

O manejo psicoterápico e a história natural da AIDS

*Nelson Silva Filho**

Resumo

Pretende-se sugerir cuidados no manejo psicoterápico, segundo as possibilidades de interações entre fatores psicodinâmicos, orgânicos e sociais, de um paciente portador da infecção pelo HIV. A paciente foi avaliada no Ambulatório Especial de Moléstias Infecciosas da UNESP- Botucatu. Foram coletadas informações sobre a história clínica compreendida entre 1995 e 2002. Para as avaliações psicológicas foram utilizados o Teste de Relações Objetivas e o Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado. A paciente apresentou depressão crônica do tipo psicótico maníaco depressivo, associado à deterioração do sistema imunológico, com risco de concretização de suicídio, sugerindo prioridade para o oferecimento de psicoterapia. A persecutoriedade determinada por características psicodinâmicas da posição esquizo-paranoide se confundem com as segregações e preconceitos vividos por estes indivíduos em seu dia a dia.

Descritores: Infecções por HIV; Psicoterapia, Teste de Relações Objetivas; escala diagnóstica adaptativa operacionalizada, (EDAO).

Psychotherapeutic handling and the natural history of AIDS

Abstract

We intend to suggest in this study certain cautions in the psychotherapeutic handling, according to the possibilities of interactions among psychodynamic, organic, and social factors, of an HIV infected patient. The patient was evaluated in the UNESP's Special Infectious Maladies Ambulatory – in Botucatu. Information on the clinical history, between 1995 and 2002, was collected. For the psychological assessment, we used the Object Relations Test and the Adaptive Operationalized Diagnosis System. The patient suffered from chronic depression of the manic-depressive psychotic type, associated to the deterioration of the immunological system, with suicide risks, demanding with high priorities the offering of psychotherapy. The persecutory feelings determined by psychodynamic characteristics of the schizoid-paranoid position seemed to blend with the segregation and prejudice experienced by these individuals in a day-to-day basis.

Keywords: HIV infection; therapeutic handling; Object Relations Test; Adaptive Operationalized Diagnosis System.

Le traitement psychothérapeutique et l'histoire naturelle de la maladie SIDA

Résumé

On propose suggérer des mises en garde au traitement psychothérapeutique, suivant les possibilités d'interaction entre les facteurs psychodynamiques organiques et sociaux d'un patient porteur infecté par le sida.

La patiente a été examinée au centre de soins spécialisé en maladies infectieuses de l'UNESP à Botucatu. On a recueilli des informations sur l'histoire clinique comprise entre 1995 et 2002. Pour l'évaluation psychologique on a utilisé le test de Relations Objectives et le Système de Diagnostic Adaptatif Opérationnel. La patiente a présenté une dépression chronique du type psychotique maniaco-dépressif, associée à la détérioration du système immunologique avec risque de concrétisation de suicide, suggérant une priorité pour l'offre de psychothérapie. Le sentiment de persécution déterminé par les caractéristiques psycho dynamique de position skyzo-paranoiaque se confond avec les ségrégations et les préconceptions vécus par ces individus dans leur vie de tous les jours.

Mots-clés : infection par le sida, Maniement thérapeutique, Test de relations objectives, système de diagnostic adaptatif opérationnel.

* Professor Assistente Doutor junto ao Departamento de Psicologia Clínica – UNESP- Campus de Assis – SP – Brasil) – e-mail: nelsonsf@assis.unesp.br

El manejo psicoterapéutico y la historia natural del SIDA

Resumen

Se intenta sugerir cuidados en el manejo psicoterapéutico según las posibilidades de interacciones entre factores psicodinámicos, orgánicos y sociales de un paciente portador de la infección por VIH. La paciente fue evaluada en el Ambulatorio de Molestias Infecciosas de la UNESP – Botucatu. Fue recolectada información sobre la historia clínica comprendida entre 1995 y 2002. Para las evaluaciones psicológicas se utilizaron las Pruebas de Relaciones Objetales y el Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado. La paciente presentó depresión crónica del tipo psicótico-maniaco-depresivo, asociada al deterioro del sistema inmunológico, con riesgo de concretización de suicidio, sugiriendo prioridad para ofrecerle psicoterapia. La persecutoriedad determinada por características psicodinámicas de la posición esquizoparanoide se confunden con las segregaciones y los preconceptos vividos por estos individuos en su día a día.

Palabras-clave: Infección por VIH; manejo terapéutico, Prueba de Relaciones Objetales; Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado

Introdução

A AIDS é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que é um retrovírus citopático e não-oncogênico, com genoma RNA, da família Lentiviridae, segundo Abbas, Lichtman, e Pober, (2000). Uma vez dentro do hospedeiro, ele infecta células derivadas da medula óssea e linfócitos, sendo os receptores dos linfócitos T com marcador CD₄⁺ a via de entrada para o meio intracelular.

Após a invasão do organismo o vírus causa uma infecção aguda caracterizada pelo aumento da carga viral plasmática e pela diminuição dos linfócitos T CD₄⁺, podendo após esta fase inicial, permanecer em latência clínica por vários anos, e depois evoluir para o quadro de AIDS, ocorrendo imunidade ineficiente e surgimento das doenças oportunistas. Atualmente os tratamentos clínicos, com esquemas anti-retrovirais potentes, citados em Brasil (2007), tentam postergar o resultado final da história natural da doença: a AIDS.

No Brasil, predomina o HIV do tipo 1 com vários subtipos e variações quanto à patogenicidade, embora também possa ser encontrado o tipo 2. Recentemente, foram descritas, ainda, variantes genômicas em pacientes infectados procedentes de diferentes regiões geográficas.

Classifica-se o HIV-1 em dois grupos, M (major) e O (outlier), com variabilidade genética de até 30%. No grupo M, identificam-se nove subtipos: A, B, C, D, E, F, G, H e I, em relação ao HIV-2 descrevem-se cinco subtipos: A, B, C, D, e E. Embora ainda não conhecida, especula-se a possibilidade de variantes virais possuírem diferentes índices de transmissibilidade e/ou patogenicidade.

Quando falamos de adesão aos anti-retrovirais ou da importância do acompanhamento do paciente, portador da infecção pelo HIV, ser realizado por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar estamos nos referindo

aos limites impostos por uma problemática multifacetada com sérias implicações em saúde pública.

Em termos psicodinâmicos a adesão é determinada pela capacidade de manter vínculos e em termos psiquiátricos e/ou neurológicos, envolve a preservação das capacidades mentais, ou seja, a não ocorrência de quadros demências ou doenças psiquiátricas graves.

Neste trabalho, que consiste em um estudo de caso, pretende-se ilustrar as possibilidades de interações entre fatores psicodinâmicos e orgânicos de um paciente portador da infecção pelo HIV e sugerir cuidados no manejo psicoterapéutico. Adotou-se as perspectivas tanto no que se refere ao psicodiagnóstico, quanto a psicoterapia propostas por Ocampo et al (1981), Yamamoto (2003), Simon (1983), Simon (2000), Simon (2005) e Braier (1986).

As questões sociais e culturais que estão colocadas não serão tratadas embora isto não signifique que não sejam importantes, alias muito já foi dito a este respeito.

Trabalhos com outras populações onde o comprometimento neurológico é evidente sinalizam dificuldades em se estabelecer diagnósticos diferenciais, condutas e principalmente o prognóstico, seja no nível orgânico, psicológico ou da interface intrínseca dos fenômenos humanos que se entrelaçam num “caldo socio-cultural”. O desafio aqui proposto foi verificar a existência de associações e/ou correlações entre fenômenos que compõem o ser humano, não dissociá-los e discutir a prática clínica do psicólogo.

Para Cazenave, A. G., Ximena Ferrer, S-G., Soledade Castro, B. e Sandra Cuevas, A. (2005) as doenças crônicas, como é o caso da AIDS, implicam em processos de tomada de decisões tanto pela equipe que trata do paciente, quanto pelo próprio paciente e seus familiares, decisões que sempre são fundamentadas em diagnósticos e prognós-

ticos acerca do futuro, tanto o mais distante quanto o imediato. Sempre com escolhas que provavelmente não atenderão a todas as necessidades do paciente, ou mesmo da família, diz a autora:

Para ejercer el cuidado, la persona debe tomar una serie de decisiones en beneficio del paciente, desde decisiones asociadas a la rutina diaria hasta otras que pueden tener importantes consecuencias para él. El proceso de toma de decisión es el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, incluyendo el no hacer nada; tomar la decisión es parte clave para el cambio de conductas. Muchas de las decisiones relacionadas con la salud tienen alternativas que probablemente producen a la vez resultados deseados y otros no deseados. (p. 52)

Estas considerações apontam implicações no dia a dia do paciente e seu entorno onde as decisões tomadas podem ou não serem benéficas ao agrupamento. Estes autores indicam o quanto deve ser abrangente o trabalho com indivíduos portadores de algum tipo de enfermidade que provoque limitações, que às vezes interferem inclusive na sua autonomia, como é o caso dos pacientes com HIV/ AIDS, como decorrência de algumas doenças oportunistas ou nos casos de Alzheimer ou outras afecções que produzam limitações e dependências.

A infecção pelo vírus HIV, no Brasil, representa um importante problema de saúde pública, com vasta bibliografia, onde são enfocados aspectos de caracterização dos diferentes grupos de risco, epidemiológicos (Brasil, 2002; Brasil, 2001c; Brasil, 2001b), e de políticas de intervenção junto a populações específicas (Malbergier e Andrade, 1999; Bastos & Szwarcwald 2000; Vieira, Villela, Réa, Fernandes, Franco, Ribeiro 2000; Fonseca, Bastos, Derriço, Andrade, Travassos, Szwarcwald, 2000; Bastos 1995; Brasil, 2001b; Galduróz, Noto, Carlini, 1997; Galduróz, Noto, Carlini, 1995; Bucher 1995; Marques, Doneda, Serafin, 1999; Pechansky, Inciardi, Surratt, Lima, e col, 2000; Rua, Abramovay, 2001; Brasil, 2003; Galvão, 2002; Marins, J.R.P.; Jamalww, L.F.; Cheng, S; Estie S. Hudes, E.S.; Barbosa Junior, A.; Barros, M.B.A.; Chequer, P.; Teixeira, P.R.; Hearst, N., 2002; Fernandes; Antonio; Bahamondes; Cupertino; Fernandes, 2000; Fernandes, 1994; Camargo, B.V.; Botelho, L.J., 2007; Castanha e col., 2007) visando combater a epidemia da forma mais eficiente possível, normatizando e preconizando modalidades de tratamento na rede pública de saúde (Brasil, 2000; Brasil, 2005; Brasil, 2007; Figueiredo, Fiorini, 1996; Marins e col., 2002).

Fatores como sentimentos de culpa, ausência de informações e a impossibilidade de confrontar suas vivências pessoais e o que é dito sobre a AIDS e o HIV, como discutido por Parker & Aggleton (2001), parecem influenciar de maneira decisiva o tratamento, às vezes, determinando a protelação do mesmo e prejudicando a sua eficácia, como sugere Silva Filho e Sacardo (1997), ao estudarem uma amostra de pacientes que preferiam não fazer uso dos anti-retrovirais potentes para não serem identificados como portadores da infecção pelo HIV.

Estatísticas do Ministério da Saúde em Brasil (2001a) já indicavam a existência de uma mudança no perfil da população entre 1991 e 2000, no que tange a não-observância aos cuidados que se deve ter para não haver transmissão do HIV, sugerindo a relevância dos fatores psicodinâmicos na determinação da ocorrência de comportamentos de risco.

Entre as várias possibilidades de manifestações psicopatológicas entre os indivíduos portadores do HIV, doentes ou não, muito freqüentemente foram encontradas, referências nos autores Brasil (2000) e Lopes (1993) acerca da “Demência causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)” referida pela CID-10, na lista de categorias como F02.4.

Outros autores, Brasil (2005), Angelino & Treisman (2001), Whitefield et al, (1992). Lyketsos e col. (1993), Boccellari et al (1993), referem-se a transtornos psiquiátricos tendo como causa o HIV e a morbidade e incidência de transtornos mentais nesta população.

A paciente cuja história vamos apresentar foi avaliada no Ambulatório Especial de Moléstias Infeciosas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, em dois momentos com um intervalo de nove meses. Foram coletadas informações sobre a história clínica compreendida entre 1995 e 2002 e para as avaliações psicológicas foram utilizados o Teste de Relações Objetivas (T.R.O.) e o Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado, (S.I.S.D.A.O.).

Com o T.R.O. foram avaliadas as Lâminas A1, AG, B2, B3, C2, CG, e Branca, e os índices: índice 1 – relação transferencial, índice 2 – fantasias de doença, cura e análise, índice 3 – aliança terapêutica, índice 4 – capacidade de reparação; com a S.I.S.D.A.O. avaliou-se a eficácia adaptativa, e os seguintes fatores de risco de comprometimento: predomínio do pensamento psicótico, irritabilidade, depressão, ideação suicida, impulsividade, qualidade do relacionamento familiar na infância, início da vida sexual ativa, com a presença de gravidez ou paternidade precoce, consumo de drogas ilícitas, já ter desenvolvido AIDS e fanatismo religioso.

Este trabalho foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina de Botucatu, tendo recebido parecer favorável. Foram alterados e/ou omitidos dados que pudessem identificar o paciente.

História Clínica

Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado – SISDAO

Na época em que foi atendida a paciente estava com 24 anos. Nasceu em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, sendo amasiada, católica não praticante, tendo cursado e completado o ensino de nível médio e, na época em que foi entrevistada encontrava-se desempregada.

A paciente é a 2º filha de uma prole de três. Seus pais se separaram quando ela tinha 2 anos e nessa época foi morar com os avôs maternos, uma tia, o tio e duas primas. Após a separação do marido, a mãe passou a apresentar problemas psiquiátricos e quando em crise, abandonava os filhos, passando grande parte do tempo vivendo nas ruas pedindo esmola. A mãe teve várias internações em hospitais psiquiátricos. A paciente diz: “Os médicos diziam que era por causa da gravidez do meu irmão, ela ficava um mês internada, um mês bem e depois ficava internada de novo. O meu pai era bem de vida e ela não precisava trabalhar, depois da separação começou a faltar coisas e como a avó era pobre, ela tinha que trabalhar. Acho que ela se escondia na doença para não ter que trabalhar. Ela se internava sozinha”.

Lembra de ter visto o pai, após a separação, apenas duas vezes, até os cinco anos. Aos 7 anos foi levada para um orfanato, onde permaneceu por quatro meses. Relata que este foi um período muito difícil, que não recebia visitas e que o abandono marcou muito a sua vida. Após este tempo foi morar na casa dos tios e embora sofresse violências sexuais, não denunciava por medo de ter que voltar a morar no orfanato. Ao referir-se a mãe diz: “Ela não faz falta”. Com o pai perdeu o contato até recentemente. Com os irmãos, refere que o relacionamento entre eles é bom. Sua vida foi marcada por perdas, inicialmente dos pais devido a separação destes e posteriormente, o abandono que se segue, a segurança e proteção, e muito precocemente a saúde com o HIV.

Aos 16 anos entra com uma ação judicial contra o pai reivindicando o pagamento de pensão alimentícia. Aos 17 anos foi internada e o pai voltou a visitá-la, após isso se viam uma vez por mês. Nessa época morou com o pai por um mês, em São Paulo, voltando após esse período para sua cidade “porque sentia saudades”. Refere que

quando morou com o pai conversava pouco com ele, “... o pai não parava em emprego...” SIC. Quando foi morar com o pai ficou sabendo que tinha um irmão por parte de pai. Não se relacionava bem com a esposa do pai e este fato contribuiu para que retornasse para a sua cidade. Falou com o pai pela última vez há cinco anos.

Nesta época a tia, que era casada com o tio que a violentava sexualmente, morreu. Refere que “se espelhava nela...” Sentia-se identificada com a tia, que também havia contraído o vírus em relações sexuais com o seu marido.

Refere perder a paciência com facilidade e ter momentos de explosão. No colégio, fazia amizades com facilidade e “era popular, para bagunçar é comigo”. Terminou o colegial há dois anos.

Durante as entrevistas iniciais mostra-se muito confusa com relação à cronologia dos acontecimentos em sua vida, referindo muitos eventos de perdas.

Na primeira avaliação psicológica relatou que há 5 meses atrás havia sido presa e acusada de participar de um roubo, junto com o namorado. Diz: “... não tinha reclamação de lá, elas me tratavam muito bem (as companheiras de cela), até me arrumaram um colchão para eu deitar”. Em alguns momentos, “sonho fazer faculdade de Direito, ter uma família, filhos e estar trabalhando para não passar dificuldades”. Em outros momentos acredita que não tem nenhuma perspectiva de vida e, que o futuro será muito ruim, diz: “... não me vejo daqui há alguns anos...” SIC.

Em entrevista realizada nove meses após as primeiras consultas, estava morando em outra cidade, junto com o namorado e o irmão. Mostrava-se mais otimista com relação ao futuro e não pensava mais em morrer, “... decidi encarar a vida..., não vou morrer agora e se a gente tiver que morrer, vai ser mesmo, então o melhor é me animar e continuar vivendo”

Relata ter tomado esta decisão após seu aniversário e, embora tivesse sido mais uma vez demitida injustamente do último emprego, não se sentia capaz de esboçar qualquer reação. Relata ter sido demitida após sua encarregada ter descoberto que ela tem AIDS e a acusado de “contaminar todas as pessoas no trabalho, exigindo que o patrão fizesse exame em todos...” SIC. Ficou muito triste e constrangida com a situação preferindo sair do emprego.

A infância foi marcada por perdas, pela incompetência dos pais em suprir as necessidades materiais e afetivas da prole, pela doença psiquiátrica da mãe, abandono real no orfanato e pela violência sexual que culminou com a contaminação pelo vírus HIV. A identificação com os agressores manifesta-se na idealização com a tia e com o

não reconhecimento da sua capacidade de se opor às injustiças às quais era exposta. Depositava na sua audição elementos desses perseguidores internos danificando um órgão do sentido, quando referia não escutar muito bem e não vislumbrando perspectivas para o futuro durante boa parte de sua vida. O envolvimento com a criminalidade e a identificação com as pessoas que encontra na cadeia são expressões de um mundo interno persecutório e hostil, mas no momento em que é presa, sob controle e em segurança.

Sofreu abuso sexual, entre os 7 e 8 anos, por parte de um tio que era usuário de drogas injetáveis e, morava nos fundos de sua casa. Acreditava ter contraído o HIV dele porque o mesmo veio a falecer, alguns anos depois, devido às doenças oportunistas causadas pela infecção pelo HIV. Somente percebeu que estava infectada pelo vírus HIV por volta dos 15 anos e nesta mesma época passou a ter vida sexual ativa.

Nunca usou drogas ilícitas, embora fizesse uso de tabaco e ocasionalmente álcool. Há 2 anos percebeu-se perdendo a audição, fato que a incomodava bastante e, fez com que logo no início da sessão pedisse para o entrevistador falar alto, pois não ouvia muito bem e dizia: “sou surda “ SIC.

Sentia-se deprimida, principalmente com a “rejeição por ter HIV” SIC. Em alguns momentos apresentava ideação suicida, irritabilidade e depressão. Não estava tomando nenhum medicamento psiquiátrico.

Refere que dois anos antes a tia com quem morava morreu devido à complicações ocasionadas pela AIDS, nessa época, teve uma crise de pneumonia e necessitou ser internada.

Quando comparada essa informação com os registros do hospital, observou-se que a última internação havia ocorrido há 4 anos, indicando perda da localização temporal.

Nessa época, em 1997 a contagem dos linfócitos T CD_4^+ , variou entre 3 e 76 células por mm^3 e os linfócitos T CD_8^+ , variaram entre 1024 e 651. Não há registros da carga viral, mas é presumível que estivesse elevada nesse período.

No momento em que foi realizada a primeira avaliação psicológica, a paciente apresentava carga viral, em logaritmos, igual a 5,41, contagem dos linfócitos T CD_4^+ , igual a 86 células por mm^3 e, o linfócito T CD_8^+ igual a 592 células por mm^3 . Na segunda avaliação psicológica, a carga viral era de 4,93 log, a contagem dos linfócitos T CD_4^+ , igual a 63 células por mm^3 e, os linfócitos T CD_8^+ igual a 402 células por mm^3 .

Entre os anos de 1995 e 2002, a paciente esteve no Ambulatório Especial de Moléstias Infecciosas por 45 vezes e nos demais Ambulatórios, 73 vezes. A média de consultas / ano, foi de 5,63 no Ambulatório Especial de Moléstias Infecciosas, com desvio padrão 3,20 e a média, nos demais Ambulatórios, igual a 9,13, com desvio padrão 6,10 consultas / ano.

O Gráfico 1 indica uma diminuição importante da carga viral após a segunda avaliação psicológica (avaliação 24), chegando a ficar indetectável e, uma diminuição importante dos linfócitos T CD_4^+ e T CD_8^+ . A paciente já havia desenvolvido AIDS e apresentou doenças oportunistas no período compreendido entre as avaliações psicológicas. Neste momento estava tomando dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo e dois inibidores de protease.

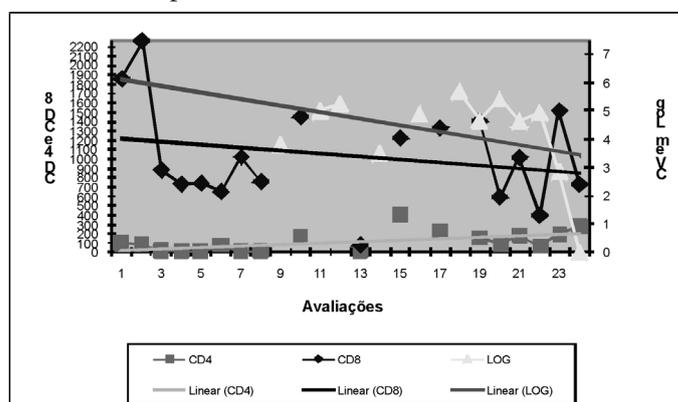


Gráfico 1 – Variação dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ , Carga Viral e linhas de tendência de evolução da resposta imunológica da paciente, entre os anos de 1994 e 2003.

Quando foi realizada a última avaliação psicológica apresentava adesão aos medicamentos, não teve doenças neurológicas e não esteve internada no período compreendido entre as avaliações psicológicas embora tivesse tido doenças oportunistas.

A sexualidade precoce e a violência sexual, aliada à ausência de adultos capazes de garantir a segurança e o desenvolvimento afetivo e sexual adequado, promoveram a infecção pelo vírus HIV e o desenvolvimento da AIDS, dado que o sistema imunológico da paciente foi comprometido muito prematuramente, em fase de maturação das células do timo. O Gráfico 1 apresenta as evoluções dos valores dos linfócitos T CD_4^+ e T CD_8^+ , bem como da carga viral em Log ao longo do tempo desde o momento em que a paciente começou a ser atendida no Ambulatório Especial de Moléstias Infecciosas. O relato da sua história de vida mostra um hiato entre os 6 e os 7 anos, quando refere ser violentada pelo tio, e os 15 anos quando considera ter adquirido o vírus HIV e ter vida sexual ativa.

Começou a trabalhar aos 10 anos como empregada doméstica por meio período, e nesse primeiro emprego permaneceu por quatro meses. Aos 11 anos vai trabalhar novamente como empregada doméstica e repete a 5ª série. Dos 12 aos 13 anos trabalha na guarda-mirim, em um consultório odontológico, depois no Fórum da cidade. Entre os 17 e 18 anos trabalhou em um escritório de advocacia, depois como caixa de um supermercado, e após isso, em uma empresa entregando pizza, outra empresa de limpeza e após estes empregos refere que trabalhou em tantos outros lugares que já não se lembrava exatamente em quais havia trabalhado. Sempre sendo “demitida quando as pessoas descobriam que era portadora do vírus” SIC. Atualmente vive do seguro-desemprego. Não tem qualificação profissional e não percebe perspectivas de se profissionalizar no futuro. Terminou o segundo grau e não pretende voltar a estudar. Foi demitida mais recentemente do emprego após “os colegas do trabalho descobrirem” SIC que ela era portadora do vírus HIV.

Relata ter sido demitida do lugar onde trabalhava no período entre as avaliações psicológicas e que teria mudado de cidade com o intuito de começar uma vida nova, inclusive profissional. Sente-se perseguida pelas pessoas quando descobrem que ela é portadora do vírus HIV e não esboça qualquer reação para defender seus direitos e reagir ao estigma causado pelo HIV/AIDS, não conseguindo se manter nos empregos. Relata ser muito impulsiva e prefere sair do emprego a ter que discutir formas de permanência.

Faz amizades com facilidade. Não participa de nenhuma organização civil de defesa dos direitos de portadores do HIV, não percebe formas de defesa de seus direitos, embora sofra constantemente retaliações que atribui ao fato de ser portadora do vírus.

Participa de festas e tem uma vida social, quando possível oculta o fato de ser portadora por temer discriminação. Foi demitida de empregos em vários momentos quando os patrões e colegas de trabalho souberam que ela era portadora do vírus.

O mundo externo é vivido de forma persecutória e isso impossibilita a inserção e o uso dos recursos sociais de modo mais adequado. Relaciona-se de modo superficial com muitos, tem poucos amigos e identifica-se com o estigma que a AIDS carrega no plano social.

Teste das relações objetais

LÂMINA A1 - T.R. = 12"

“Uma pessoa encima do morro, olhando a paisagem verde, bem bonito. Cheiro gostoso, um lugar bonito.

Vontade de não se preocupar com nada. Sentindo uma paz imensa. Se eu pudesse me colocar nesse lugar...sentia vontade de nunca mais voltar para a cidade.”

Nome: Cantinho

LÂMINA B3 - T.R. = 7"

“Família. Uma coisa que eu não vou construir. Pai, mãe, filho. Acho que é só isso. Eu sou essa escondida invejando esta família, vendo minhas amigas com filhos e eu não podendo ter. Procuo não pensar, ver eu imagino sempre. Olhando não uma inveja ruim, mas eu gostaria de construir a minha.”

Nome: Família.

LÂMINA AG - T.R. = 2"

“Ah...não sei!...dá impressão de estar num lugar cheio de gente...não sei, cheio de casa no fundo, festa. Pronto é isso.Não dá para falar mais.”

Nome: Reunião, bastante gente.

(T) O que eles estão pensando, sentindo?

(P) Não sei.

(T) O que vai acontecer depois?

(P) Não sei.

LÂMINA CG - T.R. = 4"

“Estou subindo um degrau, é escadaria e vou alcançar aqui (aponta na lâmina a extremidade superior). Só to pensando em chegar ao ponto, o mais rápido possível e a hora que chegar lá encima vou cansar, mas vou chegar.”

Nome: Obstáculos vencidos.

LÂMINA B2 - T.R. = 7"

“Final de tarde.... Eles estão namorando, estão fazendo alguma coisa. Aqui, não sei se é um prédio de fazenda, tem umas janelas antigas. O que vai acontecer depende. Se ele tiver bebendo a gente vai brigar, se não a gente vai embora numa boa, comer um lanche e descansar”.

Nome: Fim do dia.

LÂMINA C2 - T.R. = 3"

“Não gostei! Imaginei eu deitada lá e ele chegando pra visitar. Não gostei...Vai acontecer...eu tenho medo de não levantar mais, ficar dando trabalho e a gordinha aí, a velhinha não agüentar mais essa. Não sei...é ruim...Só isso.”

Nome: Medo de pensar, decadência.

LÂMINA BRANCA - T.R. = 2"

“Começo, preciso de um começo...eu não sei. Muito difícil pra mim...não consigo falar sem pergunta, sem ter algum motivo.”

Nome: Começo.

(T) É possível imaginar o que se está sentindo, pensando?

(P) Não.

Resultados e Discussão

Na Lâmina A1 observou-se a seguinte configuração do sistema tensional inconsciente: (Desejos) proteger o *self* bom do aniquilamento; (Medos) medo de ser destruído, do aniquilamento e do abandono; (Defesas) Idealização, clivagem e identificação projetiva.

Interpretação

Frente à situação de solidão, perde a distância da lâmina, se confunde com o objeto estímulo e usando da idealização localiza os objetos persecutórios em um local “fora” dela, distante, de modo a controlar os objetos persecutórios que foram danificados por sua destrutividade. Não entra em contacto com os sentimentos de dependência do objeto.

NOTA: Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas, recebendo 1 ponto

Na Lâmina B3 o sistema tensional inconsciente, expressa o desejo de controlar as fantasias ruins, a destrutividade e estar confundido com o objeto bom e protetor; medo do aniquilamento com fantasias de ataque e destruição; e como defesas: Idealização, identificação adesiva, clivagem.

Interpretação

Frente a relação triangular, se vê invadida por sentimentos de inveja e experimenta forte ansiedade causada pelas fantasias de aniquilamento. Tenta manter os objetos bons, separados dos objetos, destruidores e destruídos, através da clivagem e da identificação adesiva.

NOTA: Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas, recebendo 1 ponto.

Na Lâmina AG observou-se que o sistema tensional inconsciente expressa o desejo de estar confundido com o objeto bom e protetor; o medo da angústia confusional e como defesas a Identificação projetiva, a clivagem e a confusão.

Interpretação

Frente à percepção da perda do objeto, surge a culpa persecutória. Faz uso da identificação projetiva e da clivagem como tentativa de diminuir a percepção dos ataques ao objeto bom e protetor.

NOTA: Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas, recebendo 1 ponto

Na Lâmina CG o sistema tensional inconsciente, apresentou o desejo de controlar os impulsos destrutivos, o medo de não conseguir controlar o sadismo e as exigências superegóticas e como defesas, a divisão, a identificação projetiva e a idealização.

Interpretação

Teme não conseguir controlar os impulsos destrutivos. Faz uso da identificação projetiva como forma de controle maníaco do sadismo. O ego aparece de modo frágil e as soluções são idealizadas.

NOTA: Tendência adaptativa com resultante negativa, recebendo 3 pontos.

Na Lâmina B2, observou-se o desejo de controlar o sadismo dos objetos destruídos e destruidores, os medos dos objetos perseguidores internos e do sadismo e como defesas a divisão e a identificação projetiva.

Interpretação

O objeto bom não está firmemente estabelecido, ora o objeto é percebido como bom ora, como destruído e destruidor e teme não controlar a força dos impulsos sádicos orais.

NOTA: Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas, recebendo 1 ponto

Na Lâmina C2 observou-se o desejo de reparar o objeto danificado, os medos do aniquilamento e dos impulsos auto agressivos e como defesas a identificação projetiva e a idealização.

Interpretação

Frente a fantasias de doença e morte surge o sentimento de culpa e o abandono. O futuro é percebido de modo pessimista por ação dos impulsos destrutivos e do sadismo do superego. A estrutura egoíca não identifica meios e recursos para enfrentar a situação e o futuro é percebido como permeado por abandono.

NOTA: Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas, recebendo 1 ponto

Na Lâmina BRANCA, o desejo de fusão ao objeto bom protetor, o medo do aniquilamento e como defesas, a negação, o “*splitting off*” e a identificação projetiva maciça.

Interpretação

O mundo é percebido de forma muito ameaçadora, teme não controlar os impulsos destrutivos e ataca sua capacidade de pensar e reagir de modo a permanecer onipotente e não perceber a separação do objeto bom. Tenta controlar os impulsos destrutivos através da negação do “*splitting off*” e da identificação projetiva maciça, tornando o mundo muito persecutório.

NOTA: Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas, recebendo 1 ponto

A interpretação dos índices das Lâminas do T.R.O. permite concluir que a paciente apresenta: o Índice 1, re-

lação transferencial, com avaliação desfavorável; o Índice 2, fantasias de doença, cura e análise, com avaliação favorável; o Índice 3, aliança terapêutica, desfavorável; e o Índice 4, capacidade de reparação, com avaliação favorável.

Os Índices 1 e 3 sugerem as dificuldades da paciente em manter à adesão ao tratamento e por isto o grande número de consultas nos diferentes ambulatórios, as internações recorrentes, a dificuldade em se manter nos empregos, embora em algumas situações tenham ocorrido reações dos colegas de trabalho e dos empregadores movidas pelo preconceito e os vínculos frágeis com a família. Este Índice também sugere a necessidade constante de reativar o contato com o paciente quando esse se ausenta dos atendimentos psicoterápicos ou de acompanhamento clínico no ambulatório, em outras palavras, não é aconselhável aguardar que o paciente tenha um *insight* sobre a necessidade de tratamento para aí então ser tratado.

Os Índices 2 e 4 indicaram que apesar das dificuldades em manter vínculo e das fantasias decorrentes da projeção da hostilidade a paciente conseguia manter-se otimista quanto a doença e fazer reparações.

No Setor Afetivo Relacional, apresentou o predomínio de respostas pouquíssimo adequadas na primeira avaliação psicológica e pouco adequadas na segunda avaliação.

No setor da produtividade apresenta o predomínio de respostas pouco adequadas na primeira avaliação e de respostas adequadas na segunda avaliação.

No Setor Orgânico, a paciente apresenta o predomínio de respostas pouquíssimo adequadas na primeira avaliação psicológica e de respostas pouco adequadas na segunda avaliação.

No Setor Socio-Cultural apresentou o predomínio de respostas pouco adequadas na primeira e na segunda avaliação.

A avaliação do diagnóstico da eficácia adaptativa, na primeira avaliação psicológica indica adaptação ineficaz moderada, e na segunda avaliação adaptação ineficaz leve.

Foram encontrados os seguintes fatores de risco de comprometimento da eficácia adaptativa: não ter tido um bom relacionamento familiar na infância, depressão, impulsividade, irritabilidade, ideação suicida, gravidez e/ou sexualidade precoce, desenvolvimento de AIDS e predomínio do funcionamento psicótico da mente.

Quanto ao tipo de depressão à paciente apresentou depressão crônica do tipo psicótico, subtipo maníaco depressiva.

A avaliação psicodiagnóstica permitiu identificar características importantes e frequentes nos pacientes

portadores da infecção pelo HIV, aqui nomeadas como fatores de risco de comprometimento da eficácia adaptativa. Estes fatores são de grande importância para o planejamento psicoterápico, por estarem presentes quando ocorre a deterioração do sistema imunológico do paciente e, conseqüentemente pelo agravamento da doença AIDS.

Silva Filho (2003) identificou anteriormente associações entre linfócitos T CD₄⁺ e T CD₈⁺ e carga viral plasmática com: o diagnóstico adaptativo, a eficácia adaptativa e os índices do TRO, demonstrando que a deterioração do sistema imunológico se faz acompanhar por alterações psicodinâmicas. Estes resultados sugerem que o tratamento psicoterápico deva ser realizado após o psicodiagnóstico e que estes pacientes, devido ao grau de comprometimento da eficácia adaptativa, não possuem indicação para psicoterapia de grupo, pois são raros os casos que apresentam adaptação eficaz ou adaptação não eficaz leve ou moderada. Resultados semelhantes foram encontrados por Heleno e Santos (2004). Estas observações não invalidam os grupos de orientações e aconselhamentos quanto ao tratamento, preconizados pelo Ministério da Saúde em Brasil (2000), mas indicam a insuficiência desta modalidade de acompanhamento psicológico quando o objetivo é o aumento da adesão ao tratamento.

O subtipo de depressão crônica psicótico maníaco depressiva, mostrou-se importante para as escolhas do paciente, que segundo Simon (2005), seria perseguido pela depressão e com risco de concretização de suicídio, sugerindo prioridade para o oferecimento de psicoterapia.

Nove meses após a primeira avaliação psicológica, a paciente conseguiu organizar sua vida afetiva e principalmente profissional dando respostas mais adequadas e, aumentando sua eficácia adaptativa, nesse momento a sua carga viral diminuiu significativamente, embora, não seja possível estabelecer relações de causa e efeito entre os eventos, observou-se uma maior autodeterminação quanto à vontade de viver.

O número de consultas aos diferentes ambulatórios e as internações a que os pacientes eventualmente necessitam dificulta ocultar das demais pessoas, com quem convive no dia a dia, o fato de serem portadoras da infecção pelo HIV, ou no mínimo de terem uma saúde frágil. Isto dificulta a manutenção do emprego ou outras atividades que implicam em constância, esta característica imposta pela presença do HIV ou da AIDS, sugere que os serviços de atendimento à saúde fiquem atentos aos efeitos iatrogênicos produzidos na vida social e profissional destas pessoas.

A persecutoriedade determinada por características

psicodinâmicas, encontradas no TRO, onde predomina a posição esquizo-paranóide, a impossibilidade de entrar em contato com sentimentos de culpa, as relações de objeto parciais e o uso de mecanismos de defesa característicos da posição esquizo-paranóide, são elementos que se confundem com as segregações e preconceitos vividos por estes indivíduos em seu dia a dia, expressos na impossibilidade de reagir quando hostilizados pelos colegas de trabalho, familiares ou amigos, sendo possível identificar estes, também na relação transferencial e na impossibilidade de estabelecer vínculos terapêuticos nos casos onde o comprometimento do sistema imunológico é mais grave e preocupante. É um equívoco considerar os preconceitos sociais como determinantes do isolamento a que o paciente se submete e como determinante do quadro de depressão que apresenta.

Referências

- Abbas, K.A., Lichtman, A. H. e Pober, J.S. (2000) *Imunologia Celular e Molecular*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter.
- Angelino AF, Treisman GJ (2001). Management of psychiatric disorders in patients infected with HIV. *Clin Infect Diseases* 33(6):847-56.
- Bastos IF, Szwarcwald CL. (2000) AIDS e Pauperização: Principais Conceitos e Evidências Empíricas, *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, p. 65-76.
- Bastos IF. (1995) Limitações estruturais a implantação de estratégias preventivas relativas à disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. In: Czeresnia D, Santos EM, Barbosa RHS. *AIDS: Pesquisa Social e Educação*. Rio de Janeiro: Editora Hucitec. p.166 – 192.
- Boccellari AA, Dille JW, Chambers DB et al (1993). Immune function and neuropsychological performance in HIV-1-infected homosexual men. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome* 6(6):592-601.
- Bucher R. (1995) O usuário de drogas injetáveis na política preventiva ao HIV/AIDS. In: Czeresnia D, Santos EM, Barbosa RHS. *AIDS: pesquisa social e educação*. Rio de Janeiro, Editora Hucitec, 147-166.
- Braier, E.A. (1986) *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. São Paulo, Martins Fontes.
- Brasil, Ministério da Saúde (2000). Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV / AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 1-66
- Brasil, Ministério da Saúde (2001a). Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, v.15, p.1-59. [semana ep. 27ª a 40ª]
- Brasil, Ministério da Saúde (2001b). Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de Redução de Danos: Saúde e Cidadania, Série Manuais, v.49, p. 1-114.
- Brasil, Ministério da Saúde (2001c). Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto Ajude-Brasil: Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela CN-DST/AIDS. Brasília, p. 1- 341.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, v 16, p. 1-45. [semana ep. 14ª a 52ª]
- Brasil, Ministério da Saúde (2003). Ms divulga novos dados da AIDS e anuncia índices de resistência do HIV aos anti-retrovirais, [serial online]; [cited 2003 maio 16] available from: <http://www.AIDS.gov.br/final/imprensa1/imprensa.htm>
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). Adesão aos anti-retrovirais: manual para profissionais de saúde. Unidade de Assistência e Tratamento, Programa Nacional de DST/AIDS, Organização: Helena Maria Medeiros Lima, Brasília/DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007). Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2007/2008, Documento Preliminar, Brasília.
- Camargo, Brígido V; Botelho, Lúcio J. (2007) AIDS, Sexuality and attitude of adolescents about protection against HIV. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n.1. disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-89102007000100009&lng=en&nrm=iso. acesso em: 21 may 2007. pré-publicação. doi: 10.1590/s0034-89102007000100009
- Castanha, R.A., Coutinho, M.P.L., Saldanha, A.A.W., Ribeiro, C.G. (2007) Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV, *Estudos de Psicologia*, v.24,1,p.23-32.
- Cazenave, A. G., Ximena Ferrer, S-G., Soledade Castro, B. & Sandra Cuevas, A. (2005). El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Rev Chil Infect* 22 (1): 51-57
- Fernandes, J. C. L. (1994) Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: Aspectos conceituais, *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro,10 (2): p.171-180, abr/jun.
- Fernandes MAS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. (2000) Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual, *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, p.103-112.
- Fonseca GM, Bastos FI, Derriço M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. (2000) AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, p. 77- 87.
- Figueiredo, M.A.C.; Fioroni, L. N. (1996) Atitudes frente à AIDS e locus de controle: um estudo com estudantes e profissionais de enfermagem. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, n. 3 e 4, p. 301-308.
- Galduróz FCJ, Noto AR, Carlini AE. (1995) A adolescência, o ensino e o abuso de drogas: reflexões. *Temas*, v.49, p. 48-57.
- Galduróz JCF, Noto RA, Carlini EA, (1997) IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras – 1997; São Paulo:Universidade Federal de São Paulo; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID.
- Galvão, M.T.G. (2002) Aplicação do Instrumento hat-qol para análise da qualidade de vida de mulheres com infecção pelo HIV, ou com AIDS e sua correlação com as variáveis sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas. [Tese] Botucatu: UNESP.
- Heleno, M.G.V., Santos, H. (2004) Adaptação em Pacientes Portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV . *Psicologia, Saúde e Doenças*. 5 (1): 87-91.
- Lopes, S.M. (1993) Estudo qualitativo de características psicossociais de pacientes contaminados pelo HIV. [tese] Campinas:UNICAMP.
- Lyketsois CG, Hanson AL, Fishmann M et al (1993). Maniac syndrome early and late in the course of HIV. *Am J Psychiatry* 150(2) 326-7.
- Malbergier, A; Andrade A.G. (1999) Transtornos depressivos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV: um estudo controlado. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21:1-17.
- Marques, L.F. Doneda D. Serafin, D. (1999) O uso indevido de drogas e a AIDS. In: Brasil, Ministério da Saúde, Brasília. Secretária de Políticas de Saúde. Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento, v. 1, p. 173-183.
- Marins, P.R.J. e col. (2002) Relatório de pesquisa: sobrevivência atual dos pacientes com AIDS no Brasil.Evidência dos resultados de um esforço nacional. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.[Serial Online] [cited 2002 abr 21]. available from: http://www.AIDS.gov.br/final/biblioteca/bol_marco_2002/artigo1.htm
- Ocampo MLS. et al. (1981) *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). Tradução Dorgival Caetano. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID –10: descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parker, R. & Aggleton, P. Coleção Abia, *Cidadania e Direitos, Estigma, Discriminação e Aids*, Rio de Janeiro, n.1, 2001
- Pechansky F, Inciardi AJ, Surratt H, Lima AFBS, e col. Estudo sobre as características de usuários de drogas injetáveis que buscam atendimento em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.22, p.164-171, 2000.
- Rua GM, Abramovay M. Avaliação das Ações de Prevenção às DST/AIDS e Uso Indevido de Drogas nas Escolas de Ensino Fundamental e Médio em Capitais Brasileiras. Brasília, Unesco. 2001:256.
- Silva Filho N, Sacardo DP. Estudo longitudinal da variação da eficácia adaptativa e do equilíbrio adaptativo de pacientes portadores de HIV/aids

- e evoluções em psicoterapia. in: *II Jornada de Pesquisa, Assis. A pesquisa no Campus: Diagnóstico e Reflexão*. Assis: Gráfica da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp, Campus de Assis, n.1, p.32-33, 1997.
- Silva Filho, N. Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o teste de relações objetivas em pacientes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não. [tese] Botucatu: UNESP; 2003.
- Simon R, *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: Editora Vetor. 1983.
- Simon R. Relações entre o diagnóstico operacionalizado, a psicopatologia da depressão e psicoterapia psicanalítica. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais* 2000; 8: 165-190.
- Simon R. *Psicoterapia Breve Operacionalizada*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- Vieira ME, Villela WV, Réa MF, Fernandes MEL, Franco E., Ribeiro G., Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo, *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, p. 997-1009, 2000.
- Whitefield SG, Everett AS, Rein MF (1992). Mania and AIDS. *American Journal of Psychiatry* 149(4):583-4.
- Yamamoto K. A psicoterapia Breve Operacionalizada na Saúde. *Psicologia da Saúde: Temas de Reflexão e Prática* 2003; 153-170.

Recebido em 6/10/2008

Aceito para publicação em 16/02/2009