine, mas as condições em que esse contato se dá.

Segundo Glaser & Glaser(1988), existem evidências de que o comportamento pode influenciar a função imune, podendo se considerar as variáveis psicossociais e comportamentais como

cofatores potenciais para a infecção por HIV e a evolução da doença (Ver modelo saúde-doença proposto por Laurell,1976). Tais afirmações são confirmadas em outras pesquisas.

Solomon et al(1974) apresentam diversos dados onde o estresse e dificuldades emocionais influenciam a função imune através do sistema nervoso central e endócrino. Emoções, principalmente a depressão, e fatores sociais aumentam a suscetibilidade do organismo a doenças infecciosas, como a tuberculose. Em relação ao câncer os autores afirmam existirem quatro características de personalidade nos pacientes: perda de um importante relacionamento antes do aparecimento do câncer; dificuldade em expressar hostilidade e emoções; existência de tensões não resolvidas com figura parental; existência de distúrbios sexuais. Já outros pacientes, portadores de artrite reumatóide, mostravam-se ansiosos, deprimidos, introvertidos e isolados. Concluem os autores que os três tipos de células, que geram a resposta imune-macrófagos, Timus linfócitos derivados (Células T) e linfócitos (Células B)- são afetados pelos hormônios produzidos por resposta ao estresse. Outros estudos apontam na mesma direção (Cohen,1988; Baum and Nesselhof,1988; Glaser and Glaser, 1988b; Glaser and Glaser, 1988c ; Temoshok,1988 ; Solomon, 1969 ; Stein , Shiavi and Luporelho, 1969).

Lipp(1984) analisa a relação entre o estresse e problemas orgânicos e mentais. Considera que algumas doenças podem ser perfeitamente controladas e eliminadas em pessoas com estresse, desde que consigam desenvolver estratégias de controle sobre seu estado emocional.

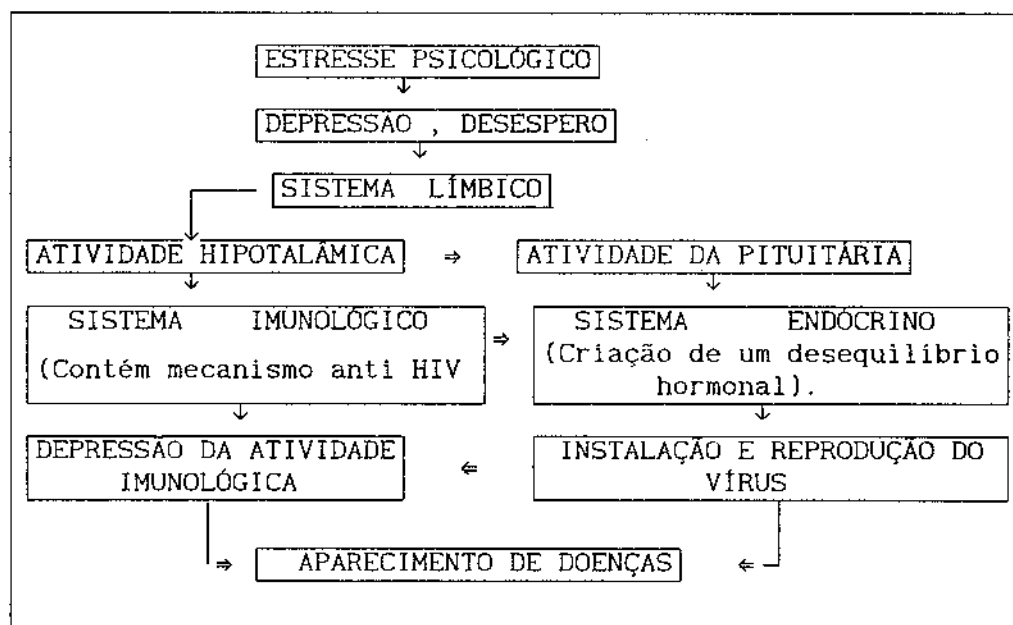
Em outro trabalho, Lipp e Neto(1985) procederam a um experimento em Campinas (S. Paulo) com 28 pacientes psoriáticos a partir da hipótese de que o treino de controle de estresse podia auxiliar no tratamento da doença, uma vez constatado que os pacientes eram estressados. Os testes mostraram que os pacientes sofriam no início do tratamento, de um alto nível de ansiedade e estresse. À medida que os pacientes foram sendo treinados a controlar seu estresse e ansiedade, suas lesões foram diminuindo, e, em um dos casos, desapareceram por completo. Isso pode ter ocorrido porque o estresse, crônico ou agudo, tem como consequência a liberação de uma série de hormônios que rapidamente fornecem energia ao organismo. No entanto, dois desses hormônios- adrenalina e cortisol- são também potentes inibidores do sistema imunológico (Borysenko, Pg. 25, 1987).

Talvez as experiências mais interessantes e convincentes onde se evidencia a influência de fatores comportamentais e emocionais no sistema imunológico sejam relatadas por Simonton, Simonton e Creighton(1987) em pacientes com neoplasia. Com casos, ricos em detalhes, os autores mostram a relação direta entre o estado emocional, a crença na capacidade de recuperação do organismo e o curso do câncer. Consideram que, com um treinamento adequado, qualquer pessoa pode voluntariamente controlar as batidas cardíacas, a tensão muscular, as atividades das glândulas sudoríporas, a temperatura da pele etc..O efeito placebo também é invocado pelos autores para confirmar o poder da mente.

O placebo e seus efeitos tem sido bastante estudado. Wood(1987) cita pesquisa de Combs em 1986 onde um médico, usando com sucesso

uma droga experimental para alívio de sintomas de asma, substituiu-a por placebo para testar sua validade. Quando o paciente reclamou da reincidência dos sintomas, por estar usando o placebo sem saber, o médico solicitou mais medicamentos ao laboratório. Foi então informado de que a droga experimental que estava usando com sucesso era de fato um placebo. O paciente usou placebo o tempo todo. Quando, porém, o médico acreditava no efeito do remédio o paciente melhorava. Quando pensava que era placebo o paciente piorava.

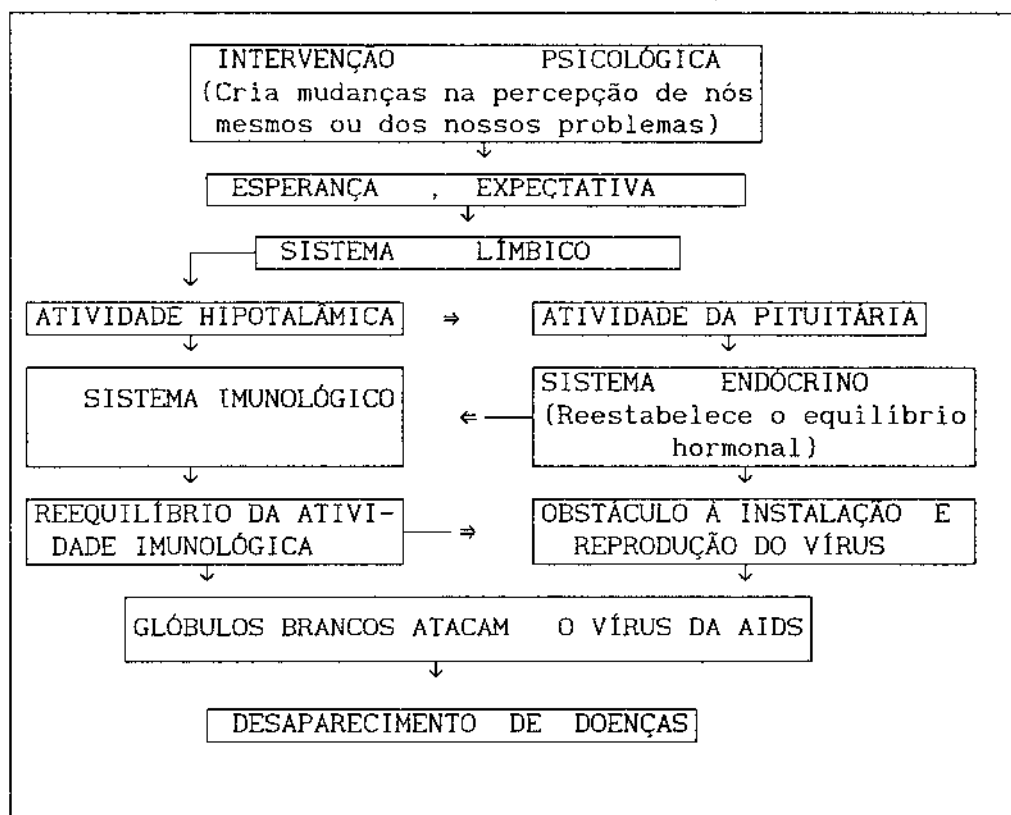
Glaser & Glaser(1988), afirmam que o sistema endócrino é responsável por uma variedade de estados emocionais e que existem evidências de que o sistema endócrino e neuroendócrino interferem no sistema imunológico. As influências comportamentais no sistema imunológico são mediadas em parte pelo sistema endócrino (Ver trabalho de Dion and Blalock , 1988) . Na obra citada de Simonton, Simonton e Creighton, esses autores fornecem um quadro que mostra o efeito imuno depressor do estresse psicológico que adaptado para pacientes HIV positivo, teria a configuração mostrada no quadro I:



QUADRO I

Nos estudos citados, muitos dos pacientes que se utilizaram de técnicas psicológicas de reforço do sistema imunológico tiveram o câncer estagnado, outros tiveram o desaparecimento das células cancerígenas, depois de terem sido desenganados pelos médicos. A relação entre fatores psicológicos e o câncer tem sido bastante estudada por outros autores. Dentre eles, podemos citar Bahnson and Bahnson, 1969 ; Kavetsky , Turkevich , Balitsky, 1969 ; Prehn , 1969 ; Southam , 1969 ; Friedman, Glasgow and Ader, 1969.

Da mesma forma que o estresse psicológico tem influência importante no sistema imunológico em sentido depressor, o reequilíbrio imune tem no controle de estresse um forte aliado. No quadro II, adaptado também dos autores citados, podemos ver a ação do controle do estresse na homeostase imunológica, com pacientes HIV positivo:



MODELO CORPO - MENTE DE RECUPERAÇÃO

QUADRO II

O estresse psicológico tem como um de seus efeitos principais a ocorrência de uma síndrome geral de adaptação no organismo. Segundo Apley e Trumbull(1967), o primeiro estágio dessa síndrome ou reação de alarme, inclui uma fase de choque inicial, na qual a resistência é debilitada, e uma fase de contra choque na qual os mecanismos de defesa orgânicos tornam-se ativos. A reação de alarme se caracteriza por uma excitação autônoma, descarga de adrenalina, alteração no ritmo cardíaco e no tônus muscular, mudança na bioquímica sanguínea, além de ulceração

gastrointestinal. Na fase de contra choque, se observa um aumento da atividade adreno-cortical e hiperatividade. Dependendo da natureza e intensidade da situação estressora e das condições do organismo no intervalo de exposição, os períodos de resistência orgânica podem ser curtos ou longos e a severidade de sintomas pode variar de intensidade. No segundo estágio, o de resistência, ocorre o máximo de adaptação orgânica. Se o objeto ou situação estressora persiste, ou a reação de defesa se manifesta ineficaz, é alcançado um estado de exaustão, no qual os mecanismos adaptativos se desorganizam. Muitos problemas cardíacos, respiratórios e digestivos costumam aparecer depois desse segundo estágio.

É por demais conhecida a relação existente entre estados emocionais e doenças somáticas. Para Everly e Rosenfeld(1981), para que a reação de estresse tenha uma significação patológica é necessário que seja intensa ou crônica ou que se verifiquem ambas as situações. Além disso, a estrutura de um órgão, para ser afetada patologicamente, depende de fatores genéticos que biologicamente predisponham o órgão ao dano por fatores psicofisiológicos; fatores ambientais que predisponham o órgão ao prejuízo psicofisiológico (influências nutricionais, doenças infecciosas etc.); estruturas específicas envolvidas na reação fisiológica; magnitude do envolvimento durante a resposta fisiológica que é definida em termos de intensidade, frequência e duração do envolvimento do órgão.

Costa e Filho(1987) afirmam que o psiquismo atua sobre o sistema imune através dos neurotransmissores do sistema nervoso

vegetativo e dos hormônios. Tais ações, reguladoras em condições normais, podem, porém se tornar inibidoras da função imune, de acordo com o grau de estimulação ou de estresse, e do estado psicológico do sujeito. Lembram que os principais grupos de risco de contaminação pelo HIV são homossexuais, toxicômanos e hemofílicos. Essas pessoas são em geral desadaptadas em função de seus hábitos ou doenças, convivendo, como consequência, com forte estresse e dificuldades sociais. Essa estrutura de vida fornece as condições básicas para a fragilização do sistema imunológico, abrindo espaço fértil para a contaminação e ação do vírus. (Ver também Costa; Lima e Mello Filho, 1989).

Os diferentes estados psicológicos apresentados por pessoas distintas e o grau de transtorno psíquico que esteja associado ao diagnóstico de HIV, podem auxiliar a que se compreenda porque algumas pessoas portadoras do vírus desenvolvem a doença em um determinado espaço de tempo, e outras não. Nessa linha de raciocínio, parece lógico supor que provavelmente, dentre outros fatores, o desencadeamento da doença seja precedido ou acompanhado de forte estresse emocional. Má nutrição, fadiga, estresse psicológico, estados depressivos e crises existenciais, freqüentemente costumam estar relacionados com a contaminação e desencadeamento de doenças por HIV, uma vez que todos esses sintomas, de alguma maneira, podem levar a uma debilidade das defesas fisiológicas e psicológicas. Parece razoável se pensar que um estado psicológico, dentro de certos limites toleráveis de angústia, depressão, ansiedade e estresse, pode retardar ou mesmo não fornecer condições para que a doença se instale e se

manifeste. Certamente, nos próximos anos, teremos pesquisas que irão elucidar essa questão.

Como se sabe, três tipos de células promovem a resposta imune no organismo humano: Os macrófagos, que apresentam o antígeno aos linfócitos, os linfócitos B, que produzem os anticorpos, e os linfócitos T, que são responsáveis pela imunidade celular. A Ciência tem mostrado que o risco apresentado pelo HIV, está na depressão do sistema imunológico, tornando o organismo vulnerável às doenças. Na prática o sistema imunológico não mais consegue se defender com eficiência das doenças.

Em circunstâncias distintas daquela ligada à AIDS, o sistema imunológico pode ser afetado por diversos fatores, mas o organismo consegue recuperar o reequilíbrio de sua imunidade. Em relação à AIDS, estamos diante de uma situação distinta e extremamente mais grave, uma vez que temos um agente externo vivo no organismo, com alto poder destrutivo, frente às defesas imunológicas. Resguardando as diferenças e com o devido cuidado, não nos causaria grande surpresa se, num futuro breve, alguma pesquisa concluir que o organismo humano, sob determinadas condições, tenha conseguido reestabelecer sua condição imune e destruído o vírus da AIDS. Isso pode parecer estranho, mas não se deve esquecer que o organismo possui uma grande capacidade de se defender e de se adaptar a situações novas e complexas. Na literatura médica, existem muitos relatos de curas ocorridas em circunstâncias totalmente adversas. Muitas delas, por falta de uma maior compreensão, acabaram sendo confundidas com verdadeiros milagres. Na prática clínica, com pacientes com o vírus, já nos deparamos com casos em que, dentro

dos conhecimentos atuais sobre a síndrome, a contaminação teria todas as chances de ter ocorrido, sem que os exames detectassem qualquer sinal do vírus.

1.6-O paciente frente a AIDS e a morte

Apesar de a AIDS ter sido detectada e diferenciada de outras doenças, há pouco mais de uma década, o crescente número de pacientes tem levado um número cada vez maior de cientistas e profissionais da área de saúde de todo o mundo a um grande esforço no sentido de conhecer todos os aspectos relacionados à doença, tais como suas causas, formas de transmissão, evolução terapêutica, bem como repercussões psicológicas e sociais de sua manifestação.

As reações dos pacientes frente ao diagnóstico positivo de HIV têm sido muito variadas de acordo, principalmente, com as características psicológicas de cada um, bem como com os traços culturais do grupo onde estão inseridos. Um paciente pode reagir com uma exagerada carga emocional ou com uma quase indiferença. Em outros casos, o paciente pode passar a alternar freqüentemente quadros de ansiedade e depressão porque sua idéia de morte origina-se das vivências de perdas anteriores(Costa e Filho,1987).

Dentre os mecanismos defensivos contra a angústia da morte, pode-se falar no desligamento que supõe uma negação implícita de morrer. Com a negação, a real causa da angústia é transferida a outras causas reais ou irrealis, já que é mais fácil defender-se contra elas. Surgem daí diversas defesas - fóbicas ou obsessivas- tentando aplacar angústias da morte(Abadi,1973).

A habilidade do paciente para tolerar as conseqüências da doença depende de sua capacidade psicológica para lutar e vencer

baseada em sua força emocional e no devido apoio social(Holland and Tross,1985). Além disso, a cura de doenças não relacionadas com a AIDS é de responsabilidade médica e, para cada doença, a medicina tem seus próprios instrumentos de cura. Quanto à AIDS, não existindo cura, a medicina devolve ao próprio paciente a responsabilidade sobre sua saúde. Isso ocorre quando o médico orienta o paciente dizendo-lhe que sua vida futura e sua saúde dependem muito de seu comportamento e hábitos. Apesar de essa informação ser verdadeira para todas as doenças, para as outras a medicina é sempre uma garantia, caso a saúde se deteriore. O paciente que tem AIDS sabe que precisa preservar sua saúde através de hábitos saudáveis, uma vez que a medicina não pode livrá-lo do vírus. A AIDS restitui ao indivíduo parte da responsabilidade sobre sua saúde, antes transferida para a medicina.

Desde que surgiu, a medicina lida com situações de vida e de morte, o que lhe emprestou, através dos séculos, um poder quase mágico. Isso permite entender a relação médico paciente e a força que adquire para alguns pacientes a palavra do médico. A medicina e seus profissionais representam a esperança de vida.

O paciente com o vírus da AIDS se defrontou com uma situação distinta: o poder que sempre emprestou ao médico para sustentar sua esperança de cura, cai no vazio quando esse se confessa incapaz de curá-lo. Mais do que isso, devolve esse poder ao próprio paciente. Isso talvez permita compreender certos comportamentos estranhos tidos por alguns pacientes com HIV positivo.

A busca do suicídio, dentre outras interpretações, pode ser

vista como uma declaração sumária do indivíduo de sua total incapacidade para cuidar de si mesmo e de sua saúde. É a concretização da castração sob a forma de auto-destruição. Outros pacientes, ao se defrontarem com a impotência médica, e com a responsabilidade sobre si mesmos de sua saúde futura, procuram dividir a execução dessa tarefa com pessoas de sua relação de afeto, uma vez que se sentem incapazes de levar adiante, sozinhos, suas propostas de vida. Como consequência disso, há uma melhora acentuada da relação do paciente com seus familiares, quando esses aceitam cumprir a tarefa solicitada pelo membro potencialmente doente. No entanto, a relação pode se deteriorar, quando os familiares se recusam a dividir com o paciente a responsabilidade sobre sua vida. Esses pacientes terão nesse gesto a confirmação de sua impotência para enfrentar o problema, e podem se refugiar no suicídio.

Ainda um outro tipo de paciente, diante da sensação de impotência para enfrentar seu problema, bem como da dificuldade de seus familiares em dividir o ônus do processo pessoal, se utiliza do mecanismo da negação, não se permitindo entrar em contato com a gravidade da situação. Esse paciente, se não se utilizasse desse recurso psíquico, certamente entraria em desespero, o que poderia se concretizar em tentativa de suicídio.

Nichols(1985) descreve cinco fases pelas quais passa o paciente com HIV positivo. À primeira, ele a chama de crise inicial quando se alternam momentos de negação do diagnóstico com intensa ansiedade. A segunda fase, chamada de estado transicional, se caracteriza pelo aparecimento de sentimentos de raiva, culpa e

auto piedade. A ansiedade se sobrepõe à negação. Na fase seguinte, chamada de fase de aceitação, os pacientes aprendem a aceitar as limitações que a AIDS lhes impõe e compreendem que ainda podem controlar suas vidas reagindo à doença com mais razão que emoção. A quarta fase se caracteriza por uma situação de tristeza. Nesse momento, os pacientes podem se beneficiar com remédios para insônia, ansiedade e depressão. Na última fase, o paciente se prepara para a morte. O medo de ficar totalmente dependente dos outros se sobrepõe ao medo da morte. Muitos pacientes podem decidir que o suicídio é preferível a essa condição. A fase final desse estágio, contudo, é gasta principalmente na preparação para a morte.

Para Abrams et al(1986), desde o diagnóstico de HIV positivo, até o seu óbito, o paciente passa por vivências psicológicas distintas, exigindo pelo menos três níveis de cuidado. O primeiro está ligado à reação ao diagnóstico, fase em que o paciente é exposto a uma grande dose de estresse e depressão, nem sempre com a estrutura adequada para suportar. Esse paciente corre risco de suicídio ou ato totalmente desordenado, podendo colocar em risco a si mesmo e aos outros. No contexto psicológico, a atitude terapêutica principal nessa fase, deve se caracterizar em fornecimento de suporte para que elabore a aceitação do diagnóstico e alie-se ao profissional na sua ajuda. Uma vez ocorrida a integração efetiva do diagnóstico, o paciente passa a se preocupar com as reações dos outros à doença, e como deverá ser seu comportamento dali para a frente. Ai surge a necessidade de se educar acerca da doença, quanto a formas de transmissão,

riscos de vida etc.. Além da necessidade de continuidade do suporte emocional, torna-se importante a discussão franca sobre alternativas à sexualidade frente ao risco de contaminação. Principalmente compacientes homossexuais e drogaditos, deve-se ter uma especial atenção aos sentimentos de culpa e auto censura que precisam ser abordados e explorados, pois o interesse homossexual, bem como o uso de drogas é reprimido pela sociedade. A associação da doença como consequência de uma prática condenada, freqüentemente provoca fortes sentimentos de culpa nos implicados. Nessa fase, é importante encorajar-se o paciente a participar de atividades altruísticas, pois reforçam a auto estima e diminuem o sentimento superegóico.

Ainda segundo Abrams et al(Ibid), os pacientes no período médio da doença(por exemplo,num segundo surto de pneumonia pelo P.Carinii) necessitam de cuidados diferentes, caracterizados como segundo nível de orientação psicológica. As manifestações cada vez mais freqüentes de doenças provocadas pela deterioração do sistema imunológico, as constantes internações e a debilidade física, levam o paciente à perda da esperança e a uma exaustão emocional. Não tem como negar a si mesmo a doença, e sente no próprio corpo, a cada dia que passa, o aumento da gravidade de seu quadro. O especialista deve facilitar a expressão dos sentimentos e a elaboração das perdas que vão ocorrendo na medida em que a doença progride. O último nível de atendimento psicológico liga-se aos pacientes em fase terminal. O tratamento básico deve ser de suporte para preparar a sua família para a morte, reassegurando ao paciente que não será abandonado, e que seus desejos serão

satisfeitos. Ele será encorajado a cuidar de assuntos de negócios, e deverá ser apoiado em suas decisões. Para que o psicoterapeuta possa auxiliar o paciente a exercer esse tipo de atitude é necessário que seja capaz de eliciar no paciente e família atitudes transferenciais positivas, sem as quais, a presença do profissional pode ser indesejada.

Kubler-Ross(1981) descreve uma evolução de sentimentos à medida que a morte vai se aproximando em pacientes terminais: Negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Parece que esses sentimentos tendem a aparecer também em pacientes adênticos. Para D'assumpção(1987) essas fases não são vividas apenas pelos pacientes terminais, mas por todas as pessoas frente à situação de perda.

Os autores acima citados descrevem situações vivenciadas pelos pacientes a partir de suas experiências no contato com eles. Ou seja, ao mesmo tempo em que acompanham seus pacientes, fazem inferências sobre o doente e a doença, a partir de seus modelos teóricos. Nem sempre os trabalhos publicados em revistas especializadas refletem um cuidado do pesquisador em descrever o que se passa com os pacientes, a partir do ponto-de-vista deles próprios.

Não raro, o que o profissional apreende difere do que realmente ocorre com o paciente. Frequentemente, quando tem confiança suficiente para expressar seus sentimentos, ele costuma surpreender com o conteúdo de seus depoimentos. Isso ficou muito claro em relatos de pacientes, em livro publicado nos EUA por Kubler-Ross,(1988), e nos participantes dessa pesquisa.

Cassens(1985), médico homossexual e portador do vírus, considera que a emoção mais comum em todos os grupos relacionados com pacientes com AIDS, é um sentimento de medo generalizado devido às incertezas da doença. Isso passa freqüentemente pelo temor à perda da confidencialidade, principalmente da orientação sexual entre os homossexuais e do uso que será feito com o diagnóstico (Ver também Bayer y Gostin, 1990). A Associação Americana de Psiquiatria, por exemplo, estabelece que o médico tem a obrigação ética de garantir a privacidade e a confidencialidade das informações sobre os pacientes aidéticos. Porém, a seu critério, se acreditar que o paciente possa colocar em risco outras pessoas, ele tem a permissão ética de quebrar a confidencialidade e notificar os que estão sob o risco(Raskin, 1988). Outras pessoas podem precisar ter acesso a informações confidenciais, tais como membros da equipe de saúde ou o parceiro (parceira) sexual de um indivíduo infectado(Stryker,1988). A Suprema Corte da California-EUA, adverte que todo terapeuta, quando avalia que seu paciente apresenta sério perigo de violência para com outro,tem a obrigação de " usar razoável cuidado para proteger a possível vítima contra tal perigo"(Melton,1988). Nos pacientes que acompanhamos no Hospital das clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, já houve por parte dos próprios pacientes mais de um relato de informações sigilosas a respeito deles, que teriam chegado aos ouvidos de familiares, através de funcionários do hospital.

Em decorrência da AIDS, a intimidade do sujeito acaba sendo devassada, uma vez que sua transmissão supõe atos privados que

acabam tendo conseqüências públicas. A intimidade se torna desnuda, trazendo como conseqüência, freqüentemente, a marginalização social. (Castro-Perez, 1988).

A condição de homossexual costuma ser uma informação não compartilhada entre o paciente e a família. A partir do diagnóstico, passa a ser uma forte suspeita, já que a doença está associada a essa opção sexual, principalmente quando a origem do contágio é desconhecida. Embora os homossexuais com AIDS possam ser colocados em isolamento nos hospitais, deixando outros protegidos de infecções e também se protegendo delas, a mensagem de rejeição e isolamento é uma continuação da separação que os acompanhou durante toda a vida. O maior paradoxo é que esse tipo de paciente é obrigado a colocar sua vida nas mãos de uma sociedade que o tem educado a duvidar do valor de sua própria existência. Termos tais como "praga gay", "calamidade letal", "epidemia misteriosa", apenas servem para insuflar o medo nas pessoas. Quando se fala das vítimas inocentes da AIDS- Crianças, hemofílicos etc.-na prática sugere-se que os inocentes foram infectados pelos culpados. Para muitas pessoas, a única certeza é o preconceito de que essa doença é uma praga, uma punição que afeta muitas pessoas, mas que é causada pelos pecados de poucos (Cassens, Ibid). Essa é sem dúvida a face mais cruel da reação da sociedade frente a AIDS e seu portador.

Essas atitudes podem chegar a situações extremas, como o que ocorreu com certa frequência na enfermaria de Moléstias Infecto contagiosas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia(UFU), onde são internados os pacientes com AIDS. Ali, as

atendentes de enfermagem costumavam ser extremamente atenciosas e dedicadas aos pacientes aidéticos hemofílicos, sem maiores preocupações com a possibilidade de contágio. No entanto, se recusavam até a entrar no quarto quando o paciente era homossexual. Alguns atendentes, na hora da alimentação do paciente, abriam a porta, colocavam o prato no chão e fechavam a porta.

Parece que um grande problema surgido com a AIDS é que a Ciência Médica nunca antes encontrou uma doença com essas características (Brandt, 1985). A especialidade médica de Doenças Infecto contagiosas, que antes possuía armas tão potentes quanto os antibióticos, agora se depara de frente com a impotência: apenas consegue adiar um desfecho conhecido.

O medo, a incerteza e a preocupação com a confidencialidade são algumas das facetas da resposta social e científica para a AIDS. A tecnologia não tem conseguido acabar com o preconceito e a superstição das pessoas. Talvez isso ocorra em parte porque, como afirmou a então Secretaria de Saúde e Serviços Humanos de Washington, Heckler (1985), o perigo da doença de fato existe, e o medo aparece porque, assim como a ponta de um iceberg, o longo período de gestação da AIDS não fornece um aviso inicial do perigo presente.

1.7- Aspectos psicodinâmicos da AIDS

Quando se fala de reação do paciente frente à morte da AIDS, freqüentemente se está referindo à possibilidade de morte, uma vez que os recursos hoje disponíveis não a combatem de forma eficiente. A AIDS se transformou para o seu portador em um sinal e risco constante da presença da morte. Assim a reação do paciente é vista como um temor à possibilidade da morte, uma vez que ela o faz se defrontar com perdas. De acordo com Abadi(1973), o medo da morte é, sem dúvida, a angústia fundamental do homem. Em relação a ela, todas as demais formas de ansiedade são secundárias.

A atitude observada em alguns pacientes, depois de serem informados do diagnóstico positivo, no entanto, nos induz a pensar, que não se trata apenas de um temor a uma possibilidade de morte essa sua reação. Mais do que isso, seu comportamento é consequência da própria morte.

Evidentemente, uma vez que o paciente está vivo e muitos deles completamente saudáveis, não se pode entender a morte no sentido literal, mas na aceção das perdas que a AIDS produziu e continuará produzindo.

As perdas podem ser sentidas de diversas maneiras, de acordo com características pessoais e de relacionamento. Abrangerá tanto o comportamento do sujeito, sua saúde, suas relações íntimas, seus hábitos, como parte de sua vida.

As alternativas freqüentemente seguidas pelos pacientes com

AIDS, como reação à perda, são a negação, o luto ou a melancolia.

Poderíamos perguntar porque um paciente se utilizaria do mecanismo da negação uma vez que, dado a gravidade da doença, tomar contato com ela poderia auxiliá-lo a assumir atitudes de enfrentamento. Como dissemos anteriormente, a AIDS é uma morte para o sujeito. Morte de parte ou partes do sujeito ou, de seus objetos, o que obviamente provoca intensa dor, quanto maior a catexia investida. A morte é, antes de tudo, uma perda da qual o paciente não consegue se livrar, uma vez que ela é real e êle incapaz de anulá-la. O que a realidade lhe nega, a fantasia lhe restitui: Através da negação, não toma contato com nenhuma de suas perdas. É como se nada estivesse acontecendo.

O luto é uma busca de abandono da catexia objetual, uma vez que é sempre uma reação à perda real de um objeto amado. Nas palavras de Freud: "O teste da realidade revelou que o objeto amado não mais existe, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto" (Freud [1917], Luto e melancolia, Vol.14 , Pg. 276 ,1976). Das palavras de Freud se pode deduzir que, viver o luto significa liberar toda a catexia anteriormente depositada na parte morta, para que se torne disponível para ser investida em outros objetos. Para que haja uma substituição do objeto perdido por outro, é necessária essa liberação libidinal prévia. A ligação proporcionada pela catexis depositada no objeto, satisfaz uma necessidade em quem investiu. Poder substituir o perdido, significa manter as relações nos mesmos níveis anteriores, sem prejuízo da necessidade, já que, " quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e

desinibido" (Ibid, Pg.277).

No paciente aidético, esse processo se completa quando o paciente aceita a dor da perda da saúde, de certos hábitos, de relacionamentos, do tempo de vida, ou seja, se permite ao luto. Quando exitosa a elaboração do luto, a catexis daí resultante se torna disponível para o paciente investir em novas relações ou mesmo naquelas que já mantinha, porém eram pouco catexizadas. Isso iria se refletir de forma significativa na melhoria da qualidade de vida. Isso permite que se compreenda porque algumas pessoas habituadas a hábitos considerados pouco saudáveis, após o conhecimento do diagnóstico do HIV, conseguem uma melhoria significativa em suas relações humanas e em seus hábitos de vida. Das três alternativas de reação aqui levantadas (negação, luto ou melancolia) freqüentemente adotadas pelos pacientes, somente o luto permitiria um bom nível de vida ao paciente, mesmo diante dos limites impostos pela AIDS.

A terceira reação do paciente frente à AIDS, que nos interessa analisar, é a melancolia, cujos "traços mentais distintivos são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto estima.." (Ibid, Pg.276). Freud, na obra citada, considera que tanto o luto quanto a melancolia, são uma reação à perda de algo amado. Mas, na melancolia o paciente não pode conscientemente perceber o que perdeu e as auto recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o ego do paciente. Tanto o luto quanto a melancolia foram precedidos

de uma escolha objetal, uma ligação libidinal e uma perda do objeto. No entanto, no luto há uma retirada da libido do objeto perdido e um deslocamento da mesma para um novo. Na melancolia, a catexis objetal mostrou-se frágil e foi liquidada, sem contudo ter a libido podido se deslocar para outro objeto. Essa perda facilita a manifestação da ambivalência na melancolia, já que, na auto recriminação, a própria pessoa enlutada sente-se culpada pela perda do objeto amado.

Segundo raciocínio de Garma(1973), algumas perdas são vividas por certos indivíduos como perdas irreparáveis. A vida carece de interesse, já que se consideram incapazes de satisfazer grande parte de seus desejos. O suicídio aparece como uma busca de identificação com o objeto perdido. Assim, no primeiro momento, há a perda do objeto libidinal. Como reação, há o desejo do ego de recuperar o objeto perdido. Diante da impossibilidade da recuperação da perda, o ego se identifica com o objeto perdido. Nessa situação, o sujeito está a um passo do suicídio. A enfermidade psíquica em que seguramente é mais intenso o perigo de suicídio é na melancolia. Frequentemente, os melancólicos querem com sua morte livrar-se de uma vida desagradável e buscar um castigo para suas múltiplas culpas. Acreditam que viveram de maneira indigna e que nada pode salvá-los. Revisam todos a sua vida em busca de suas culpas, convertendo pequenas faltas em grandes pecados.

No aidético, a reação de melancolia se instala quando o paciente tem consciência de que perdeu alguma coisa amada, mas não admite essa perda através da relutância em deslocar catexis do

objeto perdido para outros. Esses pacientes se esforçam para manter uma aparência de normalidade, porém freqüentemente sucumbem à depressão, idéias suicidas, culpa, afastando-se do convívio social, passando a ter comportamentos desadaptados. Apesar da gravidade das atitudes adotadas pelo paciente aidético melancólico, ele consegue encontrar satisfação de algumas necessidades nessa melancolia. Com exceção da transfusão de sangue, a transmissão da AIDS se dá a partir de atitudes do paciente; Mais do que isso, freqüentemente atitudes condenadas socialmente, tais como promiscuidade sexual, homossexualidade, consumo de drogas injetáveis em grupo. Pode-se observar, nesses casos, que a perda é uma consequência direta de uma atitude do sujeito. É diferente daquela, quando o indivíduo perde um objeto amado e não se sente responsável pelo ocorrido.

Na melancolia estudada por Freud, a própria pessoa enlutada se sente culpada pela perda do objeto amado. A melancolia do aidético toma forma de confirmação da culpa. É como se o paciente dissesse: "eu mereço tudo isso. Eu busquei. Fui eu que me contaminei". Isso incrementa a culpa que acaba se manifestando através da auto tortura, uma vez que as tendências de sadismo e ódio, relacionadas com o objeto, retornaram ao próprio eu do indivíduo. Quando esse ódio é muito intenso, o sujeito pode se suicidar. Isso vai se dar quando o ego for capaz de direcionar contra si mesmo todo o ódio objetal.

1.8- AIDS e transgressão social

Desde que foi identificada como uma nova patologia humana, no início da década de 80, a AIDS tem alcançado um número cada vez maior de pessoas. Por ter sido inicialmente descoberta em pacientes homossexuais, nos EUA, acreditou-se que essa patologia se relacionasse com algum comportamento específico dos homossexuais. Na época, isso levou muitos técnicos a acreditarem que os homossexuais constituiriam o grupo de risco de transmissão da doença.

Isso no entanto mudou. Sabe-se hoje que a transmissão, via homossexual, é apenas uma das formas de transmissão do vírus. Constatou-se, contudo, que quase todas as formas de transmissão-homossexualidade, bissexualidade, uso de drogas injetáveis com agulha e seringa compartilhadas, heterossexualidade- estão relacionadas com atos de transgressão de costumes. Vamos centralizar nossa atenção na transmissão via sexual.

A história tem registrado formas bastante distintas com as quais o ser humano vem lidando com sua sexualidade. Para entendermos esse processo, invocamos Ruffié(1988) e Foucault(1984).

A história da sexualidade humana está intimamente relacionada com a história da Igreja que, desde os seus primórdios, chamou para si o controle da sexualidade, designando o que era lícito

ser praticado e o que deveria ser evitado. Buscando exercer de maneira eficiente o seu poder, utilizou-se do conceito de culpa e pecado. Todo cristão somente poderia praticar o sexo permitido pela igreja. Todas as outras práticas eram fruto do pecado. Em texto de 1490, por exemplo, a fornicação é considerada mais detestável que o homicídio e o roubo.

Mas nem sempre foi assim. Nos primórdios da igreja, tanto os padres quanto os bispos podiam se casar. Foi com Leão IX, no século XI(1045 e 1055), que foi decretada a castidade absoluta. Houve divisão na igreja. Apenas uma parte do clero aceitou as novas regras. Em 1073, Gregório VII reafirma o decreto de Leão IX, como uma tentativa de controle da prática sexual, tanto dentro da própria igreja, quanto nos costumes sociais, uma vez que a sexualidade era exercida com grande liberdade: Nudez, carícias, fornicação, eram coisas normais. A prostituição florescia.

No século XII(1183), a igreja cria os tribunais de inquisição para combater a luxúria, temendo estar perdendo o controle de seu rebanho. O apetite sexual é declarado demoníaco. Qualquer prostituta ou mesmo mulheres virgens, porém belas, são suspeitas de manter sexo com satã, que é representado" por um penis longo, duro, guarnecido de ferro ou de escamas, de onde escorre um esperma glacial(Pg.150). Mulheres bonitas, mesmo virgens, são condenadas à fogueira por suspeita de manterem relações sexuais com o diabo. Esse clima repressor da sexualidade, sob a estrita autoridade da igreja, só encontrou resistência em Martinho Lutero e mais tarde em João Calvino que pregaram a reforma dos costumes sexuais.

Como consequência dessa reforma, houve uma volta à moral pura

da igreja primitiva, até mesmo com a permissão ao clero para se casar. A reação da igreja veio no século XVI(1563) com a contra reforma, quando se reintensifica a perseguição "às bruxas", e se impõe o retorno do celibato dentro da igreja(Ruffié,1988).

Mas é o século XVII que marca o retorno da idade da repressão sexual, após centenas de anos de livre expressão. O comportamento sexual do século XVII era bem mais liberal e sem demasiado disfarce, se comparado com as práticas do século XIX: "eram frouxos os códigos da grosseria, da obscenidade, da decência, se comparados com os do século XIX"(Foucault,Pg.9,1984). Como consequência da onda repressora iniciada, a sexualidade acabou sendo encerrada dentro de casa e se tornou privilégio do casal. O único sexo reconhecido é o praticado no quarto dos pais. Qualquer outro tipo de prática sexual deve ser encoberta. Só é aceito o que é regulado. As outras práticas precisam ser negadas, escondidas. Mesmo as casas de prostituição se constituem numa tentativa de regular o comportamento sexual, a partir de uma relação entre prazer e lucro. Esse encarceramento da sexualidade dentro dos limites da família, facilitou o controle de sua prática. No momento em que a atividade sexual pode ficar limitada à intimidade do casal, mais fácil se tornou o controle sobre ela. Pode-se com isso normatizar a vida sexual do casal: O dever conjugal, como desempenhá-lo, tipos de carícias adequadas, a fecundidade, a abstinência, o que podia ser considerado certo ou errado. Com isso, o casal perde a autonomia sobre sua intimidade sexual como consequência de uma sobrecarga de regras e recomendações.

Não por mera coincidência, o século XVII marca o desenvolvimento do capitalismo e o aumento da repressão sexual. Foucault explica a concomitância dos fatos pelo raciocínio da incompatibilidade: A força do trabalho não poderia ser dissipada com sexo e prazer. (Ver também Foucault, 1981, Cap. V). Como resposta a essa prática da sexualidade regulada e reprimida pelo poder, o discurso sexual assumiu o papel de transgressor dessas leis, antecipando a liberdade futura. Se de um lado a hipocrisia burguesa regulava as práticas da sexualidade a partir de critérios contábeis, dentro do sistema capitalista, o discurso da sexualidade representou a subversão desses valores. O papel da igreja foi importante no desequilíbrio de forças em benefício do controle social da prática sexual. A Relação sexo-pecado foi o instrumento principal oferecido pela igreja para a manutenção da repressão.

Os séculos XVIII e XIX se caracterizaram por um rearranjo das práticas reprimidas. O centro de atenção não é mais o casal legítimo e suas práticas sexuais privadas, mas outras práticas tais como a sexualidade infantil, a dos loucos e os comportamentos considerados desviantes. Como consequência, cada vez mais, a ordem sexual oficial é transgredida.

A prática da homossexualidade é consequência da incorporação das perversões aos costumes sexuais. É a transgressão da regra. É a quebra da relação lícito-ilícito, permitido-proibido, virtude e pecado.

No século XX, os mecanismos de repressão diminuem e passa a haver uma relativa tolerância a alguns comportamentos sexuais

anteriormente reprimidos, tais como relações sexuais pré e extra matrimoniais e homossexualidade. No entanto, essa tolerância não é explícita. A sociedade publicamente não aceita as práticas sexuais fora do casamento e, muito menos, os prazeres considerados desviantes, como os obtidos através da homossexualidade. Para legitimar a situação, a medicina já anteriormente havia sido invocada para assumir o papel regulador de algumas práticas, fornecendo respaldo "científico" para a ordem sexual legal. (Ver Machado et al. Pgs. 330-344, 1978). As práticas sexuais não oficiais como a masturbação e os excessos sexuais poderiam levar à esquizofrenia (Ver Pain, 1973, Pg. 16). Essa associação entre masturbação e esquizofrenia deveu-se principalmente ao fato de a chamada demência precoce ser encontrada em jovens, os quais, supunha-se, abusavam da masturbação. Já a homossexualidade era uma prática fruto de desajustes de identificação infantil (Ver Freud [1910], [1920], [1922]). Nas palavras de Foucault (Pg 32): " Inicialmente a medicina, por intermédio das "doenças dos nervos", em seguida a psiquiatria, quando começa a procurar do lado da "extravagância", depois do onanismo, mais tarde da insatisfação e das "fraudes contra a procriação", a etiologia das doenças mentais e, sobretudo, quando anexa ao seu domínio exclusivo, o conjunto das perversões sexuais".

A necessidade de se inibir a prática homossexual foi tão intensa dentro da medicina, que a Associação Psiquiátrica Americana a incluiu no seu manual de Diagnóstico como uma doença. Mesmo no DSM-III(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of The American Psychiatric Association), editado em

1979, a homossexualidade aparece como uma patologia. Devido a forte pressão dos grupos homossexuais americanos, a associação excluiu a que chamou de homossexualidade egosintônica do manual, mas manteve ainda a que chamou de homossexualidade egodistônica como patologia(DSMIII-302.00) que se caracteriza por uma insatisfação do indivíduo com sua condição sexual.

Nas últimas décadas, principalmente depois da descoberta de métodos contraceptivos, tais como a pílula anticoncepcional e de medicamentos eficazes contra as doenças sexualmente transmissíveis, a prática sexual conseguiu uma relativa independência ante o poder regulador. Essa tolerância não se deu, a nosso ver, como uma concessão ao prazer, mas como consequência da debilidade dos instrumentos repressores.

Uma das principais vozes do pensamento repressor da sexualidade durante muitos séculos, certamente foi a igreja católica. Quase todas as normas das práticas sexuais oficiais tinham por base conceitos emprestados à igreja. Nas últimas décadas, a igreja perdeu parte de seu poder ante os fieis, que adquiriram maior autonomia em suas práticas sexuais. Isso se deu, a nosso ver, devido a uma inversão de valor da sexualidade para o capitalismo.

Com o desenvolvimento do capitalismo, no século XVII, a sexualidade foi regulada a seu serviço: considera-se o prazer e o sexo como gastos de energias que fariam falta à produção. Como forma de garantir a produção e o lucro, criou-se instrumentos de controle da sexualidade.

No Brasil, no século XIX, a prostituição é considerada um perigo físico e moral por ser causadora de doenças e, fruto da

transgressão dos bons costumes. Prejudicaria a população por atingir diretamente a família. A medicina fortaleceu a repressão da prostituição ao relacionar a sífilis como consequência desse comportamento e mostrar, com seus estudos científicos, ser a doença um poderoso agente mórbido, além de contagiosa e hereditária. Até a questão emocional foi evocada para auxiliar na proibição desse comportamento desviante: A família estava ameaçada, uma vez que o chefe contaminaria sua esposa e filhos, caso se permitisse a prática (Machado et al. Pg. 333, 1978).

O que estava em jogo não era, de um lado o prazer e do outro a força de trabalho, mas a relação prazer e prejuízo. Para garantir o lucro, reprimia-se algumas práticas, restringindo-se à atividade sexual à procriação. À medida que o capitalismo foi se desenvolvendo e novas formas de produção e consumo foram sendo criadas, a questão do lucro foi se impondo cada vez mais como uma necessidade de sobrevivência do próprio sistema, a partir da concorrência entre as empresas. Isso intensificou a busca de novas maneiras de se obter lucro.

A exploração da sexualidade, a nível comercial em grande escala, se tornou uma ótima alternativa de sobrevivência para muitas empresas. Não somente a exploração e comercialização direta da prática sexual, mas, e principalmente, de formas sofisticadas de uso do corpo como grande instrumento de vendas. Cada vez mais, nas últimas décadas as empresas, através de propaganda, procuram associar seus produtos ao prazer advindo do corpo. As produções cinematográficas, os programas de televisão, bem como algumas revistas, têm na exploração da sexualidade uma garantia de lucros.

No momento em que o sistema capitalista passa a lidar com a prática sexual, não mais como uma ameaça ao lucro, e muito pelo contrário, passa a incentivá-la, não precisa mais dos serviços e conceitos da igreja para o controle sexual. O que a igreja tem a oferecer não mais satisfaz a nova necessidade. Mais do que isso, os conceitos repressores da igreja se tornam indesejados, uma vez que interferem no uso do corpo como busca de lucro. Com isso a igreja perde terreno e se transforma praticamente na única voz que prega a regulação da prática sexual.

O surgimento da AIDS como uma doença letal e sendo a prática sexual, principal meio de transmissão, principalmente em relações proibidas, fortalece novamente o movimento repressivo de atividades sexuais. A coincidência da descoberta do vírus da AIDS em pacientes homossexuais e com ela a suspeita de que a doença era fruto desse comportamento sexual, fez com que o pensamento hipócrita a considerasse um castigo merecido, capaz de acabar com a prática homossexual, ou por extermínio puro e simples de seus praticantes, ou por inibição dessa prática sexual(Perlongher,1987). A nova doença estaria restituindo o controle outrora perdido. Jesse Helms e Normam Podharetz, pessoas influentes nos EUA a apresentam como um castigo merecido aos homossexuais do mundo ocidental. Pat buchanan, político americano se refere à "AIDS e à falência moral", enquanto Jerry Falwell, também político, considera que a "AIDS é a condenação divina de uma sociedade que não vive conforme os mandamentos de Deus"(Sontag,1989).

O pensador francês Jacques Ruffié, em artigo publicado no "Le

Monde" em 1985, intitulado "O castigo dos deuses", assim se refere a AIDS: "O doente pecador atrai o raio celeste sobre todo um grupo.(...) A AIDS atinge homossexuais e drogados porque estes pecaram contra a moral, a religião, a ordem estabelecida. A sodomia constitui um desafio permanente à natureza. É uma ofensa grave à sociedade. Os sodomitas, como os drogados, são culpados: é normal que sejam punidos"(Apud Pollak,1990).

A realidade mostrou à ciência que o vírus da AIDS não se restringia ao grupo homossexual. Hoje se sabe que todas as pessoas podem se contaminar. Essa constatação mudou o nível do discurso: Antes falava-se em grupo de risco, o que, muitas vezes significava dizer grupo de homossexuais ou práticas sexuais consideradas desviantes. Hoje fala-se de comportamento de risco.

Não por mera coincidência, os riscos de transmissão da AIDS a nível sexual estão sendo relacionados com práticas sexuais anteriormente reprimidas e hoje toleradas, mas não aceitas. Assim, o pensamento tradicional repressor, debilitado pela prática, se apodera do discurso da AIDS, para recolocar a prática sexual novamente a serviço da família e da procriação.

As instituições religiosas têm dado sua contribuição para isso. As Testemunhas de Jeová, referindo-se a AIDS afirmam que "a imoralidade-uma doença do espírito-tem colhido abundante tributo de epidemias físicas". A Igreja Universal afirma que "a AIDS é um tapa de Deus na cara dos homossexuais". Para os Batistas, a AIDS é uma "interferência misericordiosa do Criador. Não será isto um aviso contra essa abominação(a homossexualidade) vindo do Deus Altíssimo?".Para alguns representantes da ala conservadora da

Igreja Católica "os flagelos sociais servem de instrumento para despertar a consciência, exprobar a imoralidade reinante, fazer o homem retornar aos caminhos de Deus", ou então, "o vírus da AIDS pode até provocar uma reação positiva como obrigar as pessoas a revisar a sua própria sexualidade e seu modus vivendi."(Perlonger,1987). Essa tem sido a utilização tradicional das doenças sexualmente transmissíveis: Apresentá-las como castigos impostos não apenas a indivíduos, mas também a todo um grupo(Sontag,1989). As relações homossexuais, bissexuais e extra conjugais são consideradas de maior risco de contaminação do que a prática sexual do casal fiel. Quanto mais o comportamento sexual se afasta do modelo oficial, maior o risco de contaminação.

É importante ser esclarecido que não estamos questionando o conhecimento científico frente as características do vírus HIV, mas como esse conhecimento tem sido utilizado pelo pensamento conservador.

Embora certos recursos retóricos tenham sido utilizados para explicar as formas de contaminação por via sexual, o que se procura evidenciar é que o sexo "desviante" é o que oferece risco de contaminação. Como busca de encobrimento da relação que se tenta fazer existir entre sexo-pecado e sexo-AIDS, prega-se o sexo seguro através do uso de preservativos. Sugere-se que com a utilização desse instrumento pode-se voltar a liberdade sexual anteriormente praticada. Pura Hipocrisia. Ao mesmo tempo em que se assegura que o sexo com a camisa de vênus impede a contaminação, acrescenta-se que é necessário saber colocá-la, do contrário pode se romper. (Ora, o que será que existe de tão difícil

em colocar o pênis dentro de um saquinho? Por que não se faz preservativos mais resistentes já que os existentes podem se romper tão facilmente?).

Em vez de serem tomadas providências legais para que o problema seja sanado, solicita-se o uso apenas de preservativos especiais (De latex, supostamente mais seguros) uma vez que os outros (tais como os de tripa de carneiro) poderiam deixar passar o vírus. De preferência, o preservativo deve ser o lubrificado de fábrica, para evitar atrito, o que poderia romper a proteção. Apesar de o discurso oficial falar em "sexo seguro", referindo-se ao uso do preservativo, nada mais inseguro do que praticá-lo. Quem quer evitar com segurança o risco de contaminação, acaba tendo que se contentar com o sexo tradicional familiar. As conquistas alcançadas no século XX retrocedem ao século XVII.

II-HIPÓTESES

2.1- Comentários

A hipótese de trabalho em uma pesquisa costuma relacionar duas ou mais variáveis. Problemas e hipóteses são semelhantes. Ambos enunciam relações. No entanto, os problemas são sentenças interrogativas e as hipóteses sentenças afirmativas(Kerlinger, 1980).

No conceito de Ferrari(1982), as hipóteses de trabalho são formulações provisórias do que se procura conhecer. São supostas respostas para o problema.

No entanto, apesar de sempre serem consideradas importantes nos manuais de metodologia, nem todos os tipos de investigação científica necessitam da elaboração de hipóteses (Barros e Lehfeld,1986). Os pesquisadores sempre lidam com hipóteses em seus estudos, porém nem sempre eles as explicitam. O leitor acaba tendo que deduzir por conta própria as hipóteses de muitas pesquisas, a partir do problema e objetivos propostos.

D'Oliveira, (1984), transcreve três pesquisas no final de seu trabalho. Apenas na última a autora coloca claramente sua hipótese. No entanto, omite os objetivos, substituindo um pelo outro. Até Mesmo em trabalhos acadêmicos a nível de doutorado, nem sempre as hipóteses são formuladas(Ver Telis,1986;Cavalcanti,1991).

A explicitação de hipóteses em uma pesquisa com metodologia clínica, a partir de um referencial teórico psicanalítico, como essa, tem também os seus limites. Diferentemente de muitas outras pesquisas que permitem uma verificação empírica direta das hipóteses, no trabalho efetuado, sua confirmação, ou não, se dá a partir de estudo do material clínico fornecido pelo paciente. O explicitado se torna menos importante que suas motivações inconscientes, e o conteúdo latente. Assim pois, temos consciência de que as conclusões a que chegaremos, frente as hipóteses que vamos levantar, têm também relação intrínseca com o referencial teórico utilizado.

2.2- Hipóteses desse trabalho

No presente trabalho, possivelmente o leitor poderia deduzir nossas hipóteses. No entanto, dada sua importância na estrutura de um planejamento de pesquisa, enumeramos abaixo nossas hipóteses de trabalho, para essa amostra específica:

1-Os pacientes HIV+ temem mais a evolução da doença e suas conseqüências sociais do que sua letalidade.

2-O HIV+ em pacientes provenientes de grupos cujo comportamento é recriminado socialmente- homossexuais e usuários de drogas- é vivenciado como uma doença merecida, por sentirem culpa.

3-Há uma melhora na qualidade de vida bio-psico-social do paciente com HIV, como decorrência de uma reorganização dos seus hábitos, quando esse se permite aceitar o diagnóstico e continuar a viver.

III-OBJETIVOS

A presente pesquisa tem como objetivos principais:

1-Conhecer e estudar o que os pacientes têm a dizer sobre si mesmos enquanto portadores do vírus do HIV, ou mesmo com AIDS, bem como mecanismos psicológicos envolvidos, a partir de conceitos psicanalíticos.

2-Averiguar, a partir da ótica dos indivíduos potencialmente estigmatizados, até que ponto a condição de HIV+ afeta suas vidas, suas relações interpessoais, seus planos para o futuro.

3-Estudar o sentido e o significado do diagnóstico, prognóstico e tratamento da AIDS para os pacientes.

IV-MÉTODO

4.1- Em busca do método: Um pouco de história

Muitos autores têm se destacado na crítica aos limites da abordagem reducionista existente na área de saúde. Capra(1986) nos apresenta um histórico bastante ilustrativo.

Até o século XV, a visão dominante do mundo na Europa era orgânica. As pessoas viviam em pequenas comunidades e vivenciavam a natureza em termos de relações orgânicas, com interdependência dos fenômenos espirituais e materiais e pela subordinação das necessidades pessoais às regras do grupo. A partir do século XVI, essa noção do universo foi sendo substituída pela percepção do mundo como se fosse uma máquina. Copérnico, Galileu, Newton e Descartes ocasionaram mudanças revolucionárias na física e astronomia. Seus métodos de trabalho, principalmente de Descartes e Newton foram tão importantes que ainda influenciam o pensamento moderno.

Descartes acreditava na certeza do conhecimento científico onde seria possível distinguir a verdade do erro. Valorizava o pensamento racional- "Cogito, ergo sum"-, levando a cultura ocidental a equiparar sua identidade com sua mente racional e não com seu organismo total. O Método cartesiano impregnou profundamente o pensamento científico e colocou uma linha divisória entre mente e corpo, ao acreditar que nada no conceito de corpo pertence à mente e nada na idéia de mente pertence ao

corpo. Essa visão fragmentada trouxe influência até hoje na área de saúde onde os médicos clínicos prescindem da dimensão psicológica das doenças e os psicoterapeutas, de lidarem com o corpo de seus pacientes. Muitos cientistas acreditam que o método racional é o único meio válido para a compreensão do universo. Pietroni(1988) tece considerações semelhantes.

Descartes, em vida, não conseguiu desenvolver tanto quanto desejava sua concepção mecânica da natureza. Isso foi feito por Isaac Newton, nascido na Inglaterra em 1642, ano da morte de Galileu. Suas descobertas das leis gerais do movimento que governam todos os objetos no sistema solar, acabou sendo uma síntese das obras de Copérnico, Kepler, Bacon, Galileu e Descartes. Bacon desenvolveu o método empírico indutivo. Descartes o método racional dedutivo. Newton combinou os dois ao assinalar que tanto os experimentos sem interpretação sistemática, quanto a dedução, a partir de princípios básicos sem evidência experimental, não conduziriam a uma teoria confiável.

No século XVIII, as recém criadas ciências sociais se utilizaram da mecânica newtoniana e proclamaram a física social, que teve em John Locke um de seus expoentes. O movimento recebeu o nome de Iluminismo e influenciou a psicologia clássica, principalmente o behaviorismo e a psicanálise.

A biologia também adotou a postura mecanicista, permitindo um profundo conhecimento de partes do corpo, mecanismos celulares e moleculares. A medicina moderna ocidental, talvez também por falta de uma alternativa metodológica melhor, aderiu ao sistema cartesiano, privilegiando partes e negligenciando o tratamento do

paciente como um organismo total. O corpo humano é uma máquina e a doença é fruto do mau funcionamento em termos de suas peças. A doença é estudada em termos de um mau funcionamento dos mecanismos biológicos(Ver também Pietroni,1988 e Crema,1989).

Prosseguindo sua análise histórica, Capra se refere ao surgimento da psiquiatria(do grego "Psyché"-mente e "Iatreia"-cura). Como não poderia deixar de ser, o modelo utilizado foi o organicista médico, uma vez que a psiquiatria surgiu como uma especialização médica. Os psiquiatras concentraram seus esforços na descoberta de causas orgânicas das doenças mentais. Dando sequência à velha crença de que para cada problema de saúde pode existir um remédio, ainda hoje a psiquiatria biológica está à procura de medicamentos para todas as doenças mentais. Isso limitou a compreensão da doença mental e impulsionou a criação da psiquiatria dinâmica e da psicanálise.

O modelo cartesiano moldou não somente a biologia e medicina, mas também a psicologia. Descartes havia sugerido que o corpo deveria ser estudado pelo método da ciência natural e a alma ou mente, pelo método introspectivo. Os estruturalistas estudaram a mente pela introspecção. Os behavioristas tentaram estudar o comportamento e foram levados a ignorar a mente. Os conceitos básicos adotados na estrutura teórica dos estruturalistas e behavioristas eram os da mecânica newtoniana. Mesmo a psicanálise, com o método da livre associação, tinha seus conceitos básicos oriundos da natureza newtoniana. Conceitos tais como "topográfico", "dinâmico", "econômico" e "genético" se baseiam na divisão cartesiana entre matéria e mente.

Pinto(1979) fornece algumas considerações significativas sobre método de investigação. Segundo esse autor, todas as concepções da realidade se agrupam em duas grandes classes, as metafísicas e as dialéticas. Na primeira, o mundo é formado por coisas definidas por serem portadoras de essências estáticas. Nesse caso, a lógica procede da mente humana, sendo aplicada a um mundo de fenômenos que será sistematizado, regulado e explicado pelos princípios e idéias que o espírito impõe à desordenada matéria em movimento.

Na visão dialética, a lógica se confunde com o próprio desenvolvimento da realidade, sistematizando-a e experimentando-a conceitualmente, segundo leis variáveis e que constituem todas as coisas, inclusive o homem em processo de transformação. Nessa maneira de compreender o mundo, é somente na perspectiva da mobilidade, da transformação, na substituição do velho pelo novo, que é possível dar sentido lógico a alguns aspectos da realidade. O mundo é concebido não como situação estática, mas enquanto processo, alteração permanente. Somente a partir de contradições entre traços ou finalidades opostas é que podemos chegar a compreender o mundo. Nesse caso a correspondência entre o pensamento e a realidade deve originar a lógica. No entanto, como a realidade é em si mesma contraditória, a inteligência ou a razão acolhem e sistematizam uma imagem racional da realidade, em que a contradição desempenha a função de conceito explicativo porque é o que reflete o traço mais íntimo da natureza das coisas. Assim, só é verdadeiro o que é contraditório, e a verdade consiste no encontro e unidade dos contrários.

De acordo com Ladrière(1977), existem três tipos de ciências com procedimentos científicos diferentes: As ciências formais, as ciências empírico-formais e as ciências hermenêuticas.

As ciências formais são as matemáticas e a lógica. As ciências empírico-formais são aquelas construídas segundo o modelo da física, visando uma realidade empiricamente apreensível. As ciências hermenêuticas, ou humanas, são as ciências da interpretação. Ocupam-se em interpretar os signos em geral e os símbolos em particular. Todo processo interpretativo busca pôr em evidência uma significação não imediatamente aparente(pg.20).

As idéias desenvolvidas por Resende(1990) estão nessa mesma direção. Segundo ele, existem três tipos de ciências: As formais, as empírico-formais e as humanas.

Nas ciências formais, cujo paradigma é a matemática, a verdade é a coerência. Isso permite a uma máquina fazer uma mesma leitura sem erro. O modelo das ciências empírico-formais é a física. É empírica e formal porque a física se faz em cima da experiência. Se você pergunta ao físico: É verdade? Ele responde: Vamos ao laboratório. A experiência é a resposta à pergunta. Assim, a verdade é a correspondência com o real. Nas ciências formais, o princípio orientador é a racionalidade. Nas ciências empírico-formais, é a realidade. A física se acrescenta à matemática e o princípio da realidade se acrescenta ao princípio da racionalidade.

As ciências humanas lidam com fenômenos que não são unívocos, não são passíveis de uma só leitura, precisando ser interpretados. Essa polissemia permite que haja interpretações e conflito de

interpretações. Assim, nas ciências humanas, verdade é consenso. O consenso é fruto do conflito. O instrumento operacional das ciências humanas é a crítica. É nela que se busca a verdade. Esses três tipos de ciências não se anulam, mas se acrescentam e se modificam. Cada uma delas corresponde a um corte epistemológico.

4.2- O método clínico

Apesar de ter suas raízes na medicina, o método clínico não é necessariamente utilizado com pessoas doentes ou mesmo à beira da morte. Seu uso tem sido cada vez mais freqüente como alternativa e complemento ao método das ciências naturais, tão comumente utilizado em pesquisas na área de saúde, que parte do princípio de que todos os fenômenos devem se enquadrar entre as leis naturais, onde uma relação fixa de causa e efeito deve ser buscada.

Em sua obra sobre metodologia, Ferrari(1982) define o que considera ser as características distintivas do método clínico: A relação íntima, pessoal entre o clínico e o sujeito, paciente ou cliente; o emprego de uma série de dados expressos como sinais, embora não como fatos importantes em si mesmos. Considera ainda que as técnicas da entrevista, da história de vida, de aconselhamento e os psicodiagnósticos, colocam de manifesto a utilização desse método.

Na realidade, o método clínico visa transcender os limites do modelo cartesiano. Ele busca a compreensão do ser humano não mais a partir da divisão mente e corpo, mas dentro de uma abordagem

holística. Nas palavras de Reuchlin(1971): "O método clínico realmente colheu na prática médica aquilo que constitui sua unidade: A convicção de que apenas um estudo aprofundado de indivíduos isolados, cuja individualidade seja reconhecida e respeitada e que sejam considerados "em situação e em evolução", possibilitará a compreensão desses indivíduos e talvez, por intermédio deles, a do homem" (Pg.106).

A constatação do fato e a escuta do dito são aspectos que costumam envolver toda a pesquisa de campo nas ciências humanas. No primeiro método, há uma observação direta ou observação participante, onde o observador interage com o sujeito. Na segunda forma de pesquisa, se escuta o que o sujeito ou o grupo de sujeitos que vivenciam uma determinada situação tem a dizer. Para tanto, pode-se incluir diversos instrumentos, dentre eles as entrevistas(Glat,1989).

Sobre a utilização da entrevista(Bleger, 1980, Pg. 9) a considera um instrumento fundamental do método clínico, sendo portanto uma técnica de investigação científica em psicologia.

Pretendemos, nesse trabalho, utilizar o método clínico dando prioridade à escuta do discurso do paciente, com o recurso adicional da observação de seu comportamento global. Acreditamos que esse método permite a valorização qualitativa dos dados fornecidos pelo paciente.

4.3- A região onde se realizou a pesquisa

A presente pesquisa foi realizada com pacientes atendidos no Hospital escola da Universidade Federal de Uberlândia.

Uberlândia, cidade centenária, fica localizada na região nordeste do Triângulo Mineiro, no estado de Minas Gerais. Sua população atual é estimada em 506.000 habitantes. A micro região onde está inserida tem uma população aproximada de três milhões de habitantes, distribuída em mais de oitenta municípios.

Na área de saúde, a cidade é assistida por 12 hospitais, sendo onze particulares e um público, justamente o da universidade, que responde por 37% dos leitos oferecidos. Ainda na área de saúde, existem um centro regional, quinze centros de saúde, seis postos de saúde e cinco ambulatorios. Existe um médico para cada grupo de 596 habitantes, índice bem acima da proporção recomendada pela Organização Mundial de saúde, que é de um médico para cada grupo de mil habitantes (Secretaria Municipal de Comunicação, 1991.).

Toda essa organização na área de saúde tornou Uberlândia um pólo centralizador dos atendimentos especializados. O Hospital da Universidade é o único público e, portanto, gratuito. Com isso, tem atraído um contingente de pessoas que procuram atendimento especializado, muito acima de sua capacidade.

Essa busca intensa, além de refletir problemas sócio econômicos do país, sobrecarregou o atendimento em todas as especialidades

oferecidas que, infelizmente, em muitos aspectos se confunde com um modelo pernicioso de atendimento à população: Filas enormes, grandes esperas, falta de leitos, queixas de mau atendimento.

A economia da região é sustentada por quatro tipos de atividades básicas: Agropecuária, comércio, indústria e serviços, o que tornou a região a terceira maior arrecadação de ICMS do estado e a vigésima primeira cidade do país em arrecadação de tributos federais. Como em outras cidades do país, Uberlândia detém uma grande concentração de renda. Algumas famílias tradicionais da cidade controlam boa parte da riqueza da região. Tal concentração propiciou o aparecimento, nos últimos anos, de bairros extremamente pobres na periferia da cidade, formados principalmente por pessoas de outras regiões atraídas por suas riquezas. Foi no contexto histórico acima descrito que desenvolvemos a presente pesquisa.

4.4- características do atendimento ao paciente HIV+

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia se tornou, na região, o centro de referência no tratamento de pacientes com AIDS. Apesar de os atendimentos já terem sido realizados anteriormente, foi no início de 1989 que diversos profissionais, quase todos professores da Universidade, resolveram formar uma equipe para um atendimento adequado ao paciente HIV. Passaram a fazer parte dessa equipe, técnicos da área de medicina, psicologia, odontologia, assistência social.

Enfrentando uma doença relativamente nova, com poucos casos

atendidos na região, os profissionais se sentiram pouco habilitados para o cuidado do paciente, o que os levou a ampliar seus conhecimentos sobre a AIDS.

Foi criado um ambulatório específico para o atendimento ao paciente HIV+. Esse atendimento se dá as quintas feiras, na parte da manhã. Decidiu-se não divulgar o serviço a não ser entre a população alvo. Para todos os efeitos, o ambulatório atende pessoas com doenças Infecto-contagiosas. Esse cuidado foi tomado, após reunião da equipe, para se evitar o risco de que pessoas que viessem ao ambulatório nesse dia, fossem discriminadas.

Os pacientes com HIV da região são freqüentemente encaminhados para a Universidade que acabou centralizando o atendimento. Tem acesso ao ambulatório de MI toda pessoa que, por algum motivo, acredita ser portadora do vírus e quer fazer o exame, pessoas que são encaminhadas por profissionais de outras instituições e pessoas já contaminadas. Atualmente(Abril/91), fazem parte da equipe permanente de atendimento quatro médicos especialistas em doenças infecto-contagiosas, dois psicólogos, uma médica sanitarista e uma assistente social.

Em forma de rodízio semanal, internos e residentes médicos também costumam atender. O primeiro atendimento é médico e é efetuado por um docente ou residente. Havendo necessidade, é solicitado o exame ELISA, cujo procedimento laboratorial é feito na própria Universidade. Sendo o resultado positivo, e dependendo da história de vida do paciente, é solicitado ou não o exame Western Blot, cujo resultado é mais fidedigno. Os procedimentos laboratoriais desse exame são feitos em S. Paulo. Confirmado o

diagnóstico, é comunicado o resultado ao paciente, freqüentemente por um dos médicos. Paralelo a isso, são fornecidas as informações mais importantes sobre formas mais frequentes de transmissão, controle, cuidados, hábitos de vida saudáveis etc.. Além disso, o paciente é encaminhado para um grupo que se reúne todas as quintas feiras, entre 8h 30 e 10 horas, antes do atendimento ambulatorial. O grupo é coordenado por dois psicólogos: o autor dessa pesquisa e uma psicóloga ligada ao Centro Regional de Saúde. Participam desses encontros portadores do vírus, sadios ou doentes, -hospitalizados ou não-e seus parentes.

O grupo foi criado com quatro finalidades principais:

1-favorecer troca de experiências entre os pacientes e seus familiares, em fases distintas de evolução da doença.

2-Fornecer suporte psíquico durante todo o processo evolutivo da síndrome.

3-Facilitar elaboração de perdas, tanto pessoais, quanto do grupo-morte de alguém.

4-fornecer todas as informações que o paciente necessite.

Aos encontros do grupo tem comparecido um número muito variável de pessoas. Já houve reunião com um paciente e, com quinze pacientes. A rotatividade tem sido muito grande. Com exceção de uns poucos pacientes, a maioria aparece de forma intermitente, motivados, geralmente, por preocupação com a saúde. Sempre que solicitados-pela equipe médica ou pelos próprios pacientes-os dois psicólogos fazem atendimento individual. A finalidade desse atendimento é muito variável. Pode ser para uma orientação mais específica, suporte psíquico, auxílio na aceitação do diagnóstico

sem desestruturação psíquica, ou mesmo replanejamento do futuro. Os familiares dos pacientes, sempre que a situação exige, são atendidos pelos psicólogos também.

Os problemas de cunho social, familiar e mesmo profissional dos pacientes, costumam ser acompanhados pela assistente social. Essa profissional, com frequência, se desloca até o meio ambiente do paciente.

A idéia inicial da criação da equipe, previa reuniões quinzenais ou mensais para troca de experiências, aprimoramento e resolução de possíveis problemas. Infelizmente, bem poucas vezes essas reuniões ocorreram, uma vez que alguns membros da equipe têm alegado falta de tempo para a sua realização.

O atendimento tanto ambulatorial, quanto hospitalar pela equipe, frequentemente é classificado pelos pacientes como "bom", "ótimo", apesar de algumas exceções. No entanto, pacientes que têm tido necessidade de atendimento fora do horário do ambulatório, têm se queixado do atendimento. As queixas vão desde descuido médico, com possibilidade pessoal de contaminação (por não saber do diagnóstico de HIV+), até recusa de atendimento ao identificar no paciente um portador do vírus. Uma paciente relatou que em certa oportunidade precisou vir ao pronto socorro da Universidade. O médico iniciou um exame manual sem luvas. Ela informou que era portadora do vírus. O médico então se recusou a atendê-la. Esse episódio já era do nosso conhecimento pois, pacientes e parentes de pacientes já haviam levantado o assunto no grupo.

Quando o paciente passa a ter complicações mais sérias de saúde, que justificam uma internação, ele é internado na

enfermaria para pacientes com Doenças Infecto-contagiosas. Isso significa dizer que a Universidade não aumentou seus leitos para pacientes com HIV, mas apenas passou a utilizar-se de leitos já existentes. Os quartos dessa enfermaria possuem dois leitos. Frequentemente, quando existe mais de um paciente HIV internado, eles são colocados no mesmo quarto.

4.5- Técnicas e operacionalização

4.5.1-Amostra

Estudamos pacientes diagnosticados como portadores do vírus da AIDS que e procuram auxílio na unidade de atendimento de Moléstias Infecto-Contagiosas do Hospital Escola da Universidade federal de Uberlândia-MG. Foram investigados quinze pacientes.

Fizeram parte da amostra pessoas que procuraram os serviços de saúde no hospital e que satisfizeram os seguintes critérios:

1-Que tivessem o diagnóstico confirmado de HIV positivo, com ou sem AIDS, através do exame ELISA e/ou o WESTERN BLOT.

2-Que fossem pacientes com idade a partir de dezoito anos, independente de sexo, procedência, estado civil ou nível sócio-econômico.

3-Que, após explicações do pesquisador, explicitassem verbalmente sua concordância em participar da pesquisa.

4-Que apresentassem condições emocionais e clínicas compatíveis com a situação de entrevista.

5-Que não fossem do círculo social do pesquisador.

É importante ser ressaltado que estabelecemos o limite para a amostra em função da necessidade de nossa pesquisa, criada a partir de nossas hipóteses e objetivos. Não tivemos preocupação em delimitar um número de pacientes que pudesse ser representativo do universo dos pacientes com o vírus da AIDS. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa e não quantitativa, utilizamos uma amostra capaz de nos fornecer o material necessário para o desenvolvimento do estudo proposto.

4.5.2- Instrumentos e operacionalização

Foi utilizada uma entrevista não estruturada, objetivando um bom contato com o paciente. Nessa entrevista, procuramos centralizar a atenção nos assuntos trazidos pelo paciente. Alcançado o nível aspirado de contato com a utilização desse instrumento, fizemos uso de uma entrevista semi estruturada, precedida de algumas questões pessoais, conforme anexo I e II.

As perguntas foram feitas não como objetivo de receber respostas precisas, mas para favorecer a manifestação de conteúdos psicológicos. As respostas ou depoimentos foram gravados pelo pesquisador para posterior transcrição e análise. A observação do paciente, sua aparência e gestos, bem como a forma com que discorreu sobre os assuntos, facilitaram o conhecimento de suas reações. A utilização do gravador permitiu maior fidedignidade das respostas. A entonação da voz facilitou a apreensão de sentimentos ligados aos conteúdos manifestos verbalmente. Todos os pacientes foram informados sobre o tipo de pesquisa e a

importância para o estudo de os conteúdos serem gravados. Não houve resistência de nenhum dos pacientes consultados. Muito pelo contrário. Muitos deles demonstraram grande interesse em participar. Durante as entrevistas não foi percebido, por parte do pesquisador, reação que pudesse indicar estar o gravador dificultando os depoimentos. No entanto, observamos uma maior formalidade, o que será relatado mais adiante.

Para a elaboração das questões que foram formuladas, utilizamos um roteiro de entrevista usado por outro pesquisador para estudo semelhante(Telis,1986), bem como um estudo piloto para o qual foram feitas entrevistas com alguns pacientes, sem um roteiro estruturado.

4.5-3- Método de análise

Todas as entrevistas foram transcritas pelo próprio pesquisador a partir dos dados do gravador. Todas as informações foram agrupadas por semelhança de conteúdo para facilitar sua análise clínica posterior. Esses dados foram digitados e armazenados em memória de computador. Para a compreensão do material clínico foram utilizados conceitos psicanalíticos.

IV-RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1-Tópicos relacionados ao trabalho de campo

A identificação dos pacientes que participaram do presente estudo será feita da seguinte maneira: Paciente 1 por P1; Paciente 2 por P2 e assim sucessivamente.

A realização de uma pesquisa, apesar de seguir um cronograma e etapas previamente delimitados pelo pesquisador, apresenta fatos e situações que nem sempre se ajustam dentro das expectativas.

Em uma pesquisa como esta, com metodologia clínica, o contato com o paciente é único, em função das características deste e obviamente das características do pesquisador. Seguindo exemplo de pesquisadores em outras pesquisas (Telis, 1986; Ferreira, 1987; cavalcanti, 1991), vamos descrever alguns fatos e vivências ocorridos no transcorrer das entrevistas, por serem parte integrante desta pesquisa, podendo beneficiar outros pesquisadores em trabalhos semelhantes.

Junker (1971, pg. 15), considera que o trabalho de campo se apóia em pelo menos três conjuntos inter-relacionados de atividades complexas: 1- Observação; 2- Registro; 3- Análise. O primeiro exige, dentre outras coisas, atenção constante, onde entram as habilidades perceptivas e sensibilidade diante dos acontecimentos interpessoais e intrapessoais que se desenrolam na situação de campo. O segundo conjunto inclui a enumeração escrita das observações, discriminando o que é descrição exata da observação e o que é julgamento. Na última etapa, há uma

reorganização das informações a fim de transformá-las em dados para serem submetidas a análise posterior.

No presente trabalho, estamos interessados em compreender o mundo interno do paciente, a partir do seu próprio ponto de vista. Não nos bastava registrar apenas as suas comunicações verbais, uma vez que esses conteúdos são previamente afetados pelos seus medos, conflitos e ansiedades. A linguagem não verbal tende a ser mais pura, já que é uma expressão direta do mundo interno. Ela se presta a um auxílio inestimável na compreensão dos conteúdos psíquicos. Dados tais como modo de se vestir, gestos, expressão facial, postura, tom de voz, emoção que acompanha os conteúdos verbalizados, são importantes.

O trabalho de campo com os pacientes HIV positivo foi iniciado em 1989, bem antes do ingresso no programa de doutorado. Os dados coletados na oportunidade não tinham ainda a configuração atual, mas já havia uma preocupação em registrar dados que considerávamos eram importantes no contato com o paciente. Em 1989 e 1990, registramos informações de aproximadamente 20 pacientes, material esse que pretendíamos utilizar na presente pesquisa. No início de 1991, por ocasião do ingresso no programa de Doutorado, passamos a delimitar melhor o problema e os objetivos da pesquisa. Naquele momento, ficou evidente que o material não se adequava ao presente estudo.

O principal problema observado foi quanto ao registro de informações. Como pode ser visto nos objetivos dessa pesquisa, tínhamos interesse em compreender o mundo do paciente a partir de sua ótica. As anotações feitas anteriormente estavam bastante afetadas por nossa subjetividade.

Para permitir um registro mais fiel das informações dos pacientes, resolvemos introduzir o auxílio do gravador, como fez Cavalcanti(1991), em pesquisa semelhante.

Sabemos que o uso do gravador também traz algumas desvantagens. Dentre elas, talvez a mais importante seja a de inibir a espontaneidade. Tínhamos consciência desse limite. Como tentativa de contorná-lo, decidimos que as entrevistas para a pesquisa só seriam efetuadas após um contato anterior com o paciente, de forma a garantir um nível de confiança satisfatório, e depois da constatação de um relacionamento interpessoal positivo. Além disso, todo paciente foi previamente preparado para participar da pesquisa. No transcurso dos atendimentos ambulatoriais, fomos informando a cada um, sobre a pesquisa que estávamos desenvolvendo, seu objetivo e a importância da participação. Na medida em que eles demonstravam interesse em participar, fornecíamos outras informações, tais como a maneira como o registro das informações seria feito, o anonimato e o conteúdo dessas informações. Todos os questionamentos feitos pelos pacientes, em relação a pesquisa, eram prontamente respondidos.

As entrevistas foram efetuadas de abril de 1991 até setembro de 1991. Duravam de trinta e sessenta minutos. Inicialmente, pretendíamos efetuar as entrevistas em um dos consultórios do ambulatório da Universidade, e no leito hospitalar, quando o paciente estivesse internado.

No quarto do hospital, não efetuamos nenhuma entrevista porque o ambiente se mostrou inadequado para tanto. Os pacientes ocupavam quartos com dois ou três leitos, com outros pacientes. Sempre que pretendíamos realizar a entrevista, encontrávamos o paciente

acompanhado. Havia alguém no leito ao lado. Além disso, era freqüente a entrada, no quarto, de familiares e do pessoal da enfermagem. Pensamos em levar o paciente para um outro ambiente. Também não foi possível, uma vez que sua condição de saúde muitas vezes impedia que se afastasse do leito.

No ambulatório, realizamos apenas três entrevistas. Esse ambiente, que poderia parecer o mais adequado para o contato com o paciente, na realidade não o foi. Os consultórios estão alinhados e ao fundo deles existe um corredor onde permanecem os membros da equipe que não estão atendendo. À entrada de cada consultório, por esse corredor, não existe porta. Apenas uma cortina. Durante o atendimento ouvia-se tudo o que os membros da equipe falavam, até mesmo comentários sobre problemas de saúde de pacientes com HIV. Para completar, a cortina era aberta constantemente, quebrando a intimidade e confidencialidade do momento. Esse tipo de dificuldade foi encontrado também por Telis (1986) e Cavalcanti (1991) em estudos semelhantes.

Essas três entrevistas realizadas no ambulatório, decidimos mantê-las no estudo, porque, apesar das interferências, forneceram informações importantes, inclusive sobre a necessidade de um outro ambiente para a coleta dos dados.

As outras doze entrevistas foram efetuadas na sala de reunião, às quintas feiras, dia do ambulatório da AIDS, logo após a reunião com os pacientes. Nunca foi efetuada mais do que uma entrevista num mesmo dia. Era combinada com o paciente na quinta feira anterior. Naquele local, não houve grandes problemas. A sala fica numa ala bastante reservada, onde acontece pouca interferência. O único problema ocorreu com uma das

entrevistas, que precisou ser refeita, uma vez que, quando fomos transcrevê-la do gravador, percebemos que nada ficara gravado.

Todos os pacientes demonstraram interesse em participar do estudo. A presença do gravador, para alguns pacientes, trouxe um clima de maior formalidade. Isso foi observado a partir de uma mudança no comportamento de alguns, depois que o gravador era acionado. Um dos entrevistados (P-2), apesar de ter demonstrado interesse em participar do estudo, após a entrevista procurou a assistente social do ambulatório para saber o que iríamos fazer com aqueles dados. Perguntou se ele não seria prejudicado. Porque havíamos gravado. É importante lembrar que o paciente já tinha conhecimento dessas informações. Poderíamos, então, entender esse comportamento como uma demonstração de grande ansiedade persecutória, que acabou se concretizando em uma baixa confiança no pesquisador.

Apesar dessas dificuldades, decidimos manter a gravação das entrevistas a exemplo de Cavalcanti(1991), já que, anotar os dados, tem também, à sua maneira, o seu lado persecutório.

A entrevista, previamente elaborada, serviu como diretriz do contato. Nem sempre as palavras utilizadas pelo pesquisador foram as mesmas das questões. Além disso, às vezes, eram acrescentadas algumas outras perguntas que eram vistas como facilitadoras da expressão do mundo interior. P-9 por exemplo, diante da pergunta - O que você fez quando soube que estava com AIDS?- uma das coisas que respondeu foi que tinha tentado suicídio. Em determinado momento, perguntamos se ele poderia descrever a situação da tentativa de suicídio. O paciente, imediatamente, começou a descrever o episódio.

A maioria dos pacientes era de homossexuais com sérias carências afetivas, e desejo sexual reprimido, uma vez que muitos passaram a ter comportamento de fuga em frente da sexualidade. A necessidade de um maior contato do pesquisador com esses pacientes, em função do tipo de pesquisa, funcionou como um facilitador de transferência erótica. Pelo menos um dos pacientes deixou isso transparecer na entrevista. P-5, por exemplo, em determinado momento, falando de seu desejo sexual e de sua dificuldade em realizá-lo, assim se expressou: "...se você chegar perto de mim, quer ter alguma coisa comigo...". Um outro paciente, do sexo feminino (P-4), antes da entrevista começar e, portanto, com o gravador desligado, estava falando do seu desejo sexual e de sua dificuldade para encontrar um parceiro que a aceitasse. Em determinado momento, falou: "...Quem transaria comigo? Você transaria comigo?...".

Diante dessas duas situações, poderíamos ter lidado com a transferência de maneira interpretativa. No entanto, como havia interesse em não interferir nos conteúdos do paciente, acreditamos que a interpretação, por ser um instrumento terapêutico, poderia produzir alguma mudança no comportamento, interrompendo sua espontaneidade. Além disso, não estávamos em uma situação analítica. Optamos apenas por registrar o ocorrido.

Durante o período em que estivemos trabalhando com pacientes HIV, desde 1989, tivemos que lidar com algumas dificuldades internas. Inicialmente, a pouca informação sobre as formas de transmissão serviram como justificativa para nossa resistência interna, para uma relação menos técnica, mais humana. A aparente espontaneidade no lidar com os pacientes era fruto de um esforço

pessoal enorme. Após os atendimentos, sentíamos necessidade de lavar as mãos, não tanto por uma questão de higiene, mas por medo de contaminação. Claro que sabíamos que o vírus não se transmite pelo aperto de mão. Mas a própria propaganda oficial se encarregou de colocar dúvidas nessa certeza. Folheto distribuído pelo Ministério da Saúde informava que o vírus não se transmite através da pele. No entanto, acrescentava que a transmissão podia ocorrer se houvesse ferimentos, mesmo que fossem pequenos. Detalhes como esse, apesar de verdadeiros, não aumentam o nível de informação, mas incrementam a perseguição. Em outros momentos, é a própria ciência que se encarrega de levantar dúvidas sobre seus próprios conhecimentos, tendo como consequência um aumento da descrença popular quanto aos avanços científicos. Talvez uma das maiores provas disso seja a celeuma provocada pelos sexólogos Masters e Johnson sobre a transmissão do vírus através da saliva (Ver Pollak, 1990, Pg.188).

Cassorla(1991), considera que "as diferenças no trabalho com Aids, em relação a outras doenças malignas, leva o profissional a se defrontar com aspectos específicos: medo à exposição, à transmissão, à infecção, medos racionais, alguns, mas muitos irracionais"(Pg. 233).

Com o tempo, fomos aprendendo a lidar com nossos medos. O aumento da quantidade de informações, através da leitura de trabalhos em revistas científicas, contribuiu para o retorno da espontaneidade. Em determinado momento, percebemos a diferença entre exposição, cuidado e preconceito.

Por último, um outro ponto que passou por um processo evolutivo dentro de nós, foi a questão da morte. A AIDS, por sua letalidade,

traz o assunto morte em todos os encontros. Durante o período da coleta de informações, aconteceu a morte de um paciente, que era acompanhado no ambulatório e participava do grupo. Além da morte física, que é uma ameaça constante, todo paciente se defronta com outras mortes no seu dia a dia. Basta ouvir seus depoimentos. Eles experimentam muitas perdas tais como: saúde, amizades, amor, trabalho etc. .

O psicólogo, em sua formação acadêmica, muito pouco lida com situações de morte, como o médico. Além disso, em nossa experiência pessoal, nunca tivemos perda por morte de pessoa importante afetivamente. Não estávamos acostumados a lidar com situações de morte. Certamente tivemos nossas motivações, conscientes e inconscientes, para lidar com os pacientes com HIV. Cassorla(Obra citada), respondendo à questão das motivações que levam um profissional a trabalhar com AIDS, considera que os motivos inconscientes às vezes se tornam conscientes e envolvem desde sentimentos de culpa primitivos e necessidade de punição, até tentativas sadias de reparação ou sublimação, passando pela identificação com os pacientes e atitudes contrafóbicas em relação à morte(pg.233).

Diante das perdas de cada paciente, ou mesmo quando um deles morria, nossos medos também eram mobilizados. Isso, durante algum tempo, criou em nós uma forte resistência em participar das atividades do ambulatório e reunião. Certamente, uma defesa contra a dor da presença da morte.

Tínhamos um dado de realidade importante: Muitos pacientes eram saudáveis e até hoje continuam. O que mais nos surpreendeu foi constatar que, para muitos, a AIDS não foi um sinônimo de morte,

mas de vida. P-15, em seu depoimento diz: "...Eu era uma pessoa frustrada, perdida. Hoje em dia eu trabalho. Tenho hoje mais energia do que eu tinha. Eu sentia o meu corpo cansado. Hoje estou sempre cheio de energia...".

O tempo, aliado à convivência com os pacientes, permitiu que fôssemos aprendendo a lidar com a morte próxima, a partir da vida que existia nos pacientes. Isso facilitou de maneira mais clara a compreensão da necessidade, por parte dessas pessoas, de serem ouvidas, entendidas, confortadas e apoiadas .

5.2- Características demográficas e sociais

Nove dos pacientes alegaram que nunca tinham tido qualquer problema de saúde que tivesse relação com o HIV. Quatro pacientes (P2; P6; P12; P13), na ocasião da entrevista, já haviam tido pneumonia. Dois pacientes (P6 e P7) tinham tido tuberculose. P2 sofrera também hepatite e bronquite. Um paciente (P4) relacionou com o HIV vômitos, dor de cabeça e falta de apetite.

Todos os pacientes, participantes do presente estudo, eram os que, na ocasião do trabalho de campo, estavam se utilizando dos serviços da Universidade e, em condições, aceitavam participar da amostra, conforme descrito no capítulo da metodologia. Desses pacientes, todos eram masculinos, com exceção de um (P4), feminino.

No item cor, três pacientes (P2; P10; P11) eram pretos e os outros brancos. A idade variou entre 23 anos (P2 e P13) e 40 anos (P12). No entanto, houve uma maior concentração de pacientes com menos idade (P3; P6 e P15 tinham 24 anos, enquanto que P4; P5; P10; P14 tinham 25 anos).

A condição civil dos pacientes estava assim distribuída: Quatro (P1; P3; P9; P11) eram casados, 01 (P6) era viúvo, uma vez que havia perdido sua esposa com AIDS. Todos os outros pacientes informaram serem solteiros. Dos pacientes casados, apenas um (P11) tinha sua esposa contaminada. Os dois usavam a mesma agulha e seringa para injetar drogas.

Perguntamos aos pacientes também sobre a forma como acreditam que se contaminaram. P1 disse que por prática heterossexual. P6 alegou não saber, mas acredita que em razão de práticas heterossexuais. P2 disse que sua contaminação se deu por transfusão de sangue. Cinco pacientes(P3; P4; P9; P10; P11) disseram acreditar que haviam se contaminado por compartilharem agulhas e seringas em uso de drogas com outros pacientes. Outros cinco(P5; P7; P8; P12; P14) relacionaram sua contaminação ao comportamento homossexual. P13, por ser bissexual e P15 tanto por uso de agulhas e seringas compartilhadas, quanto por homossexualidade.

O nível de escolaridade, bem distribuído, se situou entre o terceiro ano primário (P3 e P11) e o nível superior (P11; P12; P13; P14). A profissão, também foi bastante diversificada: Comerciante (P1 e P7), coqueiro (P2), pintor (P3 e P11), auxiliar de produção (P4), auxiliar de enfermagem(P5), vendedor (P6 e P15), cabeleireiro (P8), servente (P10), advogado (P12), ator (P13) e professor(P14). Apesar da grande diversificação de atividades, o que pareceu haver de comum na maioria das profissões foi que todas são mal remuneradas.

Apesar de todos os pacientes alegarem ter uma profissão, a maioria está enfrentando problemas, quando para trabalhar dependem de emprego. Seis pacientes (P1; P2; P3; P4; P5; P9) estão desempregados, sendo que P9 relacionou seu desemprego com a AIDS. P7 e P11 estão afastados temporariamente pelo INSS, por causa da AIDS. P6; P8; P12; P13 trabalham como autônomos. P14 é professor de línguas e P10 é diarista como servente de obra.

A religião predominante é a católica: Oito pacientes se

declararam seguidores desse credo religioso. Quatro alegam não ter religião. P5 se diz espírita, enquanto P6 se converteu à religião messiânica (Uma vertente protestante).

Se fôssemos avaliar a condição econômica e social dos pacientes, por residirem ou não em casa própria, concluiríamos que a maioria deles não tem condições satisfatórias, uma vez que moram em casas alugadas (9) ou em instituição (P15). A suspeita de que a maioria dos pacientes tem nível sócio-econômico baixo, surgida da análise dos tipos de profissões que exercem ou mesmo pelo fato de a maioria morar em casa alugada, se confirma na questão da renda familiar. Seis pacientes (P4; P6; P8; P9; P12; P13) alegam que não sabem qual a renda familiar. No entanto, dos que informam, apenas dois têm salário razoável (P1 tem renda familiar de cinco salários mínimos e meio e P14 seis salários). Um paciente (P7) diz ter renda familiar boa para os padrões brasileiros (18 salários mínimos). Os outros pacientes todos têm renda familiar até três salários mínimos.

Com exceção de um paciente (P9), que alega viver sozinho, todos os outros moram com mais pessoas. P1 convive com mais sete pessoas. P6 com mais seis, P4 e P15 com mais cinco. Apenas P11 e P14 convivem com somente mais uma pessoa.

5.3- O conhecimento do diagnóstico

Temos plena consciência de que a análise que faremos nos capítulos seguintes reflete apenas nossos próprios limites. Não tivemos pretensão de esgotá-la e, muito menos, consideramos que o estudo que empreendemos seja o melhor que se possa fazer a partir do material levantado com os pacientes. Reflete, sem sombra de dúvidas, o melhor que nós conseguimos fazer .

Na presente discussão, nos utilizamos de alguns conceitos psicanalíticos para a compreensão do material clínico, o que não significa que não houvesse possibilidade de outras interpretações.

Na introdução a um de seus livros, Bion (1973), faz a seguinte advertência: " Duvido que alguém, a não ser um psicanalista, entenda este livro, apesar de ter feito o possível para torná-lo simples. Qualquer psicanalista que exerça a profissão compreenderá o que quero dizer, porque, ao invés dos que só lêem ou ouvem sobre psicanálise, tem a oportunidade de experimentar por si mesmo o que neste livro, represento apenas por palavras e formulações verbais destinadas a uma outra tarefa ". Tememos que, na leitura do presente capítulo, a observação de Bion também possa ser verdadeira. Assim pois, cabe lembrar que a presente análise não se presta para fins ideológicos, refletindo nossa intenção em lançar alguma luz, a partir de conceitos psicanalíticos, em mecanismos psicológicos utilizados por pacientes com HIV .

As respostas dos pacientes foram bastante diversificadas

para a pergunta "como foi descoberto seu diagnóstico". O paciente 1 (P1), por exemplo, responde que *"foi por acaso. Eu precisei de uma classificação de sangue e, fazendo essa classificação, foi constatado que eu tinha o vírus"*. Os pacientes P10 e P14 também descobriram seus diagnósticos por terem de doar sangue. No entanto, P2, P4, P9, P11, P12, P13, só fizeram o exame depois que os primeiros sintomas já haviam se manifestado. P2 relata que fez o exame quando sentiu *"uns caroços aqui no pescoço"*. P4 diz que fez o exame por estar *"sentindo dor de cabeça, vômitos. Não tinha fome"*. E P11 fez os exames porque *"tinha uns caroços no pescoço"* (linfadenopatia). P13 estava *"com queda de cabelo, suava muito e tinha muito cansaço"*. Dois pacientes descobriram o diagnóstico por terem parentes positivos. Assim relata P3: *"O meu irmão, quando eu fiquei sabendo que ele tinha AIDS, eu resolvi fazer o exame também, porque nós dois tínhamos usado drogas juntos"*. P6 fez o exame *"depois do falecimento de minha esposa, eu soube que ela tinha morrido de AIDS. Ai eu fiz o exame e deu positivo também"*.

Na época das entrevistas, o tempo de conhecimento do diagnóstico pelos pacientes, variou de seis meses a três anos.

Frente às respostas dos pacientes, chama a atenção o fato de que muitos deles só fizeram o exame depois que já estava evidente a presença do vírus no organismo, ou havia grande probabilidade de ter havido a contaminação. Alguns pacientes fornecem pista para se entender esse comportamento. Referindo-se ao diagnóstico, P4 afirma: *"Eu não queria saber de nada"*, enquanto o P6, ao saber que estava positivo diz: *"Eu nem liguei"*. Esse comportamento pode ser entendido como uma negação, fuga,

tentativa de não entrar em contato com a realidade. P5, homossexual, diz : "O meu diagnóstico foi descoberto assim: Eu senti uma dor no braço e logo em seguida eu fui ao médico e o médico fez um exame que deu positivo". Ora, é evidente que não foi por ter tido uma dor no braço que o médico solicitou o exame para o HIV. O paciente, mesmo na entrevista, não quis entrar em contato com a realidade.

Quanto ao paciente P12, foi o pesquisador quem, na condição de membro da equipe, passou-lhe a informação sobre o diagnóstico. O paciente, com pneumonia, estava na enfermaria de doenças infecto - contagiosas do hospital Universitário. Vale a pena lembrar que todo o paciente, quando é internado com algum problema relacionado com o vírus do HIV, já anteriormente foi informado sobre seu diagnóstico. No entanto, por medida de precaução, porque não conhecíamos o paciente, na visita que lhe fizemos, dentre outras coisas, perguntamos se estava sabendo o que estava acontecendo. Respondeu que não sabia de nada, mas que gostaria de saber. Causou-nos surpresa o seu desconhecimento, mas o levamos para uma sala isolada, uma vez que estava podendo caminhar e havia outro paciente no leito ao lado. Fornecemos-lhe o diagnóstico, bem como algumas outras informações. O paciente não esboçou qualquer surpresa. No entanto, surpresos ficamos nós, quando soubemos através do médico chefe da equipe que, anteriormente, o paciente já havia sido informado de seu problema.

Segundo Queiroz e Mello Filho(1976), no caso de doenças, a negação costuma ser o mais lesivo dos mecanismos de defesa, uma vez que retira toda a possibilidade de assistência, perdendo o

paciente a oportunidade de controlar o curso da enfermidade.

Mas, por que o paciente faz uso do mecanismo da negação uma vez que pode ser tão lesivo à sua saúde? Nas entrevistas, esse foi um dos mecanismos de defesa mais empregados pelos pacientes. Freud [1925], em estudo sobre a negação, nos fornece pistas ao considerar que o conteúdo de uma imagem ou idéia reprimida pode abrir caminho até a consciência, desde que seja negado. Assim, a negação constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido (Freud, 1976, Vol.XIX, Pgs. 295-296).

Enquanto o paciente se refugia na negação para aplacar a dor do diagnóstico, o médico e sua equipe, tendo que dar a informação aos pacientes, por dever do ofício, parecem demonstrar grande dificuldade em lidar com a angústia que a questão da morte lhes provoca. Pelo menos, foi assim que alguns pacientes viveram a experiência. Importa ressaltar que, no presente estudo, estamos interessados em compreender o processo psíquico do paciente a partir de seu ponto de vista. Assim pois, quando relata dificuldades na relação com o médico ou outra pessoa, o que de fato aconteceu entre ambos torna-se menos importante do que como o paciente vivenciou tal experiência. Como decorrência, não tivemos a preocupação em verificar a correspondência dos relatos com os fatos, porque o objeto do estudo era a experiência psíquica.

Na nossa sociedade, a discussão sobre a morte ainda é um tabu. Os médicos nasceram nessa sociedade e se defrontam com essa mesma cegueira cultural. Eles são supostamente para a cura, e não devem permitir a morte. Eles são supostamente para o alívio, mas freqüentemente não fazem face à realidade da morte (Chapman ,

1982). Esse limite fica claramente expresso por Souza (1991), médico gastroenterologista, em sua tese de doutoramento quando afirma: "Lembro-me de pacientes examinados durante os anos de minha carreira. A muitos não consegui oferecer afeto por eles esperado. Neguei afeto. Não percebi o que estava acontecendo. Não entendia a linguagem que usavam. Não havia lógica no que me diziam. Se os tivesse ouvido de outra forma, teria havido sua outra lógica, outro sentido..."(Pg.03). Mais adiante completa: "Minha geração de médicos, preocupada prioritariamente com a técnica, esqueceu-se do lado humano, aliás não ensinando adequadamente no curso de medicina. E é preciso adquiri-lo. Não no sentido da erudição ou da adaptação da tecnologia ou ainda de humanitarismo ou filantropia, mas sim do humano que existe em nós" (Pg.04).

Por sua vez Telis(1986) considera que o médico na vida real é educado falsa e onipotentemente na crença de que pode sempre proporcionar curas. Ao se defrontar com pacientes gravemente enfermos, se sente desorientado por não conseguir curá-lo. Como decorrência, se refugia na utilização de recursos técnicos para diminuir a sua ansiedade. Uma vez que na maioria das vezes não encarou ainda a sua própria mortalidade, considera como um fracasso pessoal a morte do paciente. Um dos processos defensivos do médico frente à ansiedade decorrente, se manifesta na sua relação com o paciente. Ele não conversa, mas interroga. Faz isso de maneira dirigida, buscando somente respostas para suas perguntas, estando disponível para ouvir só o que deseja ouvir (Pgs. 28-29).

Eis alguns relatos :

P1 : " Bom, de início a médica começou a fazer rodeios né, dizendo que tinha dado um problema. Então eu adiantei: Eu tenho AIDS não é?. Ela disse: É (O paciente ri). Ela ficou meio assustada e disse: Ué , você não tem medo? Eu disse : Não".

P2 : " A minha irmã foi quem me informou. Eu tinha passado mal, vim ao hospital e aí na hora dos exames eu notei que o médico em vez de me chamar para mostrar os exames, chamou foi a minha irmã. Aí eu já fiquei meio encabulado...".

P5 : " ...Eu fui ao médico e o médico fez um exame. Aí ele não queria me dar o resultado no dia. Ele falou que o aparelho que faz tinha quebrado. Aí eu fiquei mais ou menos uma semana para saber o resultado. Depois me chamaram para buscar o bioquímico que era o meu médico e que havia feito o exame para mim. Ele colocou eu dentro de um carro e me levou a um outro hospital da cidade. Chegando lá, eu falei para ele se precisava eu descer do carro e ele falou que precisava. Aí me levou para uma médica. Ela me levou lá na sala e me contou a história que eu estava com o problema, né".

Com P6, a assistente social que forneceu a informação, parece buscar controlar a sua angústia, procurando descaracterizar a gravidade do diagnóstico:

P6: " Ela disse que tinha dado positivo o meu exame.

Que eu não devia me preocupar porque não era uma coisa tão grave assim como a imprensa tinha divulgado" .

Com P7 o médico simplesmente nega o emocional, mantendo uma atitude apenas técnica: P7 : " *Simplesmente o médico disse que tinha dado positivo. Pegou o resultado, me mostrou e disse: Olha, infelizmente deu positivo" .*

A relação médico paciente pode ser compreendida em pelo menos dois níveis: Na superfície, está a conduta do médico, as respostas do paciente e os rituais da medicina. Na profundidade, há o encontro de duas experiências, dois mundos internos, dois inconscientes, onde a comunicação se dá principalmente de forma não verbal - Expressões, olhares, gestos, sorrisos, silêncios. Assim, há sempre um lugar para o nosso passado no nosso presente. As experiências básicas de cada um - médico e paciente - moldaram a personalidade, e o passado se faz presente em cada ato(Mello Filho,1976).

O médico ou membro da equipe, ao expressar sua dificuldade em lidar com sua angústia ao fornecer o diagnóstico ao paciente, está se identificando com a angústia e ansiedade daquele. Assim agindo, permite que o paciente identifique nele experiências traumáticas de sua infância.

Se o bebê sente que está morrendo, pode despertar na mãe o receio de que ele esteja morrendo. A mãe equilibrada aceita esse temor e reage de maneira que o bebê sinta estar recebendo de volta a sua própria personalidade amedrontada, mas de uma forma tolerável, permitindo que os temores possam ser suportados pelo bebê. No entanto, quando a mãe não consegue tolerar a

angústia do bebê ela irá devolver uma carga que a consciência rudimentar do bebê não consegue suportar. O desenvolvimento se dá de forma normal, se a relação bebê-seio permitir que o bebê projete na mãe sua sensação de morte e reintrojete essa sensação, após a permanência no seio ter feito com que essa se torne suportável (Bion, 1988, Pgs.105-106). É a partir do manejo desses processos que irá se formar o objeto internalizado na criança, chamado por Pichon-Riviere (1988) de vínculo interno, isto é, a forma desenvolvida pelo Ego para se relacionar com a imagem de um objeto dentro de si (Pg. 37).

Alguns pacientes se queixaram de que não se sentiram preparados para receber o diagnóstico por parte do médico ou de quem lhes deu a notícia. Alguns relatos:

P5 : " Acho que não fui preparado para receber a notícia...".

P10 : " ... Eu não estava preparado. Ela podia ter prevenido eu que eu ia escutar algo que ia mexer com os meus sentimentos. Mas ela falou de vez. Não se preocupou comigo" .

P15 : "...Quem me informou foi um aluno (Um residente de medicina). Mas ele não me preparou " .

Chama a atenção o que diz P6 : "...Como eu havia perdido a minha esposa recentemente e com isso aí eu acho que até me agradou a notícia de que eu tinha o vírus (Falou isso rindo). Pois, uma vez que eu estava contaminado com o vírus, eu iria falecer também

imediatamente, o que não ocorreu" .

A compreensão desse desejo expresso pelo paciente, parece que passa pelo objeto amado introjetado - objeto odiado destruído - culpa - necessidade de reparação. Segundo Melanie Klein(1952), uma das causas dos sentimentos depressivos que costumam acompanhar a separação de pessoas pode encontrar-se no medo de ter destruído o objeto amado pelos impulsos agressivos dirigidos contra ele. Quando os elementos agressivos em relação ao objeto são predominantes (O paciente diz ter dúvidas se foi ela quem o contaminou ou se foi o contrário), o objeto interno é sentido como se estivesse sujeito ao mesmo perigo de destruição que o externo, onde uma parte do eu foi deixada (M. Klein, 1978a).

Em outro trabalho publicado doze anos antes do acima citado(1940), Klein deixa claro que o modelo de luto de que os adultos se utilizam, na realidade, é muito primitivo. O objeto do luto é o seio da mãe e tudo o que o seio e o leite chegaram a ser na mente da criança, ou seja: Amor, bondade, segurança. A criança sente que perdeu isso tudo e que essa perda é o resultado da sua incontrolável voracidade e de suas próprias fantasias e impulsos destrutivos contra o seio da mãe. Por outro lado, todas as alegrias que a criança goza através da sua relação com a mãe, são provas para ela de que o objeto amado, dentro e fora do seu corpo, não está lesado, e não se transformará numa pessoa vingadora (Klein, 1981, Pgs. 392-295).

Segundo Queiroz e Mello Filho (1976), a angústia que acompanha a conscientização de se estar doente é muito intensa, provocando no sujeito comportamentos regressivos, não

permitindo que use suas qualidades psíquicas, como o raciocínio e o juízo crítico.

Foi perguntado aos pacientes se tinham dúvidas de que possuíam o vírus da AIDS. Apesar de todos eles já terem a confirmação do resultado dos exames, há pelo menos seis meses, e de terem praticado atos de risco de contaminação, seis pacientes disseram ter dúvidas sobre o diagnóstico. Eis os relatos:

P1 : *"Para ser sincero, às vezes eu tenho dúvidas sim, pela falta de sintomas "* .

P5 : *" Tenho, sabe por que? Porque eu ainda não estou sentindo nenhum sintoma" "* .

P7 : *" Às vezes tenho. Não tenho nada e às vezes dá para duvidar de alguma coisa "* .

P8 : *" Tenho porque eu nunca estive doente nesses anos todos que eu estou com o diagnóstico positivo "* .

P12 : *" Às vezes tenho um pouco de dúvidas, mas estou com muitas esperanças "* .

P14 : *" Às vezes sim porque eu estou saudável e hoje tenho até mais força para fazer as coisas que gosto "* .

Parece ser conveniente ao paciente duvidar do diagnóstico. As dúvidas, nesse caso, muitas vezes se aproximam de uma falsa

incerteza. Inconscientemente, o paciente sabe com certeza que tem o vírus. Conscientemente, reluta em tomar contato com a realidade, uma vez que é dolorosa e impõe novo direcionamento à sua vida. Pode até duvidar dos exames, mas conhece todos os seus atos de risco.

Diante da doença, o indivíduo se utiliza de antigos recursos, a partir de um processo de regressão. Essa regressão pode ser vista como tendo pelo menos duas finalidades. A primeira é de fuga. Diante da nova realidade, dura e dolorosa, o indivíduo se refugia em fases de sua vida anteriormente vividas como mais seguras. A segunda é para facilitar a utilização de mecanismos anteriormente desenvolvidos para enfrentar situações de angústia.

Com o aparecimento da AIDS em sua vida, o paciente se defronta com duas realidades. A primeira realidade considerada boa, que corresponde a não ter AIDS. A segunda realidade é má, dura, cheia de dor, traz muita insegurança e corresponde a ser portador do vírus. Numa linguagem Kleiniana, podemos dizer que a primeira realidade se aproxima do seio bom, gratificador, enquanto a segunda é identificada com o seio mau frustrador. Para Klein(1978 a) o bebê divide o seu objeto em dois, identificando um com suas frustrações e ansiedades (seio mau) e o outro com suas gratificações(seio bom). Procura incorporar o seio bom e destruir o seio mau. Essa divisão resulta numa separação nítida de amor e ódio. Quando o ego recebe estímulos exteriores, identificados como bons, absorve-os e torna-os parte de si mesmo, através do mecanismo da introjeção. Quando recebe estímulos exteriores, percebidos como indesejáveis, ele os barra e os expulsa através da projeção (Ver também Heimann , 1978).

Durante os estágios primitivos, a ansiedade persecutória é compensada pela relação que o bebê desenvolve com o seio bom. Os sentimentos de amor pelo seio bom e os ataques destrutivos ao seio mau, que se constituem num mesmo objeto, vão originar a ansiedade depressiva, uma vez que o bebê percebe que o objeto que está destruindo, ou já destruiu em fantasia, é o mesmo objeto amado. Essa percepção vai dar início a um processo de síntese e integração do objeto, que passa a ser vivido como uno, porém ambivalente. Como sabemos, a essa fase foi dado o nome de posição depressiva (Klein, 1978 b, c).

Essa reação dos pacientes HIV positivo identificando-se com o seio bom (agora perdido, mas negado) é extremamente regressiva, uma vez que não mais se dispõem a lidar com a ambivalência objetual, e as defesas de que se utilizam são extremamente primitivas. Diante do seio mau (AIDS), o sujeito o destrói e o projeta para fora, fugindo da angústia que esse acarreta. A ausência de sintomas no paciente HIV regredido lhe dá a falsa idéia de que não perdeu o seio bom (saúde), e quando o bebê introjeta uma realidade externa mais tranquilizadora, o seu mundo interno se fortalece. Essa regressão a estágios tão primitivos do desenvolvimento da personalidade, permite que se entenda porque alguns pacientes tornam-se tão dependentes, tentando transformar o profissional de saúde em sua própria mãe. É possível se entender também porque alguns pacientes regredem em sua capacidade intelectual e em seu estágio afetivo, tomando atitudes muitas vezes descabidas para sua idade cronológica.

5.4 Histórico clínico antes do diagnóstico do HIV

Quando incluímos no levantamento da pesquisa dados sobre o histórico clínico dos pacientes antes do HIV, tínhamos em mente observar a possível relação entre o seu estado de saúde e a contaminação pelo vírus da AIDS, bem como seu processo evolutivo. Para tanto, fizemos duas perguntas. Na primeira, investigávamos o estado de saúde anterior à contaminação, sem estabelecer período. Na segunda, sondamos o estado de saúde no último ano, antes de saber que era portador do HIV.

A maioria dos pacientes(11) informaram que sua saúde era boa antes de ter o vírus. No entanto, nos depoimentos, chama a atenção a questão da contradição e estado de confusão, quanto à saúde. Eis alguns relatos :

P5: " Eu tinha uma saúde perfeita. Eu sempre fui doente. Minha mãe conta que quando eu nasci eu tive aquela doença de ... é..., como se chama....Aquela que a pessoa emagrece, fica todo fininho. Eu me esqueci. Ai depois disso eu tive problema de desmaio...".

P6:" A minha saúde era igual a de hoje. Eu tinha saúde. Hoje continua igual. Eu adoeci. Naturalmente fui curado e tudo bem" .

P8: " Minha saúde era ótima. Sempre foi boa. Nunca tive problema de saúde ". Mas logo em seguida complementa: "Eu tive hepatite. Fiquei três meses com hepatite. Tive também tuberculose".

P9: " Minha saúde era bem diferente. Eu caminhava, não sentia dor nas pernas. Eu trabalhava, tinha outra resistência. Eu enxergava melhor". Em outro momento porém diz : " Eu tive sífilis. Eu tenho desde os 16 anos. Sempre eu tratei ".

Alguns pacientes relacionam uma piora em seu estado de saúde, a partir do momento em que descobriram que tinham o vírus:

P2: " Não tive nenhum problema no último ano antes de saber que tinha o vírus. Mas depois, fiquei fraco e sempre estou com alguma coisa ".

P9: " Minha saúde era bem diferente. Eu caminhava, não sentia dor nas pernas. Eu trabalhava, tinha outra resistência. Eu enxergava melhor. Hoje eu enxergo bem menos. Eu alimentava bem melhor do que eu alimento hoje. Relação sexual, eu tinha mais força para ter relação do que eu tenho hoje ...".

A reação de uma pessoa frente a uma doença, se relaciona com sua sanidade mental. Como chama a atenção Mello Filho(1976), o passado está presente em cada ato que praticamos. Assim, seria ingenuidade esperar reações semelhantes em pacientes diferentes, uma vez que cada um tem sua própria história e aprendizagens

pessoais, quanto a lidar com seus problemas.

Os primeiros instrumentos que a criança desenvolve para poder lidar com a questão do prazer e da dor sem se destruir, são os processos mentais de projeção e introjeção. Esses mecanismos permitem que, uma vez que os estímulos vivenciados como bons sejam diferenciados dos dolorosos e maus, as condições boas e agradáveis sejam remetidas para o ego, enquanto que as más sejam rejeitadas e expelidas (Riviere, Pg. 52, 1978). A personalidade vai se moldando a partir da intensidade e freqüência dos estímulos vividos como bons e maus, dando origem ao que se convencionou chamar de carácter. Assim, os modos habituais de adaptação do ego ao mundo externo, ao Id e ao superego, e os tipos característicos de combinação destes modos, constituem o carácter. Como consequência, as perturbações do carácter são limitações, ou maneiras patológicas de comportar-se com o mundo externo, com as pulsões internas e com as exigências do superego, ou perturbações que se produzem nos modos de combinar estas diversas atividades (Fenichel, 1968).

Como se sabe, a chegada dos primeiros sintomas da AIDS costuma vir precedida de um período assintomático compreendido desde o momento da contaminação. Esse período é muito variável, de acordo com as características de cada paciente. Temos observado nos pacientes que acompanhamos no ambulatório da Universidade, um intervalo de tempo variando de dois a seis anos, para que os primeiros sintomas comecem a aparecer .

Diversos pacientes (sete) somente descobriram a presença do vírus com os primeiros sintomas da AIDS, ou pelo menos, com as primeiras manifestações do chamado Complexo Relacionado a AIDS -

ARC. Possivelmente a desinformação e o medo tenham sido os motivos responsáveis pela demora dos pacientes em procurar auxílio.

P2: "...Eu descobri que tinha o vírus quando começou o primeiro sintoma que foi um caroço aqui no pescoço. Tive também dor de cabeça e febre".

P4: "Começou com dor de cabeça, vômitos, não tinha fome. Fiz o exame por pertencer ao grupo de risco, e deu positivo..."

P5: "Um ano antes eu tive problema de saúde. Eu tive paralisia facial. Entortei a boca. Essa minha boca foi parar aqui e o olho ficou parado. Então essa parte aqui não mexia. Só essa (Faz os movimentos com as mãos e a boca). Depois desse problema é que eu fiz o exame e deu positivo. Com a paralisia, esse olho não fechava, não piscava, nem nada. A sobrancelha não levantava e os ouvidos parece que eu falava alguma palavra e saía aquela voz grossa longe, sabe, e eu fui ao médico..."

P8: "Eu tive tuberculose. Eu tive pneumonia. . Dai eu me internei. Passado quinze dias o médico me deu o resultado da tuberculose e do HIV positivo".

P9: "Eu tive uma ferida na palma da mão e nos pés (Possivelmente o Sarcoma de Kaposi). Eu vim para fazer um exame. Eu já tinha sífilis e vim ver se era o problema da sífilis ou não. O médico pediu um exame e o resultado deu HIV positivo".

P11: "...Eu tive uns caroços no pescoço (Linfadenopatia localizada). Fiz uns exames e deu AIDS ...".

P12: "...Eu tive uma pneumonia. Fiz exame e deu que eu tinha AIDS " .

P13: "...Eu estava com sudorese, queda de cabelo e cansaço. O resultado deu positivo".

Apesar de extremamente perigoso e desaconselhável para a saúde, o que aconteceu com esses pacientes, o atraso na busca de auxílio profissional proporcionou um ganho secundário, extremamente importante. A AIDS, desde quando surgiu, causou um impacto social muito grande e as pessoas que, por ventura, passam para a condição de HIV, além das graves conseqüências e ameaças à saúde, têm que enfrentar sérias dificuldades sociais. Em outras palavras, a AIDS traz uma realidade extremamente dura e dolorosa e certamente ninguém em sã consciência se dispõe a passar por ela. Mesmo esses pacientes, muitos dos quais tinham uma vida bastante atribulada em função de seus hábitos, a vida que levavam antes do HIV provavelmente tinha um sabor de paraíso. Com freqüência, pacientes que atendemos no Ambulatório da Universidade informam ter colegas com comportamentos de alto risco (Atividade homo e heterossexual promiscuo, sem preservativo; uso de seringas e agulhas compartilhadas). Esses pacientes têm solicitado aos colegas que procurem o serviço de atendimento gratuito da Universidade. Muitas dessas pessoas se negam a fazer o exame,

alegando que, se um dia tiverem AIDS, vão se matar. Como afirma Hein (1991), a AIDS tem afetado principalmente jovens cheios de aspirações e esperança. Um exame de HIV positivo significa um fim em muitos de seus ideais.

Entendemos que a AIDS leva o sujeito a um estado de profunda crise existencial, em alguns aspectos, semelhante à crise de adolescência, porém extremamente mais séria, uma vez que também a pessoa se defronta com novo mundo e novos valores, e necessita se reorganizar internamente. Quanto ao adolescente, a crise se dá em função da vida. No caso do paciente HIV, por causa da morte. A crise existencial é um momento doloroso em que o indivíduo passa por uma desorganização de sua personalidade. Da crise, não se sai como antes de se entrar nela. Quanto maior ela for, certamente de maior magnitude serão as condições de mudança. O retorno desse estado pode-se dar em situação de sanidade superior à existente quando se entrou na crise, como também pode a personalidade emergir com sério comprometimento. Um dos pacientes (P1) relaciona a presença do vírus em sua vida a uma melhora em seu estado de saúde.

P1: "...Sempre tive infecções na garganta, algumas infecções. Até tive uma melhora de saúde depois que descobri que eu era HIV positivo. Não sei porquê. Acho que é porque eu passei a ter mais cuidado com as coisas que eu faço, mas eu senti que tive uma certa, não vou dizer melhora, porque eu não estava doente, mas pelo menos aparecem com menos freqüência as infecções, né".

Reação contrária teve P9 que, relacionando o antes com o depois do HIV, em determinado momento diz:

P9: "...Eu enxergava melhor. Hoje eu enxergo bem menos. Eu alimentava melhor do que eu alimento hoje. Relação sexual eu tinha mais força para ter relação sexual do que eu tenho hoje. Psicologicamente, também agora eu estou bem mais despreparado".

Parece que o paciente dá ele mesmo a pista para se entender o seu estado, quando diz : "...Psicologicamente também, agora eu estou bem mais despreparado ".

Possivelmente, algumas de suas queixas se relacionem com conseqüências orgânicas do vírus. Porém seu estado psicológico está bastante afetado.É como se dissesse: Antes a vida era boa, agora é só sofrimento, e eu estou com dificuldades para suportar isso.

Sem dúvida, a reação tão diferente desses pacientes (P1 e P9) tem a ver com a capacidade desenvolvida por cada um para lidar e conviver com situações difíceis. Mesmo doença tão grave quanto a AIDS, pode permitir um crescimento e melhora na qualidade de vida de seu portador. Em outras palavras, o tipo de reação não depende da AIDS, mas da capacidade adquirida no próprio desenvolvimento para enfrentar situações como essa. A AIDS é apenas o elemento desencadeador.

5.5- Percepção de si mesmo

Nesse item, foram englobadas diversas perguntas (cinco), abordando os seguintes assuntos: como o paciente se vê, culpa, responsabilidade, comportamento sexual e religioso. A primeira pergunta tinha como objetivo ouvir alguma definição que o próprio paciente desse sobre si mesmo. Todos forneceram algumas características pessoais, menos o P6, que, ao término da pergunta, riu como uma descarga de ansiedade, que tentou esconder com a seguinte afirmação: " Não estou conseguindo entender o que você está querendo ". Porém, antes que tomássemos a iniciativa de lhe explicar, completou: " Eu não gosto de falar de mim mesmo ".

De forma geral, os pacientes tentaram passar uma idéia otimista sobre si mesmos. Observemos o que dizem alguns pacientes:

P3 : " Bom, eu creio que sou do mesmo jeito que era antes. A mesma coisa que eu fazia antes eu faço até hoje. Só com as drogas mesmo é que eu parei...".

P7 : " Sou uma pessoa extremamente tranqüila, calma, bastante privada. Não sou muito de badalações. Aproveito bastante a vida da melhor maneira possível...".

P8 : " Eu sou amigo. Eu gosto de ajudar os outros, fazer caridade. Se uma pessoa bater na minha porta e pedir ajuda, eu

faço de tudo, de tudo mesmo para ajudar. Eu sempre fui assim mesmo toda a vida...".

P9 : "No meu normal eu sou uma pessoa humilde, compreensiva. Não sou inteligente, mas também não sou burro. Trato muito bem as pessoas. Respeito a todos...".

P10 : "...Eu acho que se uma pessoa é HIV positivo e não tem nada, deve seguir sua vida normal. Eu não estou esquentando. Estou levando a minha vida legal. Não estou nem esquentando mais...".

Os depoimentos prosseguem em tom semelhante em outros pacientes. Provavelmente, todos estavam sendo honestos em seus depoimentos, quando verbalizavam aquilo que de fato estavam pensando sobre si mesmos. A questão que se pode levantar, é por que boa parte deles procura identificar em si situações boas, quando poderiam também colocar dados negativos? Foi aliás, o fez um dos paciente :

P4 : "Eu sempre fui uma menina muito complicada. Me envolvi com drogas, sexo. Acabei fazendo dois abortos. Tenho problemas de saúde " .

Parece razoável supor que a maneira de falar sobre si mesmo é mais uma defesa ante a fragilidade em que se encontra o Ego do paciente. O vírus do HIV, mesmo no período assintomático, mas principalmente depois que os primeiros sintomas começam a

aparecer, torna extremamente incerto o futuro do paciente. Mesmo quando saudável, ele sabe que, a qualquer momento, por um mecanismo sobre o qual não tem controle, a doença pode se manifestar e toda a sua saúde ficar seriamente comprometida .

Do nosso ponto de vista, pensamos que essa manifestação de dados positiva sobre si mesmo, não tende a corresponder à sua realidade, por ser um processo não somente encobridor, mas principalmente, uma defesa compensativa, ou seja, se apercebe tão frágil e tão sem controle sobre seu futuro que procura se identificar não com esse futuro, mas com situações que possam minimizar esse estado de angústia. Dizer que " as coisas vão bem", " que está conseguindo superar seu problema " , " que agora é feliz ", tem efeito supostamente tranquilizador, por ser uma defesa reativa, porém não corresponde à realidade. P2 e P5 se utilizam dela. Vejamos o que diz um dos pacientes:

P2 : " Olha ! Há uns tempos atrás eu me sentia uma pessoa rejeitada porque eu não tenho mãe e meu pai não me quis, me abandonou. Antes eu pensava mais era em morrer. Hoje eu me sinto feliz. Eu estou com uma doença , mas eu me sinto feliz. Ela me trouxe muitas coisas boas. De primeiro eu era um rapaz que só pensava em sair do serviço e sair com os colegas, beber, essas coisas. E hoje não. Hoje eu já me sinto eu mesmo. Eu estou vendo que o que eu consegui fazer hoje, eu tivesse feito no passado, eu não estaria passando por todos esses problemas. E hoje eu tenho bastante amigos. Então é por isso que eu sou feliz".

O que pode ser visto no depoimento acima é que, além do que foi levantado, parece que o paciente conseguiu repensar sua vida, e em muitos aspectos conseguiu um avanço no seu crescimento nunca anteriormente alcançado.

A maneira imediata e primitiva que o bebê tem para aliviar seus estados dolorosos (fome, ódio, medo, frustração) é a satisfação de seus desejos pela mãe. A sensação provisória de segurança alcançada, intensifica a própria gratificação. No entanto, quando o bebê experimenta um forte desejo do seio materno (bom) e esse não está presente, ele pode imaginar a satisfação que costuma alcançar com ele, através do pensamento imaginativo (Klein , 1975 , Pgs. 84 - 85).

Para se desenvolver e se tornar independente, a criança necessita encontrar substitutos gratificadores para essa mãe. O paciente com o vírus da AIDS, como se sabe, muito freqüentemente tem sido desamparado, tanto a nível familiar, quanto social (falta de gratificação do seio bom). Dizer ao pesquisador que *"...Eu estou com essa doença, mas eu me sinto feliz "*, além de expressar um sentimento masoquista, deixa claro que o paciente está negando a mãe má frustradora - seio mau - doença, tentando se identificar com coisas boas de sua vida - reais ou fantasiadas - que em linguagem primitiva, é a busca e reencontro com a proteção da mãe - seio bom-. Por outro lado, parece ser importante ao paciente não se defrontar com a doença e suas implicações. No mesmo trabalho acima citado (Pg. 86), Klein mostra também que as fantasias destrutivas costumam acompanhar a frustração e os sentimentos de ódio por ela despertados. Ao se sentir frustrada pelo seio, a criança ataca-o de fato - mordendo-o, ou em

fantasia, destruindo-o. Essas fantasias destrutivas equivalem a desejos de morte, e o que é pior, o bebê sente que o que deseja em suas fantasias, já se realizou. Em outras palavras, suas fantasias destrutivas têm poder real de destruição, uma vez que ainda não consegue distinguir o que é real e o que é fantasia.

Para o paciente, o defrontar-se com a questão da AIDS traz os mesmos modelos utilizados em sua tenra infância para lidar com sua agressividade contra o objeto mau, frustrador, identificado na figura da mãe. A questão do ódio, da destruição, da insegurança, se torna presente com a AIDS. Alguns pacientes expressam isso com tentativa de suicídio, direta ou indiretamente, buscando a destruição do objeto mau internalizado, com atos conscientes de exposição de parceiros ao vírus. Quando o paciente se nega a defrontar com a AIDS e suas implicações, de fato está expressando sua incapacidade de lidar com seu ódio, fantasias de destruição, sentimentos negativos, advindos de suas experiências primitivas. Esse comportamento não tem se restringido ao universo dos portadores do vírus do HIV. Parcela significativa da sociedade tem se negado a lidar com essa questão de maneira sensata, o que tem se refletido num incremento acelerado do número de casos de pessoas contaminadas em quase todos os países. Essa atitude tem, pelo menos, dois significados. No primeiro, há uma negação do indivíduo em lidar com as emoções e angústias que essa questão evoca em sua própria vida. Tais sentimentos, não são originários do HIV, mas revividos a partir dele. Em outras palavras, a angústia já está presente anteriormente, gerada pelos conflitos infantis, porém em níveis tornados toleráveis pelas defesas psíquicas. Assim, o indivíduo, antes de se recusar a compreender

e lidar com a AIDS em si, e com suas implicações, se nega a se defrontar com suas angústias primitivas. Talvez esse raciocínio permita que se compreenda o resultado de estudos sobre atitudes, aparentemente estranhas de pessoas frente o problema.

Pesquisa efetuada por Barling e Moore(1990) entre 370 adolescentes de quinze e dezesseis anos, investiga a atitude de precaução frente à contaminação pelo HIV, com o uso de preservativos de látex. Os autores constataram um nível de apatia, negação e confusão em níveis suficientemente altos para se concluir que se tratava de um grupo potencialmente de alto risco. Em outro estudo, (Kok; Ho; Heng; Ong, 1990), com cinco grupos de alto risco para AIDS, descobriram que o uso de preservativos de borracha não era prevalente entre eles. Nos estudos efetuados por Rhodes et al(1990), com usuários de drogas injetáveis, foi constatado que 87.9% da amostra (n=325) usavam agulha e seringas compartilhadas. 40.3% tinham preocupação regular em esterilizar esses instrumentos.

O que as pesquisas citadas apontam, não pode ser confundido com desconhecimento ou falta de informação sobre a AIDS. Pesquisa efetuada por Sheehan et al(1991), em que foram investigadas possíveis mudanças de atitudes e conhecimento diante da AIDS, foi observado que o conhecimento de como a AIDS é transmitida havia aumentado entre os componentes da amostra.

Em um dos pacientes (P5), fica evidente o seu narcisismo:

P5 : " Eu sou uma pessoa que gosta muito de mim, apesar de tudo o que está acontecendo e já aconteceu. Já sofri muito na minha vida. Já passei por muitas barras. Sou uma pessoa muito

segura comigo mesmo e eu tenho um problema que é esse problema que está comigo né, que eu carrego há anos (refere-se à homossexualidade). E eu adoro. Me adoro mesmo sabe..." .

Em um de seus trabalhos sobre o narcisismo, Freud [1914] desenvolve seu estudo a partir da vida erótica das pessoas. As crianças derivam seus objetos sexuais de suas experiências de satisfação. No entanto, pessoas cujo desenvolvimento libidinal sofre alguma perturbação, tais como pervertidos e homossexuais, na escolha dos objetos amorosos, adotam como modelo não sua mãe, mas seus próprios eus. Procuram a si mesmas como um objeto amoroso. (Freud, vol.14, 1976, Pgs. 103 - 104).

Em uma conferência sobre o assunto, proferida dois anos mais tarde, [Freud 1916d], o estudo do narcisismo se dá a partir de uma questão em que pergunta se a retirada da libido objetal para dentro do ego seria ou não patogênica. Contrariando expectativa dos presentes, Freud considera que não, mas ressalva que " a libido que se tornou narcísica não consegue retorno ao objeto e essa interferência na mobilidade da libido, certamente se torna patogênica ". Mais adiante, Freud acrescenta: " a escolha objetal homossexual situa-se originalmente mais próxima do narcisismo, do que ocorre com a escolha heterossexual. Quando se trata, pois, de repelir um impulso homossexual indesejavelmente forte, torna-se sobremodo fácil o caminho de regresso ao narcisismo" (Freud, vol.16, 1976, Pgs.491 - 497).

No narcisismo, a relação com o objeto interno é precária. Diante da frustração, a criança aumenta sua hostilidade para com o objeto externo, e quando se volta para o seu objeto interno, age

sob a pressão da hostilidade contra o objeto externo . Na gratificação auto - erótica, o recurso ao seio bom interno é a emoção dominante, enquanto no caso do narcisismo o desejo dominante é o afastamento do mau seio externo. Assim, no narcisismo, o movimento para o seio interno é, predominantemente, um movimento de distanciamento do seio externo, porque esse é odiado e rejeitado, pelo que a criança ama o objeto interno que se fundiu com o eu e nisso sente prazer (Heimann, 1978).

Com exceção de dois pacientes (P3 e P15), todos os outros foram categóricos ao afirmar que não se sentiam culpados por terem o vírus. Chamou-nos a atenção essa negativa quase unânime. Oito pacientes se contaminaram por adotarem comportamento homossexual e cinco, por uso de seringa e agulha compartilhadas. Como se sabe, a história da AIDS, durante alguns anos, foi associada ao comportamento homossexual, pelo fato de ter sido descoberta em pacientes homossexuais. Desde quando começaram as campanhas públicas em relação a AIDS, o comportamento homossexual foi apontado como um fator de risco. Além disso, nos primeiros anos da descoberta da AIDS, os pacientes que se contaminaram, de certa forma, foram vítimas do desconhecido, uma vez que se tratava de uma doença nova, cujas formas de transmissão não eram suficientemente conhecidas. No entanto, todos os pacientes estudados parece terem se contaminado depois de 1985, período em que a ciência já havia feito importantes descobertas sobre o vírus da AIDS. Concordamos com Pollak (1990), quando afirma que esses novos pacientes são tidos como responsáveis por sua sorte, uma vez que não foram apanhados de surpresa por uma doença desconhecida, correndo o risco de encontrar menos compreensão e

compaixão, do que os primeiros contaminados (Pg.190). Pode-se assim supor que os pacientes tinham conhecimento ou pelo menos suspeitavam de que seus hábitos sexuais poderiam levá-los à contaminação. (ver pesquisa de Camargo, 1991, com pacientes HIV, em que também grande parte dos pacientes, anteriormente à contaminação, conheciam as formas de contágio da doença(Pg.121)). Se essa hipótese fosse verdadeira, seria de se esperar que os pacientes - pelo menos muitos deles - sentissem culpa, uma vez que poderiam ter evitado a contaminação, como afirma P3 :

P3 : " É, eu me sinto culpado porque eu poderia ser evitado, porque o culpado por isso sou eu mesmo" .

Parece adequada a afirmação de Freud (1916b), segundo a qual o sentimento de culpa se encontra presente antes da ação má, não tendo surgido a partir dela, mas inversamente, a iniquidade decorreu do sentimento de culpa (Freud, 1976 Vol. 14 Pg. 375, 1976). Nos pacientes estudados, poderíamos pensar que a ação má fosse o ato de se expor e de se contaminar, mas a culpa já estaria existindo anteriormente.

Em um de seus trabalhos (Klein,1978d, Pg.294), considera que a ansiedade e a culpa são decorrentes de impulsos agressivos e fantasias da criança contra seu primeiro objeto de amor, tanto o externo, quanto o internalizado. Assim, nos pacientes estudados, o ato de originar a culpa é muito anterior aos atos da vida adulta que acabaram levando à contaminação: Homossexualidade, bissexualidade e consumo de drogas injetáveis, tendo sua origem nos conflitos edipicos.

Os comportamentos adotados pelos pacientes, e que acabaram por contaminá-los com o vírus do HIV, poderiam ser vistos como uma tentativa de lidar com a angústia originada da culpa primitiva. Quando o indivíduo pratica atos que sabe podem contaminá-lo, é como se estivesse buscando descobrir o quanto é culpado. Se, apesar de se expor, não se contamina, acredita inconscientemente que seus impulsos destrutivos infantis não foram tão danosos ao seu primeiro objeto de amor, uma vez que esse mesmo objeto, através do pênis real e simbólico - relação sexual e agulha compartilhada - teve oportunidade de retaliar, depositando no interior de seu corpo o vírus da morte, e não o fez. No entanto, quando o sujeito se expõe ao vírus e acaba sendo contaminado, esse tem a confirmação inconsciente de que seus impulsos hostis destruíram seu primeiro objeto de amor. Agora, na fase adulta, esse objeto manifesta seu temido poder retaliador, em dano semelhante ao que lhe foi produzido pela fantasia onipotente do bebê. No entanto, quando o paciente se expõe e não se contamina, tem necessidade compulsiva inconsciente de repetir o ato que o expõe, para se reassegurar de que não tem culpa. Em outras palavras, quando o resultado da exposição é a não contaminação, sua culpa é aplacada, mas precisa continuar a se expor exatamente para se certificar de que essa culpa é muito pequena, ou mesmo não existe. Essa compulsão acaba levando o indivíduo quase sempre à contaminação, e com isso à confirmação da culpa.

A admissão da culpa costuma ser uma busca de expiação para o ato culposos. Para os pacientes da pesquisa, contudo, admitir a culpa é se expor ao castigo familiar e social. Tempos atrás, pacientes com AIDS, mas cuja contaminação havia se dado por

transfusão de sangue, internados no hospital universitário em Uberlândia, eram bem tratados pelos atendentes de enfermagem - como se fossem vítimas. Mas os homossexuais eram discriminados - as atendentes colocavam a comida na porta do quarto e saíam antes que o paciente viesse apanhar - como se fossem os agentes contaminantes, e portanto merecedores do castigo .

Acreditamos que o " não " quase uníssono dos pacientes diante da culpa, na realidade é defensivo e se contrapõe ao " sim " e a suas implicações. Vale a pena lembrar uma passagem interessante de Freud (1925): Quando o paciente diz: " o senhor pergunta quem pode ser essa pessoa no sonho ". E acrescenta: "não é a minha mãe", Freud emenda " então é a mãe dele " (Freud, Vol 19, Pg.295, 1976). Seguindo a mesma linha de raciocínio de Freud, é como se o paciente dissesse: " na realidade eu sinto culpa por ter o vírus da AIDS e o " sim " me veio à lembrança quando você me perguntou sobre a culpa, porém não estou inclinado a considerar a minha culpa ".

A necessidade de negar a culpa às vezes é tão intensa que o paciente, para diminuir sua angústia, relaciona o mal originado de seu ato com uma bênção divina. Vejamos o que diz um paciente quando lhe foi perguntado se sentia culpa por ter o vírus da AIDS:

P8 : " Não. Eu acho que segundo o espiritualista que eu já conversei, ele disse que o HIV, o camarada que é portador da AIDS, isso é uma das maiores bênçãos que Deus deu para o ser humano, para ver se ele realmente é capacitado, não fisicamente, mas espiritualmente, para conviver com ela, para encarar a AIDS, tanto física, quanto psicológica e espiritual " .

A resposta à questão que fizemos a cada paciente - "acredita que poderia ter evitado de se contaminar", confirma que a maioria deles tinha consciência de que seus atos poderiam levá-los à contaminação. Dos quinze pacientes, com exceção de três, todos responderam que poderiam ter evitado de se contaminar.

Isso nos permite supor que a contaminação foi procurada e se efetivou num contexto em que o paciente sabia que poderia se dar. Isso reforça a hipótese da culpa, não tanto em relação a AIDS, mas principalmente em relação a alguns de seus comportamentos. Como sabemos, a sociedade tem discriminado pessoas com comportamentos considerados desviantes, sem contar que o uso de drogas é legalmente proibido no país. Além disso, em relação à homossexualidade, sabemos que fortes conflitos costumam estar presentes. A relação sexual entre homens serve em parte para gratificar impulsos sádicos e confirmar o sentimento de onipotência destrutiva. O ato homossexual para o homem costuma ter como finalidade tornar o parceiro impotente para o ato heterossexual e castrá-lo para incrementar sua potência sexual com as mulheres, apossando-se do pênis do parceiro (Klein, 1975, Pg. 334). Nesse contexto, não parece temeroso considerar que, nos pacientes estudados, a culpa está presente pelo menos desde a formação da estrutura homossexual e que a "busca" de contaminação possa ter sido uma tentativa de expiar a angústia por ela provocada.

Pelo depoimento dos pacientes, pode-se observar o quanto a presença do vírus afetou o comportamento sexual. Todos os pacientes, com exceção de um (P6), consideram que a sua vida sexual mudou depois que soube do diagnóstico. Oito pacientes

informaram que passaram a ter mais cuidado, escolhendo mais os parceiros e manejando melhor sua sexualidade. Quatro pacientes (P5, P12, P14, P15), segundo disseram, não mais mantiveram relações sexuais, depois que souberam do vírus. Isso até a data da entrevista.

P5 : " Eu nunca mais transei depois disso. Eu tenho medo de procurar parceiros. Não é mais como antes ".

P12 : " Eu tenho estado doente e depois que soube do HIV não tive mais coragem de transar ".

P14 : " Eu não tenho transado com o meu parceiro, apesar da insistência dele ...".

P15 : " Mudou e muito. De uns tempos para cá, eu não tenho vergonha de dizer, eu me masturbo quando estou precisando mesmo. Mas procurar eu... . Mudou muito . Eu tenho preocupação. Tenho medo de transmitir isso para alguém, uma pessoa inocente ".

Para os pacientes que se contaminaram pela homossexualidade, ou por uso de seringas e agulhas descartáveis, a experiência resultou muito danosa. O pênis do pai, desejado e ao mesmo tempo odiado - Pênis do parceiro e agulha - mostrou sua face mais temida pela criança, ou seja, sua capacidade destrutiva. Seu organismo passa a ser possuidor de um vírus com alto poder de destruição, o que reforça a crença na potência e perigo representado pelo pênis do pai. É natural que o paciente tenha medo de satisfazer os seus

desejos ambivalentes para com o pai, porque sua experiência anterior foi extremamente danosa. O máximo que pode se permitir, já que esse pênis pai ambivalente lhe provoca fascínio, é tomar todas as precauções para que a experiência não mais ocorra com conseqüências tão destrutivas .

A última questão investigada nesse item foi sobre possível mudança no comportamento religioso provocada pelo HIV. Dez pacientes alegaram que houve mudança. De fato, esperávamos que muitos pacientes tivessem melhorado sua crença religiosa, uma vez que a religião, e sobretudo a oração, costumam acalmar os nervos, tranqüilizar o espírito e reconfortar o doente, abrandando a sua ansiedade (Oates, 1955, citado por Bastide, 1967). Vejamos alguns depoimentos :

P2 : " Claro que sim. Eu entreguei o meu problema nas mãos de Deus " .

P5 : " Mudou. Eu passei a ser mais religioso do que antes. Quando no início que eu tive esse problema, que eu fiz os exames. Depois de uns dois a três meses, eu comecei a pegar a bíblia, sabe. Todas as tardes eu fazia as minhas orações escondido... Escondido para eu poder fazer as orações, conversar com Deus. Então eu fazia as orações, lia a bíblia, um parágrafo, depois ia para a casa, pegava um livrinho de cântico e ia cantar. Viver a vida. Mudei. Ao dormir, eu fazia oração em voz alta. Eu pedia proteção e graça a Deus. Eu sempre tive muita proteção. Muita força. Eu dizia: Meu Deus, eu vou morrer. Depois eu vi que eu estou bem até hoje. Vou viver assim mesmo " .

P7 : " De certa maneira sim, porque eu passei a ser um católico praticante. Não era muito praticante. Passei a ser. Acho que as minhas orações aumentaram " .

P10 : " Sim, agora eu rezo mais e penso mais em Deus. Passei a ir na Igreja também " .

P11 : " Sim. Eu estou indo mais na Igreja ".

P12 : " Sim. Eu agora frequento uma Igreja crente e tenho a certeza de que vou ser curado ".

P15 : " Mudou. Eu me sinto mais próximo de Deus. Tenho mais contato. Converso com Ele. Sinto Ele. Choro, falo tudo o que sinto. Estou agora me dedicando mais a Ele e a minha religião".

Os pacientes estudados tiveram a questão da morte antecipada pelo problema do HIV+. O ritual da morte anunciada, como nos ensina Ariès(1977, 1982), tem sido buscado historicamente num clima de confraternização entre o que vai morrer e as pessoas próximas a ele.

Se a morte, e com ela a decomposição, pode ser o sinal do fracasso do homem, a exposição fria de sua natureza, o seu ritual deveria dar oportunidade ao que morre de resolver suas questões, pelo menos afetivamente com os seus familiares. O morrer em paz consigo mesmo e com os outros, poderia dar a sensação do dever

cumprido. Além disso, resolver dificuldades afetivas com figuras tão intimamente ligadas, poderia livrar o próximo defunto de possíveis penas futuras. Como sabemos, a igreja católica facilitou essa crença. O sofrimento depois da morte estaria relacionado com o mal praticado em vida. Reconciliar-se com a família e consigo mesmo, seria uma maneira de aplacar a ira de Deus.

Todos esses pacientes (P5, P7, P10, P11,P12,P15) pertencem a uma das categorias - dos homossexualidade e/ou dos usuários de drogas. Como se sabe, pessoas com esses comportamentos têm freqüentemente uma forte oposição familiar a seus atos, o que costuma resultar em sérios conflitos. A origem da homossexualidade, como tivemos oportunidade de mostrar acima, está ligada a fortes fantasias destrutivas, principalmente à figura do pai. Segundo Melanie Klein (1932), o desejo do menino de castrar o pai para se apoderar de seu pênis e não ser impotente no interesse sexual com a mãe, preme-o a assumir a posição homossexual. Deseja também colocar bons pênis e bons sêmens dentro de si mesmo, afim de restaurar totalmente o interior de seu corpo (Klein, Pg. 335, 1975).

Poderíamos entender esse retorno à religião, como uma busca de solução para os conflitos familiares - principalmente seu ódio edipiano ao pai - onde o templo religioso traria a imagem reconfortante do retorno à segurança do útero e do lar, e Deus estaria no lugar do próprio pai. Assim, " Entregar o meu problema nas mãos de Deus " (P2); " agora eu rezo mais e penso mais em Deus " (P10); " eu me sinto mais próximo de Deus ... " (P15), são expressões que manifestam um desejo profundo de se reconciliar com a figura do pai danificado em fantasia a partir do

complexo de Édipo - mas que também danificou, ao colocar o vírus destrutivo, através de seu pênis mau, no corpo do paciente. Freud [1913] nos ensina que o deus de cada um de nós é formado à semelhança do pai, " e que a relação pessoal com Deus depende da relação com o pai em carne e osso e oscila e se modifica de acordo com essa relação e que, no fundo, Deus nada mais é que um pai glorificado" (Pg.176-176), vol.13,1976.

P15, parece estar tentando a elaboração de seus conflitos com seu pai:

P15 : *"... Eu me sinto mais próximo de Deus. Tenho mais contato. Converso com Ele. Sinto Ele. Choro, falo tudo o que sinto. Estou agora me dedicando mais a Ele e a minha religião "*.

P7 parece ter conseguido essa reconciliação, quando afirma:

P7 : *"...No início, eu não tinha força. Eu dizia: Meu Deus, eu vou morrer. Depois eu vi que eu estou bem até hoje, vou viver assim mesmo..."* .

Freud (1928), ao analisar o relato de uma conversão, observa que as idéias de " Pai " e " Deus ", não haviam se separado inteiramente, de modo que o desejo de destruir o pai podia tornar-se consciente, como dúvida a respeito da existência de Deus, e procurar justificar-se aos olhos da razão, como indignação com o mau trato dado a um objeto materno, uma vez que, aos olhos da criança, o pai maltrata a mãe nas relações sexuais. O novo impulso que se deslocou para a esfera da religião era, na

realidade, uma repetição da situação edipiana. O jovem tornou-se crente e aceitou tudo o que, desde a infância, lhe havia sido ensinado sobre Deus: submissão à vontade de Deus Pai (Freud, 1975, Vol. 21).

Em outro de seus trabalhos, escrito em 1913, Freud, quando estuda a "Onipotência de pensamento", se refere à FASE ANIMISTA e à FASE RELIGIOSA. Na primeira, os homens atribuiriam a onipotência a si mesmos, enquanto na fase religiosa, essa é transferida para os deuses. Acrescenta ainda que nessa segunda fase, os homens não desistem totalmente da onipotência, uma vez que se reservam o poder de influenciar os deuses através de uma variedade de maneiras, de acordo com os seus desejos (Freud, Vol.XIII, Pgs.97-123, 1976).

Com os pacientes estudados, a fase animista corresponde àquela em que enfrentam os valores sociais, têm comportamentos que expõem o próprio corpo à contaminação, como se estivessem imunes a qualquer tipo de problema. No entanto o HIV, e principalmente a AIDS, trazem uma realidade que não corresponde ao desejado pela onipotência dos pensamentos. Mais do que isso, na medida em que o quadro de saúde tende a se agravar, o real cada mais se afasta do desejado. A realidade subjuga e domina o poder onírico. Nesse momento, o paciente necessita substituir a onipotência de si mesmo pela onipotência de Deus, uma vez que Esse, simbolicamente seu pai, possui poderes ilimitados e poderá fazer frente aos inúmeros problemas que a realidade da AIDS lhe impõe. Essa mudança se concretiza em forma de orações, intensificação de comportamentos altruístas e busca de atitudes que se identifiquem com o imaginado, como sendo o desejado pelo pai - Deus.

Em trabalho anterior (Lima Ferreira, 1987), tecemos considerações sobre pessoas que, possuidoras de crença religiosa definida, em momentos difíceis de suas vidas, costumam ter forças para enfrentar as dificuldades, o que em outras circunstâncias não conseguiriam. A crença na força provinda de Deus-pai funciona como Ego auxiliar, reforçando a estruturação psíquica. Parece que, quanto maior a fé, maior reforço recebe o indivíduo à estrutura de sua personalidade.

As dificuldades, tanto de saúde quanto sociais, são suportadas e superadas com maior facilidade quando o paciente acredita estar em sintonia com esse Deus - Pai (ou pai - Deus) todo poderoso. Durkheim (1978) considera que o fiel que se comunica com seu Deus não é apenas um homem que vê novas verdades que o descrente ignora. Ele é um homem que pode mais. Sente em si mais força, seja para suportar as dificuldades da existência, seja para vencê-las. Ele está como que elevado acima das misérias humanas, porque está elevado acima da sua condição humana. Assim sendo, parece que o paciente HIV pode encontrar na crença religiosa um grande auxílio para suportar as privações e angústias impostas pela doença.

5.6 - Fantasias sobre a causa e contagiosidade do HIV

Os pacientes acreditam ter se contaminado pelas formas conhecidas realmente mais comuns, ou seja, relações heterossexuais (P1 ; P6), homossexuais (P5 ; P7 ; P8 ; P14), transfusão de sangue (P2). Alguns pacientes alegam, como causa possível, alguns desses fatores combinados (P4 ; P9 ; P10 ; P13).

A partir do acompanhamento que fizemos no ambulatório da Universidade, com esses pacientes, percebemos que, na entrevista, pelo menos três deles não forneceram informação sobre sua condição sexual que, além daquela de homossexual, era também promiscua. P2 acredita que foi " *através de transfusão de sangue*". P12 diz apenas " *não sei* ". E P15 pensa que foi por *Droga injetável* ". A nós, foi possível constatar que os pacientes homossexuais que haviam assumido essa condição sexual perante o grupo social onde vivem, não tiveram dificuldade em relacionar seu comportamento sexual com a contaminação. Esses três pacientes (P2 ; P12 ; P15), além de não apresentarem muitas evidências de sua homossexualidade, também buscavam esconder essa informação junto a seu grupo social .

Cassens (1985), médico homossexual e portador do vírus, aponta como um dos principais medos do homossexual HIV, a perda da confidencialidade sobre sua condição sexual. Em pesquisa efetuada em 1990, Pollak, constatou que, em mais de um terço dos homossexuais estudados, nem mesmo seus parentes mais próximos

tinham conhecimento de sua condição sexual. Talvez isso ocorra porque, como mais adiante afirma o autor, o segredo e o silêncio costumam caracterizar a experiência da doença. No caso da AIDS, há uma mudança profunda na visão que o paciente passa a ter de si mesmo, porém nada deve mudar na imagem que os outros têm a seu respeito (Pg.99).

Somos de opinião que, na sociedade em que vivemos, principalmente em cidades menores, longe dos grandes centros, como Uberlândia, o paciente admitir perante o grupo social onde está inserido que é homossexual e HIV, exige no mínimo uma estrutura de personalidade bastante sólida, uma vez que a sociedade tem discriminado e estigmatizado pessoas nessas condições .

Na concepção de Goffman (1963), pode-se mencionar três tipos de estigmas. O primeiro estaria ligado às várias deformações orgânicas. No segundo, estariam incluídas as deficiências de caráter, percebidas como fraqueza de vontade, dominação ou paixão desenfreada, crenças rígidas e falsas, desonestidade. Estariam nesse grupo ainda os doentes mentais, prisioneiros, viciados em drogas, alcoólatras, homossexuais, desempregados, suicidas em potencial e pessoas com comportamento político radical. No último grupo, o estigma ocorreria em função de raça, nação, religião (Pg. 04).

Dos quinze pacientes estudados, onze relacionaram a contaminação com comportamento homossexual e/ou uso de seringas e agulhas compartilhadas. Por se tratar de símbolo relacionado com órgão sexual masculino e cópula(Ver Freud, 1916, vol.15. pgs.

179-201(1976), pensamos que o prazer auferido pela utilização de seringa e agulha compartilhadas para se drogar tem componentes de satisfação que o aproximam do prazer sexual. Assim pois, a libido empregada no uso de agulhas e seringas compartilhadas teria a mesma origem da empregada no prazer sexual.

Treze dos pacientes relacionaram a contaminação à atividade sexual - real ou simbólica. Assim, pode-se afirmar que, para esses pacientes, a atividade sexual lhes foi altamente punitiva, trazendo de maneira concreta, a questão da morte para si mesmos. Além disso, como se sabe, esses comportamentos são fruto da transgressão social e quebra da norma em busca do gozo proibido. A contaminação tem efeito semelhante ao recebimento de um justo castigo pela quebra da ordem vigente. Afinal, quem peca merece ser castigado.

Anteriormente vimos, nesse mesmo capítulo, que muitos pacientes sabiam que o comportamento sexual adotado os estava expondo à possibilidade de contaminação pelo HIV. Tal contaminação nos levou a levantar a hipótese de que esses pacientes teriam procurado na AIDS uma forma de se remediar de seus conflitos infantis.

Aqui poderia ser acrescentado que, se houve transgressão infantil, ela também continuou a existir na idade adulta. Se a quebra da norma se deu antes no contexto familiar, principalmente na relação com os pais, agora na fase adulta, isso se repete inserido no contexto social. O libertino, com sua sexualidade não dosada e normatizada, se permite a atitudes contrárias à vida e à reprodução da espécie (Machado et. Al. Pg.334,1978). Contaminar-se

parece ser a resposta superegóica para tanta transgressão. Em outras palavras, parece que a AIDS satisfaz a uma necessidade interna de busca de reconciliação. Num primeiro momento, com os primitivos objetos de amor. Depois, com o próprio grupo social.

Nos primeiros estágios do conflito edípico, o menino toma o corpo e os genitais da mãe como objeto sexual. Por ter o pai como uma ameaça à satisfação desses desejos, o menino procura destruí-lo através da mãe, uma vez que, em fantasia acredita que essa tenha o seu pênis incorporado. Seus impulsos são acompanhados de intenso ódio, pois se dá conta de que sua capacidade destrutiva não é suficiente para impedir que o pênis-pai continue a se interpor entre ele e sua mãe. O ódio e impulsos agressivos do bebê contra o pai, vão originar o medo de que o pênis pai internalizado possa destruí-lo (Klein, 1975).

Em outro trabalho em que aborda a questão da ansiedade e da culpa (Klein, 1978d), considera-os decorrentes dos impulsos agressivos e fantasias da criança contra o seu primeiro objeto de amor, tanto o externo, quanto o internalizado (Pg. 294).

Por sua parte, Grinberg(1978). afirma que da superação dos conflitos relacionados com o sentimento de culpa, dependerá, em última instância, o estado de saúde mental e físico, a felicidade e o equilíbrio.

Com os pacientes do presente estudo, a angústia gerada pela ameaça de destruição, representada pelo vírus da AIDS, em parte intensificada no contexto real da patologia, tem sua origem no comportamento sexual infantil, objeto de tantos

conflitos. A contaminação, via sexualidade, traz à tona esses conflitos, porém com intensificação da angústia, uma vez que a ameaça é real. Assim, supomos que parte do sofrimento do paciente HIV se origine desses conflitos infantis, já que, ser contaminado por um pênis, traz todo o simbolismo da confirmação do poder destrutivo e vingativo do pai-pênis mau.

A revivência dos conflitos infantis traz parte da angústia originalmente vivenciada. Em outras palavras, o pai destruído em fantasia se volta contra o seu filho com toda a sua temível fúria, através da AIDS. Com isso, o ficar doente pode ser a confirmação da não resolução dos conflitos edípicos, bem como uma busca de expiação pelos males causados em fantasia, aos seus primeiros objetos de amor e também à sociedade.

Freud [1913], no seu clássico trabalho "totem e tatu", evidencia esse processo na criança. No começo, o pai é odiado por representar um obstáculo ao anseio de poder e à realização dos desejos sexuais. Mas também é amado e admirado. Satisfeito o ódio, após tê-lo destruído e posto em prática os desejos de identificar-se com ele, a afeição, que tinha sido recalcada, se torna presente sob a forma de remorso. Um sentimento de culpa surge. O pai morto tornou-se mais forte do que o fora em vida (Pg. 171, Vol 13, 1976).

Não pode ser esquecido que o paciente que acredita ter-se contaminado por transfusão de sangue, se diferencia de outros pacientes no que se refere à culpa. Enquanto os pacientes que se contaminaram por via sexual e por uso de agulhas compartilhadas foram agentes do processo, fruto de um ato deliberado de quebra da

norma, aqueles foram apenas vítimas indefesas.

Diante da resposta à questão " de que forma acha que pode contaminar pessoas ", o que pode ser observado é que os pacientes, de forma geral, têm um nível de informação bom sobre esse assunto. As respostas dadas giram em torno das três principais formas de contaminação pelo HIV, ou seja, relação sexual, transfusão de sangue e uso de seringa e agulha compartilhada.

5.7 - Atitudes em relação ao diagnóstico

Talvez o conhecimento do diagnóstico tenha produzido alguns momentos da mais intensa angústia para a maioria dos pacientes. Pudemos constatar que, em apenas três (P5 ; P6;P12), a primeira reação foi de negação:

P5 : " O que eu fiz ? Eu fiquei tranqüilo ..." .

P6 : " Eu não liguei. Não fiz nada. Continuei a viver do mesmo jeito. Trabalhando e tentando fazer coisa que eu sempre quis " .

P12: " Nada. Foi como se não fosse comigo. Eu não fiz nada" .

Kubler-Ross (1981) considera a negação como a primeira reação de uma pessoa diante da aproximação da morte, o que na realidade não se confirma para a maioria dos pacientes estudados. A atitude dos pacientes se aproxima mais da primeira das reações apontadas por Nichols (1985) para paciente HIV, na qual haveria uma negação do diagnóstico com intensa ansiedade.

Dada a carga de angústia e incerteza que costuma acompanhar o diagnóstico do HIV, a negação, num primeiro momento, pode ser vista como uma defesa benéfica, uma vez que impede que o

paciente tenha sua personalidade desestruturada. No entanto, a manutenção desse mecanismo de defesa pode, posteriormente, lhe trazer sérios prejuízos, uma vez que adiará a busca de auxílio. Parece razoável supor que, para os pacientes que aceitaram se defrontar com a dura realidade do diagnóstico - e que foram a maioria - a estrutura de personalidade se encontrava pelo menos razoavelmente preservada. Muitos dos pacientes, diante do diagnóstico, tiveram uma reação que denota muita angústia, o que demonstra que tentaram enfrentar a realidade. Eis alguns relatos:

P1 : " Bom, de início eu fiquei um pouco desesperado. Foi um choque muito grande ...".

P4 : " Fiquei meio confusa, envergonhada perante a minha mãe...".

P7 : " ...Foi um momento muito difícil para mim ...".

P8 : " A primeira coisa que pensei foi em me matar ".

P10 : " Eu pensei: vou acabar com a minha pessoa ".

P11 : " Viajei. Fiquei desesperado e fui contar para a minha família...".

P13 : " Fiquei perturbado. Queria saber quanto tempo de

vida teria ainda ".

P15 : " No início, eu me desesperei. Desesperei. Pensei só no pior. Pensei até em suicídio...".

Desde o início, o impulso destrutivo do bebê volta-se contra o objeto e expressa-se nos ataques sado-orais, fantasiados ou reais ao seio da mãe, o que se converterá, posteriormente, em ataque generalizado (Klein, 1978a, Pg. 314). Além disso, os meninos passam de uma fixação oral de sucção ao seio da mãe para uma fixação oral de sucção ao pênis do pai. Por imaginar que sua mãe incorporou o pênis do pai, quer tomá-lo à força e seus ataques representam suas mais primitivas situações de rivalidade com ela. A incorporação do pênis do pai arrancado à força do interior da mãe, vai gerar um intenso medo de retaliação, uma vez que destruiu o corpo dela, transformando essa agressão numa fonte de profunda angústia (Klein, 1975, Pg. 314).

Em Grinberg(1978), vemos uma diferenciação entre os sentimentos de angústia, depressão e culpa. A angústia é essencialmente uma reação frente ao perigo, com a qual o ego manifesta seu desejo de sobrevivência, preparando-se para lutar ou fugir. Na depressão, ocorre exatamente o contrário: o ego se encontra paralisado por se sentir incapaz de enfrentar o perigo. A culpa é a resposta à ameaça da erupção de um impulso instintivo, que é experimentado como um perigo que o possa conduzir a satisfações proibidas na realidade.

Não somente o pênis do pai, incorporado pela mãe, mas também o próprio pai representam uma ameaça à satisfação dos desejos sexuais da criança para com a mãe. O menino deseja castrar o pai para se apoderar de seu pênis e tomar seu lugar frente à mãe, por invejá-lo, mas também deseja castrá-lo como expressão de seu ódio para com o rival poderoso.

Em busca de satisfação desses desejos, seus impulsos atingem tanto sua mãe, quanto seu pai. A angústia decorrente daí, somente estará sendo aplacada com o tempo, pela convivência com os pais, se esses mantiverem um nível de adaptação afetiva razoável com o filho. Vejamos o que diz sobre isso Melanie Klein (1975, Pgs. 320-321): " Se, paralelo com a imago dos pais combinados, as imago isoladas do pai e da mãe, sobretudo da "boa" mãe, estiverem operando com força suficiente, o crescente relacionamento do menino com seus objetos e de sua adaptação à realidade terá como resultado que suas fantasias acerca do pênis paterno no interior da mãe perderão seu poder".

A reação dos pacientes mostra que a retaliação temida produzida por seus impulsos destrutivos infantis contra o corpo da mãe e o pênis do pai, agora se concretiza em forma de HIV. A realidade acaba de lhes mostrar que o pênis paterno não perdeu sua capacidade, mas volta-se com seu poder destrutivo contra o bebê-adulto-paciente. Isso traz como consequência um possível incremento no sentimento de culpa ante as fantasias destrutivas infantis. Se a reação do pênis está sendo tão fulminante, é porque o mal causado a ele não foi pequeno. Vejamos o que diz um paciente:

P11 : "...Minha mãe já suspeitava. . Eu chorei muito. Desesperei...".

Tal realidade é fonte de profunda angústia, difícil de ser tolerada, se sentida com intensidade. É como se o objeto internalizado, antes fracionado - bom e mau-, depois vivido como uno, porém ambivalente, agora se manifestasse apenas como mau. É a angústia da morte:

P8 : " A primeira coisa que pensei foi em me matar...".

P9 : " Eu saí, comecei a beber, comecei a usar drogas em excesso, tentei o suicídio por enforcamento ...".

P10 : " Eu pensei : Vou acabar com a minha pessoa...".

P15 : " No início, eu me desesperei. Desesperei. Pensei só no pior. Pensei até em suicídio ".

Segundo Pichon-Riviere (1988), geralmente o suicídio é relacionado com a posição depressiva. Considera, contudo, que o suicídio está mais vinculado à situação paranóide: Trata-se de um crime interno, da destruição do objeto internalizado, último recurso utilizado para controlar e aniquilar o objeto interno perseguidor. Em outras palavras, o suicida não conta com sua própria morte, mas com a eliminação e aniquilamento do objeto interno perseguidor (Pg. 41).

Um dos pacientes, diante do perigo representado pelo HIV, volta-se para si mesmo, numa busca de proteção, já que o objeto externo se mostrou tão destrutivo:

P2 : " *Me recolhi para dentro da minha casa. Não quis nem saber de sair para a rua. Eu fiquei dentro de casa. Até hoje eu não saio...* ".

Outro paciente, diante de tão fulminante retaliação, quer saber o quanto ainda vai viver:

P13 : " *Fiquei perturbado. Queria saber quanto tempo de vida teria ainda* ".

Na questão seguinte - O que significa para você ser portador do vírus da AIDS - cada paciente fala de suas fantasias sobre a intensidade esperada da destrutividade da retaliação. Alguns pacientes parecem buscar novamente a resolução do conflito infantil. Na primeira etapa, ódio e impulsos destrutivos da criança para com o seio-mãe e pênis-pai maus. Na segunda etapa, medo de ser retaliado por esses objetos danificados. Na etapa seguinte, já adulto, retaliação dos objetos destruídos temidos, confirmada através do HIV. Na última etapa-atual-, busca de recomposição e reconstrução do objeto amado danificado. Vejamos o que diz um dos pacientes:

P1 : " *...Significa...Em termos de pessoa não mudou nada.* "

Agora a nível espiritual, digamos que eu aceite como uma prova. Uma provação. Um teste, digamos assim ".

Para outros pacientes, a recomposição do objeto destruído internalizado parece ser buscada em ganhos na qualidade de vida, acompanhada de um sentimento de resignação masoquista frente à retaliação vivida como merecida:

P2 : " Significa... Foi triste quando eu soube. No começo, antes, eu era curioso para saber como era. Hoje eu sou portador e estou vivendo a experiência. É por isso que hoje, com essa doença eu sou mais feliz do que eu era antes. Estou sendo mais feliz do que antes. Tudo bem que ela é uma doença contagiosa, mas ela me trouxe muita coisa boa também ".

P5 : " Significa que agora eu aprendi a viver, né. A gente vai vivendo e aprendendo ... Então o HIV foi uma coisa que mudou a minha vida. Minha vida antes eu tinha que trabalhar, estudar, ficar às vezes até tarde nas festas. Hoje não. Hoje eu já sou uma pessoa mais tranqüila ...".

P14 : " No momento eu achei que ia morrer, mas resolvi lutar. Com o vírus comecei a repensar os meus valores. É difícil afirmar isso, mas é mais gostoso ser HIV positivo pelos novos questionamentos que me trouxe. Sei que a AIDS é grave, mas não estou doente. Hoje consigo sentir prazer pelas pequenas coisas. É bom viver. Esses sentimentos raramente ocorriam

anteriormente. Hoje estou mais vivo que antes. Se morrer amanhã, morro feliz porque hoje valorizo a minha vida ".

Às vezes, porém, o paciente vive a retaliação como tão intensa que não sente possível a resolução do conflito, sobrando como alternativa, apenas a destruição :

P4 : " Ser portador do vírus é tudo de ruim ".

P9 : "... Então eu, naquela solidão eu saí, bebi muito, me droguei bastante, e cheguei em casa, tomei banho, me droguei novamente, bebi, droguei de novo, bebi, novamente me droguei, depois bebi mais. Ai em pensei assim: Eu já curti muito essa vida, curti demais essa vida. Agora ela não tem mais sentido não. Ai eu peguei uma corda. Na frente da casa da minha mãe tem, onde eu moro, uma árvore. Amarrei a corda na árvore. Tem um banquinho que meu pai fez quando eu era menino. Eu subi em cima dele. Amarrei a corda no pescoço , me pendurei, chutei o banco e fiquei pendurado. Ai durante aquele período, quando eu comecei a me agonizar mesmo, que vi que eu estava morrendo mesmo, aí a corda arrebentou e eu caí no chão. Naquele momento, eu comecei a respirar novamente. Saia muito sangue pelo meu pescoço e corria muito sangue pelo corpo assim. Ai naquele momento eu voltei para dentro de casa, tomei banho, bebi mais, me droguei de novo, deitei na cama e dormi...".

Ainda um comentário sobre esse depoimento. Em determinado momento o paciente diz : " Na frente da casa de minha

mãe tem, onde eu moro, uma árvore. Amarrei a corda na árvore. Tem um banquinho que meu pai fez quando eu era menino. Eu subi em cima dele. Amarrei a corda no pescoço, me pendurei, chutei o banco e fiquei dependurado...". Como se sabe, a árvore tem simbolismo materno, uma vez que, como essa, também dá a vida produzindo frutos. Assim, parece claro que o paciente relaciona sua tentativa de suicídio aos seus conflitos infantis- "*um banquinho que meu pai fez quando eu era menino...*"-, diante de seus primeiros objetos de amor e ódio. Foi pendurado na árvore-mãe que busca se matar, depois de perder a sustentação afetiva do pai.

As características de cada paciente continuam a se manifestar à medida que vão falando de si mesmos. Um dos pacientes parece ter conseguido se recompor com o objeto mau-destruído-perseguidor. Possivelmente, a psicoterapia analítica que empreendeu nesse período o tenha ajudado:

P13 : "*Eu fiquei seis meses totalmente deprimido, imobilizado, deprimido. Depois comecei a retomar por ajuda de terapia e dos amigos. Consegui readquirir o desejo de viver*".

Uma das conseqüências mais funestas no campo social aos pacientes, sem dúvida se relaciona com a questão do trabalho. Quando o paciente trabalha como empregado, e sua condição de HIV fica conhecida na empresa, com freqüência sua permanência aí se torna insustentável. Nove dos pacientes informaram que não estavam trabalhando, apesar de nem sempre relacionarem o desemprego com o fato de ser HIV. Eis alguns relatos:

P3 : " Não estou trabalhando. Eu sempre trabalhei como auxiliar de produção. Mas está muito difícil arranjar emprego ".

P5 : " Eu não estou trabalhando...Me encostaram por causa do HIV e estou agora encostado (licenciado pelo INSS por questão de saúde). E na época, quando o meu patrão soube disso, queria me dar as contas e então praticamente eu ia receber uma miséria que não ia dar para nada...".

P7 : " Não trabalho porque em parte tem a ver com a AIDS...Quando o pessoal da firma, onde eu trabalhava, ficou sabendo, houve uma confusão muito grande. Pessoas deturparam o assunto, fizeram comentários maldosos. Então acharam por bem que eu me afastasse temporariamente " .

Um dos pacientes se antecipa à empresa temendo que, ao ser descoberto que é HIV, possa ser demitido:

P2 : " Eu não estou trabalhando. Eu tenho cisma que no serviço alguém vai descobrir que eu estou com aquilo e eles me mandarem embora. Em tenho medo de trabalhar por isso, mas bem que eu tenho vontade de trabalhar ".

Dos pacientes que informaram que estavam trabalhando, três são autônomos (P6 ; P8 ; P13) e não têm o problema da discriminação social. Dois (P10; P14), dizem que as pessoas no trabalho não sabem que são HIV e um deles (P15), passou a

trabalhar em uma floricultura. Seu patrão sabe que é HIV, mas o empregou exatamente por isso, uma vez que participa de um grupo de apoio aos pacientes HIV.

P15 : " Sim, eu trabalho em uma floricultura. O meu patrão sabia que eu era HIV positivo antes de me empregar. Aliás ele me empregou para me ajudar. Ele gosta de ajudar pessoas com problemas".

5.8 - Doenças ocorridas devido ao HIV

As respostas dos pacientes se dividem quando são interrogados sobre possíveis doenças ocorridas depois do diagnóstico do HIV. Oito deles afirmam nunca ter ficado doentes. Os outros sete informam terem tido algum distúrbio, depois que souberam do diagnóstico, apesar de nem sempre relacionar o problema com o HIV. As doenças mais comuns relatadas pelos pacientes foram: pneumonia, hepatite, bronquite e tuberculose. Os sintomas mais freqüentemente relatados foram: falta de ar, queda de cabelo, dor de cabeça, febre, enfraquecimento, nódulos no pescoço e perda de peso.

Como pode ser observado, os pacientes estão bastante conscientes de suas dificuldades orgânicas, uma vez que muitas dessas doenças e sintomas costumam acompanhar o paciente com HIV. Além disso, chama a atenção o fato de, pelo menos a metade deles terem fornecido informações de que tinham estado doentes.

Todo paciente HIV assintomático não tem maiores transtornos orgânicos e pode levar uma vida perfeitamente normal, se possuir estrutura psíquica para isso. Em outras palavras, antes de desenvolver qualquer doença que se relacione com o HIV, a qualidade de vida se relaciona com a sanidade mental do paciente e não com conseqüências orgânicas do vírus. Há complicação, sob o aspecto da saúde, exatamente quando começam a aparecer as primeiras doenças relacionadas com o HIV. O que pode ser observado

nesses pacientes é a existência de um grande temor de que possam desenvolver doenças como consequência do vírus. Isso torna presente, mesmo no período em que estão saudáveis organicamente, a angústia da morte. Assim, poder-se-ia esperar que fossem tentados a não fornecerem informações sobre doenças decorrentes do HIV, uma vez que essas lembranças lhes acentuariam as angústias daí decorrentes. Entendemos esse procedimento do paciente ao relatar as doenças tidas, apesar da angústia que isso provoca, como uma manifestação de sua aceitação resignada das primeiras consequências reais de seus atos. Essa atitude se aproxima da terceira fase pela qual passa o paciente HIV, apontada por Nichols(1985), chamada de fase de aceitação, em que o paciente se permite conviver com as limitações que a AIDS impõe à sua vida. Essa atitude de aceitação também é descrita por Kubler-Ross(1985) em pacientes terminais.

Além disso, entendemos esse comportamento como expressão da necessidade interna de elaboração das angústias provocadas pela síndrome. Falar de suas doenças, admitir estar desenvolvendo a AIDS, ao mesmo tempo em que traz presente medos e conflitos primitivos de morte, hostilidade, culpa, retaliação, também permite que esses mesmos sentimentos temidos possam ser elaborados. Às vezes, no entanto, o paciente tem dificuldades em suportar a dor e tenta se proteger dela, buscando desqualificar seus problemas. P5, por exemplo, diz que não teve nenhuma doença depois que soube do HIV, " *somente dor de cabeça, febrezinha, coisinha assim*".

5.9 - Tratamento e atitudes em relação ao tratamento(se houve)

Sete dos pacientes informam que receberam algum tipo de tratamento no hospital da Universidade. Desses, quatro(P2, P7, P12, P15) afirmaram ter gostado do tratamento que tiveram.Vejamos o que dizem esses pacientes:

P2 : *"Eu me tratei sim. Não tenho queixas do tratamento. Tratam a gente muito bem. Acho que não tem tratamento melhor aqui na cidade do que o da medicina(Universidade).Eles tratam a gente como se a gente fosse um deles. Um parente deles. Tem carinho, toda a preocupação com a gente".*

P7 : *" Eu fiz o tratamento correto durante oito meses.Sarou o problema. Eu achei o tratamento muito bom..."*.

P12 : *" Foi ótimo o tratamento que eu recebi aqui na Universidade. O hospital X foi horrível. Quase morri".*

P15 : *" O tratamento que eu fiz foi bom ".*

Poderia ser perguntado por que o paciente P2 viveu o período do tratamento de forma tão positiva,, com um relacionamento tão familiar com a equipe do hospital.

A reação que as pessoas, principalmente leigas, têm tido

diante de pacientes com AIDS e a própria doença, se relaciona a, pelo menos, dois fatores. No primeiro, interfere a questão da informação. Quanto mais informação a pessoa detiver sobre um determinado tema, melhores condições reúne para lidar com ele. Mas nos parece que o mais importante relaciona-se ao segundo fator, ou seja, à questão emocional. Possuir informações pode ser totalmente inócuo, se a pessoa não reunir condições emocionais que lhe permitam agir de maneira humana e real diante do problema. Além disso, a questão emocional costuma sofrer forte pressão social, o que pode facilitar, mas que frequentemente dificulta ao sujeito lidar com um tipo de problema como a AIDS.

Já tivemos oportunidade de relatar anteriormente que, alguns atendentes de enfermagem do hospital de clínicas da Universidade, nem sempre têm dispensado uma atenção adequada ao paciente, além de manter atitudes diferenciadas.

P2 informou que se contaminou por transfusão de sangue. O comportamento de alguns atendentes tem sido mais tolerante e amigável do que com outros pacientes cuja contaminação se deu por comportamento não aceito socialmente, como no caso de homossexuais e usuários de drogas.

Ao mesmo tempo em que esses últimos (homossexuais e drogaditos) são vistos como culpados, os pacientes que se contaminaram por transfusão de sangue são protegidos como vítimas. (Ver Cassens, 1985). Possivelmente, um sentimento de pena e compaixão é que tenha sido o responsável por essa relação quase familiar entre o paciente e membros da equipe.

O que foi observado acima nos leva a questionar as

estatísticas oficiais que informam estar aumentando o número de pessoas se contaminando por via heterossexual. As informações oficiais sobre a contaminação são fornecidas pelos próprios pacientes e, muitas vezes, se torna quase impossível checar sua veracidade. Como consequência as informações dos pacientes passam a ser aceitas como verdadeiras. No entanto, é necessário que se leve em conta que, diante do problema da discriminação social, o paciente prefira apontar um meio de contaminação que o comprometa menos diante do grupo social. Indiscutivelmente, informar que a contaminação se deu por transfusão de sangue, ou por comportamento heterossexual, diminui a possibilidade de estigma social.

Nem sempre, no entanto, o paciente sente ter recebido a atenção e o apoio que acredita estar necessitando:

P9 : " O tratamento que eu fiz foi bom. Se a gente está numa fase de deformação, de decaimento muito forte, eles apoiam. Mas falta muita coisa ainda. Se a gente chega mal, eles só atendem e mandam para a casa, sem medicamento, sem coisa alguma. Só com uma receita".

O paciente reclama uma maior atenção humana. Mas não poderíamos deixar de comentar o emprego de dois termos: "Deformação" e "Decaimento". Por se tratar de paciente HIV, certamente está se referindo às consequências que vê para o seu problema.

Anteriormente, nos referimos à AIDS, principalmente nos pacientes que se contaminaram por via sexual e uso de seringas

compartilhadas, como uma confirmação da retaliação de seu primitivo objeto de amor. O pênis do pai, primeiro desejado, depois destruído em fantasia, se transforma no pênis mau que na AIDS concretiza seu poder retaliador. Quando o paciente fala de "Deformação" e "Decaimento", referindo-se a si mesmo, parece estar colocando em palavras os estragos que acredita ter esse objeto incorporado, produzido no seu próprio corpo. No entanto, na fantasia do paciente, apenas se sente apoiado pela equipe médica quando está numa fase muito ruim, o que nos permite supor que somente o objeto vivido como destruidor oferece esperança de recomposição, e que somente se pode aplacar depois de ter produzido muito estrago - deformação e decaimento.

Um outro paciente viveu uma experiência distinta:

P13 : *" Eu fiquei internado dezessete dias. Não achei bom o atendimento. Tem um problema sério, que é social. Ofereceram para mim um quarto com um paciente terminal com meningite e eu não aceitei. Me colocaram então sozinho, mas logo em seguida colocaram um outro paciente terminal que vomitava. Era canceroso, etc.. Não se pode colocar um paciente bem, com paciente terminal. Vi que aquele seria o meu fim. Mas resolvi ajudar. Levava-o ao banheiro, limpava o vômito".*

Como se poderia entender esse gesto humanitário em um paciente com problemas tão sérios, num momento particularmente difícil? Parece que ele mesmo dá a pista : *" Vi que aquele seria o meu fim".* Cuidando de um paciente tão debilitado em fase

terminal, se defrontava com um momento particularmente difícil pelo qual sabia ter que passar. Além disso, expressava seu desejo de não ser abandonado quando estivesse naquele estado.

Diante da questão " como tem visto o atendimento que a medicina tem dado ao paciente com HIV? ", apenas três pacientes informaram não gostar dos atendimentos. Os outros treze fazem descrições muito positivas. Vejamos alguns depoimentos:

P3 : " Eu acho bom em vista de muitos lugares que eu vejo falar. Aqui é um bom lugar".

P4 : " Ótimo. Não tenho nada a reclamar".

P5 : " Eu vejo assim: São pessoas muito bacanas...Aqui o pessoal que trabalha na medicina compreende. Você já chega e já é bem recebido. Você já é conhecido. Você conversa aqui quando tem vontade de conversar...".

P6 : " Eles dão muita atenção para a gente. Não tem discriminação. Eu gosto daqui. Eu acho até que tem um profundo diferencial dos outros. Por exemplo, cada vez que eu preciso vir aqui, eu sou atendido imediatamente. Não fico esperando. Quando eu preciso de camisinha (Preservativo masculino), eles sempre me fornecem. Então eu acho que de certa forma, eu sou até um privilegiado. Eu acho que tenho vantagens no atendimento pelo fato de ser HIV positivo".

De fato, os pacientes do ambulatório de AIDS são os únicos na universidade que têm tido esse atendimento diferenciado. Se não marcam consulta, são atendidos mesmo assim. As consultas são feitas dentro dos horários estabelecidos. São fornecidos preservativos masculinos de látex, sempre que o paciente deles necessita. Esses mesmos pacientes, quando precisam consultar em outra especialidade, freqüentemente, dormem em longas filas para poder marcar a consulta. Parece que o problema da AIDS produziu na equipe médica um sentimento distinto daquele existente para outros pacientes. Pensamos que esse comportamento não se deve à gravidade da AIDS, uma vez que existem outras doenças tão graves quanto essa, cujos pacientes não são diferenciados. Parece que as características dessa doença é que propiciam esse comportamento. A AIDS, como se sabe, assumiu o papel de doença maldita, antes reservado ao câncer. Além disso, tem sido uma ameaça não somente ao paciente, mas à equipe também, uma vez que algumas de suas formas de transmissão estão associadas a comportamentos sociais. Supomos que cuidar bem do paciente HIV, além do aspecto de compaixão e pena, traduz também a angústia vivida pelo profissional de saúde em conter o avanço da epidemia, a ameaça que isso representa e assim proteger-se e aos seus. Quando o médico protege o paciente, cuida bem de sua saúde, parece estar satisfazendo sua necessidade de se proteger e proteger as pessoas de sua família. Isso parece de acordo com o pensamento de Telis(1986), segundo o qual, a escolha da profissão médica poderia se relacionar com a esperança e necessidade de curar e trazer de volta pessoas queridas que, consciente ou inconscientemente ele

perdeu. Seus enfermos podem confundir-se com seus familiares ou com ele próprio (pg.29).

Além disso, parece ser também uma maneira encontrada para lidar com sua impotência. Dentre todas as especialidades médicas, talvez a infectologia seja a que possua os melhores instrumentos terapêuticos para seus doentes, através dos antibióticos. Isso pode ter facilitado a crença, tanto por parte da sociedade, como do próprio médico, de seu poder sobre a doença. A AIDS desnudou essa crença e expôs novamente a condição humana do médico ao se manifestar praticamente invulnerável a qualquer instrumento terapêutico existente. Diante da própria incapacidade, e exposto à sua real condição, o médico acaba tendo que reconhecer para si e para o doente que não pode fazer quase nada, e sua angústia de impotência se manifesta numa atitude de pai protetor: já que não pode salvar, que pelo menos o paciente morra em paz.

Por outro lado, essa quase unanimidade dos pacientes em se sentirem bem atendidos no ambulatório da Universidade, pode estar expressando a necessidade de segurança para continuar a ter esperança. Como se sabe, a medicina, e principalmente o médico, tem sido objeto de uma relação com os doentes, no mínimo de onipotência. Essa relação, em muitos momentos, tem sido favorecida pela maneira como os médicos lidam com a doença e com o paciente. Gostar dos atendimentos, sentir-se privilegiado, pode estar reestabelecendo parte da crença na capacidade onipotente do médico. Isso pode não mudar a realidade, mas certamente vai funcionar como um sedativo para a angústia causada pela insegurança produzida pela doença, e pelas limitações da medicina.

Alem disso, como aponta Telis(1986), o paciente pode estar fazendo o jogo do médico por pressupor que para ser bem atendido, tem que ser um "bom paciente", não criar problemas, não fazer perguntas em demasia, não emitir juízo crítico(Pg. 76).

No entanto, quando o paciente raciocina, levando em conta os limites da medicina para enfrentar a AIDS, pode se desesperar. Vejamos o que diz um dos pacientes:

P13 : " Pelo fato da AIDS não ter cura, parece que a medicina e os médicos não se preocupam muito com o paciente. Sei que tem paciente que está bem de saúde...Eu tenho tomado vacinas em S. Paulo e estou bem. Colegas meus que positivaram na mesma época já morreram. Eu estou bem. Será que não é efeito da vacina? Os médicos não sabem disso? Só sabem do AZT? Mas eu não tomo. Basta ler a bula".

Esse paciente teve um agravamento de seu quadro alguns meses depois da entrevista e morreu.

5.10- Conhecimento do prognóstico psicológico

O prognóstico do HIV, como se sabe, não é bom. No atual estágio de desenvolvimento da medicina, diante desse problema, os pacientes sabem que, mais cedo ou mais tarde, irão adoecer gravemente e que a ciência não dispõe de recursos que impeçam o avanço destrutivo do vírus. Certamente o futuro reserva para cada um desses pacientes surpresas desagradáveis que sabem não terão como evitar. Dessa maneira, a insegurança e ameaça que o futuro representa, certamente é fonte de intensa angústia, tornando muito difícil os planos pessoais de vida. Diante de futuro tão incerto e doloroso, nada mais natural que o paciente busque fugir dele. Como todos os pacientes, na época das entrevistas estavam relativamente bem de saúde, o presente estava se manifestando bem mais tolerante e agradável do que podiam supor seria o futuro. Pensar o futuro a partir do presente, se caracteriza como uma defesa tranquilizadora.

Pelo menos oito pacientes(P1, P3, P4,P6, P7, P10, P11, P12) procuraram manifestar uma expectativa de normalidade quanto ao futuro, pelo menos semelhante ao bem estar vivido no presente. Vejamos alguns dos relatos:

P1: *"...Acho que vai correr normal...pelo fato de eu estar saudável eu estou tranquilo..."*.

P3: " Eu acho que vai ser a mesma coisa: Normal...".

P4: " Até agora foi normal...tento fazer tudo normal...".

P6: " Para mim vai continuar a ser como era antes. Eu vou continuar trabalhando. Fazer o que eu quero...".

P7: " Não sei o que será, mas pretendo que seja normal como está sendo hoje...".

P10: " Vai ser normal...".

P11: " Vou levar normal...".

P12: " Quero que seja normal, saudável...".

Uma vez que, como dissemos anteriormente, o futuro traz sérias ameaças de morte, podemos entender os depoimentos desses pacientes como a expressão do desejo, fruto da fantasia, de que o futuro seja exatamente aquilo que não acreditam venha a ser. É um desejo onipotente que ajuda a diminuir os níveis de angústia. Não pensar no futuro de maneira realística, e em suas conseqüências, permite que possam viver melhor o presente, pelo menos enquanto sérios problemas de saúde não os fizerem defrontar compulsoriamente com as questões adiadas.

P1: " ...Eu vou vivendo o momento presente".

P2: "...Bom, eu sou uma pessoa que, mesmo depois de estar doente, eu nunca fui de pensar muito no que eu vou fazer no futuro, só penso no presente..."

P11: " Não sei. Eu não gosto de planejar. As coisas devem acontecer naturalmente".

Aqui também vemos presente o mecanismo de negação. Alguns pacientes, logo depois de manifestarem o desejo de que o futuro seja normal, deixam, no entanto, escapar um grande temor por esse mesmo futuro. Em outras palavras, o mecanismo de negação não consegue ser adequadamente eficiente. P1, por exemplo, depois de ter afirmado acreditar que sua vida, dali para a frente, seria normal acrescenta:

P1: "...Eu sei que pode perfeitamente mudar a partir do momento em que eu passar a ter alguma doença".

O mesmo acontece com outros dois pacientes(P4 e P11):

P4: "...Até aqui foi normal. Espero que o que tiver que vir não seja tão doloroso. Tento fazer tudo normal. Procuro não lembrar, porque dá raiva, revolta".

P11: " Vou levar normal. Não vou ficar andando pela rua de noite. Vou procurar levar normal, mas não vai ser normal porque os preconceituosos vão fazer muita coisa para atrapalhar".

Quatro pacientes (P2, P5, P14, P15), preferem enumerar as mudanças que estão ocorrendo em suas vidas, que relacionam com o HIV:

P2: "Isso aí(HIV) mudou muito a minha vida. Nunca mais eu vou ser aquele que eu era antes. Eu vou ser sempre uma pessoa com medo..."

P5: " A minha vida agora mudou bastante..."

P14: " Totalmente diferente".

Na questão seguinte-Quais são suas expectativas de vida?-, fica mais evidente a relação AIDS- Futuro- Morte, e o pavor que isso representa:

P3: " Eu acho que o HIV vai encurtar a minha vida. Mesmo que a gente não queira pensar, acho que a gente pensa. Eu tenho medo de ficar doente de uma hora para a outra. Cair na cama..."

P4: " Não sei. Eu sei que estou condenado à morte. Se eu ficar muito ruim, eu preferiria morrer rapidinho. Mas se for como eu estou hoje, quero viver mil anos. Meu medo é se eu ficar ruim. Como as pessoas vão me tratar, principalmente a minha família. Se me rejeitarem vai ser uma barra mesmo".

P5: " Para eu viver? Quanto tempo eu tenho de vida? Eu

tenho medo de morrer. Nossa senhora....Eu tenho muito medo de morrer. Eu adoro essa vida. Eu tenho muito medo de morrer, mas no início, quando eu fiquei sabendo do resultado do meu exame, eu pensei que ia morrer de um dia para o outro. Pensava que era assim, sabe..."

P9: " *Nenhuma. Depois que eu descobri sobre esse problema, eu acho que eu espero qualquer hora tombar numa cama, sem apoio e ficar na pesada, sofrendo muito, ou ficar sozinho igual eu luto e sem apoio de ninguém*".

Os depoimentos de outros pacientes vão na mesma direção. A questão da morte está sempre associada ao futuro. No entanto, não é novidade essa relação futuro-morte, uma vez que todo ser vivo- e com isso o ser humano também- tem sua morte estabelecida dentro desse futuro. O que pode ser perguntado é o que estaria existindo de diferente para o paciente HIV? porque as pessoas, de forma geral, não procuram relacionar seu futuro com a morte e o paciente HIV o faz? pensamos que a diferença se dá a partir de, pelo menos, dois fatores: culpa e tempo de vida.

Anteriormente, já tivemos oportunidade de assinalar que quase todos esses pacientes viveram a contaminação pelo HIV como consequência de seus atos. Em outras palavras, sabiam que o comportamento que tinham, principalmente a nível sexual e consumo de drogas, poderia ter como consequência a AIDS. O próprio paciente foi o agente ativo de sua contaminação. Como

consequência, ele se sente responsável por ter o vírus que pode levá-lo à morte. Essa preocupação não costuma acompanhar outras pessoas diante da morte, quando essa é consequência do ciclo de vida. Todos vão morrer e o sujeito se sente apenas vítima desse determinismo biológico. O ato de pensar na morte como um acontecimento presente, tem, em parte, suas raízes na própria realidade, onde muito pacientes com AIDS morrem prematuramente. Mas satisfaz também a uma necessidade de expiação. É como se o paciente se impusesse um sofrimento(masoquista) para poder aliviar a própria culpa.

Evocando a questão da culpa edípica levantada pela psicanálise, poderíamos dizer que a necessidade de sofrimento é tanto maior, quanto maior for a crença do paciente em sua capacidade destrutiva frente seus primeiros objetos de amor. O sentimento de culpa surge em forma de remorso. O pai destruído em fantasia se torna mais forte que o fora vivo(Conferir Freud [1913] Totem e tabu, Pg. 171, 1976).

O segundo fator que facilita a relação futuro-morte para o paciente HIV, se relaciona com o tempo de vida. Isso está fortemente apoiado pelas evidências da vida real. Todos os pacientes do presente estudo são relativamente jovens. A realidade tem-lhes mostrado que o HIV, e com ele a AIDS, tem interferido no processo biológico natural, antecipando a ocorrência da morte. Esse episódio que, em circunstâncias normais se daria em idade avançada, agora é antecipado. O que era previsto apenas para um futuro distante, agora é esperado num futuro presente.

Alguns pacientes ainda procuram na fantasia o refúgio para

a angústia imposta pela realidade:

P12: " Acredito que vou ultrapassar os sessenta anos. Se não sarar do HIV, pelo menos vai paralisar".

P14: " Acho que o exame vai negativar com o tempo. Eu vou sarar..."

P15: " Antes de mais nada, eu espero a cura. Tenho muita fé na cura..."

5.11- Relação Médico - Paciente

Apenas quatro pacientes não acharam adequada a forma como o médico, ou membro da equipe, forneceu a informação sobre o diagnóstico (P9, P10, P14, P15). Vejamos o que diz o primeiro deles:

P9: " Eu achei humilhante, muito forte, uma coisa que só quem é portador sente, uma coisa como se você se sentisse leproso, aidético".

Esse depoimento traz três palavras chaves, ou seja, "humilhante", "leproso", "aidético". Por que se sentiria o paciente humilhado ao receber o diagnóstico de HIV? Humilhar significa vexar, rebaixar, abater. Além disso, o ato de humilhar requer sempre o que humilha e o humilhado. O paciente se sente humilhado pelo médico, quando esse o informa sobre seu diagnóstico. E esse sentimento é consequência da significação do HIV. Fruto do imaginário do paciente: "*Leproso*" e "*Aidético*".

Durante muito tempo, a lepra foi elevada à condição de doença maldita, filha mais velha da morte, enquanto o leproso tinha um significado único: era portador do perigo e, ao mesmo tempo, digno de caridade, compaixão. Sua solidão era como a solidão da morte e devia despertar a mesma solidariedade que os mortos(Machado et al., Pgs.72-82, 1978). Lepra também é

decomposição, perda. Ter AIDS parece ser isso tudo. Ser HIV parece ser vivido pelo paciente como um passaporte para a viagem compulsória ao mundo dos mortos. Viagem sem retorno.

Se a AIDS pode ser comparada à hanseníase no aspecto social, o mesmo não pode ser dito quanto à questão clínica, porque o quadro evolutivo patológico é bastante distinto. Como, no aspecto clínico, não existe correspondência no real, essa no entanto se dá ao nível do imaginário do paciente, ou seja, a AIDS é vivida como algo que decompõe, desestrutura, ameaçando a integridade física e mental.

Já um outro paciente(P10) vive na relação médica aquilo que é apontado por Telis(1986) como sendo a necessidade de o médico encontrar respostas para as suas perguntas, tornando-se insensível às necessidades do paciente. O mesmo problema também é assinalado por Souza(1991), ao afirmar que em sua prática clínica " não permitia ao doente que falasse sobre sua doença, dirigindo a entrevista com perguntas do tipo sim / não. Dessa maneira, a anamnese era " facilitada", mas o entendimento do paciente enviesado" (Pg. 5).

P10: " *Era muita conversa para cima de minha cabeça. Não é fácil escutar. A sala não era apropriada e havia muita conversa e com pouca utilidade. Se pergunta muito, mas não se resolve nada*".

Onze dos pacientes classificaram com adjetivos positivos a forma como se sentiram informados sobre o diagnóstico. Os termos mais empregados foram " adequada", "boa", "ótima". Observando outros

trechos da entrevista, foi possível constatar que, em muitos momentos, alguns pacientes fazem sérias queixas sobre a relação médica. Como aqui a questão versa exclusivamente sobre o fornecimento do diagnóstico pelo médico, alguns pacientes podem ter vivido essa experiência de modo diverso dos outros atendimentos. No entanto, poderia ser pensado também que essas respostas positivas tenham sido encobridoras e defensivas.

Foi possível observar anteriormente que os pacientes, em sua maioria, tiveram uma experiência profundamente angustiante, quando souberam que tinham o HIV. A não ser quando o paciente tem necessidade de elaborar essa angústia e se dispõe a isso, ele não tem interesse em revivê-la, uma vez que o faz sofrer. Respostas tais como : " *Achei adequada*" (P3, P7); " *Achei ótima*" (P4); " *Achei boa*" (P11, P12, P13), nos parecem destituídas de seu conteúdo emocional. São encobridoras de sentimentos negativos internos (angústia, medo, tensão, ansiedade). Por outro lado, defendem e protegem a estrutura psíquica de forças tão ameaçadoras.

Respostas semelhantes foram fornecidas quando são questionados sobre os atendimentos no ambulatório. Os termos mais empregados são: " *Bons* " (P1, P3, P4, P7, P10, P12, P13, P14). " *Ótimos*" (P2, P5, P8, P9). " *Muito bons*" (P6). Todos os pacientes classificaram o atendimento de maneira positiva. O termo mais distante empregado foi " *Razoável*" (P15).

Apesar de inúmeras deficiências, o atendimento proporcionado aos pacientes com HIV talvez pudesse receber tal classificação. Mas entendemos isso de maneira distinta. Mesmo diante de toda a impotência e incapacidade da medicina, e como consequência dos

médicos, diante da AIDS, aí são depositadas, no entanto, as esperanças do paciente, possivelmente por falta de outra opção melhor. No real, ele sabe que a medicina não pode fazer muito pelo seu problema. Mas, para manter a esperança, lança mão do imaginário, onde busca a crença na capacidade onipotente do médico. Sentir-se bem atendido, reestabelece a crença de "estar melhorando".

Muitos desses pacientes têm vida social e familiar bastante atribulada. O sentimento de compaixão e pena, muitas vezes experimentado pelos profissionais da saúde para com esses pacientes, aliado a um atendimento diferenciado, facilita um processo de transferência paterna na relação médica. Considerar bons os atendimentos, apesar de nem sempre esses terem sido vivenciados assim, mantém uma relação positiva com o profissional de saúde, expressando uma necessidade de resolução dos conflitos edípicos. Afinal de contas, se houve pecado, há culpa e essa exige expiação, purificação.

Na relação médica, mesmo quando nenhuma das partes está se dando conta, esse conflito se faz presente. A crença na onipotência médica aproxima esse profissional da figura do pai idealizado, poderoso, deificado e temido. Assim, nos parece que uma atitude protetora da relação, e do próprio médico, visa a favorecer o vínculo e a facilitar a resolução dos conflitos primitivos.

Na questão seguinte isso parece mais uma vez se confirmar. Quando interrogados se "acreditam que a medicina pode livrar-los do vírus?", dez deles informaram que acreditam. Ora, se

a vingança paterna se volta contra o filho agressor de maneira tão fulminante-AIDS, é porque o mal praticado foi muito grande, com muita culpa e, portanto, o castigo é merecido. Isso certamente alivia o sentimento de culpa e pode ajudar a entender porque alguns pacientes melhoraram a qualidade de vida, depois que souberam que tinham o vírus. Como nos ensina Freud [1913], se o castigo é a morte, é porque o crime foi um homicídio. E pela lei do talião, um homicídio só pode ser expiado pelo sacrifício de outra vida. "E se este sacrifício de uma vida ocasionou essa expiação para com o Deus-Pai, o crime a ser expiado só pode ter sido o homicídio do pai" (Pg. 182-183, Vol 13, 1976).

Acreditar, ter esperanças de que a medicina, através do médico poderá curar a AIDS, expressa o desejo do paciente de se reconciliar com esse pai e elaborar a própria culpa. Não importa muito se vier a morrer. O que interessa é que esse sentimento decorrente dos impulsos hostis possa ser elaborado, culminando com a reconciliação, porque só ela pode permitir que o paciente viva e morra em paz. Vejamos alguns depoimentos:

P2: " *Eu acredito. Quando surgir algum remédio, os doentes vão ser os primeiros a serem chamados. Eu tenho fé em Deus que, quando chegar esse remédio, vou estar vivo para ser curado*".

P3: " *Tenho esperança de que a medicina vai descobrir algum remédio*".

P4: " *Eu tenho esperança. Quero que seja rápido, porque*

senão pode ser tarde".

P5: " *Pode...E eu acho que em breve eles vão conseguir encontrar a cura e aí vai todo o mundo ficar bom da doença, viver outra vida melhor...*".

P11: " *Acredito. Pelo menos retardar a doença*".

P12: " *Acredito que sim porque Deus é grande*".

P14: " *acho que sim. Com as pesquisas, vão encontrar algum remédio*".

Alguns pacientes, no entanto, não têm mais esperança de que poderão se sair dessa. A nível psicanalítico, parece significar que, como decorrência do mal praticado, a culpa é muito grande, não deixando espaço para qualquer possibilidade de reconciliação. A culpa os matará através da AIDS:

P6: " *Eu não sei. Antes eu tinha expectativa...Mas eu não acredito que consiga(a medicina) resolver esse problema, pelo menos para mim*".

P8: " *Não. Não tem jeito. Esse é como uma coisa que a ciência nunca vai conseguir livrar*".

P9: " *Não*".

Outro paciente (P10), dá o veredicto final:

P10: *"Não. quem vai me salvar desse doença perpétua é Deus. A medicina apenas evita de ter danos maiores".*

A relação, quase familiar, com a equipe de saúde novamente é relatada, quando indagados se acreditam serem tratados diferentemente dos outros pacientes que não são HIV. Pelo menos, é o que se pode deduzir do relato de quatro deles:

P2: *"Não. Eu acho que o tratamento é igual. Não, ao contrário. Nós temos mais carinho ainda".*

P3: *" Acho que um pouco sim. Parece que eles têm mais amor pela gente, mais cuidado".*

P6: *" Eu acho que sim. Acho que sou melhor atendido".*

P15: *" Sou. Às vezes, eu sinto nos olhos das pessoas o carinho ou a dó, apesar de que eu odeio que tenham dó de mim".*

Um dos pacientes(P14), se queixa da relação médica, vivenciada como destituída de sensibilidade humana:

P14: *" Não. Mas acho que falta calor humano na relação".*

Em um dos mais belos trabalhos a que tivemos acesso,

referente à relação médico-paciente, Souza(1991) assinala o despreparo médico para lidar com o humano que existe em cada paciente: " Minha geração de médicos, preocupada prioritariamente com a técnica, esqueceu-se do lado humano, aliás não ensinado adequadamente no curso de medicina" (Pg. 4). Mais adiante, acrescenta: " Há uma alta percentagem de pacientes que dizem o que sentem, mas não são entendidos na sua simplicidade, não conseguem ser ouvidos. Falam uma linguagem que o médico não capta, porque estão vivendo num mundo em que as coisas acontecem muito mais pela proximidade humana do que da técnica" (Pg. 19).

Prosseguindo os depoimentos, nove dos pacientes acreditam que os membros da equipe de saúde não têm medo de se contaminar com eles. Seria de se esperar que pessoas treinadas para lidar com o paciente HIV, de fato tivessem conhecimento das formas de transmissão e obviamente soubessem, que no atendimento médico, não existe qualquer possibilidade de contaminação. No entanto, as respostas desses nove pacientes não revelam a atitude dos profissionais de saúde, mas a crença, fruto do imaginário. O relato é a experiência do paciente, independente da atitude médica. Com raras exceções, os membros da equipe evitam deixar transparecer seus reais sentimentos sobre o paciente e sua doença. Assim, independentemente de corresponder aos fatos, essa crença é fruto da experiência pessoal do paciente.

Acreditar que o outro não se sente ameaçado por seu mal, é limitar seu próprio poder destrutivo. Em outras palavras, é como se dissesse para si mesmo: " *Se a patologia que eu tenho não ameaça o outro, é porque ela não é tão destrutiva assim*". Isso aplacaria

a crença na intensidade da resposta retaliativa do pai, facilitada também pela condição de HIV assintomático, pelo menos para muitos deles. Como consequência, nova diminuição da culpa, com condições favoráveis para a elaboração de angústias edípicas. Uma melhora na qualidade de vida pode ser consequência da exteriorização desse processo. Eis alguns relatos:

P1: " Bom, se têm não demonstram , né...".

P2: " Eu acho que não. Todos são super legais".

P6: " Não. Eles não têm medo".

P7: " Não que eu tenha percebido até agora".

P8: " Não. Pelo jeito que tratam a gente, a gente vê que não têm medo...".

P11: " Não. Acho que sou bem atendido".

P12: " Não. Se têm, não deixam transparecer".

Para outros pacientes no entanto, existe a crença de que a sua patologia é vivenciada como ameaçadora pelo outro, o que pode estar denotando culpa muito grande:

P3: " Não. Bem, para falar a verdade, alguns têm sim...".

P5: " Às vezes sim. A gente percebe, mas às vezes é bobeira da gente"...".

P10: "É lógico que têm, pelo modo de trabalhar, bem protegido. Auxiliam, mas têm medo de pegar pelo bafo ou espirro...você não tem medo de se contaminar comigo (falando para o pesquisador).

P15: " Acho que sim. Talvez pelo jeito de agir, pelo olhar".

Na questão sobre possível mudança no comportamento com os membros da equipe de saúde, um dos pacientes dá uma resposta humana, extremamente comum na relação familiar triangular:

P9: " Não. Meu relacionamento com eles sempre foi sincero, puro. Nunca menti para eles".

Outro paciente dá a seguinte resposta:

P8: " Só houve uma mudança. Eu não gosto de tirar a roupa para ser examinado".

Esse paciente é homossexual passivo e nessa condição já teve oportunidade de tirar a própria roupa diante de outro homem. Como entender então sua dificuldade em tirar a roupa para ser examinado? Invocamos a psicanálise.

A relação pai-filho / mãe-filho se torna presente na relação médica com todos os conflitos daí decorrentes. Anteriormente, nos referíamos à AIDS sendo vivida pelo paciente como uma retaliação do pai. Despir-se diante do médico, no simbólico, é desnudar-se diante do pai. Não tanto no aspecto orgânico, mas no afetivo. Tirar a roupa simboliza retirar as próprias defesas que permitirão ao pai enxergar através de. Nessa hora, seus sentimentos e segredos mais proibidos poderiam estar sendo desnudados diante do pai, ficando vulnerável à retaliação (esse paciente, de todos os que já atendemos até hoje, é o que mais reclama do atendimento médico).

5.12- Influências da condição de HIV sobre a vida familiar e social.

Todos os pacientes têm algum parente próximo que sabe do diagnóstico. A única exceção é o paciente P14 que preferiu não contar para que " eles não sofressem ou atrapalhassem".

A partir do raciocínio psicanalítico que desenvolvemos anteriormente, o paciente precisa se aproximar das figuras edípicas reais - pai e mãe, ou simbólicas -os membros da equipe, em busca de elaboração da culpa e resolução dos conflitos primitivos. Contar para a família - principalmente para o pai e a mãe-, parece satisfazer o desejo de mostrar a eles que está disposto a lidar com os conflitos surgidos na relação. Manifesta também uma certa resignação com o castigo, vivido como merecido, uma vez que se volta para a proteção do algoz. Se o pecado foi cometido com o pai, somente ele pode aplacar a culpa. Vejamos alguns relatos:

P3: " *A minha família sabe. Eu mesmo contei*".

P4: " *Sim. Eu contei*".

P5: " *Sabe. Eu contei, mas não foi para todos*".

P7: " *Toda a família sabe...*".

P9: " Todos eles sabem. Eu mesmo contei".

P10: " Minha mãe, meu pai e meus irmãos. Eu contei".

P11: " A minha mãe sabe...Fui eu mesmo que contei".

P12: " Sabe. Eu que contei".

P13: " Sim. Eu contei".

P15: " Sim. Eu mesmo cheguei e contei para o meu pai e minha mãe. Eu achava que eles deviam saber".

Quando são interrogados sobre o relacionamento com os familiares, pelo menos onze pacientes informam que está bom ou que melhorou:

P1: " Normal. Raramente, a gente fala sobre a doença, né".

P3: " Normal. Não separaram nada. Tudo continua normal".

P4: " Muito bom. Sou mais amado do que antes...".

P5: " Bom demais...Êles passaram a ser mais queridos comigo.Mais amáveis. Mais cuidadosos e preocupados".

P6: " Agora o relacionamento é bom. Acho que me protegem

mais do que no começo".

P7: " *Muito bom. Continua super normal. Acho que até melhor do que antes. Passaram, de certa forma, a me tratar melhor*".

P12: " *Está bom. Me sinto mais amado ainda do que antes*".

P13: " *Está bom. Eu sou muito amado*".

P15: " *Mudou. Mudou para melhor. Eu sinto eles mais perto de mim. O meu pai sempre me condenou por eu ser homossexual. Com dezessete anos, eu saí de casa, depois de uma briga física com eles. Eu sou nervoso. Eu sempre assumi que sou homossexual. Acho que, quando contei que sou aidético, foi muito para ele. (O paciente é HIV assintomático). Ele falou horrores. Eu fiquei calado. Passei uma fase muito difícil. Foi uma das fases mais difíceis da minha vida. Mas depois eu fui chegando nele (O pai), ele em mim. Hoje nos amamos muito. Eu preciso dele agora mais do que nunca*".

O que pode ser observado nesses depoimentos é um clima de reconciliação com busca de reparação. O filho ferido de morte se aproxima do agressor-pai por ser esse o único que pode perdoá-lo. Em determinado momento, P15 faz um depoimento onde fica claro esse processo:

P15: " *Eu sinto muita falta deles (os pais). Eu sei que vou*

perdê-los. Eu não vou ter eles pelo resto da vida. Mas agora, mais do que nunca, eu queria ficar junto com eles até o último instante. Eu não sei quem vai primeiro. Mas se eu ficar doente e tiver que sofrer, eu quero ficar junto com eles até o último instante".

Melanie Klein [1952], chama a atenção para duas formas principais de ansiedade: A ansiedade persecutória e a depressiva. A ansiedade persecutória tem sua origem na posição esquizoparanóide, vivida pelo bebê nos seus primeiros meses de vida, com a cisão do primeiro objeto - o seio materno. Vincula a ansiedade persecutória e o ódio ao seio frustrador (mau) e o amor, a confiança, ao seio gratificador (bom). Além disso, essa ansiedade persecutória se traduziria no medo do aniquilamento do ego. A ansiedade depressiva está relacionada com o dano causado aos objetos amados, internos e externos pelos impulsos destrutivos do bebê. O objeto bom é danificado, sofre, e encontra-se num estado de deterioração. Converte-se em mau objeto. É aniquilado, está perdido e nunca mais aparecerá. Com isso, a ansiedade depressiva está intimamente relacionada com a culpa e a necessidade de fazer reparações. (Pg:302, 1978d).

Os pacientes HIV, depois de relatarem o problema à família, muitos deles tiveram a relação melhorada, com uma maior aproximação e afeto. Pensamos que essa atitude tem componentes oriundos da posição depressiva. A situação estaria favorecendo o sentimento de reparação, não somente para o paciente, mas também para os pais, possibilitando para todos a elaboração das angústias

relacionadas com a posição depressiva.

O que encontramos nessa pesquisa não confirma certo saber difundido pela imprensa leiga de que o paciente HIV é rejeitado pela família, tão logo essa passa a ter conhecimento do diagnóstico. Como pôde ser visto acima, a maioria dos pacientes não teve a relação familiar prejudicada pela condição de HIV. Pelo contrário, muitos deles tiveram a relação melhorada.

Quanto aos vizinhos e amigos, nem sempre a atitude do paciente foi semelhante à que teve com seus familiares. Pelo menos, seis deles preferiram não compartilhar a informação com amigos e vizinhos. Um deles (P1) diz que é por medo de preconceito:

P1: " Não. Pelo menos que eu saiba. Eu preferi não contar, com medo de enfrentar o preconceito. Eu vou correr o risco de ser aceito ou não. Então eu preferi não contar, porque quem tem que tomar esse cuidado, sou eu , né. Quem não levará a transmissão adiante sou eu".

P3: " Não. Ninguém sabe. Somente a minha família".

P6: " Não... Eu acho que tem pessoas ignorantes demais. Por mais que a gente tente explicar essa verdade, eles não conseguem entender...".

P10: " Não. Não sabem".

P12: " não sabem. Sabem apenas que eu tive pneumonia e que estou com baixa resistência".

P15: " Não. Eu evito o máximo comentar com amigos e vizinhos".

Alguns pacientes, no entanto, relataram que seus amigos e vizinhos ficaram sabendo, através de outras pessoas:

P5: " Muitos sabem. Souberam através de uma funcionária do hospital".

P9: " Sabem. Todos sabem. Eles ficaram sabendo através de uma enfermeira que trabalha aqui na medicina (Universidade). Ela começou a contar para o meu patrão. Depois para uma cunhada minha que contou para os vizinhos".

P11: " Sabem. Procuram me evitar. Não vão mais lá em casa. A cidade é muito pequena onde eu moro e as pessoas ficaram sabendo".

Pelo menos nove dos pacientes informaram que não se sentem condenados por parte dos outros por ser HIV. Uma vez que grande parte deles teve a contaminação originada de comportamentos socialmente condenados- homossexualidade e uso de drogas, era de se esperar que a maioria estivesse se sentindo condenada.

Antes de tudo, parece importante diferenciar o ato de

alguém condenar a outrem , a crença de estar sendo condenado e o condenar a si próprio. Parece que nem sempre o paciente faz essa distinção:

P1 : " Não. Não sinto não. Mas as pessoas condenam o portador do vírus. Não sei, se por medo, ou insegurança. Mas de alguma forma condenam. No meu caso não porque não sabem...".

P2 ; " Não. Não foi culpa minha e de ninguém. Então eu não me condeno".

P4 : " Às vezes, eu me condeno porque poderia ter evitado".

P13 : " Já senti por parte de alguns uma tentativa de colocar culpa afirmando: Por que não se cuidou? Por que foi louco? Até parece que eu sabia".

Analisando, com maior cuidado, as nove respostas que informam não se sentir o paciente condenado por parte dos outros, vemos que, pelo menos em cinco delas, o paciente dá uma outra resposta à questão (P1, P2, P5, P12, P15) :

P5: " Não. Às vezes eu sinto porque esse pessoal é muito preconceituoso e ignorante...".

P12: " Não. Eu não sinto porque as pessoas não sabem".

P15 : " Não. Eu sou uma pessoa normal e levo a minha vida normal".

Com isso, apenas quatro deles informam que se sentem condenados, o que poderia nos levar a pensar que os outros onze poderiam, de alguma maneira, conviver com esse sentimento.

Na questão da discriminação, os pacientes também dão respostas em que confundem "ser discriminado" com " se discriminar":

P1 : " No início, com a falta de informação, eu senti sim. Eu me via como o último. Mas isso era um sentimento meu. Eu que me sentia discriminado, não que eles me discriminassem...".

P10 : " Eu não penso isso. Se eles pensam, tudo bem. Eu vou para a igreja. Vou me batizar nas águas e Deus vai tirar tudo de mim. Assim, se eu morrer, meu corpo morre, mas a minha alma eu vou salvar".

P14 : " Eu não. Mas sinto que o mais grave na AIDS não é biológico, mas psicológico, social e político. A sociedade não quer assumir o seu lado patológico, homossexual. Então quer que os homossexuais morram para se livrar de sua própria homossexualidade. Não sei se sou homo de fato, ou se vou continuar a agir como homo. Mas sei que, se a minha mente é saudável, meu corpo será saudável. Tenho prazer em pequenas coisas. Quero ser saudável. Ajo de forma saudável. Minha mente coordena o meu corpo.

Se a AIDS não tomou conta da minha mente, eu mantenho a doença sob controle. Minha mente pode destruir o vírus".

Cinco pacientes alegam que não se sentem discriminados pelas pessoas, enquanto outras cinco têm esse sentimento. P8 se sente discriminado pela família, porém não pelos amigos.

É muito comum na imprensa leiga a informação de que o paciente HIV é discriminado. Talvez isso se constitua uma meia verdade. Parece que a sociedade, de fato discrimina o paciente HIV por, de maneira irracional, se sentir ameaçada, pelo risco que representa. No entanto, quando a doença ou mesmo o risco, estão personalizados na figura de algum amigo e/ou vizinho, nem sempre isso ocorre. Talvez um sentimento de compaixão e pena possa ajudar na aceitação. Além disso, a presença da doença em figura tão próxima pode trazer nessas pessoas o temor de que possam também algum dia ter o mesmo problema, e não gostariam de ser discriminadas.

VI- Conclusão

6.1-Comentários

Antes de alaborarmos esta conclusão, procuramos ler outras conclusões de pesquisas com tema semelhante. Para nossa surpresa, constatamos que o conteúdo expresso pelos autores era muito semelhante. Nesta conclusão, tentamos não ser repetitivo.

O vírus do HIV e com ele a AIDS impõe uma profunda mudança na vida de seus portadores. Essa necessidade é tão grande que muitos pacientes, durante pelo menos algum tempo, se recusam a lidar com a realidade. Cada paciente tem sua própria história para contar.

Apesar de na superfície muitos dados fornecidos pelos pacientes serem semelhantes, na profundidade, eles são muito diferentes porque refletem a história de cada um. Nem mesmo a morbididade do vírus da AIDS tem tido força para alterar isto: o processo evolutivo é diferente para cada paciente, o que nos força a encontrar algumas das respostas para a doença não mais no vírus, mas nas características do sujeito.

Se por um lado existe a evolução clínica em cada paciente com o passar do tempo, fruto da intercorrência de uma série de fatores, alguns dos quais pouco conhecidos, por outro lado existe o aspecto humano, a reação da pessoa diante dos problemas clínicos e também sociais.

Aprendemos com a psicanálise que a base de nossa sanidade mental se alicerça nas relações afetivas com os primeiros objetos

de amor e ódio. Na discussão dos depoimentos dos pacientes, tentamos entendê-los a partir desse princípio. Com isso, a reação do paciente ante os problemas decorrentes do vírus, certamente é reflexo do nível de elaboração desses primeiros conflitos. A partir disso, podemos afirmar que os pacientes que conseguem lidar com os novos problemas de maneira adequada, possuem níveis mais baixos de angústia envolvidos com os ambivalentes sentimentos infantis.

A amostra que estudamos, se caracteriza por pessoas cujos comportamentos freqüentemente são condenados a nível social e familiar. Além disso, pode-se deduzir que as atuais dificuldades dos pacientes, principalmente a nível sexual e uso de drogas, seja uma consequência das dificuldades pessoais emocionais primitivas. Assim, poderia parecer lógico supor que esses pacientes, por já anteriormente lidarem com dificuldades afetivas, tivessem essas dificuldades agravadas com os novos problemas.

Apesar de às vezes poder a suposição acima ser verdadeira, nem sempre é o que ocorre. Para conseguir sobreviver aos problemas pessoais e principalmente aos de origem social, essas pessoas desenvolveram uma série de defesas. O dia-a-dia da maioria dos homossexuais e drogaditos é muito difícil, e os que sobrevivem a isso, é porque demonstraram capacidade para lidar com questões complexas. Quando o vírus da AIDS acaba sendo incorporado ao seu cotidiano, os pacientes lançam mão dos recursos que já possuem.

De forma geral, pudemos perceber que os pacientes tiveram uma melhora na qualidade de vida depois que souberam do diagnóstico. Ou pelo menos uma oportunidade de repensar seus

próprios valores.

6.2-Análise das hipóteses

Na primeira hipótese afirmávamos que os pacientes HIV tinham mais a forma da evolução da doença e suas conseqüências sociais, do que sua letalidade. Pensamos que o material clínico estudado forneceu suporte à hipótese levantada. Parece ter havido uma certa racionalização do tipo "eu iria morrer de qualquer jeito" como defesa contra as angústias da morte. Muitos deles, no entanto, demonstraram sérias preocupações com o relacionamento afetivo familiar, as amizades, a vida social e profissional. Outros ainda expressaram medo de sofrer muito com a doença, como o observado nesses depoimentos:

P3 : " Acho que o HIV vai encurtar a minha vida. Mesmo que a gente não queira pensar, acho que a gente pensa. Eu tenho medo de ficar doente de uma hora para outra. Cair na cama..."

P4 : " Não sei. Eu sei que estou condenado à morte. Se eu ficar muito ruim, eu preferiria morrer rapidinho. Mas se for como estou hoje, quero viver mil anos. Meu medo é se eu ficar ruim. Como as pessoas vão me tratar, principalmente a minha família. Se me rejeitarem, vai ser uma barra mesmo".

P9 : " Depois que eu descobri sobre esse problema, eu acho que eu espero qualquer hora me tombar numa cama, sem apoio e ficar

na pesada, sofrendo muito ou ficar sozinho igual eu luto e sem apoio de ninguém".

Na segunda hipótese de trabalho, afirmávamos que o vírus da Aids em pacientes provenientes de grupos cujo comportamento é recriminado socialmente - homossexuais e drogaditos- é vivenciado como uma doença merecida, por sentirem culpa.

A resposta da maioria dos pacientes parece não confirmar essa hipótese. Afinal, quando indagados se se sentem culpados por serem HIV, a primeira palavra usada por treze dos quinze pacientes foi "não". No entanto, a psicanálise nos auxiliou a suspeitar dessa resposta. Mais do que isso, nos permitiu verificar que esse "NÃO", mais do que significar uma negativa, antes de tudo escondia um "SIM". Com isso, depois de uma análise mais profunda feita à luz da psicanálise, percebemos que o material clínico traz elementos que fortalecem a confirmação da hipótese.

Na terceira e última hipótese, afirmávamos que, como decorrência de uma reorganização dos seus hábitos, há uma melhora na qualidade de vida do paciente com o vírus da AIDS quando esse se permite aceitar o diagnóstico e continuar a viver. Essa parece ter sido a hipótese cujos depoimentos forneceram maiores subsídios que sinalizam sua confirmação. Todos os pacientes, de forma geral, tiveram na doença uma oportunidade de reorganização de vida, reavaliação de valores e aproximação afetiva.

Talvez a mais evidente conclusão que se possa tirar do presente estudo é que a dor e o sofrimento trazidos pelo vírus, não foram em vão. Mesmo o paciente que tentou o suicídio, um ano

depois da tentativa, nos disse numa reunião com outros pacientes que não repetiria o que fez.

6.3-Sugestões

Muitas sugestões poderiam ser explicitadas a partir do estudo efetuado. Com certeza, o leitor terá condições de identificar muitas das sugestões possíveis. Gostaríamos de nos ater no que se refere à relação médico paciente.

Pudemos constatar, no desenrolar desse estudo, que o paciente HIV positivo passa por um período, que pode ser longo, sem qualquer manifestação de doenças, uma vez que o vírus permanece inativo no organismo do sujeito. Desde o diagnóstico, e enquanto essa fase durar, clinicamente o paciente é completamente saudável, não necessitando, sob o aspecto orgânico, de maiores cuidados.

A grande necessidade do paciente se manifesta através de seus conteúdos psicológicos. A angústia provocada pelo diagnóstico do HIV+ é muito intensa, e em muitos momentos se confunde com a angústia da morte.

O que pudemos observar, no desenvolvimento da presente pesquisa, bem como em todos esses anos que trabalhamos com os paciente HIV+, numa equipe multidisciplinar, é que a atenção médica é orgânica. O médico tem formação organicista e busca nos pacientes possíveis distúrbios nessa área. Não que isso também não seja importante. Mas entendemos que a questão psicológica precisa ser seriamente relevada pelos médicos.

A angústia que o paciente sente diante do novo problema que está enfrentando, o impulsiona não a trabalhá-la diretamente, mas a buscar auxílio médico para se certificar de que esteja bem. Com isso, freqüentemente, no momento em que o paciente mais precisa de auxílio psicológico, ele não procura um psicólogo ou psiquiatra, mas o médico. Assim pois, acreditamos que a melhor ajuda que o médico pode dar ao paciente desde o diagnóstico, e enquanto durar a fase assintomática, é psicológica.

O paciente, de forma geral, empresta à figura do médico, pelo menos parte da onipotência, que em fantasia, também emprestou a seu pai. A fantasia possui a capacidade de transformar o outro naquilo de que o sujeito necessita. O paciente transforma o médico num pai todo poderoso porque, para resolver seus problemas, necessita de alguém com essas características. E a figura de um pai, antes de tudo, é afetiva, compreensiva. O paciente, mesmo quando o profissional de saúde não saiba, busca no atendimento uma relação de amor. Antes de um técnico, ele busca um pai, uma mãe.

Sabemos que a formação médica nem sempre fornece, de maneira satisfatória, condições para que o profissional consiga lidar com as dificuldades psicológicas dos pacientes. Talvez aí se possa fazer a primeira sugestão: Que o profissional médico, se não o possuir, procure desenvolver condições mínimas para abordar questões psicológicas com o paciente, e poder auxiliá-lo.

Em função do acima exposto, é inútil sugerir que se redobre o cuidado com os atendimentos efetuados por estudantes (estagiários, internos e residentes).

6.4-Considerações finais

Um benefício importante que tiramos desse trabalho é de foro pessoal. Poucas vezes, tivemos oportunidade de crescer tanto em tão pouco tempo, como em contato com a experiência-muitas vezes sofrida, outras alegre- dessas pessoas. Se antes já dispúnhamos de recursos internos que nos permitiam lidar de maneira humana com o sofrimento alheio, essa experiência permitiu que pudéssemos lapidar essa sensibilidade para saber ouvir, entender o sofrimento, podendo utilizar a angústia envolvida na dor, para que o outro possa sorrir. A ambivalência de amor e ódio com nossos primeiros objetos de amor, que tanto marca nossa infância, nunca nos abandona. Em alguns momentos, domina o amor, em outros, o ódio. Quase sempre é a vida que nos impulsiona, mesmo quando não nos damos conta de que viver é caminhar em direção a nossas origens.

IV-BIBLIOGRAFIA

- ABADI, M. En torno de la muerte. In: Abadi, M. et al. *La fascinación de la muerte*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1973.
- ABRAMS, D. I. et al. Cuidados de rotina e apoio psicossocial ao paciente com a Síndrome de Imunodeficiência adquirida. *Clínicas Médicas da América do Norte* 3: 747-760. S. Paulo. Traduzido pela Interamericana, 1986.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DSM III-Manual *Diagnóstico Y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1983.
- APPLEY, M. H. and TRUMBULL, R. *Psychological stress*. New York. Appleton Century Crofts. Division of Medidich Publishing Company, 1967.
- ARIES, P. *História da morte no ocidente da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
- ARIES, P. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro. Francisco Alves, Vol I, 1981.
- AUGRAS, M. Prefácio in: Glat, R: *Somos iguais a vocês*. Rio de Janeiro. Editora Agir, 1989.
- BAHNSON, C.B. and BAHNSON, M.B. Role of the Ego defenses: Denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Annals of New York Academy Sciences*, 164: 827-845, 1969.
- BARLING, N.R. and MOORE, S.M. Adolescents attitudes towards AIDS precautions and intentions to use condoms. *Psychol Rep.* 67(3-1): 883-90, 1990.

- BARROS, A. J. P. e LENFELD, N. A. S. *Fundamentos de metodologia*. S. Paulo. Ed Mac Graw-Hill, 1982.
- BASTIDE, R. *Sociologia das doenças mentais*. S. Paulo. Companhia Editora Nacional, 1967.
- BAUM, A. and NESSLHOF, S.E.A. Psychological research and the prevention, etiology and treatment of AIDS. *American Psychologist* 43(11): 900-906, 1988.
- BAYER, R. y GOSTIN, L. Aspectos legales y éticos relativos al SIDA. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 108(5-6): 473-488, 1990.
- BENNETT, J. Helping people with AIDS live will at home. *Nursing Clinics of North America*, 23(4): 731-748, 1988.
- BION, W.R. *Estudos Psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro. Imago Editora, 1988.
- BION, W.R. *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro. Imago Editora, 1973.
- BLEGER, J. *Temas de psicologia - Entrevista e grupos*. S. Paulo. Martins Fontes, 1980.
- BORYSENKO, J. *Cuidando do corpo, curando a mente*. Rio de Janeiro. Ed. Record, 1987.
- BRANDT, E. N. Implications of the Acquired Immunodeficiency Syndrome for Health Policy. *Annals of Internal Medicine*, 103: 771-773, 1985.
- CAMARGO, A. M. F. *Histórias de vida: A AIDS e a sociedade contemporânea*. Tese de Doutorado em Educação. UNICAMP. Campina, 1991.
- CAMPBELL, C. A. Women and AIDS. *Soc. Sci. Med.* 30(4): 407-415, 1990.

- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. S. Paulo. Ed. Cultrix, 1986.
- CASSENS, B. J. Social consequences of the Acquired Imunno deficiency Syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 103: 768-771, 1985.
- CASSORLA, R.M.S. Lidando com AIDS: Uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional. In: CASSORLA, R.M.S.(Coord.) *Da Morte - Estudos Brasileiros*. Campinas(S.P.), Papirus Ed., 1991.
- CASTRO, K. G. et al. Síndrome da Imunodeficiência adquirida: Epidemiologia e fatores de risco de transmissão. *Clínicas Médicas da America do Norte*, 3: 673-687. S. Paulo. Tradução da Editora Interamericana, 1986.
- CASTRO, B. A. et al. HIV heterogeneity and viral pathogenesis. *AIDS*, 2(supl 1) : S17-S27, 1988.
- CASTRO-PEREZ, R. Aspectos psicossociales del SIDA: Estigma y Prejuicio. *Salud Publica Mex.* 30: 629-634, 1988.
- CAVALCANTI, M. C. T. *Conversando com a pessoa a ser amputada: Uma contribuição à psicologia médica*. Tese de Doutorado em Saúde Mental - UNICAMP, 1991.
- CHAPMAN, R.M. Doctors and Dyung (Editorial). *JAMA*, 266(17): 2430-2431, 1991.
- CHEVALIER, J. e GHEERBRANT, A. *Dicionário de Símbolos*. R.J., José Olímpio, 1989.
- CLAVREUL, j. *A ordem Médica*. S. Paulo, Ed. Brasiliense, 1983.
- COHEN, S.I. Woodoo Death, tne Stress Response and AIDS. In: Bridge, T. P. *Psychological, Neuropsychiatric, and substance abuse aspects of AIDS*. New York, Raven Press, 1988.
- COSTA, L. M. e MELLO FILHO, J. Assistência psicológica ao paciente

- com AIDS. *Inform. Psiq.* 6(2): 41-46, 1987.
- COSTA, L.M. ; LIMA, C.Q.; MELLO FILHO, J. Grupo terapia com pacientes HIV positivo(AIDS). *Inform. Psiq.* 8(3): 97-103, 1989.
- CREMA, R. *Introdução a visão holística*. S. Paulo. Summus Editorial, 1989.
- D'ASSUMPÇÃO, E. A. *Os que partem e os que ficam*. Belo Horizonte, Ed. O Lutador, 1987.
- DION, L. D. and BLALOCK, J. E. Neuroendocrine properties of the Immune system. In: Bridge, T. P. et Al. *Psychological, Neuropsychiatric and substance abuse aspects of AIDS*. New York, Haven Press, 1988.
- D'OLIVEIRA, M. M. H. *Ciência e pesquisa em psicologia*. S. Paulo. Ed. EPU, 1984.
- DURKHEIM, E. *As formas elementares da vida religiosa*. S. Paulo. Abril Cultural, 1978.
- FERRARI, A. T. *Metodologia da pesquisa científica*. S. Paulo. Mac. Graw Hill, 1982.
- FENICHEL, O. Y OTROS *Psicologia Profunda del caracter*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1968.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2a. edição, 1981.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I A vontade de saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1984.
- FREUD, S. [1910] *Leonardo Da Vinci e uma lembrança da sua infância*. Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol 11. Rio de Janeiro. Ed. Imago, 1976.
- FREUD, S. [1913] *Totem e tabu*. Ed. Standard Brasileira das Obras

- Psicológicas completas de S. Freud. Vol. 13. Rio de Janeiro. Ed. Imago, 1976.
- FREUD, S.[1914] *Sobre o narcisismo: Uma introdução*. Ed. Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Vol 14, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976.
- FREUD, S.[1915] *Nossa atitude para com a morte*. Ed. Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Vol.14, Rio de Janeiro. Ed. Imago, 1976.
- FREUD, S.[1916a] *A Teoria da libido e o narcisismo*. Ed. Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Vol. 16, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976.
- FREUD, S.[1916b] *Alguns tipos de caracter encontrados no trabalho psicanalítico- Criminosos em consequência de um sentimento de culpa(111)*. Ed. Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Vol 14, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1976.
- FREUD, S.[1916c] *Conferências Introdutórias sobre psicanálise*. Ed. Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Vol 15. Rio de Janeiro. Imago Editora, 1976.
- FREUD, S.[1916d] *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. Ed. Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de S. Freud. Vol 16. Rio de Janeiro. Imago Editora, 1976.
- FREUD, S.[1917] *Luto e Melancolia*. Ed. Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de S. Freud. Vol 14 R. J. Imago Editora, 1976.
- FREUD, S.[1920] *A Psicogênese de um caso de homossexualidade numa mulher*. Ed. Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Vol. 18. Rio de Janeiro, Ed. Imago,

1976.

FREUD, S. [1922] *Alguns mecanismos neuróticos no ciúme na paranóia e na homossexualidade*. Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. R. J. Imago Editora, 1976.

FREUD, S. [1925] *A negativa*. Ed. Standard Brasileira das obras psicológicas Completas de S. Freud. Vol 19. Rio de Janeiro. Ed. Imago, 1976.

FREUD, S. [1928] *Uma experiência religiosa*. Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de S. Freud. Vol. 21. Rio de Janeiro, Ed. Imago , 1976.

FRIEDMAN, S.B.; GLASGOW, L.A.; and ADER, R. *Psychosocial factors modifying host resistance to experimental infections. Annals of New York Amcdemy of Sciences*, 164: 381-393, 1969.

FRIERSON, R. L. and LIPPMANN, S. B. Psychologic Implications of AIDS. *AFP*, 35(3): 109-116, 1987.

GARMA, A. Los suicidios. In: Abadi, M. Et Al. *La fascinacion de la muerte*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1973.

GLASER, R. and GLASER, j. K. K. Psychological influences on Immunity. *American Psychologist* 43(11): 892-898, 1988a.

GLASER, R. and GLASER, J.K. Stress-associated Immune supression and acquired Immune Deficiency Syndrome(AIDS. In : Bridge, T.P. et al. *Psychological, Neuropsychiatric, and substance abuse aspects of AIDS*. New York, Raven Press, 1988b.

GLASER, J.K. and GLASER, R. Major life changes chronic stress, and Immunity. IN: Bridge, T.P et al. *Psychological, Neuropsychiatric and substance abuse aspects of AIDS*. New York, Raven Press,

1988c.

- GLAT, R. *Somos iguais a vocês - Depoimentos de mulheres com deficiência mental*. Rio de Janeiro. Ed. Agir, 1989.
- GOFFMAN, E. *Stigma - Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey (EUA). Prentice-Hall Inc., 1963.
- GOTTLIEB, M. S. Aspectos Imunológicos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e o Homossexualismo. *Clinicas Médicas da América do Norte*, 3: 698-702. S. Paulo. Tradução e publicação pela Ed. Interamericana, 1986.
- GRINBERG, L. *Culpa y depression: estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós, 1978.
- HECKLER, M. M. The challenge of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 103: 955-656, 1985.
- HEIMANN, P. Certas funções da introjeção e da projeção no início da infância. In: Klein, M.; Heimann, P.; Isaacs, S.; Riviere, J. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro. Zahar Ed., 1978.
- HEIN, K. Mandatory HIV testing of youth (Editorial). *JAMA*, 247(18): 2569-2570, 1982.
- HOLLAND, J. C. and Tross, S. The Psychosocial and neuro psychiatric sequelae of the Acquired Immunodeficiency Syndrome and related Disorder. *Annals of Internal Medicine*, 103: 760-764, 1985.
- HORSBURGH, JR, C. R. et al. Duration of human immune deficiency virus infection before detection of antibody. *The Lancet*, September, 637-639, 1989.
- IMAGAWA, DT ; LEE, MH ; WOLINSKY, SM et al. Human Immunodeficiency

- virus Type 1 infection in Homosexual men who remain seronegative for prolonged periods. *N. Engl. J. of Medicine*, 320: 1458-1462, 1989.
- JUNKER, B. H. *A importância do trabalho de campo*. Rio de Janeiro, Editora Lidaador, 1971.
- KASTENBAUN, R. e AISENBERG, R. *Psicologia da Morte*. S. Paulo, Ed. Concisa, 1983.
- KAVETSKY, R. E.; TURKEVICH, N. M. BALITSKY, K. P. On the Psychological mechanism of the organism's resistance to tumor growth. *Annals New York Academy of Sciences*, 164: 932-945, 1969.
- KERLINGER, F. N. *Metodologia da pesquisa em ciências sociais. Um tratamento conceitual*. S. Paulo. EDUSP, 1980.
- KLEIN, M. [1921] *Contribuições à psicanálise*. S. Paulo. Ed. Mestre Jou, 1981.
- KLEIN, M. [1932] *Psicanálise da criança*. S. Paulo. Ed. Mestre Jou, 1975.
- KLEIN, M. ; RIVIERE, J. [1937] *Amor, ódio e reparação*. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1975.
- KLEIN, M. [1946] Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Klein, M.; Heimann, P.; Isaacs, S.; Riviere, J. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1978a.
- KLEIN, M. [1946] Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: Klein, M.; Heimann, P.; Isaacs, S.; Riviere, J. *Os progressos da psicanálise*. R. J. Zahar Ed., 1978b.
- KLEIN, M. [1946] Sobre a observação do comportamento dos bebês. In:

- Klein, M.; Heimann, P.; Isaacs, S.; Riviere, J. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 1978c.
- KLEIN, M.[1952] Sobre a teoria da ansiedade e culpa. In: Klein, M.; Heimann, P.; Isaacs, S.; Riviere, J. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro. Zahar Ed. , 1978d.
- KOK, L. P.; HO, M. L.; HENG, B. H.; ONG, Y. W. A psychosocial study of high risk subjects for AIDS. *Singapore Med. J.* 31(6): 573-82, 1990.
- KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. S. Paulo. Ed. Martins Fontes, 1981.
- KUBLER-ROSS, E. *AIDS - O desafio final*. S. Paulo, Ed. Best-Seller, 1988.
- LADRIÈRE, J. *A articulação do sentido*. S. Paulo, Ed. E.P.U. EDUSP, 1977.
- LAURELL, A. C. *Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiologia social*. México. Texto mimeografiado, 1976.
- LAURELL, A C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, E. D. (Org.) *Medicina social: Aspectos históricos e teóricos*. S. Paulo, Global, 1983.
- LEVY, J. A.; KAMINSKY, L. S.; MORROW, W. J. W. et al. Infection by the retrovirus associated with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann. Intern. Med.* 103: 694-698, 1985.
- LEVY, J. A. The Human Immunodeficiency Virus and its Pathogenesis. *Infections Disease Clinics of North America* 2(2): 285-297, 1988.
- LIMA FERREIRA, C. V. *Estudo epidemiológico das doenças mentais em*

- amostra hospitalar no sul de Santa Catarina. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC. Campinas, 1987.
- LIPP, M. N. Stress e suas implicações. *Estudos de psicologia PUCAMP*, 1(3-4): 5-19, 1984.
- LIPP, M. N. e NETO, J. P. N. *A influência do treino de controle de stress no tratamento de psoríase: Um estudo interdisciplinar*. Relatório de pesquisa. Campinas- PUCAMP, 1985.
- MACHADO, R et al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. R. J. Ed. Graal, 1978.
- MATTOS, P. Os distúrbios Mentais orgânicos e a síndrome de imunodeficiência adquirida(SIDA). *J. Bras. Psiq.* 40(6): 311-325, 1991.
- MELLO FILHO, F. Concepção psicossomática e medicina atual. *JBM*, Abril: 70-86, 1976.
- MELTON, G.B. Ethical and legal Issues in AIDS-Related Practice. *American Psychologist* 43(11): 941-947, 1988.
- MONTAGNER, L. (organ.) *Des specialistes repondent a vos questions SIDA*. Institut Pasteur, Paris, 1986.
- NICHOLS, S. E. Psychosocial Reations of persons with the Acquired Immunodeficiency syndrome. *Annals of Internal Medicine* 103: 765-767, 1985.
- OLIVEIRA NETO, M. X. O Paciente homossexual HIV positivo(AIDS) e a morte. *J. Bras. Psiq.* 39(5): 244-249, 1990.
- OPAS *Dimensiones sociales de la salud mental*. Washington, OPAS , Public. Científica número 446, 1983.
- PAIN, I. *Esquizofrenia*. S. Paulo, Ed. Grijalbo, 1973.

- PETERLIN, B. M. and Luciw, P. A. Molecular biology of HIV. *AIDS*, 2(suppl 1): S29-S40, 1988.
- PERLONGER, N. *O que é AIDS ?* S. Paulo, Ed. Brasiliense, 1987.
- PICHON-RIVIERE, E. *Teoria do vínculo*. S. Paulo. Ed. Martins Fontes, 1988,
- PIETRONI, P. *Viver holístico*. S. Paulo. Summus Editorial, 1988.
- PINTO, A. V. *Ciência e existência*. Cap III. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1979.
- POLLAK, M. *Os homossexuais e a AIDS: Sociologia de uma epidemia*. S. Paulo, Ed. Estação Liberdade, 1990.
- PREHN, R. T. The relationship of immunology to carcinogenesis. *Annals New York Academy of Sciences*, 164: 448-457, 1969.
- QUEIROZ, A. O.; MELLO FILHO, J. O médico diante do doente crônico e da morte. *JBM*, Agosto : 15-21, 1976.
- RASKIN, D. E. Psychiatric and Psychological aspects of AIDS. *Delaware Med Journal*, 60(8): 38-40, 1988.
- RESENDE, A. M. *Fundamentos filosóficos da clínica psicoterápica*. Texto impresso referente à primeira aula no curso de Pós graduação em Saúde Mental. UNICAMP, 1990.
- REUHLIN, M. *Os métodos em psicologia*. S. Paulo, Difusão Européia do Livro, 1971.
- RHODES, F.; CORBY, N. H.; WOLITSKI, R. J.; TASHIMA, N.; CRAIN, C.; YANKPVOCH, D. R.; SMITH, P. K. Risk behaviors and perceptions of AIDS among street injection drug users. *J. Drug Educ.* 20(4): 271-88, 1990.
- RIVIERE, J. Sobre a gênese do conflito psíquico nos primórdios da infância. In: Klein, M.; Heimann, P.; Isaacs, S.; Riviere, J.

- Os progressos da psicanálise*. R. J., Zahar Ed., 1978.
- RUFFIÉ, J. *O sexo e a morte*. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1988.
- SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. *Uberlândia-1991-Os números do desenvolvimento*. Uberlândia, Sec. Comunicação social, 1991.
- SHEELAN, E. P.; AMBROSIO, A.; MCDEVITT, T. M.; LENNON, R. An examination of change in reports AIDS-related knowledge and attitudes in 1986 and 1988. *Psychol. Rep.* 67(3-1): 723-9, 1990.
- SIMONTON, O. C.; SIMONTON, S. M. e CREIGHTON, J. L. *Com a vida de novo*. S. Paulo, Summus Editorial, 1987.
- SOLOMON, G. F. Emotions, Stress, the Central Nervous System, and Immunity. *Annals New York Academy of Sciences*, 164: 335-343, 1969.
- SOLOMON, G. F. and MOOS, R. H. Emotions, Immunity and disease. *Archivos of General Psychiatry*(11): 657-671, 1964.
- SOLOMON, G, F; AMKRAUT, A. A. and KASPER, P. Immunity, Emotions and Stress. *Annals of clinical Research* (6): 313-322, 1974.
- SONTAG, S. *AIDS e suas metáforas*. S. Paulo, Companhia das Letras, 1989.
- SOUZA, P. R. *Os sentidos do sintoma: contribuição da psicanálise à clinica gastroenterológica*. Tese de Doutorado em Medicina. UNICAMP, Campinas, 1991.
- SOUTHAM, C. M. Emotion, Immunology and cancer: How might the psyche influence Neoplasia. *Annals New York Academy of Sciences* 164: 473-475, 1969.
- STEIN, M.; SCHIAVI, R. C. and LUPARELHO, T. J. The Hypothalamus and immune process. *Annals of the New York Academy of Sciences*,

- 164: 464-471, 1969.
- STRYKER, J. The limits of AIDS confidentiality(Letter). *JAMA*, 260(22): 3273, 1988.
- TELIS, C. M. T. *Estudo sobre aspectos psicológicos de pacientes terminais com câncer*. Tesede Doutoramento em saúde Mental. UNICAMP, 1986.
- TEMOSHOK, L. Psychoimmunology and AIDS. In: Bridge, T. P. et al. *Psychological, Neuropsychiatric, and Substance abuse aspects of AIDS*. New York, Raven Press, 1988.
- TORRES, W. C. (Coordenadora) Et. Al. *Sondagem de atitudes frente a morte em universitários das áreas de saúde, psicologia e teologia*. Rio de Janeiro, Fund. Getúlio Vargas. Cadernos do ISOP, Vol.11, 1988.
- WOFSY, C. B; COHEN, J. B.; Haneer L.B., et al. Isolation of the AIDS-associated retrovirus from vaginal and cervical secretions from women with antibodies to the virus. *The Lancet*, I: 527-531, 1986.
- WOOD, J. K. Outros aspectos criativos em psicoterapia. *Estudos de Psicologia. PUCCAMP*, 4(2): 55-68, 1987.

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS

DATA DA ENTREVISTA:

ESTÁGIO DA DOENÇA:

SEXO:

COR:

IDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

ESTADO CIVIL:

GRUPO DE RISCO A QUE PERTENCE:

NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

OCUPAÇÃO:

RELIGIÃO:

CONDIÇÃO DE MORADIA:

RENDA FAMILIAR:

NÚMERO DE PESSOAS QUE VIVEM NA CASA:

ANEXO II

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1-CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO

-Como foi descoberto que é HIV+? Há quanto tempo?

-Quem lhe deu a notícia? Acha que foi preparado(a) para receber a notícia?

Como lhe foi dito? Tem alguma dúvida de que é HIV+?

2-HISTÓRICO CLÍNICO ANTES DO DIAGNÓSTICO DO HIV

-Como era sua saúde antes de saber que era HIV+?

-Que doença teve no último ano antes de saber que era positivo?

3-PERCEPÇÃO DE SI MESMO

-Fale de como você é como pessoa.

-Você se sente culpado por ter o vírus do HIV? Em caso afirmativo, por quê?

-Acredita que poderia ter evitado de se contaminar? como?

-Acredita que seu comportamento sexual mudou depois de saber do diagnóstico? Comente.

-Acredita que seu comportamento religioso mudou depois de saber do diagnóstico ? Comente.

4-FANTASIAS SOBRE A CAUSA E CONTAGIOSIDADE DO HIV

-Como acha que apanhou o vírus do HIV?

-De que forma acha que pode contaminar pessoas?

5-ATITUDES EM RELAÇÃO AO DIAGNÓSTICO

-o que fez quando recebeu a notícia de que era portador do vírus?

-O que significa para você ser portador do vírus?

-Houve alguma mudança em sua vida depois que soube da notícia? Qual?

-Continua trabalhando? Em caso negativo, por quê?

6-DOENÇAS OCORRIDAS DEVIDO AO HIV

-Ficou doente alguma vez depois de saber que é portador? sabe que tipo de doença ?

7-TRATAMENTO E ATITUDES EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO (SE HOUVE)

-Recebeu algum tratamento?

-O que achou do tratamento?

-Como tem visto o atendimento que a medicina tem dado ao paciente com HIV+?

8-ATITUDE EM RELAÇÃO AO PROGNÓSTICO

-Como acha que será a sua vida daqui para adiante?

-Quais são as suas expectativas de vida?

-Quais são os seus planos para o futuro?

9-RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

-O que achou da forma como foi informado sobre o HIV+?

-O que acha dos atendimentos aqui no ambulatorio\Hospital?

-Acredita que a medicina pode livrá-lo do vírus? Como?

-Acredita que é tratado diferentemente dos outros pacientes que não são HIV+?

-Acredita que os membros da equipe tem medo de se contaminar com você?

-Houve alguma mudança no modo como se comporta com os membros da

equipe? em caso afirmativo, por quê?

10-INFLUÊNCIAS DA CONDIÇÃO DE HIV SOBRE A VIDA FAMILIAR E SOCIAL

-Sua família sabe que é HIV+? Como ficaram sabendo?

-Como está seu relacionamento com eles?

-Continua vivendo com eles? Em caso negativo, por quê?

-Houve alguma mudança em sua vida familiar depois de saber que é HIV+? Se houve, qual?

-Houve alguma mudança no comportamento de seus familiares depois de saberem que é HIV+? Qual?

-Seus amigos e vizinhos sabem que é HIV+? Como ficaram sabendo?

-Sente alguma condenação por parte dos outros por ser HIV+?

-Sente-se discriminado por ser HIV+? Em caso afirmativo, de que maneira?