

Nelson Silva Filho

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO,
INDICADORES DE EVOLUÇÃO CLÍNICA E O TESTE DE
RELAÇÕES OBJETAIS EM PACIENTES COM INFECÇÃO
PELO HIV - 1, DOENTES OU NÃO.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista – UNESP, para obtenção do Título de Doutor em Doenças Tropicais (Modalidade Biologia Tropical)

**Orientadora:
Prof^a Dr^a Lenice do Rosário de Souza**

**Botucatu
2003**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Silva Filho, Nelson
S586a Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o Teste de Relações Objetais em pacientes com infecção pelo HIV – 1, doentes ou não / Nelson Silva Filho. Assis, 2003
182 f. : il.

Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista.

1. Psicologia clínica. 2. Aids (Doença). 3. Infecções por HIV. 4. Doenças – Diagnóstico. I. Título.

CDD 157.9

616.97

DEDICATÓRIA

À Márcia Valéria do Nascimento Campos Silva, minha esposa, cuja tolerância com as minhas ausências e apoio em todas as etapas, permitiram a realização desse trabalho.

Aos meus filhos Daniel Campos Silva e André Campos Silva pela paciência, apoio e incentivos no percurso dessa etapa na minha vida.

Aos meus pais Nelson Silva e Vera Teixeira Silva por me ensinarem a importância da busca em desvendar as “verdades” não aparentes do mundo.

Aos meus irmãos, Vera Cristina Silva e Celso Salustiano Silva Neto, com quem sempre tive a oportunidade de compartilhar idéias e experiências.

A memória do amigo, Dr. Alberto Fernandez Porto, com quem tive a grata oportunidade de conviver e trabalhar durante alguns anos do curso de pós-graduação.

AGRADECIMENTOS

A realização desse trabalho só foi possível graças à colaboração direta ou indireta de várias pessoas. Tarefa quase impossível é expressar o que significaram nessa jornada.

À Prof^ª. Dr^ª. Lenice do Rosário de Souza, pelo trabalho de orientação e pelo acolhimento de um trabalho de área tão distinta do seu dia-dia mas cuja sensibilidade e “reverie” permitiram uma interlocução profícua.

Ao Prof. Emérito Domingos Alves Meira pelos ensinamentos, amizade e defesa intransigente da interdisciplinaridade e universalidade do saber, que me permitiu transitar por caminhos que ampliaram minha percepção das dificuldades enfrentadas por meus pacientes.

Ao Prof. Dr. Fernando Frei, pela amizade e pelo auxílio no tratamento estatístico dos dados.

Ao amigo, Prof. Dr. Eduardo Galhardo, que muito me auxiliou na editoração desse trabalho.

À Assistente Social Maria José Fontes, por facilitar e mediar o contacto com os pacientes do Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

À Prof^ª. Dr^ª. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, pelas sugestões durante o exame de qualificação.

À Pró- Reitoria de Pós-graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, pela bolsa de aprimoramento docente.

Aos pacientes do Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, pela participação na pesquisa.

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	1
1. JUSTIFICATIVAS EPIDEMIOLÓGICAS	1
2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA INFECÇÃO PELO HIV – 1	9
3. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA INFECÇÃO PELO HIV-1 E O REFERENCIAL TEÓRICO PSICANALÍTICO KLEINIANO.	12
4. INSTRUMENTOS	27
II - OBJETIVOS	36
III - CASUÍSTICA E MÉTODOS	37
1. CASUÍSTICA	37
2. MÉTODOS	38
IV - RESULTADOS	48
1. CASUÍSTICA	48
2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	48
A) LOCAL DE RESIDÊNCIA	48
B) SEXO E IDADE ATUAL E NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO	48
C) ESCOLARIDADE	49
D) CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO NÚMERO DE FILHOS, OPÇÃO SEXUAL, ESTADO CIVIL, RELIGIÃO, CÔNJUGES E FILHOS PORTADORES DA INFECÇÃO PELO HIV-1, TIPO DE EXPOSIÇÃO, USO DE DROGAS, RESIDIR SÓ E ESTAR TRABALHANDO.	50
3. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	51
A) EFICÁCIA ADAPTATIVA	51
A.1) PREDOMÍNIO DE RESPOSTAS NOS SETORES NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	51
A.1.1.) DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	53
A.2) PREDOMÍNIO DE RESPOSTAS NOS SETORES NA SEGUNDA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	54
A.2.1) DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO NA SEGUNDA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	55
A.3) COMPARAÇÃO DO DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO DA PRIMEIRA E SEGUNDA AVALIAÇÕES PSICOLÓGICAS	56

A.4) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE INFECÇÃO PELO HIV-1, SEGUNDO O DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO DA PRIMEIRA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA _____	57
A.5) FATORES INTERNOS E EXTERNOS NEGATIVOS, COM RISCOS DE COMPROMETIMENTO DA EFICÁCIA ADAPTATIVA _____	60
A.6) ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES INTERNOS E EXTERNOS, POSITIVOS E NEGATIVOS, COM RISCOS DE COMPROMETIMENTO DA EFICÁCIA ADAPTATIVA _____	61
A.6) DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO E TIPO DE DEPRESSÃO _____	73
B) TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS _____	75
B.1.) EQUILÍBRIO ADAPTATIVO _____	75
4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E LABORATORIAIS _____	77
5.ADOLESCÊNCIA COMO FASE DO DESENVOLVIMENTO NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV-1. _____	80
6. ANÁLISE HIERÁRQUICA DE “CLUSTER” - JACCARD DENDROGRAMA USANDO O MÉTODO COMPLETO DE LINKAGE _____	83
7.COMPARAÇÕES E ANÁLISES ESTATÍSTICAS DOS DADOS: EPIDEMIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, CLÍNICOS E LABORATORIAIS. _____	85
7.1. COMPARAÇÕES ENTRE OS INDIVÍDUOS QUE DESENVOLVERAM AIDS COM OS QUE NÃO DESENVOLVERAM. _____	106
V - DISCUSSÃO _____	119
1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO _____	119
2.GRAU DE COMPROMETIMENTO PSICOPATOLÓGICO DE INDIVÍDUOS PORTADORES DA INFECÇÃO PELO HIV-1, ASSINTOMÁTICOS E SINTOMÁTICOS _____	121
3. GRAU DE COMPROMETIMENTO PSICOPATOLÓGICO APRESENTADO POR INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1 DOENTES OU NÃO _____	123
4. EVOLUÇÃO DA EFICÁCIA ADAPTATIVA DOS INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1, DOENTES OU NÃO _____	124
5.COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICODINÂMICAS INDICATIVAS DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO COM A HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA CAUSADA PELA INFECÇÃO PELO HIV-1 _____	131

6. ASSOCIAÇÃO ENTRE A DETERIORAÇÃO DO ESTADO IMUNOLÓGICO E PULSÃO DE MORTE	133
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	139
2. GRAU DE COMPROMETIMENTO PSICOPATOLÓGICO DE INDIVÍDUOS PORTADORES DA INFECÇÃO PELO HIV-1, ASSINTOMÁTICOS E SINTOMÁTICOS	140
3. GRAU DE COMPROMETIMENTO PSICOPATOLÓGICO APRESENTADO POR INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1 DOENTES OU NÃO DE AIDS	140
4. EVOLUÇÃO DA EFICÁCIA ADAPTATIVA DOS INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1, DOENTES OU NÃO	141
5. COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICODINÂMICAS INDICATIVAS DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO COM A HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA CAUSADA PELA INFECÇÃO PELO HIV-1	143
6. ASSOCIAÇÃO ENTRE A DETERIORAÇÃO DO ESTADO IMUNOLÓGICO E A PULSÃO DE MORTE.	144
RESUMO	146
SUMMARY	148
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	164
ANEXO 2 - QUADROS	165
ANEXO 3 – GRÁFICOS	167

I - Introdução

1. Justificativas Epidemiológicas

Segundo dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica, a aids foi identificada no Brasil pela primeira vez em 1982⁽¹⁾. Nesse relatório, o Ministério da Saúde deixa implícita a possibilidade da aids ter se instalado no Brasil na década de 70, ao considerar um possível período de latência da doença, e o surgimento dos primeiros sintomas da aids. A existência de pessoas não diagnosticadas, e hospedeiras do vírus, dá uma dimensão preocupante do que possa, de fato, estar acontecendo com a população, haja vista a detecção de variações do HIV em 2509 municípios dos 5000 existentes⁽¹⁾.

O perfil epidemiológico dos portadores do HIV, divulgado pelo Ministério da Saúde^(2,3), refere-se a: forma de contágio, escolaridade, idade, doenças associadas, ano de diagnóstico, distribuição das incidências segundo a região geográfica ou município, sexo e mortalidade. Atribui-se ao grau de escolaridade a possibilidade de predizer aspectos da classe social e considera-se como indicador mais estável, em adultos, do que a variável emprego e renda, que dependeriam de políticas públicas, e micro e macro econômicas.

Uma parte significativa das ações desenvolvidas pelo governo estão voltadas para a prevenção, sem que se conheçam em detalhes as melhores formas de intervenção considerando-se os elementos culturais, o histórico de vida e a psicodinâmica das pessoas portadoras da infecção pelo HIV.

A perspectiva epidemiológica alerta para o aumento da incidência do HIV na população, na medida em que diminui a mortalidade, ao considerar que mais indivíduos estariam em condições de propagar o vírus, quando os trabalhos de prevenção não forem

eficazes, propiciando condições para a transmissão do HIV, pela via sexual, vertical e pelo uso de drogas injetáveis (UDI).

A Coordenação Nacional de DST/Aids e a UNESCO, através de um acordo de cooperação técnica internacional ⁽³⁾, desenvolveram o que foi chamado pela primeira de Projeto AIDS II.

Segundo o Relatório de Implementação e Avaliação desse projeto, referente ao período de dezembro de 1998 a maio de 2001, as taxas de incidência da infecção pelo HIV, no período de 1991 a 1999, passaram de 8,2 por 100.000 habitantes, em 1991, para 14,3 por 100.000 habitantes, em 1998 e 11,2, em 1999. Ainda segundo esse relatório, a epidemia se apresenta estável desde 1996, com tendência de redução nos últimos dois anos, atribuída à diminuição do número de casos de infecção pelo HIV nos homens.

Segundo o Ministério da Saúde ⁽⁴⁾, no período compreendido entre 1980 e dezembro de 2002, foram notificados 257.780 casos de aids no Brasil. Destes, 8.721 foram registrados em crianças, 180.531 adultos do sexo masculino e 68.528 do sexo feminino. Para ambos os sexos, o grupo etário mais atingido tem sido o de 25 a 49 anos. Entre os casos de aids, em indivíduos do sexo masculino com mais de 13 anos de idade, no mesmo período de tempo, 58,0% dos casos notificados encontram-se na categoria de exposição sexual, 24,8% na categoria de exposição sanguínea, sendo que destes 23,4% referem-se à subcategoria UDI.

Entre as mulheres, observou-se que 86,2% dos casos teve como causa a exposição sexual, 13,8% a exposição sanguínea, sendo que destes 12,4% refere-se à subcategoria UDI. A proporção do número de casos entre homens e mulheres, menores de 13 anos, no ano de 2002, foi de 0,7, sendo que em 2001 era de 1,0, observando-se um aumento do número de casos entre as mulheres. O mesmo acontecendo quando considerada a

proporção de óbitos entre homens e mulheres, que passou de 1,0 em 2001 para 0,4 em 2002, sendo que houve diminuição da taxa de letalidade, que passou a ser de 11,8% em 2001, para 11,2% em 2002.

Considerando-se os indivíduos maiores de 13 anos, observou-se que a proporção do número de casos entre homens e mulheres, no ano de 2002, foi de 1,8 sendo que em 2001 era de 1,7, observando-se um aumento do número de casos entre as mulheres. O mesmo acontecendo quando considerado a proporção de óbitos entre homens e mulheres, que passou de 2,1 em 2001 para 2,4 em 2002, sendo que houve diminuição da taxa de letalidade, que passou a ser de 19,0% em 2001, para 15,3% em 2002.

Anteriormente ⁽¹⁾, a Coordenação Nacional de DST/Aids, havia notificado entre 1980 até setembro de 2001, 214.510 casos.

Na época em que o relatório ⁽¹⁾ foi publicado, estimava-se, a partir de estudos de prevalência do HIV na população, a existência de 620.000 indivíduos infectados no Brasil.

O uso de drogas ilícitas, ainda hoje, representa um importante problema na transmissão do HIV para a população heterossexual e para a transmissão materno-infantil (1, 2, 3, 5, 6, 7).

Bastos e Szwarcwald ⁽⁵⁾, Bastos ⁽⁶⁾ e Galduróz et al.⁽⁸⁾, em 1997, sinalizavam em um estudo sobre o consumo de drogas, lícitas e ilícitas, entre estudantes em dez capitais brasileiras, o aumento e a tendência de aumento no consumo de drogas por parte dessa população, entre as quais a cocaína mereceu destaque.

Geralmente os usuários de drogas injetáveis fazem associações entre drogas ^(7,8,9) como maconha, cocaína e álcool, potencializando, entre outros, o risco de adquirir o HIV, em relações sexuais sem o uso do preservativo.

Em 1994, segundo Bucher ⁽¹⁰⁾, o Ministério da Saúde estimava a existência de 75.000 UDI no Brasil. A percepção dos riscos que esse dado apresentava para o aumento do número de casos de indivíduos com HIV, levou à discussão e implantação de programas de redução de danos, com a troca de seringas, entre os UDI, na cidade de Santos, em 1989, conforme informações do Ministério da Saúde ⁽⁷⁾. Nesse momento o consumo de drogas ilícitas passou a ser visto e discutido, com maior ênfase, levando em conta o usuário e não mais nas questões legais ⁽¹⁰⁾.

Compreendeu-se, nesse momento da epidemia da aids, que não apenas as drogas injetáveis por si só facilitavam a ocorrência de situações de risco, mas a atividade sexual após o consumo de drogas ilícitas ou lícitas, como o álcool, era um importante facilitador da transmissão do HIV para as mulheres e desta para seus filhos ⁽¹¹⁾.

A avaliação dos programas de redução de danos, realizada pelo Ministério da Saúde⁽⁷⁾, indicou que um número relativamente pequeno de UDI, dependentes químicos, tem conhecimento da sua sorologia para o HIV. Segundo esse estudo ⁽⁷⁾, que avaliou 281 UDI, em várias cidades brasileiras, apenas 71,9% pensou em realizar o teste para detecção da infecção pelo HIV e, destes, 61,4% realizaram o teste, sendo que entre esses 12,6% não foram procurar o resultado.

Em um estudo conduzido na cidade de Porto Alegre, Pechansky et al.⁽¹²⁾ observaram que 34,00% dos UDI nunca haviam realizado sorologia para o HIV e, entre os que a haviam realizado, 43,0 % apresentavam infecção pelo vírus. Foi observado entre os UDI que 44,0 %, dos que tiveram relações sexuais no mês prévio à coleta de dados, não fizeram uso de preservativos e 48,6 % fizeram uso de álcool e/ou outras drogas antes ou durante a relação sexual, sendo que a tendência por não usar preservativos foi maior entre os mais jovens.

Entre as mulheres UDI foi observado, por Pechansky et al. ⁽¹²⁾ e Ministério da Saúde⁽¹³⁾, um aumento no risco de infecção pelo HIV por elas consumirem droga na forma injetável, compartilhando seringas, e por não usarem preservativos. As limitações de relacionamento interpessoal, como número de parceiros possíveis, necessidade de se prostituir para adquirir a droga, dificultariam a negociação de práticas seguras de sexo, sendo que a cocaína por si, comparada às demais drogas injetáveis, aumentaria o risco de práticas de sexo sem o uso de preservativos.

Entre os anos de 1983 e 2001⁽¹³⁾, as mulheres em fase reprodutiva, com idades variando entre 20 e 34 anos, respondiam por 53,8 % dos casos de aids entre mulheres, refletindo uma das dimensões da epidemia: a possibilidade da prole nascer com infecção pelo HIV.

Durante esse período, observou-se aumento da proporção de mulheres, portadoras do HIV comparadas aos homens, sendo em 1999 a taxa de incidência de 1:1 na faixa etária de 15 a 19 anos ⁽¹³⁾. Em 2002, o Ministério da Saúde ⁽¹⁴⁾ notificou que entre jovens de 13 a 19 anos estaria ocorrendo aumento do número de casos entre as mulheres, devido ao início precoce da vida sexual.

Associado à transmissão sexual do vírus entre as mulheres, aparece o parceiro sexual como sendo ou usuário de drogas ⁽¹⁴⁾, ou tendo múltiplos parceiros, ou ainda, a mulher enquanto usuária de drogas ^(2, 3, 7, 11, 13). De qualquer forma, a mulher sempre com grau de escolaridade mais baixo e oriunda de camadas mais pobres da população, apresenta a vulnerabilidade não apenas anatômica, mas social e cultural, como detectado por vários autores ^(2, 9, 13, 15).

Fernandes et al. ⁽¹⁶⁾ avaliaram uma população da região de Campinas (SP), e observaram que o desconhecimento acerca de sintomas de doenças sexualmente

transmissíveis era diretamente proporcional à idade, na população de mulheres com baixo grau de escolaridade e renda familiar. Considerando o uso de preservativo os autores ⁽¹⁶⁾ detectaram que, quanto maior a faixa etária, mais elevada foi a frequência das mulheres que nunca tinham usado o preservativo e menor a frequência daquelas que o haviam usado várias vezes.

Na cidade de São Paulo (SP), Vieira et al.⁽¹⁷⁾, em pesquisa que teve por objetivo caracterizar o comportamento sexual masculino, observaram maior frequência no uso de preservativos, entre homens mais velhos que tinham múltiplas parceiras, do que entre os mais jovens ou com menor grau de escolaridade. Entre os homens com uma única parceira sexual, 67,0 % não fazia uso de preservativos e, 44,0 % dos que tinham múltiplas parceiras, também não faziam uso do mesmo. A maior parte dos indivíduos que participaram da pesquisa, 96,0%, demonstrou ter conhecimentos sobre as formas de transmissão do HIV.

Quanto ao uso do preservativo, apenas 17,0 % o utilizavam em relações extra conjugais e 51,0 % não faziam uso de forma consistente, nas relações sexuais, com companheira fixa ou não.

O preservativo era mais utilizado por indivíduos jovens, sem parceiros fixos e solteiros.

Semelhante às mulheres, os homens mais velhos, com idades entre 39 e 50 anos, com uma parceira fixa, justificam o não uso de preservativo fundamentados na crença de que a relação é estável e confiam na parceira.

Fonseca et al. ⁽¹⁸⁾, em um estudo sobre o grau de escolaridade de indivíduos com aids entre os anos de 1986 e 1996, relatam que “a epidemia de aids no Brasil se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para aqueles de

menor escolaridade. Esse fato foi evidenciado tanto pela variação na proporção de casos como pelas taxas de incidência, em todas as regiões do país, para ambos os sexos. Pôde-se perceber que, diferentemente de algumas suposições correntes, o risco a que estão expostos os indivíduos do sexo masculino de maior escolaridade ainda é superior àquele observado nos indivíduos de menor escolaridade, com a exceção da Região Sudeste, onde tem lugar a epidemia mais antiga do país, e na Região Centro-Oeste, onde os dois grupos apresentam riscos comparáveis. Já para o sexo feminino, o quadro é claramente distinto, com maior risco entre as mulheres de menor escolaridade, nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, risco, grosso modo, similar entre as duas categorias de escolaridade nas regiões Norte e Sul, e risco ampliado entre as mulheres com maior escolaridade na Região Nordeste “.

Marins et al. ⁽¹⁹⁾ relatam que no período entre 1982 e 1989 a sobrevida mediana no Brasil era de 6,1 meses, que em 1995 passou para 16 meses e em 1996 para 58 meses, atribuindo esse ganho aos avanços da terapia anti retroviral. Apontam os autores para o fato das diferenças culturais, sociais e o baixo poder aquisitivo da população, não ser impeditivo de aumento da sobrevida, quando o acesso aos tratamentos está disponível para todos os cidadãos, por ser gratuitamente distribuído pelo Ministério da Saúde.

Rua e Abramovay ⁽²⁰⁾, em um estudo que avaliou ações de prevenção em DST/aids e uso de drogas nas escolas, concluíram, com relação aos alunos, que: “Os impactos se evidenciam objetivamente nos comportamentos relativos a: (i) compartilhamento de seringas ao consumir drogas; (ii) auto-contenção sexual- com a limitação do número de parceiros e menor propensão às relações sexuais com profissionais do sexo e/ou parceiros eventuais; (iii) maior disposição ao uso do preservativo.” Considerando-se que a adolescência representa um momento de grande vulnerabilidade na vida dos indivíduos ^(20, 21, 22, 23), esse estudo sinaliza um importante caminho para a prevenção, assim como o

relatório do Ministério da Saúde⁽¹⁴⁾ sinaliza um aumento do número de casos entre os adolescentes.

A compreensão das características psicodinâmicas dos indivíduos portadores da infecção pelo HIV-1, aliadas às informações epidemiológicas, devem permitir ações em prevenção primária, ao identificar extratos da população sob maior risco de adquirir a infecção pelo HIV. Em prevenções secundária e terciária poderão ser úteis na diminuição de seqüelas e promoção dos que convivem com o HIV.

2. Características Clínicas da Infecção pelo HIV – 1

A aids é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que é um retrovírus citopático e não-oncogênico, com genoma RNA, da família Lentiviridae. A transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode integrar-se ao genoma do hospedeiro, depende de uma enzima denominada transcriptase reversa. Uma vez dentro do hospedeiro, ele infecta células derivadas da medula óssea e linfócitos, sendo os receptores dos linfócitos T com marcador CD_4^+ a via de entrada para o meio intracelular.

Após a invasão do organismo, o vírus causaria uma infecção aguda caracterizada pelo aumento da carga viral plasmática e pela diminuição de linfócitos T CD_4^+ , após os quais pode permanecer em latência clínica, por vários anos, e depois evoluir para o quadro de aids, ocorrendo imunidade ineficiente e surgimento das doenças oportunistas. Atualmente os tratamentos clínicos, com esquemas anti-retrovirais potentes, tentam postergar o resultado final da história natural da doença: a aids.

No Brasil, encontramos o HIV tipo 1, com variações quanto à patogenicidade. Os meios de transmissão são a via sexual, vertical e parenteral que pode ocorrer por transfusão sanguínea, uso de drogas injetáveis (UDI) ou por ação de acidentes ocupacionais, todas com particularidades distintas quanto às formas de prevenção.

A avaliação do estado imunológico e virológico do paciente com ou sem tratamento anti-retroviral, conforme orientações do Ministério da Saúde⁽²⁴⁾, é feita através da determinação dos linfócitos T com marcadores CD_4^+ e CD_8^+ e da determinação da carga viral plasmática^(24, 25), que deve ser realizada periodicamente, uma vez a cada quatro meses ou na ocorrência do desenvolvimento de doenças oportunistas, exigindo disponibilidade de

tempo do paciente para comparecer aos ambulatórios e laboratórios para coleta de material para os exames.

Formas complementares de avaliação, considerando os aspectos qualitativos do funcionamento imunológico, como indicadores da fase evolutiva são relatados por Meira et al. ⁽²⁶⁾, ao proporem a avaliação do nível sérico das citocinas.

O início da terapia anti-retroviral ^(24,25) leva em consideração o estado clínico do paciente, no sentido de estar ou não apresentando sintomas, a contagem de linfócitos T CD₄⁺ medida em número de células/mm³, a determinação da carga viral plasmática medida em número de cópias/ml, e em logaritmos, através da técnica de reação em cadeia de polimerase (PCR) e o esquema terapêutico potente com anti-retrovirais. O esquema adotado, atualmente, segundo o consenso brasileiro ⁽²⁴⁾, consiste na associação de três ou mais anti-retrovirais (ARV), que agem em diferentes sítios do ciclo de vida do HIV. No início do tratamento são recomendados dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN), associados a um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN) ou a um ou dois inibidores de protease (IP). Essas recomendações são propostas para todos os pacientes sintomáticos e para os assintomáticos com contagem de células CD₄⁺, menor ou igual a 200 células/mm³. Para os pacientes com contagem de linfócitos CD₄⁺ entre 200 e 350, deve-se discutir a possibilidade de iniciar tratamento, principalmente quando a carga viral é muito elevada.

Para indicar o início do tratamento ⁽²⁴⁾, o médico também leva em consideração o compromisso do paciente com a adesão aos medicamentos, que depende do desejo do paciente em se tratar, das possibilidades dele compreender e seguir, rigorosamente, as orientações quanto aos horários e formas de ingestão dos diversos ARV, necessitando

muitas vezes, de mudanças nos hábitos de vida e tolerância aos efeitos colaterais dos medicamentos.

Esse contrato terapêutico que é estabelecido entre médico e paciente, é permeado pelas características psicodinâmicas do paciente, pela inserção e relação que esse estabelece com o universo cultural e social onde esta inserido.

Considera-se que houve adesão ao tratamento quando ocorre a ingestão, pelo paciente, de pelo menos 80% das doses dos ARV, supressão viral e não ocorrência de falência terapêutica, com aparecimento de cepas resistentes ^(24,27).

Todos os ARV produzem efeitos colaterais importantes ^(24, 25, 27), interagem com outras medicações e afetam o comportamento e a afetividade dos pacientes. Nesse sentido constituem um desafio a mais, além da convivência com o HIV e com tudo o que esse representa no imaginário social. Os ARV podem ser interpretados como marcadores da perda da saúde e da onipotência ingeridos várias vezes ao dia.

Da mesma forma que em outras doenças crônicas a percepção da perda da saúde mobiliza nos pacientes sentimentos de angústia ^(36, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 76). Na infecção pelo HIV a percepção da perda da saúde se faz acompanhar, em muitas das vezes, por sentimentos de culpa, de rejeição por parte dos familiares, da fantasia da morte próxima e de reações psicopatológicas como tentativas de enfrentamento da situação.

3.Características Psicológicas e Epidemiológicas da Infecção pelo HIV–1 e o Referencial Teórico Psicanalítico Kleiniano.

Klein ⁽²⁸⁾, define saúde mental como: “Uma personalidade bem integrada é a base da saúde mental. Começarei enumerando alguns elementos de uma personalidade bem integrada: maturidade emocional, força de caráter, capacidade de lidar com emoções conflitantes, equilíbrio entre a vida interna e a adaptação à realidade e uma bem sucedida coesão das diferentes partes da personalidade em um todo”.(pág.306)

Observa-se, como um dos elementos constituintes de “saúde mental” a capacidade de lidar com conflitos na infância, na fase da vida adulta e, na adolescência quando os conflitos, serão exacerbados, pelo implemento das pulsões genitais e das transformações biológicas da puberdade. Nesse sentido a avaliação da eficácia adaptativa através da verificação da qualidade das respostas nos setores propostos pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), permite avaliar qualitativamente e quantitativamente a saúde mental.

O conceito de posição definido por Melanie Klein ⁽²⁹⁾, permite compreender a qualidade das respostas às demandas internas e externas, enquanto expressões do sistema tensional inconsciente predominante e, pensar o funcionamento do aparelho psíquico, definido segundo Simon⁽³⁰⁾, como: “a constelação psíquica” formada por um “conjunto de angustias, determinados objetos, defesas, relações internas e fantasias inconscientes correspondentes.” (pág.70) A inter-relação desses elementos pode ser compreendida à partir de Baranger⁽²⁹⁾, onde diz: “sendo a defesa uma modalidade de manejo do vínculo com o objeto, criada para escapar à angustia.”(pág.122), que é produzida pelo conflito causado pelas manifestações pulsionais.

Segundo Laplanche e Pontalis ⁽³¹⁾ as pulsões são: “Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz tender o organismo para um alvo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu alvo é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir o seu alvo...damos o nome de pulsões às forças que postulamos por detrás das tensões geradoras de necessidades do id. Pode ser entendida como uma exigência de trabalho imposta ao psiquismo ”(pág.506), sendo um elemento qualitativo.

As pulsões decorrem das excitações internas ⁽³²⁾, dependem predominantemente de fontes somáticas e pretendem diminuir a tensão causada dentro do organismo, que gera a sensação de desprazer⁽³¹⁾.

Hinshelwood ⁽³³⁾ ao referir-se a pulsão de morte diz: “Estas formas da pulsão de morte são clinicamente observáveis, mas em circunstâncias especiais. A pulsão de morte acha-se normalmente em estado de fusão com a libido e as pulsões de vida, e a saúde implica que, nesta fusão, as pulsões de vida tenham ascendência. Em estado de defusão (certos aspectos dos distúrbios esquizofrênicos da percepção e do pensar), contudo, ou quando a fusão se acha sob a égide da pulsão de morte, em vez das pulsões de vida, o funcionamento da pulsão de morte se torna aparente (organizações patológicas, masoquismo e outras perversões)”. (pág.446)

Nos atendimentos psicoterápicos dos pacientes portadores do HIV, Silva Filho e Sacardo ⁽³⁴⁾, identificaram nos episódios que levaram à contaminação pelo vírus e nos relatos dos familiares, quando ocorria o óbito do paciente, a presença da pulsão de morte.

Observou-se ⁽³⁴⁾ nas crises geradas pelo conhecimento do diagnóstico da infecção pelo HIV, sentimentos de culpa, depressão e comportamentos autodestrutivos, conforme

descritos nas situações de crise, por Simon^(35, 36). Os profissionais que atendiam as pessoas portadoras do HIV, freqüentemente atribuíam a morte de um paciente a um “não querer viver”. Nestes casos, normalmente, pode-se identificar fatores psíquicos responsáveis pelas atitudes que culminaram na morte ou nas internações freqüentes. Esses fatores eram reconhecidos nas seguintes atitudes: não tomar os remédios de forma adequada, recusar-se a tomar os remédios, consumir drogas de forma abusiva, impossibilidade de elaborar a perda da saúde e da onipotência antes existente⁽³⁴⁾.

Estes fatores podem ser compreendidos como manifestações de objeto interno vingativo segundo, Simon⁽³⁷⁾, Rosa e Simon⁽³⁸⁾; self destrutivo, para Rosenfeld^(39, 40, 41, 42); organizações patológicas como defesa, segundo Steiner^(43, 44), sendo sempre manifestações de elementos autodestrutivos inconscientes.

Silva Filho^(45, 46) observou tendências destas formas de manifestações em acidentes de trabalho, expressando um modo de manutenção do equilíbrio psíquico, ainda que precário, mas a serviço da pulsão de morte, devido aos recursos egóicos disponíveis que os pacientes apresentavam.

A identificação das características do funcionamento psíquico, correspondentes as posições esquizo-paranóide e depressiva, ou seja, segundo Simon⁽³⁰⁾, “conjunto de angústias, determinados objetos, defesas, relações internas e fantasias inconscientes correspondentes...” (pág. 70) permitem avaliar as condições de saúde mental nos indivíduos, após o diagnóstico da infecção pelo HIV, permite avaliar indiretamente o efeito destes na manutenção da qualidade de vida do indivíduo, bem como inferir características psicodinâmicas no período da vida em que ocorreu a contaminação.

Estudos anteriores (37, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58) , com pacientes portadores de outras patologias, demonstraram a importância de características de personalidade na manutenção de doenças crônicas.

Embora não seja possível falar em um perfil de personalidade, pode-se identificar e tratar características que podem dificultar ações por parte do paciente, no sentido de preservar sua vida.

O trabalho de acompanhamento psicológico, junto às pessoas portadoras do HIV, doentes ou não, realizados pelo autor nos últimos anos, no Comitê Civil de Apoio e Prevenção à Aids e no Centro de Psicologia Aplicada "Dr.^a Betti Katzenstein" da UNESP, Campus de Assis, demonstrou a necessidade de integrar informações e procedimentos das diferentes áreas do conhecimento, que contribuiriam para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Durante a execução desse trabalho, foi possível perceber que as informações existentes estão dispersas, não sistematizadas e sem a possibilidade de utilização para o planejamento de intervenções multidisciplinares de forma efetiva, principalmente quando as modalidades de atendimento são realizadas por instituições diferentes, com um grau limitado de integração e acesso as informações produzidas pelos centros de pesquisa.

Estas constatações indicaram a necessidade de realizar um estudo exploratório das variáveis sociais, médicas, psicológicas e culturais, relevantes na determinação da qualidade de vida do portador do HIV, enfatizando a integração das diferentes abordagens.

O controle, a identificação e o refinamento das variáveis determinantes de soluções mais adequadas; respostas adequadas, segundo a EDAO⁽³⁵⁾, devem permitir o planejamento mais racional das ações, seja nas prevenções primária, secundária ou terciária, pois leva em consideração os aspectos médicos, psicológicos, sociais e culturais.

Estudar a associação dos fatores seria uma forma de consubstanciar as decisões através das análises clínicas, e resgatar o sinergismo de fatores predispondo à doenças, de acordo com Pereira Júnior et al.⁽⁵⁹⁾

O conceito de equilíbrio adaptativo, proposto na EDAO, segundo Simon ⁽³⁵⁾, pressupõe a interação entre os mundos interno e externo, num processo de contínuas mudanças, com alterações de demandas internas e externas e a necessidade do indivíduo desenvolver novas habilidades para enfrentar os desafios e conflitos. O equilíbrio adaptativo depende da adequação “ao conjunto de respostas para as exigências colocadas pelas realidades interna e externa...”⁽³⁶⁾ (pág. 2)

Simon ⁽³⁶⁾, ao definir depressão diz: “Vou começar apresentando uma definição de depressão, conforme meu sistema diagnóstico adaptativo, de modo o mais simples e claro possível: depressão é o resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas”. (pág.2) Uma resposta a um dado problema vital é considerada adequada quando resolve o problema, não causa conflito e gera prazer. Quando atende a apenas uma dessas condições é considerada como uma resposta pouco adequada e pouquíssimo adequada quando não atende a nenhuma das três condições. Simon ⁽³⁶⁾ considera que nos diagnósticos de adaptação ineficaz severa ou grave predominam fatores internos e externos negativos. Em situações de crise, gerada por problemas vitais, a deterioração da eficácia adaptativa revela um quadro de depressão reativa aguda, em um primeiro momento que perpetuado por soluções pouco ou pouquíssimo adequadas leva a depressão crônica. Subdivide as depressões crônicas em neurótica e psicótica maníaco-depressivo ou esquizoafetivo, indicando grau crescente de comprometimento psicopatológico pela atuação da pulsão de morte e fixações em posições mais arcaicas do desenvolvimento do aparelho psíquico. Diz Simon ⁽³⁶⁾: “As depressões seriam o corolário das adaptações ineficazes.

Talvez seria correto formular a proposição: quanto menos eficaz a adaptação, maior o halo depressivo. E assim estabelecendo uma proporcionalidade direta entre aumento de soluções pouco adequadas, e aumento da depressão.” (pág. 3)

A compulsão à repetição representaria o rompimento da homeostase ⁽³⁵⁾, com perda de eficácia adaptativa, sendo expressão da pulsão de morte e da impossibilidade do indivíduo, do ponto de vista psicodinâmico, de levar em consideração suas necessidades internas e/ou externas.

Bleger ⁽⁶⁰⁾, ao discutir a “parte psicótica da personalidade”, definida por Bion ⁽⁶¹⁾, propõe a existência de uma posição geneticamente anterior a posição esquizo-paranóide que ele chamou de “gliscro-cárica” ou viscocárica e, que constitui, no adulto, “a parte psicótica da personalidade”, como o remanescente da organização mais arcaica da personalidade. Para Bleger ⁽⁶⁰⁾, o núcleo enviscado pode ressurgir devido a uma regressão do psiquismo, por estresse, determinando perda ou ausência de discriminação entre objeto bom e mau, entre “self ” e não “self ”, constituindo a angústia confusional definida por Klein ⁽²⁸⁾, ou estados confusionais como proposto por Rosenfeld ^(39, 41).

Bleger⁽⁶⁰⁾ identificou na reaparição de núcleos arcaicos, fundidos ou não diferenciados, a parte psicótica da personalidade, resultante da não discriminação ou clivagem.

Simon ^(30, 56) enfatiza que a qualidade da elaboração da posição depressiva vai depender fortemente de uma clivagem adequada na posição esquizo-paranóide. Esta clivagem, por sua vez, dependerá da superação da posição viscocárica, o que implica na elaboração dos estados confusionais, da simbiose e das angústias confusionais.

O remanescente dessa organização arcaica, caracterizada pela diferenciação primária ou fusão, é a base dos níveis psicóticos da personalidade, níveis que persistem na

vida adulta, segregados do “self”, da parte mais evoluída e integrada da personalidade. Essas partes psicóticas da personalidade, ou níveis psicóticos, devido aos núcleos enviscados, são imobilizadas e controladas pela simbiose, o mecanismo de defesa característico da posição viscocárica.

O principal sentimento, na posição viscocárica, é de ausência do sentido de realidade, pois não há clivagem entre a realidade interna e externa; há uma fusão entre os conteúdos depositados em alguém e o ser- continente das projeções. A imobilização do ser- continente serve como defesa frente aos perigos da desorganização e das mudanças catastróficas. A base do processo é a identificação projetiva/introjetiva maciça, seguida de uma negação onipotente, do desejo inconsciente de dependência simbiótica.

A ansiedade confusional tem várias manifestações⁽⁶²⁾: obnubilação, enjôo, expectativa, desconcerto, perplexidade e embaraçamento. É um sinal de alarme frente ao perigo da reintrojeção maciça dos núcleos enviscados, com o perigo decorrente de uma desintegração psicótica do ego.

Estes elementos psicodinâmicos permitem compreender comportamentos auto destrutivos por vezes manifestados pelos pacientes portadores do HIV.

Rosenfeld ⁽⁶³⁾ e Paiva ⁽⁶⁴⁾ fazem referências à existência de um esquema corporal psicótico, encontrado algumas vezes em pessoas adaptadas à realidade, onde predominam relações objetais infantis e à indiferenciação corporal com a mãe, que em momentos de crise eclodem e apresentam sintomas como hiperatividade muscular, hipercinesia, reações cutâneas, ou ainda, a possibilidade de suicídios, como indicado por Cassorla ⁽⁶⁵⁾, Giordano ⁽⁶⁶⁾, Knobel ⁽⁶⁷⁾ e Paiva ^(68, 54, 55).

Bion ⁽⁶¹⁾ aponta como uma das condições dos distúrbios esquizofrênicos o “predomínio tão grande dos impulsos destrutivos que mesmo os impulsos amorosos são

inundados por estes, transformando-se em sadismo. A segunda é um ódio à realidade que, conforme Freud assinalou, se estende a todos os aspectos do psiquismo que contribuam para a percepção desta. Eu acrescento: ódio à realidade interna e a tudo aquilo que contribua para a percepção da mesma. A terceira, deriva das duas anteriores, é um pavor constante a um aniquilamento iminente.”(pág.46)

Bion ⁽⁶¹⁾ refere como diferenças entre a personalidade psicótica e a não psicótica, o recurso de destruição da percepção das realidades interna e externa e a sensação de manutenção do equilíbrio psíquico, que causaria no indivíduo. Após a expulsão dos fragmentos do aparelho de percepção, e conseqüente capacidade de perceber os mundos interno e externo, o paciente “se sente aprisionado no estado mental que atingiu, e impossibilitado de escapar do mesmo, porque sente que lhe falta o aparelho mental de percepção da realidade, o qual é, ao mesmo tempo, a chave para a fuga e a própria liberdade para onde figiria. Esta sensação de aprisionamento é intensificada pela presença ameaçadora dos fragmentos expelidos”.(pág. 52)

Muitos autores ⁽³³⁾, depois de Freud ⁽⁶⁹⁾, relatam casos de manifestações desta pulsão, em diversas formas de apresentação, como por exemplo: o narcisismo destrutivo relatado por Rosenfeld ⁽⁴¹⁾, o vínculo menos K estudado por Bion ⁽⁶¹⁾, o objeto interno vingativo por Rosa⁽⁶²⁾ e Rosa & Simon ⁽³⁸⁾, as organizações patológicas, como defesa, por Steiner ^(43, 44) e o objeto tanático relatado por Paiva ⁽⁵⁴⁾.

Leite ⁽⁵²⁾, diferentemente dos autores que privilegiam a abordagem psicodinâmica^(38, 41, 43, 44, 61, 62), justifica a existência de importantes manifestações psicopatológicas pelo tropismo do HIV pelo Sistema Nervoso Central (SNC), pelo impacto do diagnóstico do vírus e a evolução da infecção. Descreve como sintomas: depressão, apatia e isolamento social.

Essas considerações apontam para a dificuldade de se estabelecer um diagnóstico diferencial entre condições psicopatológicas, anteriores e posteriores à infecção pelo HIV e como reação ao estresse da comunicação do diagnóstico.

Considera-se que a perda da saúde cria uma demanda no sentido da elaboração do luto pela perda da saúde e, mobiliza aspectos mais arcaicos da formação do psiquismo ^(40, 41, 44, 60), o que possivelmente significa esbarrar na psicopatologia pré-existente à infecção pelo HIV.

Rosenfeld ⁽⁴²⁾ diz: “...meu objetivo era discutir fenômenos que aparecem clinicamente como exemplos da atuação da pulsão de morte, mas à medida que prosseguia percebi que estava me deparando com a manifestação do que gostaria de chamar de “narcisismo destrutivo”. Percebi que, quando estava analisando sintomas clínicos como o desejo de morrer ou de fugir para o nada ou para a morte que, à primeira vista pareciam ser manifestações da pulsão de morte, como um impulso primário em direção à morte, eu sempre podia descobrir, com uma investigação mais detalhada que estava envolvida alguma destrutividade ativa que se dirigia não só contra objetos mas contra partes do “self”.” (pág.219)

O narcisismo destrutivo seria um elemento importante a ser considerado no manejo do tratamento contra o HIV, pois estaria presente na elaboração do luto, frente à perda de pessoas queridas, da saúde e da onipotência.

Os trabalhos epidemiológicos sobre características psiquiátricas, associadas a comportamentos de risco para a infecção pelo HIV não permitem o manejo terapêutico dos pacientes, embora apresentem importantes contribuições para caracterizar a epidemia.

Malbergier e Andrade ⁽⁷⁰⁾, ao estudarem transtornos depressivos em usuários de drogas injetáveis, infectados pelo HIV, relatam que o diagnóstico de transtorno de

ansiedade ao longo da vida e dependência de cocaína não estariam associados, de forma estatisticamente significativa, a tentativas de suicídio. O risco de suicídio não seria aumentado pelo diagnóstico do HIV e sim pelo uso abusivo de drogas, embora ocorra em uma proporção maior em indivíduos com HIV, do que na população em geral.

Segundo Malbergier e Andrade ⁽⁷⁰⁾, a ideação suicida seria mais freqüente entre indivíduos assintomáticos quando comparados com os que já desenvolveram aids, o que seria justificado “pelo efeito do progressivo do ajustamento dos indivíduos infectados, levando a uma redução dos sintomas psicológicos e da ideação suicida”. (pág.10)

Apontam, ainda, Malbergier e Andrade ⁽⁷⁰⁾, que a sorologia positiva para o HIV não estaria associada a uma maior probabilidade de apresentar o diagnóstico de depressão, quando comparados com indivíduos também dependentes de cocaína mas com sorologia negativa para o HIV e em outras doenças crônicas. Usuários de cocaína, mas não dependentes, teriam menor probabilidade de se infectarem com o HIV, devido a baixa freqüência de situações de consumo da droga.

Nesse estudo ⁽⁷⁰⁾ foram encontradas associações entre desemprego, baixa remuneração familiar, suporte social e fatores sócio-econômicos e depressão atual, assim como a diminuição da dependência química após o diagnóstico do HIV.

Malbergier e Schöffel ⁽⁷¹⁾, em um estudo sobre o tratamento da depressão em indivíduos infectados pelo HIV, relatam que entre os transtornos psiquiátricos mais comumente apresentados, a depressão teria a maior prevalência. Entre os homossexuais masculinos, assintomáticos, 35,5 % apresentariam o diagnóstico de depressão ao longo da vida, sendo a taxa semelhante para aqueles indivíduos não infectados. Para usuário de drogas a prevalência seria de 43,0 %. Os autores apontam como fatores de risco para a depressão: distúrbio de personalidade, transtorno depressivo prévio, história familiar de

depressão, uso de álcool e drogas, sexo feminino, desemprego, sintomas relacionados à aids (emagrecimento, diarreia, manchas na pele), múltiplas perdas, pouco suporte social (solidão, conflito social), luto, doença avançada e falha terapêutica. Consideram como sintomas afetivos da depressão: humor depressivo, perda de interesse, culpa, desvalorização, desesperança e ideação suicida. E como sintomas somáticos: alterações do apetite, do sono, perda de peso, agitação, retardo e fadiga.

Malbergier e Schöffel ⁽⁷¹⁾ dizem: “O diagnóstico diferencial entre depressão e quadros cognitivos/demências pode ser de difícil realização. O HIV produz mudanças em estruturas como gânglios da base, tálamo e lobo frontal que podem levar a transtornos da motivação e do humor. Esse processo, no início da infecção, tende a ser contido pelo próprio organismo, porém, com o avançar da doença, o próprio sistema imune, pela liberação de citocinas, pode contribuir para o aparecimento dos sintomas de uma síndrome caracterizada por: apatia, inércia, irritabilidade, alterações da memória, lentidão cognitiva, sintomas depressivos, abandono das atividades habituais, mudanças na personalidade e dificuldade em administrar conhecimentos adquiridos. Esse quadro é conhecido como demência associada ao HIV-1, e os sintomas, principalmente nos estágios iniciais, podem ser semelhantes ao quadro depressivo.” (pág.162)

Entre as várias possibilidades de manifestações psicopatológicas entre os indivíduos portadores do HIV, doentes ou não, muito freqüentemente foram encontradas, referências dos autores ^(72, 53) acerca da “Demência da doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)” referida pela CID-10, na lista de categorias como F02.4.

A demência é definida pela Organização Mundial de Saúde ⁽⁷³⁾ como: “Uma síndrome decorrente de uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há perturbação de múltiplas funções corticais superiores, incluindo

memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. Não há obnubilação de consciência. Os comprometimentos de função cognitiva são comumente acompanhados, e ocasionalmente precedidos, por deterioração no controle emocional, comportamento social ou motivação. Na avaliação da presença ou ausência de uma demência, deve-se tomar cuidado especial em evitar identificação falso-positiva: fatores motivacionais ou emocionais, particularmente depressão, associados a lentidão motora e fraqueza física geral, ao invés de perda da capacidade intelectual, podem ser responsáveis por falha de desempenho”. (pág.45)

Os sintomas depressivos são identificados apenas como sintomas adicionais, podendo ou não predominar alucinações e delírios.

Lopes ⁽⁵³⁾, ao resgatar na literatura “momentos de adaptação à doença”, aponta que no modelo proposto por Nichols, os doentes com aids apresentariam: “auto-estima diminuída e alteração no senso de identidade e valores, assim como distanciamento e alienação das famílias e entes queridos, pode levar a ideação suicida. A raiva pode se voltar contra si mesmo, acompanhada por retração, depressão e tentativas de suicídio”. (pág.44)

Estevão⁽⁷⁴⁾ define depressão enquanto qualidade das vivências e não como afetividade enquanto função psicológica, tendo como uma das implicações o diagnóstico da depressão ser realizado com base na lentificação dos processos psicológicos e a diminuição do espaço vivencial. Diz: “Entendemos por vivência a atividade psíquica global, síntese do processamento das informações provenientes do corpo e do ambiente; dos significados atribuídos às intercomunicações com o mundo. Os significados baseiam-se nas experiências adquiridas, nos valores, projetos, motivações, expectativas, com as respectivas ressonâncias afetivas. O campo vivencial, no qual a atividade psíquica se

desenrola, pode estar reduzido desde o próprio corpo ou mesmo a partes dele, até expandido a temas, esferas que ultrapassam de muito a situação atual.” (pág.78)

Considerando-se que um número significativo de indivíduos ^(2, 3, 72), adquirem a infecção pelo HIV-1, na adolescência e sendo este um período da vida crítico devido aos processos psicodinâmicos envolvidos, se faz necessário tecer algumas considerações que ajudem na compreensão dos riscos à luz da teoria psicodinâmica de orientação psicanalítica.

O desenvolvimento de novas habilidades na adolescência é acompanhado pela forma concreta de pensar, onde a reflexão é substituída pela ação ^(21, 22), implicando em riscos, entre outros, da infecção pelo HIV. A necessidade de desenvolver novas habilidades, segundo Simon⁽⁵⁸⁾, pode ser acompanhada de crise adaptativa e drogadição aguda com prejuízo adaptativo, ainda, segundo esse autor⁽³⁵⁾, nas crises “sentimentos de intensa angústia, às vezes de pânico, que assaltam o sujeito em crise, não seriam devidos apenas à falta de solução para o novo, mas à projeção e identificação do novo com fantásticas ameaças provocadas pelas figuras aterrorizantes das camadas do inconsciente que emergem nesses estados de extrema tensão emocional”.(pag109)

Knobel ⁽²¹⁾, ao discutir as possibilidades de ocorrência de quadros psicopatológicos na adolescência, assinala que: “As situações sócio-econômicas nas quais vive o/a adolescente, estimulado e exigido por um lado, e privado e restringido por outro, fazem com que quando a situação conflitiva torna-se intolerável, o/a adolescente, recorre ao delito, à violência, à agressão franca, para obter através do que tecnicamente poderia se chamar, de um “acting-out” psicopático, a satisfação de seus impulsos imediatos, agora já fora de controle.” (pág.166)

A adolescência foi considerada como a fase evolutiva compreendida dos 11 aos 24 anos, embora a Organização Mundial de Saúde em 1977 tenha considerado esse período dos 10 aos 20 anos. Aberastury e Knobel ⁽²²⁾ consideram a adolescência como: “O termo se aplica especificamente ao período da vida compreendido entre a puberdade e o desenvolvimento completo do corpo, cujos limites se fixam, geralmente, entre os 13 e os 23 anos no homem, podendo estender-se até os 27 anos. Embora se costume incluir ambos os sexos no período compreendido entre os 13 e os 21 anos, os fatos indicam que nas adolescentes se estende dos 12 aos 21 anos, e nos rapazes dos 14 aos 25 anos em termos gerais.” (pág.89)

Esses autores ⁽²²⁾ definem adolescência como: ”a etapa da vida durante a qual o indivíduo procura estabelecer sua identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações objeto-parentais internalizadas e verificando a realidade que o meio social lhe oferece, mediante o uso dos elementos biofísicos em desenvolvimento à sua disposição e que por sua vez tendem à estabilidade da personalidade num plano genital, o que só é possível quando consegue o luto pela identidade infantil.” (pág.26)

As características do que foi definido por Knobel ⁽²¹⁾ e Aberastury e Knobel ⁽²²⁾ como Síndrome Normal da Adolescência, ajudam a compreender a maior exposição dos adolescentes aos riscos de contrair o HIV, quando comparados com os indivíduos adultos. Esta Síndrome se caracteriza por ⁽²²⁾: “busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução sexual manifesta, atitude social com tendências anti-sociais, contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, o que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida, separação progressiva dos pais, e constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.” (pág.29)

Para Knobel ⁽²¹⁾, as contradições e violências sociais a que os adolescentes estariam expostos seriam responsáveis por atitudes autodestrutivas. Nesse sentido, não usar preservativos, consumir drogas ilícitas de forma abusiva, compartilhar seringas, vida sexual precoce sem os cuidados necessários, seriam expressões dessa auto-destrutividade, à que os adolescentes estariam mais vulneráveis que os adultos.

Para Galduróz ⁽⁹⁾ “a tentativa de ultrapassar a insegurança e de se auto-afirmar pode levar à transgressão, à busca do prazer imediato, às atitudes desafiadoras e ao uso de drogas que aparentemente aliviam todas as manifestações que sobrevêm durante a adolescência. Inegavelmente as drogas psicotrópicas propiciam temporariamente prazer e preenchem todos os requisitos para complementar uma adolescência em desarmonia: prazer imediato, a transgressão, a fuga através do prazer solitário, o jogo com a morte, a necessidade de poder, inconformismo, necessidade de liberdade, aceitação e respeito dentro da turma.” (pág.52)

4. Instrumentos

4.1. Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – E.D.A.O.

Simon ⁽³⁵⁾ propõe uma forma de diagnóstico, através da entrevista clínica, fundamentada na história natural da doença, e avalia as evoluções da adaptação nos períodos pré-patogênicos e patogênicos, considerando a eficácia adaptativa nos setores, afetivo-relacional, sócio-cultural, produtividade e orgânico.

O setor afetivo-relacional, segundo Yamamoto ⁽⁷⁵⁾, “compreende o conjunto de respostas emocionais do sujeito nas relações interpessoais e com relação a si mesmo; o setor da produtividade compreende a totalidade das respostas diante do trabalho ou estudos; o setor sócio-cultural, as atitudes e ações do sujeito diante das instituições, valores e costumes da cultura em que vive; o setor orgânico indica o estado físico e o conjunto das respostas quanto aos sentimentos, atitudes e cuidados relativos ao próprio corpo.”

Considera Simon ^(35, 58, 36) a adaptação de um indivíduo como um critério básico de avaliação, pois permite avaliar seu funcionamento psicológico e a qualidade da interação com o meio ambiente. Fundamenta-se nos conceitos de homeostase e crise de Caplan ⁽⁷⁶⁾ sendo que discorda do autor, no que se refere aos fatores desencadeadores de crise e, à possibilidade do indivíduo voltar a condição adaptativa anterior a crise sem as influências das transformações causadas pela vivência do período de crise e soluções encontradas. Simon ⁽³⁵⁾, também considera que a criatividade necessária para o enfrentamento das situações novas implica no amadurecimento das estruturas internas, não sendo alcançado apenas pelo desenvolvimento de novas habilidades cognitivas, valorizando os aspectos psicodinâmicos.

Este conceito encontra-se em consonância com os critérios de saúde mental discutidos por Klein ⁽²⁸⁾ e Knobel ⁽²¹⁾.

Frente a uma dada solicitação interna ou externa o indivíduo é impelido a mobilizar recursos internos ou externos para enfrentar e responder a situação problema, causadora do rompimento da homeostase. Considera uma resposta como sendo adequada quando esta soluciona o problema, traz satisfação e não provoca conflitos intrapsíquicos ou sócio-culturais, ou seja, atende as demandas do id, ego e superego. Simon ⁽³⁶⁾ considera, ainda a resposta como sendo: “pouco adequada quando a resposta soluciona o problema, mas: a) é gratificante, porém conflitiva; ou b) a resposta é pouco gratificante, mas não traz conflito. Pouquíssimo adequada, quando a solução, além de não ser gratificante, é também conflitiva....respostas descoordenadas, incoerentes, desencontradas, não são consideradas soluções para o problema vital, e geralmente refletem a existência de crise adaptativa.” (pág.2)

A impossibilidade de predominar soluções adequadas, pode originar um quadro de depressão reativa aguda acompanhada de deterioração da eficácia adaptativa, podendo chegar a depressão crônica dos tipos neurótica e psicótica maníaco depressivo e esquizo-afetivo ⁽³⁶⁾.

O tipo de adequação das respostas, segundo Simon ⁽³⁵⁾, conduz a uma classificação da adaptação segundo a sua eficácia, como adaptação eficaz ou adaptação ineficaz, sendo esta leve, moderada, severa ou grave. Para discriminar e indicar os momentos de ruptura dos períodos de adaptação estável acrescenta-se a indicação de crise ao diagnóstico adaptativo.

Com este instrumento é possível estabelecer um diagnóstico da eficácia adaptativa e obter indicativos sobre os setores com maior comprometimento, de forma a conhecer as

soluções encontradas pelos sujeitos e caracterizar a eficácia adaptativa destes, segundo características psicodinâmicas.

A E.D.A.O. permite que se estruture a entrevista clínica de forma sistemática, fornecendo informações qualitativas e quantitativas, gerando um diagnóstico, um prognóstico e fornecendo indicativos da modalidade mais adequada de tratamento (psicoterapia breve ou de longa duração, ou mesmo gerar critérios para formação de grupos terapêuticos), como indicam Yoshida ^(77, 78) e Yamamoto ⁽⁷⁵⁾ ao discutirem as diversas abordagens em psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios de diagnóstico.

Yamamoto ⁽⁷⁵⁾, ao resgatar a idéia de crise, na psicoterapia breve operacionalizada, diz: “Nas crises que envolvem perda, predominam os sentimentos de depressão e de culpa, que podem levar a pessoa em crise a projetar a culpa em outrem, agredindo-a, ou então, se recriminar e se auto-agredir excessivamente não conseguindo elaborar o luto.” A crise adaptativa pode produzir deterioração gradual da adaptação existente, como assinalado por Simon ^(56, 58).

Em 1996, Simon faz uma reformulação do instrumento, dando maior peso aos setores afetivo relacional e produtividade, por entender que os setores sócio cultural e orgânico dependeriam em grande parte da eficácia destes.

Yoshida ^(77, 78) estudou a capacidade de precisão e validade de predição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, para a população brasileira, estabelecendo a validade do instrumento.

Na avaliação quantitativa, no setor afetivo relacional, atribui-se três pontos para as respostas adequadas, dois para as pouco adequadas e um para as respostas pouquíssimo adequadas. No setor da produtividade atribui-se dois pontos para as respostas adequadas, um para as respostas pouco adequadas e meio ponto para as pouquíssimo adequadas.

4.2. Teste das Relações Objetais de Phillipson – T.R.O.

Segundo Ocampo et al.⁽⁷⁹⁾, o Teste das Relações Objetais de Phillipson (T.R.O.) consiste numa técnica projetiva de estimulação visual e produção verbal, desenvolvido com fundamentação na teoria das relações objetais de Melanie Klein e Fairbairn. Segundo Phillipson, em Vertehelyi⁽⁸⁰⁾: “Nossa suposição básica é que a forma característica que uma pessoa percebe o mundo que a rodeia, tem ligação dinâmica com a forma de manejar as relações humanas em qualquer situação que enfrente, e que a resultante ou produto de qualquer interação com seu meio (como a produção de uma história para uma Lâmina de T.R.O.) refletirá também os processos dinâmicos por meio dos quais regula as forças conscientes e inconscientes que direcionam o manejo dos temas de relações objetais inerentes a esta situação ... podemos supor que as modalidades típicas de uma pessoa quanto a percepção, uso de seus recursos intelectuais, grau de compromisso com seus interesses específicos e execução de uma tarefa, carregam traços dos seus padrões mais profundamente arraigados de relações com pessoas.” (pág. 20)

O TRO consiste de 13 lâminas divididas em três séries, A, B e C, contendo cada uma lâminas com um personagem, dois personagens, três personagens e grupos e uma lâmina branca.

As lâminas da Série A se apresentam sombreadas de claro e escuro. De acordo com Phillipson⁽⁸⁰⁾, esta série propicia o surgimento de primitivas necessidades de relações objetais e as ansiedades requeridas para esta satisfação e estão vinculadas a precoces relações objetais de dependência; enfatizam o contato físico e sensitivo.

Segundo Ocampo et al.⁽⁷⁹⁾, “... quando nesta série aparecem predominantemente ansiedades de tipo depressivo podemos pensar em um índice positivo de adaptação. A

possibilidade de se deprimir coincide com uma diminuição da onipotência das defesas (os mecanismos de controle e reparação onipotente são substituídos pelos de controle obsessivo e reparação autêntica, realçando-se aspectos mais integrados do ego.”(pág. 128)

A Lâmina A1 é a primeira a ser apresentada e fornece indicadores do modo como o paciente enfrenta situações novas, mobilizando o temor ao desconhecido. Segundo Ocampo et al.⁽⁷⁹⁾, ”... coloca o paciente diante da sua solidão numa situação regressiva de dependência ... aparecem também fantasias de doença e cura. É a primeira prancha que o faz enfrentar a solidão, sua saúde, sua doença, seus aspectos adaptativos e patológicos, e através dela podem ser explicitados certos recursos de cura, de eventual adaptação ou de submetimento à situação com saídas mais ou menos extremas. Há histórias em que se vê claramente que a única saída nesse momento é o suicídio ou o acting psicopático.” (pág. 132)

Segundo Vieira da Silva ⁽⁸¹⁾, o “diagnóstico favorável seria para aqueles capazes de reconhecer que têm um conflito, localizando-o na mente e não em outras áreas. Nos casos de negação maníaca do conflito, há indicativos de que existe uma fantasia ligada à solidão, como doença, abandono; a tristeza e nostalgia podem indicar um quadro depressivo.” (pág. 6)

Na Lâmina AG, segundo Ocampo et al. ⁽⁷⁹⁾, “é importante que apareçam a culpa e os afetos relacionados com a própria depressão (a tristeza e o penar pelo objeto perdido).” (pág.134)

Segundo Rosa ⁽⁸²⁾, nesta lâmina são mobilizadas as ansiedades depressivas, em que pode ser verificada culpa persecutória ou depressiva; pode-se diferenciar ego adaptado do ego comprometido, quando surgirem negação onipotente e defesas maníacas. Verthelyi ⁽⁸⁰⁾ utiliza-se desta lâmina para a análise do “luto”, pois implica numa renúncia da

gratificação da necessidade e em que medida o paciente consegue renunciar a essa fantasia.

Segundo Rosa ⁽⁸²⁾, “ pode aparecer a angústia confusional, traduzida em histórias confusas, cheias de contradições e ambigüidades. Quando a angústia é muito persecutória, surgem histórias de espíritos, fantasmas, juízo final, tribunal da Inquisição ou alma do céu ou inferno. Possibilita a inferência da intensidade do sadismo - encoberto ou racionalizado. Se a ansiedade depressiva é intensa, surgem histórias totalmente maníacas. É uma lâmina que não pode ser desprezada no processo terapêutico, pois o paciente enfrenta uma situação de perda objetal”. (pág. 13)

Na série B, segundo Ocampo et al. ⁽⁷⁹⁾, esta série “...mobiliza os controles egóicos mais maduros e, em sujeitos muito perturbados, é possível que nos dê índices de aspectos que ainda mantêm uma certa adaptação”. (pág. 128)

Segundo Rosa ⁽⁸²⁾, “a série B enfatiza o clima de ameaça e indiferença, mobilizando controles egóicos mais maduros esperando-se que apareçam defesas de caráter neurótico...deduz-se a capacidade do ego em lidar com a realidade”. (pág. 13)

As figuras apresentam contornos escuros bem definidos e o contraste branco e preto dão poucas possibilidades a outras interpretações, que não a realidade exposta nas cenas. Por isso, nessa série deduz-se a capacidade do ego em lidar com a realidade.

A Lâmina B2, segundo Rosa ⁽⁸²⁾, “mostra um ambiente exterior onde há duas figuras embaixo de uma árvore que, como conteúdo de realidade, é um elemento vivido como protetor; ao fundo, uma casa pode mobilizar fantasias de ataque ao par ou pode “excluir” as figuras que estão fora dela.” (pág. 13)

Segundo Ocampo et al. ⁽⁷⁹⁾: ” A casa pode mobilizar, assim, fantasias de ataque ao par que, na relação transferencial ou no vínculo terapeuta-paciente, são importantes. O

estímulo possibilita a projeção de fantasias de futuro e união (o que se pode construir junto) e por outro lado, fantasias de separação”.(pág.134)

Esses autores ^(79, 80, 81, 82) acrescentam que, se aparece um par adulto na fantasia, é possível que seja favorável o estabelecimento da relação terapeuta-paciente na psicoterapia e, portanto, essa lâmina constitui valioso instrumento prognóstico da relação transferencial.

Ao discutir os indicadores da Lâmina B3, Rosa ⁽⁸²⁾, diz: “ Pode-se avaliar o vínculo de “olhar e ser olhado” e a contraparte agressiva de espiar e ser espiado, invadido ou controlado pelo olhar e a capacidade de enfrentar aspectos sombrios e angustiantes da vida ... a negação da terceira pessoa pode revelar desejo de controlar o objeto diante da ansiedade persecutória; quanto maior a exclusão do outro ou a negação aperceptiva, maior o temor das identificações projetivas.” (pág.14)

Segundo Rosa ⁽⁸²⁾, na Serie C, ”as respostas nesta série possibilitam a apreciação do tipo de vínculo que o paciente estabelece com seus objetos. Pelo fato de inclusão da cor, aumenta a tensão e os sentimentos agressivos entre o indivíduo e o grupo. O controle adaptativo é esperado em termos de diagnóstico e prognóstico, bem como o uso de defesas que empobrecem o ego, tais como a negação, o triunfo e o controle onipotente. São comuns fantasias de perda e elaboração do luto, sentimentos frente ao conflito edipiano que favorecem dissociações: superego/ego/id, mente/corpo, mundo interno/externo, fantasia/realidade. Em geral, as defesas neuróticas devem prevalecer nesta série, assim como na série B.” (pág.15)

Na Lâmina C2, segundo Rosa ⁽⁸²⁾, ”... aparecem fantasias de perda e elaboração do luto; avalia-se a relação do par frente a fantasias de separação, doença e morte; quanto maior a distância em relação ao objeto morto que provoca a culpa, fica mais difícil vivenciar e elaborar a situação depressiva.” (pág.15)

Segundo Ocampo et al. ⁽⁷⁹⁾, “esta prancha estimula fantasias de perda, com maior conteúdo de realidade que a AG, e permite uma comparação dos diferentes níveis de elaboração do luto ... nos pacientes adultos maduros e idosos podemos apreciar a relação do par frente à separação, à doença e à morte.” (pág.140)

Segundo Rosa ⁽⁸²⁾, “De acordo com os trabalhos de Phillipson ⁽⁸³⁾, Ocampo et al. ⁽⁷⁹⁾, deduz-se portanto, a capacidade de reparação dos objetos atacados, danificados. Infere-se tal capacidade, quando um dos personagens vem para cuidar, aliviar, curar.” (pág.15)

Segundo Ocampo et al. ⁽⁷⁹⁾, “Quando as ansiedades em torno da perda do objeto são excessivas, aparecem fenômenos confusionais. O conteúdo da história indicará se o luto se refere predominantemente ao passado do paciente (luto pelos objetos primários) ou a situações presentes e futuras, no sentido de projetos existenciais aos quais renuncia. Podem ser apreciados, desta forma, os sentimentos de culpa, as possibilidades egóicas de reparação pelo dano causado aos objetos amados, a deficiência ou falta de complemento da elaboração deste processo, com surgimento de defesas maníacas”.(pág.123)

Segundo Rosa ⁽⁸²⁾, “Quando surgem ansiedades depressivas ou quando as fantasias reparatórias fracassam, despontam sentimentos de desesperança (morte consumada), destrutivos ou ameaçadores (roubar, atacar, assustar, etc.)”. (pág.16)

Na Lâmina CG, ainda segundo Rosa ⁽⁸²⁾, as respostas permitem “ inferir as reações do paciente frente à autoridade externa/interna. Há correlatos com os aspectos estruturais internos, ou seja, id/ego/superego ... as cores despertam sentimentos agressivos competitivos, que determinam os níveis de aspirações e desejos de progresso do paciente, assim como seus recursos internos para lidar com eles. As soluções dadas à lâmina são determinadas ou não pelo equilíbrio dos impulsos amorosos ou destrutivos.” (pág.16)

Na Lâmina BR, segundo Rosa ⁽⁸²⁾, “o sujeito pode não só mostrar a relação transferencial, operando durante toda a tarefa; poderá resumir seus problemas atuais, tal qual os sente e os métodos de solução mais acessíveis a ele. Esta lâmina apresenta um quadro do mundo que se cria para gratificar suas necessidades, evitando, ao mesmo tempo, as ameaças e conseqüências temidas da realidade com o objetivo de aliviar esta tensão, a fantasia inconsciente dominante e a relação transferencial com o psicólogo revelam-se na resposta, com certa qualidade. Verthelyi ⁽⁸⁰⁾ faz uso dessa lâmina para estudar as fantasias de doença, cura e análise, pois o paciente tem a oportunidade de projetar fantasias referentes a seu auto-diagnóstico e prognóstico, recorrendo a negações, onipotência e mania. A lâmina branca não impõe limite algum e por isso favorece o surgimento de defesas maníacas. Concorda com Phillipson ⁽⁸³⁾ e Ocampo et al.⁽⁷⁹⁾ quanto à apreciação da relação transferencial, ressaltando que o paciente pode avaliar a experiência como “evacuação” que alivia, ou como “roubo”, intromissão, “acerto de contas”, ou um meio reparador para ele mesmo (tarefa reparatória), ou ainda sentir a experiência como interessante. Utiliza-se dos termos “ favorabilidade ” ou “desfavorabilidade ” para indicação terapêutica.” (pág.17)

Não foram encontrados na literatura trabalhos que investigassem associações entre características epidemiológicas, psicodinâmicas, clínicas e laboratoriais de pacientes portadores da infecção pelo HIV-1, doentes ou não, fazendo uso do Teste de Relações Objetais e da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada.

II - OBJETIVOS

Pretendeu-se avaliar **(1)** o perfil epidemiológico da amostra estudada; **(2)** o grau de comprometimento psicopatológico de indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1 assintomáticos e sintomáticos; **(3)** o grau de comprometimento psicopatológico apresentado por indivíduos infectados pelo HIV-1 doentes ou não; **(4)** a evolução da eficácia adaptativa dos indivíduos infectados pelo HIV -1 doentes ou não; **(5)** comparar as características psicodinâmicas indicativas de funcionamento psicótico com a história natural da doença causada pela infecção pelo HIV-1; **(6)** verificar associações entre a deterioração do estado imunológico e a pulsão de morte.

III - CASUÍSTICA E MÉTODOS

1. CASUÍSTICA

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais, do Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Foram avaliados 31 indivíduos, escolhidos ao acaso, com história compatível de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, e diagnóstico confirmado pelos métodos laboratoriais, normalmente utilizados para essa finalidade, como descritos por Souza & Meira ⁽⁸⁴⁾.

Os pacientes foram avaliados no período de agosto de 2001 a janeiro de 2003, sendo 14 homens e 17 mulheres, com média de idade igual a 37 anos, desvio padrão de 10 anos e mediana igual a 35 anos. Dezesesseis deles foram avaliados por meio da entrevista clínica, sendo realizado um novo diagnóstico da eficácia adaptativa nesse momento, com um intervalo de tempo que variou entre 143 e 359 dias, sendo a média igual a 262 dias. O mesmo período foi considerado para a inspeção dos prontuários.

2. MÉTODOS

2.1. Coleta de dados

A pesquisa caracterizou-se como uma pesquisa clínica, observacional e descritiva embora, a reavaliação de uma parcela da amostra caracterize um estudo clínico, analítico de coorte.

Foram excluídos: os indivíduos que apresentavam limitações visuais e rebaixamento cognitivo que implicasse em não compreender as instruções para a aplicação do Teste de Relações Objetivas (TRO); os que estavam sendo submetidos a corticoterapia; os transplantados; os que estavam em tratamento devido a neoplasias; e indivíduos menores de 18 anos e gestantes.

Inicialmente, os pacientes foram informados dos objetivos e métodos que seriam utilizados durante a pesquisa e solicitado o consentimento dos mesmos após a leitura e explicação do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Este estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, recebendo parecer favorável.

Os pacientes foram inicialmente submetidos a uma entrevista clínica, conforme orientações da EDAO, e posteriormente aplicado o TRO.

Após as entrevistas e a aplicação do teste, foi realizada a inspeção dos prontuários para a coleta de dados referentes à história clínica. Os prontuários foram inspecionados com o auxílio de um profissional médico com larga experiência na área.

Foram também colecionados dados referentes à contagem de linfócitos T CD₄⁺e CD₈⁺ por mm³, carga viral plasmática em números absolutos e logaritmo, doenças oportunistas no período entre as avaliações e/ou término da coleta de dados, internações hospitalares no mesmo período, medicação tomada, idade, escolaridade, número de anos de estudo, sexo, estado civil, ano do diagnóstico da infecção pelo HIV, orientação sexual, religião, cônjuges e filhos portadores do HIV, forma de contaminação, uso abusivo de drogas ilícitas e lícitas, residir sozinho ou acompanhado, estar trabalhando, tempo de diagnóstico do HIV, desenvolvimento de sintomas compatíveis com aids.

A segunda avaliação psicológica foi realizada com 16 indivíduos, e nessa ocasião foi re-aplicada a EDAO.

2.2. Critérios utilizados para avaliação dos resultados

Foram considerados como tendo desenvolvido aids os pacientes que, em algum momento da sua evolução clínica, apresentaram contagem de linfócitos T CD₄⁺ abaixo de 200 células por mm³ ou doença definidora de aids.

Foram considerados os últimos resultados dos exames de contagem de linfócitos T CD₄⁺, CD 8⁺ e carga viral plasmática quando esses dados foram comparados com outras informações do paciente. Para a realização das curvas de tendências foram considerados todos os dados disponíveis no prontuário.

Os fatores internos e externos, positivos e negativos, com risco de comprometimento da eficácia adaptativa, foram definidos com base nas entrevistas clínicas, conforme critérios propostos por Simon ^(35, 36). Considerou – se fatores orgânicos, traços de personalidade e/ou comportamentos de risco e agravos orgânicos, sendo esses: ideação suicida, aids, predomínio do funcionamento psicótico da mente, uso de drogas ilícitas, gravidez e/ou sexualidade precoce, fanatismo religioso, impulsividade, irritabilidade, depressão e relacionamento familiar na infância.

Como ideação suicida considerou-se o desejo de morrer acompanhado de ações com o objetivo de tirar a própria vida ou imaginar formas de transformar a intenção em ação, em algum momento, após o diagnóstico da infecção pelo HIV, ou mesmo tentativa frustrada antes desse diagnóstico. Considerou-se a aids como um fator, interno e negativo, importante por representar um agravante da perda da saúde e pelos estigmas que representa no imaginário social.

O predomínio do funcionamento psicótico da mente, como definido por Bion ⁽⁶¹⁾, foi identificado através de comportamentos como tentativas de suicídio, baixa tolerância à

frustração acompanhada de comportamentos impulsivos e impossibilidade de simbolizar vivências e afetos e dificuldades para estabelecer e manter vínculos, respaldados pelos resultados do TRO e pela EDAO.

O consumo abusivo de drogas ilícitas como cocaína e maconha, com indícios de dependência química, foi considerado como fator externo negativo, devido, também, ao comprometimento que estas substâncias representam para o funcionamento do sistema imunológico. Considerou-se dependente químico o paciente que relatou o uso diário de drogas ou necessidade de ingerir a substância mais de uma vez na semana para adquirir algum ganho.

A gravidez e/ou sexualidade precoce foi entendida como fator de risco quando esta ocorria antes dos 16 anos, sem orientação sexual e acompanhada de danos à saúde, como doenças sexualmente transmissíveis ou paternidade / maternidade precoce.

Entendeu-se como fanatismo religioso, a crença de que “Deus” possa curar a aids e os tratamentos serem apenas auxiliares enquanto isso não acontece, sendo esse um fator interno negativo.

Impulsividade, irritabilidade, depressão e mal relacionamento familiar na infância, foram identificados pela entrevista clínica na qual, também, foi investigada a história familiar na infância e em especial, o relacionamento dos indivíduos com os pais e dos pais com os mesmos. Por depressão entendeu-se “o resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas”, considerou-se os tipos reativa, e crônica com os sub-grupos neurótica, psicótica maníaco depressivo e psicótica esquizo – afetivo, conforme definições de Simon ⁽³⁶⁾ (pág.2).

Com o T.R.O., avaliou-se o predomínio de mecanismos de defesa, o equilíbrio adaptativo e os índices recomendados por Phillipson⁽⁸³⁾ para avaliação das evoluções em

psicoterapia, considerando-se os trabalhos de Vieira da Silva ⁽⁸¹⁾, Rosa ⁽⁸²⁾, Phillipson ⁽⁸³⁾, Ocampo et al. ⁽⁷⁹⁾ e Verthelyi ⁽⁸⁰⁾. Considerou-se o índice como favorável quando o somatório de pontos das lâminas, formadoras do índice, era igual ou superior a três e, desfavorável quando inferior a dois, conforme recomendações de Vieira da Silva ⁽⁸¹⁾.

Foram aplicadas as seguintes lâminas do Teste de Relações Objetivas: A1, AG, B2, B3, C2, CG e BRANCA. Foram avaliados os seguintes índices: índice 1 – relação transferencial (Lâminas A1 e Branca); índice 2 – fantasias de doença, cura e análise (Lâminas A1, AG e Branca); índice 3 – aliança terapêutica (lâmina B2) e índice 4 – capacidade de reparação (lâminas C2 e CG), conforme recomendações de Vieira da Silva ⁽⁸¹⁾ e Rosa ⁽⁸²⁾.

As lâminas do TRO foram avaliadas quantitativamente segundo os critérios propostos por Rosa ⁽⁸²⁾, sendo atribuídos um ponto para equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas; dois pontos para equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações negativas; três pontos para tendência adaptativa com resultante negativa; quatro pontos para equilíbrio mantido, podendo dar liberdade para relações positivas; cinco pontos para tendência adaptativa com resultante positiva; seis pontos para liberdade para estabelecer relações positivas e, sete pontos para liberdade para estabelecer relações muito positivas.

A Entrevista Clínica foi realizada e sistematizada, conforme as recomendações do autor da EDAO ⁽⁵⁸⁾.

Na avaliação quantitativa foram atribuídos ao setor afetivo relacional três pontos para o predomínio de respostas adequadas, dois pontos para o predomínio de respostas pouco adequadas e um ponto para o predomínio de respostas pouquíssimo adequadas. Ao setor da produtividade foram atribuídos dois pontos para o predomínio de respostas

adequadas, um ponto para o predomínio de respostas pouco adequadas e meio ponto para o predomínio de respostas pouquíssimo adequadas.

Posteriormente, os indivíduos foram agrupados segundo o diagnóstico adaptativo, com adaptação eficaz, adaptação não eficaz leve, adaptação não eficaz moderada, adaptação não eficaz severa e adaptação não eficaz grave.

Para o agrupamento dos dados foram utilizados os seguintes critérios: características da casuística, dados epidemiológicos, características psicológicas, clínicas e laboratoriais.

Como dados epidemiológicos foram considerados: local de residência atual, sexo, idade atual e no momento do diagnóstico, escolaridade, número de filhos, opção sexual, estado civil, religião, cônjuges e filhos portadores da infecção pelo HIV, tipo de exposição, uso de drogas lícitas e ilícitas, residir só e estar ou não trabalhando.

Como características psicológicas foram considerados: diagnóstico adaptativo; evoluções do diagnóstico adaptativo em dois momentos com uma parte da amostra; características clínicas e epidemiológicas segundo o diagnóstico adaptativo na primeira avaliação psicológica; fatores internos e externos, positivos e negativos, com risco de comprometimento da eficácia adaptativa; tipo de depressão apresentada; equilíbrio adaptativo e evolução favorável em psicoterapia, através dos índices do TRO. Os fatores internos e externos, positivos e negativos foram combinados de forma a identificar os diferentes componentes associados.

Foram considerados os seguintes dados clínicos e laboratoriais: uso, tipo e adesão aos medicamentos anti-retrovirais, doenças oportunistas e/ou internações hospitalares, no período compreendido entre o início e o fim da coleta de dados, doenças neurológicas após o diagnóstico da infecção pelo HIV-1, fase do desenvolvimento no momento do

diagnóstico da infecção pelo HIV-1; tempo de diagnóstico, considerado como data final o momento da primeira avaliação psicológica; linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺, relação CD₄⁺/CD₈⁺ e logaritmo da carga viral plasmática.

Após os agrupamentos, os dados foram comparados da seguinte forma:

- Média de idade dos indivíduos segundo a década em que contraiu a infecção pelo HIV-1;
- Distribuição dos indivíduos segundo a Idade em que contraiu a infecção pelo HIV-1;
- Escolaridade e sexo;
- Respostas por setores na primeira avaliação psicológica;
- Diagnóstico adaptativo na primeira avaliação psicológica;
- Respostas por setores na segunda avaliação psicológica;
- Diagnóstico adaptativo na segunda avaliação psicológica;
- Comparação do diagnóstico adaptativo da primeira com a segunda avaliação psicológica;
- Características epidemiológicas e clínicas segundo o diagnóstico da eficácia adaptativa;
- Distribuição dos fatores internos e externos negativos, com risco de comprometimento da eficácia adaptativa;
- Associação entre fatores internos e externos, positivos e negativos, com risco de comprometimento da eficácia adaptativa;
- Diagnóstico adaptativo da primeira avaliação psicológica e tipo de depressão;
- Média das lâminas do TRO;

- Média e desvio padrão dos índices do TRO;
- Distribuição das características clínicas e laboratoriais: tipo, uso e adesão aos medicamentos ARV, doenças oportunistas e neurológicas, e internações hospitalares;
- Distribuição das características clínicas e laboratoriais: tipo de medicamentos ARV, tempo de diagnóstico, linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ , e logaritmo da carga viral plasmática;
- História clínica dos indivíduos que contraíram o HIV na adolescência;
- Avaliação quantitativa do TRO e da EDAO na primeira e segunda, avaliações psicológicas dos indivíduos que contraíram o HIV na adolescência;
- Distribuição dos indivíduos que contraíram o HIV na adolescência segundo o diagnóstico adaptativo qualitativo na primeira e segunda avaliações psicológicas;
- Distribuição segundo o método completo LINKAGE, utilizando Jaccard como medida de similaridade, considerando os seguintes fatores internos e externos negativos: ideação suicida, aids, predomínio do funcionamento psicótico, uso de drogas ilícitas, gravidez e/ou sexualidade precoce, impulsividade, irritabilidade, depressão e não ter tido bom relacionamento familiar na infância;

Após os agrupamentos foram realizadas comparações e análises estatísticas dos dados epidemiológicos, psicológicos, clínicos e laboratoriais.

Foram realizados os seguintes testes estatísticos: correlação entre o tempo de diagnóstico e fatores internos e externos positivos e negativos; teste de Mann-Whitney com os resultados do TRO e da EDAO, entre indivíduos sintomáticos e assintomáticos; correlação entre TRO, EDAO, linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ , relação CD_4^+/CD_8^+ e logaritmo da

carga viral plasmática; correlação entre EDAO, tipo de depressão, TRO, tempo de diagnóstico e os agrupamentos de cluster.

Também foram consideradas as associações entre os índices favoráveis e desfavoráveis, do TRO, linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ , relação CD_4^+/CD_8^+ e logaritmo da carga viral plasmática; contrair a infecção pelo HIV na adolescência, história clínica, fatores internos e externos positivos e negativos.

Para a análise descritiva dos dados foram considerados: os resultados da EDAO na primeira e segunda avaliações psicológicas; a idade no momento do diagnóstico; o ano do diagnóstico; o número de anos de escolaridade; sexo; estado civil; local de residência; valores médios das lâminas do TRO; fatores internos e externos positivos e negativos; história clínica no momento do diagnóstico e no momento das entrevistas psicológicas; adolescência no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV e valores médios do TRO e da EDAO; evolução adaptativa entre a primeira e segunda avaliações psicológicas dos adolescentes no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV; características de vida dos indivíduos adolescentes; distribuição de todos os pacientes segundo o diagnóstico adaptativo e o TRO; características de vida de todos os pacientes, segundo os diferentes diagnósticos adaptativos; média e desvio padrão do TRO e da EDAO de todos os pacientes, e fatores internos e externos positivos e negativos; desenvolvimento de aids, uso e adesão aos medicamentos ARV; sintomas clínicos no período compreendido entre a primeira e segunda avaliações psicológicas e presença de doenças neurológicas e internações hospitalares; média das idades nas diferentes décadas do momento do diagnóstico; comparação entre indivíduos que já desenvolveram aids e os que não desenvolveram, segundo os fatores internos e externos positivos e negativos.

Os dados foram tratados estatisticamente com o uso dos Programas “Basic Statistics 8.0 for Windows”, “Minitab 13 for Windows” e “SPSS 10.0 for Windows”.

Para efeito de padronização dos termos “Grave” e “Severo”, utilizados na designação de graus de comprometimento da eficácia adaptativa, foi adotada a nomenclatura de Simon, considerando tratar-se da mesma designação semântica derivada do espanhol⁽⁸⁵⁾, ou seja, o termo “Grave” como indicativo de menor comprometimento do que “Severo” e não como a designação do significado em inglês, onde seriam sinônimos.

IV - RESULTADOS

1.CASUÍSTICA

Foram avaliados 31 indivíduos com história compatível de infecção pelo HIV, doentes ou não, entre os meses de agosto de 2001 e janeiro de 2003. Dezesesseis deles foram avaliados em dois momentos com um intervalo de tempo que variou entre cinco e 17 meses, sendo a média igual a nove meses, desvio padrão de três e mediana de oito meses.

2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

a) Local de Residência

Em sua totalidade, os pacientes eram residentes em cidades do interior do Estado de São Paulo, predominando a cidade de Botucatu, com 16 pessoas .

b) Sexo e idade atual e no momento do diagnóstico

A amostra consistiu de 14 homens e 17 mulheres, com média de idade igual a 37 anos, desvio padrão de 10 e mediana igual a 35 anos. Considerado o momento do diagnóstico da infecção pelo HIV, os pacientes apresentavam média de idade igual a 33 anos, com desvio padrão de 11 e mediana de 32 anos. A média de idade dos indivíduos, no momento do diagnóstico, na década de 1980 foi de 28 anos, na década de 1990, 30,4 anos e nos anos de 2000 a 2002 foi de 36,9 anos.

Dos pacientes avaliados nessa pesquisa, 6,45% receberam o diagnóstico da infecção pelo HIV na década de 1980, 48,39% na década de 1990 e 45,16% entre os anos de 2000 e 2003. Considerando-se o tempo decorrido entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e o momento da primeira avaliação psicológica, a média foi de 59,5 meses, com desvio padrão de 55,6 e mediana de 45,0 meses.

A Tabela 1 demonstra a idade dos indivíduos estudados no momento do diagnóstico. Nove tinham até 24 anos correspondendo a 29,03 % de adolescentes, sendo que três tinham menos de 18 anos nessa época. Entre 25 e 30 anos foram encontrados seis indivíduos, entre 31 e 40 anos, oito, entre 41 e 50 anos, 11 e acima de 50 anos, três.

Tabela 1 – Distribuição dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a idade no momento do diagnóstico.

INTERVALO DE IDADE	n	%
< 18	3	9,68
18 – 24	6	19,35
25 – 30	6	19,35
31- 40	8	25,81
41 – 50	5	16,13
> 50	3	9,68
Total	31	100,00

c) Escolaridade

Conforme pode ser observado na Tabela 2, a maior parte dos indivíduos estudaram entre quatro e oito anos, predominando as mulheres nessa faixa de escolaridade. Quando considerado o maior número de anos de escolaridade, mais de 12 anos, predominaram os homens e no período menor que quatro anos, as mulheres.

Tabela 2 – Distribuição dos 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV–1, doentes ou não, segundo o número de anos de escolaridade e o sexo.

NÚMERO DE ANOS DE ESCOLARIDADE	HOMENS	MULHERES	TOTAL
< 4 ANOS	1	2	3
ENTRE 4 E 8 ANOS	7	12	19
ENTRE 9 E 11 ANOS	3	2	5
> 12 ANOS	3	1	4
TOTAL	14	17	31

d) Caracterização da amostra quanto ao número de filhos, opção sexual, estado civil, religião, cônjuges e filhos portadores da infecção pelo HIV–1, tipo de exposição, uso de drogas, residir só e estar trabalhando.

Considerando-se o número de filhos, observou-se na média um filho por paciente, com desvio padrão igual a 1,5. Quanto à opção sexual, entre os homens, 10 eram heterossexuais, um homossexual e três bissexuais. Entre as mulheres, 16 eram heterossexuais e uma bissexual.

Na amostra estudada, 11 eram solteiros, nove casados, três separados, três viúvos e cinco amasiados. Indagados com relação à religião, 21 se declararam católicos, um protestante, seis evangélicos, um adventista e dois não ter religião. Observou-se que 13 indivíduos tinham cônjuges portadores do HIV, dois desconheciam se os companheiros ou companheiras eram portadores do vírus, e em sete casos esses não eram portadores do HIV.

Considerando-se os filhos, três pacientes relataram terem filhos portadores do HIV, e 18 declararam que os filhos não eram portadores do mesmo. Em 26 casos o HIV foi adquirido por via sexual, em três por transfusão de sangue ou derivados, e em dois casos

por uso de drogas injetáveis. Relataram ainda, serem usuários regulares de drogas ilícitas, tais como maconha, seis pessoas e, 18 de drogas lícitas, ou seja, álcool e tabaco. Entre os usuários de drogas ilícitas foi constatado também o uso de cocaína no passado. Apenas quatro pacientes moravam sozinhos e nove disseram estar desempregados.

3. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

a) Eficácia Adaptativa

a.1) Predomínio de Respostas nos Setores na Primeira Avaliação Psicológica

O Quadro 1 apresenta as respostas dos indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, nos setores de adaptação, na primeira avaliação psicológica. Observa-se no setor orgânico que nenhum indivíduo apresentou resposta adequada, 15 apresentaram soluções pouco adequadas e 16 pouquíssimo adequadas. No setor da produtividade, cinco apresentaram soluções adequadas, 11 pouco adequadas e 15 pouquíssimo adequadas. No setor afetivo relacional, um apresentou solução adequada, nove pouco adequadas e 21 pouquíssimo adequadas. No setor sócio-cultural, cinco apresentaram soluções adequadas, 11 pouco adequadas e 15 pouquíssimo adequadas.

Quadro 1 – Predomínio de respostas nos setores afetivo relacional, sócio cultural, orgânico e da produtividade, segundo a EDAO, na primeira avaliação psicológica dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

PACIENTE	ORG.	PROD.	AF - REL	S - CULT.
1	PA	A	PA	A
2	PqA	PA	PA	PA
3	PqA	PqA	PqA	PqA
4	PA	PqA	PA	PA
5	PA	PqA	PA	PA
6	PqA	PqA	PqA	PqA
7	PqA	PqA	PqA	PA
8	PA	A	A	A
9	PA	PqA	PA	PqA
10	PqA	A	PqA	PA
11	PqA	PqA	PqA	PqA
12	PqA	PqA	PqA	PqA
13	PqA	PqA	PqA	PqA
14	PqA	PA	PqA	PA
15	PA	PA	PqA	PqA
16	PA	PA	PqA	PqA
17	PA	PA	PqA	PA
18	PqA	PqA	PqA	PqA
19	PqA	PqA	PqA	PqA
20	PqA	A	PA	A
21	PA	PA	PA	A
22	PqA	PqA	PqA	PA
23	PA	A	PqA	A
24	PA	PqA	PqA	PA
25	PqA	PqA	PA	PA
26	PA	PA	PqA	PqA
27	PA	PA	PqA	PqA
28	PqA	PqA	PqA	PqA
29	PqA	PA	PqA	PqA
30	PA	PA	PqA	PqA
31	PA	PA	PA	PA

ORG. = Setor orgânico

AF - REL = Setor afetivo relacional

A = adequadas

PqA = pouquíssimo adequadas

PROD. = Setor da produtividade

S - CULT. = Setor sócio cultural

PA = pouco adequadas

a.1.1.) Diagnóstico adaptativo na Primeira Avaliação Psicológica

Na primeira avaliação psicológica, apresentada no Quadro 2, um paciente apresentou adaptação eficaz, dois adaptação ineficaz leve, seis adaptação ineficaz moderada, 11 adaptação ineficaz severa e 11 adaptação ineficaz grave.

Quadro 2 – Distribuição dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo o diagnóstico adaptativo na primeira avaliação psicológica.

PACIENTE	DIAGNÓSTICO EDAO 1
1	ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE
2	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA
3	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
4	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
5	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
6	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
7	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
8	ADAPTAÇÃO EFICAZ
9	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA
10	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA
11	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
12	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
13	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
14	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
15	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
16	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
17	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
18	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
19	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
20	ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE
21	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA
22	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
23	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA
24	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
25	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
26	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
27	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
28	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
29	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
30	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
31	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA

EDAO 1 = Diagnóstico adaptativo fornecido pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, na primeira avaliação psicológica

a.2) Predomínio de Respostas nos Setores na Segunda Avaliação Psicológica

O Quadro 3 apresenta as respostas dos indivíduos, portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não, nos setores de adaptação, na segunda avaliação psicológica. Observa-se no setor orgânico que um indivíduo apresentou resposta adequada, cinco apresentaram soluções pouco adequadas e 10 pouquíssimo adequadas. No setor da produtividade, três apresentaram soluções adequadas, dois pouco adequadas e 11 pouquíssimo adequadas. No setor afetivo relacional, um apresentou solução adequada, sete pouco adequadas e oito pouquíssimo adequadas. No setor sócio – cultural, dois apresentaram soluções adequadas, sete pouco adequadas e sete pouquíssimo adequadas.

Quadro 3 – Predomínio de respostas nos setores afetivo relacional, sócio cultural, orgânico e da produtividade, segundo a EDAO, na segunda avaliação psicológica dos 16 indivíduos portadores de infecção pelo HIV–1, doentes ou não.

PACIENTE	ORG.	PROD.	AF - REL	S - CULT.
1	PA	A	PA	PA
2	PA	A	PA	PA
3	PqA	PqA	PqA	PqA
4	PqA	PqA	PA	PA
5	PA	PA	PA	A
7	PqA	PqA	PqA	PA
8	A	A	A	A
11	PqA	PqA	PqA	PqA
13	PqA	PqA	PqA	PqA
15	PA	PA	PA	PqA
16	PqA	PqA	PqA	PqA
18	PqA	PqA	PqA	PqA
19	PqA	PqA	PqA	PqA
22	PqA	PqA	PA	PA
24	PA	PqA	PqA	PA
25	PqA	PqA	PA	PA

ORG. =Setor orgânico

AF - REL = Setor afetivo relacional

A = adequadas

PROD. = Setor da produtividade

S - CULT. = Setor sócio cultural

PA = pouco adequadas

PqA = pouquíssimo adequadas

a.2.1) Diagnóstico Adaptativo na Segunda Avaliação Psicológica

Na segunda avaliação, observou-se que um indivíduo apresentou adaptação eficaz, dois apresentaram adaptação ineficaz leve, dois adaptação ineficaz moderada, três adaptação ineficaz severa e oito adaptação ineficaz grave, conforme mostrado no Quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição dos 16 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo o diagnóstico adaptativo na segunda avaliação psicológica.

PACIENTE	DIAGNÓSTICO EDAO 2
1	ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE
2	ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE
3	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
4	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
5	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA
7	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
8	ADAPTAÇÃO EFICAZ
11	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
13	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
15	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA
16	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
18	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
19	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
22	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
24	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
25	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA

EDAO 2 = Diagnóstico adaptativo fornecido pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, na segunda avaliação psicológica

a.3) Comparação do Diagnóstico Adaptativo da Primeira e Segunda Avaliações Psicológicas

Entre os 16 pacientes que foram avaliados em dois momentos observou-se apenas um com adaptação eficaz nos dois momentos, quatro apresentaram aumento do equilíbrio adaptativo, onze permaneceram nos mesmos níveis e um sofreu deterioração da eficácia adaptativa, conforme mostrado no Quadro 5.

Quadro 5 – Comparação do diagnóstico adaptativo, na 1ª. e 2ª. avaliações psicológicas dos 16 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

PACIENTE	DIAGNÓSTICO EDAO 1	DIAGNÓSTICO EDAO 2
1	ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE	ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE
2	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA	ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE
3	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
4	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
5	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA
7	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
8	ADAPTAÇÃO EFICAZ	ADAPTAÇÃO EFICAZ
11	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
13	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
15	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA
16	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
18	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
19	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
22	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA
24	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE
25	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA

EDAO 1 = Diagnóstico adaptativo fornecido pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, na primeira avaliação psicológica

EDAO 2 = Diagnóstico adaptativo fornecido pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, na segunda avaliação psicológica

a.4) Características clínicas e epidemiológicas dos indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, segundo o Diagnóstico Adaptativo da primeira avaliação psicológica

Os dois pacientes com adaptação ineficaz leve eram heterossexuais, sendo que um adquiriu o HIV por transfusão de derivados do sangue e um por via sexual. Os dois haviam desenvolvido aids e um, que foi avaliado em dois momentos, apresentou doença oportunista no período entre a primeira e a segunda avaliações psicológicas. Os dois apresentavam boa adesão aos medicamentos. Um paciente tinha 14 anos no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV e o outro 29 anos. Nenhum era usuário de drogas lícitas ou ilícitas. Um indivíduo era solteiro e um casado. Um desconhecia se o cônjuge era portador do HIV. Nenhum indivíduo morava sozinho. A média de idade no momento da entrevista psicológica foi de 26,5 anos. Os dois tinham atividades profissionais sendo que estavam cursando universidades.

Nenhum apresentava ideação suicida, predomínio de funcionamento psicótico da mente, gravidez e /ou sexualidade precoce e fanatismo religioso. Um apresentava impulsividade, um irritabilidade, os dois apresentavam depressão e um não havia tido bom relacionamento familiar na infância.

Entre os indivíduos com adaptação ineficaz moderada, dois foram avaliados em dois momentos, com um intervalo de tempo de nove meses entre a primeira e a segunda avaliações psicológicas. Três eram do sexo feminino, cinco eram heterossexuais e um bissexual. Cinco haviam adquirido o HIV por via sexual e um por transfusão de sangue. Todos os pacientes já haviam desenvolvido aids e três apresentavam doenças oportunistas e sintomas clínicos da aids no período em que a amostra foi avaliada. A média do tempo de

diagnóstico do HIV no momento da entrevista psicológica, foi de 87 meses, com desvio padrão de 55 meses. Um paciente não apresentava boa adesão aos medicamentos. A média de idade no momento do diagnóstico foi de 27,66 anos, com desvio padrão de 10,96 e mediana 26,5 anos. No momento da avaliação psicológica a média de idade foi de 34,33 anos, com desvio padrão de 9,09 anos e mediana de 34 anos. Dois eram solteiros, dois casados, um amasiado e um viúvo. Apenas um paciente morava sozinho. Dois pacientes tinham cônjuges portadores do HIV e nenhum dos filhos era portador do mesmo. Apenas um paciente fazia uso de maconha, como droga ilícita, sendo que dois faziam uso regular de álcool e outros dois de tabaco. Cinco pacientes eram católicos e um evangélico. Um paciente estava desempregado e os demais tinham atividade profissional. Três pacientes haviam concluído o segundo grau, um a universidade, um estava concluindo o segundo grau e um havia interrompido os estudos na 5ª série. Dois pacientes apresentavam ideação suicida, cinco o predomínio do funcionamento psicótico da mente, um teve gravidez e/ou sexualidade precoce, dois apresentavam fanatismo religioso, quatro impulsividade e irritabilidade. Todos os seis pacientes apresentavam depressão e quatro haviam tido bom relacionamento familiar na infância.

Entre os 11 indivíduos portadores do HIV, diagnosticados na primeira avaliação psicológica, como pertencentes ao grupo com adaptação não eficaz severa, observou-se que quatro eram homens, sete eram mulheres, sendo que cinco foram avaliados em dois momentos, com média de dez meses e desvio padrão de cinco meses, entre as avaliações. Nove pacientes eram heterossexuais, um bissexual e um homossexual, sendo que todos adquiriram o HIV por via sexual. A média do tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV foi de 40,45 meses com desvio padrão de 27,93. A média de idade no momento do diagnóstico foi 37,27 anos e desvio padrão de 13,29 com mediana igual a 32,00 anos. No

momento da entrevista a média de idade foi de 40,09 anos, desvio padrão de 11,95 e mediana igual a 35 anos. Cinco pacientes eram solteiros, quatro eram casados e dois amasiados. Apenas dois pacientes moravam sozinhos, nove eram católicos, um adventista e um evangélico. Seis pacientes tinham cônjuges portadores de infecção pelo HIV e um, filhos portadores. Nove pacientes tinham cursado o primeiro grau mas não concluído, um o segundo grau completo e um o universitário completo. Quatro pacientes haviam desenvolvido aids, três apresentaram doenças oportunistas, um apresentando sintomas clínicos, durante os períodos entre as duas avaliações psicológicas, oito apresentavam boa adesão aos medicamentos. Nenhum paciente fazia uso de drogas ilícitas, quatro faziam uso de drogas lícitas sendo que dois faziam uso regular de álcool e dois de tabaco. Dois pacientes estavam desempregados, um era sacerdote e os demais viviam de empregos não especializados com pouca qualificação profissional. Cinco pacientes apresentavam ideação suicida, sete, funcionamento psicótico, cinco tiveram gravidez e/ou sexualidade precoce, três apresentavam fanatismo religioso, oito impulsividade, nove irritabilidade, oito depressão e seis não haviam tido um bom relacionamento familiar na infância.

Onze indivíduos apresentaram adaptação ineficaz grave na primeira avaliação psicológica. Entre esses, seis eram do sexo feminino e cinco do masculino. Oito pacientes foram avaliados em dois momentos diferentes, sendo a média de tempo entre a primeira e segunda avaliações psicológicas, oito meses e desvio padrão 2 meses. Nove pacientes eram heterossexuais e dois bissexuais. Oito pacientes adquiriram o HIV por via sexual, dois pelo uso de drogas injetáveis e um por transfusão de sangue. A média do tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV foi de 55,68 meses, desvio padrão 69,29 meses e mediana de 18 meses.

Cinco pacientes já haviam desenvolvido aids, quatro apresentavam doenças oportunistas, e cinco, sintomas clínicos, no período entre as avaliações psicológicas. Cinco pacientes apresentavam adesão à medicação considerada boa e três como não tendo boa adesão aos medicamentos. A média de idade no momento do diagnóstico foi de 32,36 anos, desvio padrão 8,31 e mediana, 32 anos. No momento da entrevista a média de idade foi 36,45 anos, desvio padrão 8,20 e mediana, 39 anos. Três pacientes eram solteiros, dois casados, dois amasiados, um viúvo e três desquitados ou divorciados. Apenas um paciente morava sozinho e os demais moravam com familiares ou amigos. Quatro pacientes tinham cônjuges portadores do HIV e dois tinham filhos portadores do mesmo. Cinco pacientes faziam uso de maconha e/ou cocaína, como drogas ilícitas, seis o uso regular de álcool e três de tabaco. Seis pacientes eram católicos, quatro protestantes e um declarou não ter religião. Nove pacientes estavam desempregados e dois declararam não trabalhar e não estar procurando emprego.

Quatro pacientes concluíram até a 8ª série e sete não concluíram o primeiro grau. Quatro pacientes apresentavam ideação suicida, dez, funcionamento psicótico, seis gravidez e/ou sexualidade precoce, dois, fanatismo religioso, todos apresentavam impulsividade e irritabilidade, dez, depressão e nenhum teve bom relacionamento familiar na infância.

a.5) Fatores internos e externos negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa

A Tabela 3, apresenta a distribuição dos fatores internos e externos negativos, com risco de comprometimento da eficácia adaptativa entre os 31 indivíduos com infecção pelo

HIV-1, doentes ou não. Observou-se que 74,19 % não tiveram relacionamento familiar satisfatório na infância; 83,87 % apresentavam depressão; 80,65% irritabilidade; 77,42% impulsividade; 22,58% fanatismo religioso; 38,71% apresentavam gravidez precoce e/ou sexualidade precoce; 19,35% fez ou faz uso de drogas ilícitas; 61,29% desenvolveram aids; 70,97% apresentavam predomínio do funcionamento psicótico da mente e 35,48% apresentava ideação suicida após o diagnóstico de infecção pelo HIV.

Tabela 3 – Presença de fatores internos e externos negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa, na primeira avaliação psicológica, em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

Fatores Internos e Externos Negativos	n	%
NÃO TER RELACIONAMENTO FAMILIAR SATISFATORIO NA INFÂNCIA	23	74,19
ESTAR COM DEPRESSÃO	26	83,87
APRESENTAR IRRITABILIDADE	25	80,65
APRESENTAR IMPULSIVIDADE	24	77,42
APRESENTAR FANATISMO RELIGIOSO	7	22,58
APRESENTAR GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	12	38,71
USAR DROGAS ILÍCITAS	6	19,35
DESENVOLVERAM AIDS	19	61,29
APRESENTAR PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	22	70,97
APRESENTAR IDEAÇÃO SUICIDA	11	35,48

a.6) Associação entre fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa

A Tabela 4 compara oito indivíduos avaliados como tendo na infância bom relacionamento familiar com 23 indivíduos que não tiveram bom relacionamento, quanto a associação dos demais fatores internos e externos negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa. É possível observar, quando ocorre bom

relacionamento familiar na infância, os seguintes fatores internos e externos negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa: 6,45% apresentaram, no presente ou no passado, ideação suicida; 16,13% já desenvolveram aids; 16,13% apresentaram o predomínio de funcionamento psicótico; 3,23% tiveram gravidez e/ou sexualidade precoce; 3,23% utilizavam-se do pensamento mágico religioso como forma de lidar com as angústias resultantes do diagnóstico da infecção pelo HIV; 16,13% apresentavam impulsividade; 16,13% apresentavam irritabilidade e, 19,35 % apresentavam episódios importantes de depressão. Os 23 indivíduos que não tiveram bom relacionamento familiar na infância, apresentaram os seguintes fatores internos e externos negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa: 29,03 % ideação suicida; 45,16 % aids; 19,35% faziam uso atualmente ou fizeram uso no passado, de forma importante, com indícios de dependência química, de maconha e cocaína; 54,84 % apresentavam predomínio do funcionamento psicótico da mente; 35,48% apresentavam vida sexual precoce com ou sem gravidez; 19,35% fanatismo religioso, 61,29% impulsividade; 64,52% irritabilidade e 64,52% depressão.

Tabela 4 - Presença de fatores internos e externos positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a presença ou ausência do fator bom relacionamento familiar na infância.

Fatores Internos e Externos Negativos	Não ter bom relacionamento familiar na infância		Ter bom relacionamento familiar na infância	
	n = 23	%	n = 8	%
APRESENTAR IDEIAÇÃO SUICIDA	9	29,03	2	6,45
ESTAR COM AIDS	14	45,16	5	16,13
USO DE DROGAS ILÍCITAS (MACONHA E/OU COCAINA)	6	19,35	0	0,00
PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	17	54,84	5	16,13
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	11	35,48	1	3,23
FANATISMO RELIGIOSO	6	19,35	1	3,23
IMPULSIVIDADE	19	61,29	5	16,13
IRRITABILIDADE	20	64,52	5	16,13
DEPRESSÃO	20	64,52	6	19,35

Entre os cinco indivíduos que não apresentavam depressão, conforme apresentado na Tabela 5, 6,45% já haviam desenvolvido aids, 3,23% fizeram ou faziam uso de maconha e / ou cocaína. Em 6,45% predominava o funcionamento psicótico da mente; 6,45% tiveram vida sexual precoce; 9,68% apresentavam impulsividade; 9,68% irritabilidade e, 9,68% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Entre os 26 indivíduos que apresentavam depressão, observa-se os seguintes fatores internos e externos negativos, com risco de comprometimento da eficácia adaptativa: 35,48% apresentavam ideação suicida, 54,84% desenvolveram aids, 16,13% fizeram ou faziam uso de maconha

e/ou cocaína, em 64,52% predominava o funcionamento psicótico da mente, 32,26% tiveram vida sexual precoce acompanhada ou não de gravidez, 22,58% apresentavam fanatismo religioso, 67,74% impulsividade, 70,97% irritabilidade e 64,52% não tiveram bom relacionamento familiar na infância.

Tabela 5– Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV–1, doentes ou não, segundo a presença ou ausência do fator depressão.

Fatores Internos e Externos Negativos	Não apresentavam depressão		Apresentavam depressão	
	N = 5	%	n = 26	%
APRESENTAR IDEACÃO SUICIDA	0	0,00	11	35,48
ESTAR COM AIDS	2	6,45	17	54,84
USO DE DROGAS ILÍCITAS (MACONHA E/OU COCAINA)	1	3,23	5	16,13
PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	2	6,45	20	64,52
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	2	6,45	10	32,26
FANATISMO RELIGIOSO	0	0,00	7	22,58
IMPULSIVIDADE	3	9,68	21	67,74
IRRITABILIDADE	3	9,68	22	70,97
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	3	9,68	20	64,52

Entre as seis pessoas que não apresentaram a irritabilidade como fator interno negativo, Tabela 6, observou-se os seguintes fatores associados: nenhum apresentou ideação suicida; 16,13% haviam desenvolvido aids, nenhum fazia uso de drogas ilícitas, 9,68% apresentavam predomínio do funcionamento psicótico, 3,23% fanatismo religioso,

nenhum impulsividade, 12,90% apresentavam depressão e 9,68% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Ainda na Tabela 6, entre os 25 indivíduos que apresentavam o fator interno negativo irritabilidade, observou-se que 35,48% apresentavam ideação suicida; 45,16% haviam desenvolvido aids, 19,35% faziam ou fizeram, no passado, uso de drogas ilícitas, 61,29% apresentavam predomínio do funcionamento psicótico da mente, 38,71% tiveram vida sexual precoce, seguida ou não de gravidez, 19,35% apresentavam fanatismo religioso, 77,42% impulsividade, 70,97% depressão e 64,52% não tiveram bom relacionamento familiar na infância.

Tabela 6 – Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a presença ou ausência do fator irritabilidade.

Fatores Internos e Externos Negativos	Não apresentavam irritabilidade		Apresentavam irritabilidade	
	n = 6	%	n = 25	%
APRESENTAR IDEIAÇÃO SUICIDA	0	0,00	11	35,48
ESTAR COM AIDS	5	16,13	14	45,16
USO DE DROGAS ILÍCITAS (MACONHA E/OU COCAINA)	0	0,00	6	19,35
PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	3	9,68	19	61,29
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	0	0,00	12	38,71
FANATISMO RELIGIOSO	1	3,23	6	19,35
IMPULSIVIDADE	0	0,00	24	77,42
DEPRESSÃO	4	12,90	22	70,97
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	3	9,68	20	64,52

Entre os sete indivíduos que não apresentavam impulsividade como fator interno negativo, Tabela 7, não se observou ideação suicida, uso de drogas ilícitas e gravidez e/ou

sexualidade precoce. Haviam desenvolvido aids 16,13%, 9,68% apresentavam o predomínio do funcionamento psicótico, 6,45% apresentavam fanatismo religioso, 3,23% irritabilidade, 16,13% depressão e 12,90% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Ainda na Tabela 7, observa-se 24 indivíduos que apresentavam a impulsividade como fator interno negativo. Nesse grupo, 35,48% apresentavam ideação suicida, 45,16% haviam desenvolvido aids, 19,35% faziam ou fizeram uso de drogas ilícitas, 61,29% apresentavam o predomínio do funcionamento psicótico, 38,71% gravidez e/ou sexualidade precoce, 16,13% fanatismo religioso, 77,42% irritabilidade, 67,74% depressão e 61,29% não tiveram bom relacionamento familiar na infância.

Tabela 7 – Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV–1, doentes ou não, segundo a presença ou ausência do fator impulsividade.

Fatores Internos e Externos Negativos	Não apresentavam impulsividade		Apresentavam impulsividade	
	n = 7	%	n = 24	%
APRESENTAR IDEAÇÃO SUICIDA	0	0,00	11	35,48
ESTAR COM AIDS	5	16,13	14	45,16
USO DE DROGAS ILÍCITAS (MACONHA E/OU COCAINA)	0	0,00	6	19,35
PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	3	9,68	19	61,29
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	0	0,00	12	38,71
FANATISMO RELIGIOSO	2	6,45	5	16,13
IRRITABILIDADE	1	3,23	24	77,42
DEPRESSÃO	5	16,13	21	67,74
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	4	12,90	19	61,29

A Tabela 8 mostra características de sete indivíduos que apresentavam fanatismo religioso, como fator interno negativo, ao qual estavam associados os seguintes fatores de risco: 6,45% ideação suicida, 16,13% haviam desenvolvido aids, 6,45% faziam uso de drogas ilícitas, 12,90% apresentavam predomínio do funcionamento psicótico, 6,45% apresentavam sexualidade e/ou gravidez precoce, 16,13% impulsividade, 19,35% irritabilidade, 22,58% depressão e 19,35% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Ainda na Tabela 8, observa-se, também, 24 indivíduos que não apresentavam fanatismo religioso como fator de risco. Nesse grupo, 29,03% tinham ou tiveram ideação suicida após o diagnóstico da infecção pelo HIV, 45,16% haviam desenvolvido aids, 12,90% faziam ou fizeram uso de drogas ilícitas, 58,06% apresentavam predomínio do pensamento psicótico, 32,26% apresentavam gravidez e/ou sexualidade precoce, 61,29% impulsividade, irritabilidade e depressão; e 54,84% não tiveram bom relacionamento familiar na infância.

Tabela 8 – Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a presença ou ausência do fator fanatismo religioso.

Fatores Internos e Externos Negativos	Não apresentar fanatismo religioso		Apresentar fanatismo religioso	
	n = 24	%	n = 7	%
APRESENTAR IDEACÃO SUICIDA	9	29,03	2	6,45
ESTAR COM AIDS	14	45,16	5	16,13
USO DE DROGAS ILÍCITAS (MACONHA E/OU COCAINA)	4	12,90	2	6,45
PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	18	58,06	4	12,90
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	10	32,26	2	6,45
IMPULSIVIDADE	19	61,29	5	16,13

IRRITABILIDADE	19	61,29	6	19,35
DEPRESSÃO	19	61,29	7	22,58
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	17	54,84	6	19,35

Na Tabela 9 observa-se, 12 pacientes que tiveram gravidez e/ ou sexualidade precoce, como fator interno negativo. Observou-se que 29,03% manifestaram ideação suicida, 19,35% desenvolveram aids, 6,45% fizeram ou faziam uso de drogas ilícitas, em 35,48% predominou o funcionamento psicótico da mente, 6,45% fanatismo religioso, 38,71% impulsividade e irritabilidade, 32,26% depressão e 35,48% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Ainda na Tabela 9, observa-se 19 indivíduos que não apresentavam gravidez e/ou sexualidade precoce como fator de risco, esses, apresentavam ideação suicida 6,45%; 41,94% haviam desenvolvido aids, 12,90% fizeram ou faziam uso de drogas ilícitas, em 35,48% predominava o funcionamento psicótico da mente, em 16,13% o fanatismo religioso, em 38,71% a impulsividade, em 41,94% irritabilidade, em 51,61% depressão e 38,71% não tiveram bom relacionamento familiar na infância.

Tabela 9 - Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a presença ou ausência do fator gravidez e/ou sexualidade.

Fatores Internos e Externos Negativos	Não apresentavam gravidez e/ou sexualidade precoce		Apresentavam gravidez e/ou sexualidade precoce	
	n = 19	%	n = 12	%
APRESENTAR IDEIAÇÃO SUICIDA	2	6,45	9	29,03
ESTAR COM AIDS	13	41,94	6	19,35
USO DE DROGAS ILÍCITAS (MACONHA E/OU COCAINA)	4	12,90	2	6,45
PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	11	35,48	11	35,48
FANATISMO RELIGIOSO	5	16,13	2	6,45

IMPULSIVIDADE	12	38,71	12	38,71
IRRITABILIDADE	13	41,94	12	38,71
DEPRESSÃO	16	51,61	10	32,26
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	12	38,71	11	35,48

Na Tabela 10, observa-se seis indivíduos que faziam ou fizeram uso de drogas ilícitas, como fator externo negativo. Observou-se que 3,23% apresentavam ideação suicida, 9,68% desenvolveram aids, 16,13% apresentavam predomínio do pensamento psicótico, 6,45% apresentavam gravidez e/ou sexualidade precoce, 6,45% fanatismo religioso, 19,35% impulsividade e irritabilidade, 16,13% depressão e 19,35% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Dos 25 indivíduos que não faziam uso de drogas ilícitas, tais como, maconha e/ou cocaína, Tabela 10, observou-se que 32,26% apresentavam ideação suicida, 51,61% desenvolveram aids, 54,84% apresentavam predomínio do pensamento psicótico, 32,26% gravidez e /ou sexualidade precoce, 16,13% fanatismo religioso, 58,06% impulsividade, 61,29% irritabilidade, 67,74% depressão e 54,84% não tiveram bom relacionamento familiar na infância.

Tabela 10 - Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a presença ou ausência do fator uso de drogas ilícitas (maconha e/ou cocaína).

Fatores Internos e Externos Negativos	Não fazer uso de drogas ilícitas		Fazer uso de drogas ilícitas	
	n = 25	%	n = 6	%
APRESENTAR IDEACÃO SUICIDA	10	32,26	1	3,23
ESTAR COM AIDS	16	51,61	3	9,68
PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	17	54,84	5	16,13
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	10	32,26	2	6,45

FANATISMO RELIGIOSO	5	16,13	2	6,45
IMPULSIVIDADE	18	58,06	6	19,35
IRRITABILIDADE	19	61,29	6	19,35
DEPRESSÃO	21	67,74	5	16,13
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	17	54,84	6	19,35

A Tabela 11, apresenta fatores de risco associados entre os 12 indivíduos que não desenvolveram aids. Observou-se que 12,90% apresentavam ideação suicida, 9,68% faziam uso de drogas ilícitas, em 29,03% predominava o funcionamento psicótico da mente, em 19,35% gravidez e/ou sexualidade precoce, 6,45% fanatismo religioso, 32,26% impulsividade, 35,48% irritabilidade, 29,03% depressão e, 29,03% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Nos 19 indivíduos com aids, apresentados na Tabela 11, observou-se que 22,58% apresentavam ideação suicida, 9,68% faziam uso de drogas ilícitas, 41,94% apresentavam predomínio do funcionamento psicótico, 19,35% gravidez e / ou sexualidade precoce, 16,13% fanatismo religioso, 45,16% impulsividade e irritabilidade, 54,84% depressão e 45,16% não tiveram bom relacionamento familiar na infância.

Tabela 11 -- Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, segundo a presença ou ausência do fator desenvolvimento ou não de aids.

Fatores Internos e Externos Negativos	Com o desenvolvimento do aids		Sem o desenvolvimento do aids	
	n = 19	%	n = 12	%
APRESENTAR IDEACÃO SUICIDA	7	22,58	4	12,90
USO DE DROGAS ILÍCITAS (MACONHA E/OU COCAINA)	3	9,68	3	9,68
PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO	13	41,94	9	29,03

PSICÓTICO				
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	6	19,35	6	19,35
FANATISMO RELIGIOSO	5	16,13	2	6,45
IMPULSIVIDADE	14	45,16	10	32,26
IRRITABILIDADE	14	45,16	11	35,48
DEPRESSÃO	17	54,84	9	29,03
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	14	45,16	9	29,03

Nos nove indivíduos sem o predomínio de funcionamento psicótico da mente, como fator interno negativo, apresentados na Tabela 12, observou-se que nenhum apresentava ideação suicida, 19,35% haviam desenvolvido aids, 3,23 % faziam uso de drogas ilícitas, 3,23% apresentavam gravidez e / ou sexualidade precoce, 9,68% fanatismo religioso, 16,13% impulsividade, 19,35% irritabilidade e depressão e 19,35% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Nos vinte e dois indivíduos com predomínio de funcionamento psicótico da mente, como fator interno negativo, Tabela 12, observou-se que 35,48% apresentava ideação suicida, 41,94% havia desenvolvido aids, 16,13 % faziam uso de drogas ilícitas, 35,48 % apresentavam gravidez e / ou sexualidade precoce, 12,90% apresentavam fanatismo religioso, 61,29% impulsividade e irritabilidade, 64,52% depressão e 54,84 % não tiveram bom relacionamento familiar na infância.

Tabela 12 - Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a presença ou ausência do fator predomínio de funcionamento psicótico da mente.

Fatores Internos e Externos Negativos	Com o predomínio de funcionamento psicótico		Sem o predomínio de funcionamento psicótico	
	n = 22	%	n = 9	%
APRESENTAR IDEACÃO SUICIDA	11	35,48	0	0,00
ESTAR COM AIDS	13	41,94	6	19,35
USO DE DROGAS ILÍCITAS (MACONHA E/OU	5	16,13	1	3,23

COCAINA)				
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	11	35,48	1	3,23
FANATISMO RELIGIOSO	4	12,90	3	9,68
IMPULSIVIDADE	19	61,29	5	16,13
IRRITABILIDADE	19	61,29	6	19,35
DEPRESSÃO	20	64,52	6	19,35
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	17	54,84	6	19,35

Na Tabela 13, entre os 11 indivíduos que apresentavam ideação suicida, como fator interno negativo, observou-se que 22,58% havia desenvolvido aids, 3,23% fizeram e/ou faziam uso de drogas ilícitas, em 35,48% predominava o funcionamento psicótico da mente, 29,03% apresentavam gravidez e/ou sexualidade precoce, 6,45% fanatismo religioso, 35,48% impulsividade, irritabilidade e depressão e, 29,03% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Ainda na Tabela 13, entre os 20 indivíduos que não apresentavam ideação suicida, observou-se que 38,71% desenvolveram aids, 16,13% fizeram e/ou faziam uso de drogas ilícitas, em 35,48% predomina o funcionamento psicótico da mente, 9,68% apresentavam gravidez e/ou sexualidade precoce, 16,13% fanatismo religioso, 41,94% impulsividade, 45,16% irritabilidade, 48,39% depressão e, 19,35% não tiveram bom relacionamento familiar na infância.

Tabela 13 - Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a presença ou ausência do fator ideação suicida.

Fatores Internos e Externos Negativos	Com ideação suicida		Sem ideação suicida	
	n = 11	%	n = 20	%
ESTAR COM AIDS	7	22,58	12	38,71
USO DE DROGAS ILÍCITAS (MACONHA E/OU COCAINA)	1	3,23	5	16,13

PREDOMÍNIO DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	11	35,48	11	35,48
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	9	29,03	3	9,68
FANATISMO RELIGIOSO	2	6,45	5	16,13
IMPULSIVIDADE	11	35,48	13	41,94
IRRITABILIDADE	11	35,48	14	45,16
DEPRESSÃO	11	35,48	15	48,39
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	9	29,03	14	19,35

a.6) Diagnóstico Adaptativo e Tipo de Depressão

O Quadro 6, classifica o tipo de depressão crônica apresentada por 26 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV – 1, doentes ou não, bem como apresenta o diagnóstico adaptativo da primeira avaliação psicológica. Observa-se dois indivíduos com adaptação ineficaz leve, seis com adaptação ineficaz moderada, oito com adaptação ineficaz severa e 10 com adaptação ineficaz grave. Os indivíduos com adaptação ineficaz leve, apresentaram depressão crônica do tipo neurótica. Entre os indivíduos com adaptação ineficaz moderada, três apresentaram depressão crônica do tipo neurótica, dois apresentaram depressão crônica psicótica, do tipo maníaco–depressivo e um com depressão crônica psicótica, do tipo esquizo–afetivo. Entre os indivíduos com adaptação ineficaz severa, dois apresentaram depressão crônica do tipo neurótica, nenhum apresentou depressão crônica psicótica, do tipo maníaco–depressivo e seis apresentaram depressão crônica psicótica, do tipo esquizo–afetivo. Entre os com adaptação ineficaz grave, nenhum apresentou depressão crônica do tipo neurótica, três apresentaram depressão crônica psicótica, do tipo maníaco–depressivo e sete apresentaram depressão crônica psicótica, do tipo esquizo–afetivo.

Quadro 6 - Distribuição dos 26 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a avaliação da eficácia adaptativa, na primeira avaliação psicológica e o tipo de depressão crônica apresentada

PACIENTE	DIAGNÓSTICO EDAO 1	TIPO DE DEPRESSÃO CRÔNICA
1	ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE	NEURÓTICA
2	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA	PSICÓTICA MANIACO DEPRESSIVO
3	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
4	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
6	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
7	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA MANIACO DEPRESSIVO
9	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA	NEURÓTICA
10	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
11	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
12	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
13	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA MANIACO DEPRESSIVO
14	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
15	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	NEURÓTICA
16	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
17	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	NEURÓTICA
18	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA MANIACO DEPRESSIVO
19	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
20	ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE	NEURÓTICA
21	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA	PSICÓTICA MANIACO DEPRESSIVO
22	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
23	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA	NEURÓTICA
24	ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
25	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
26	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
27	ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA	PSICÓTICA ESQUIZO-AFETIVO
31	ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA	NEURÓTICA

EDAO 1 = Diagnóstico adaptativo fornecido pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, na primeira avaliação psicológica

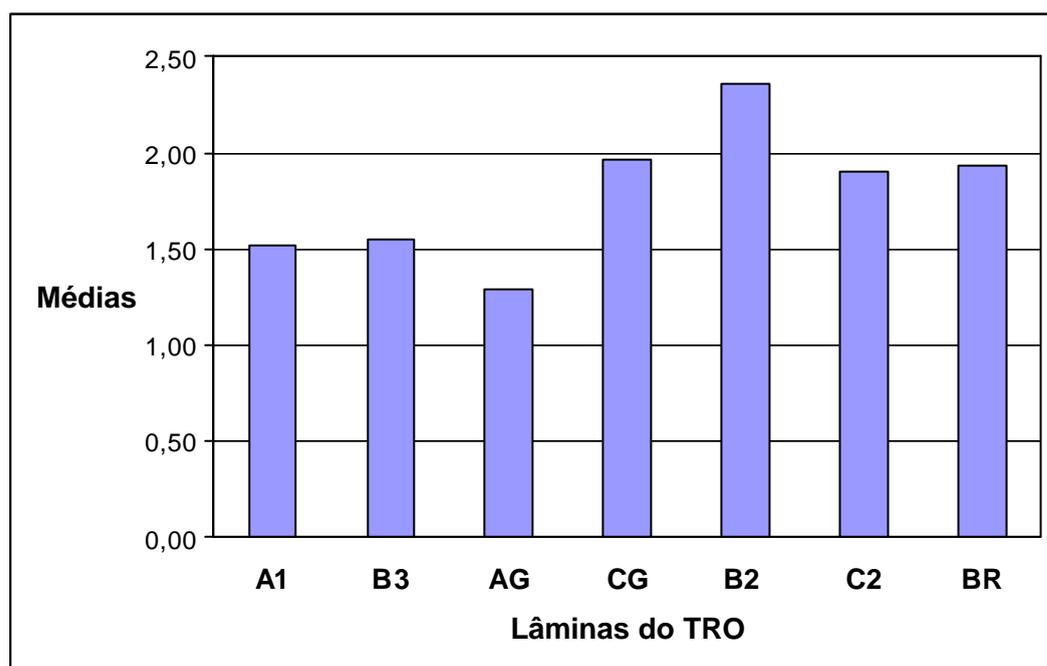
* Foram excluídos cinco indivíduos que não apresentavam depressão.

b) Teste de Relações Objetais

b.1.) EQUILÍBRIO ADAPTATIVO

Conforme o Gráfico 1, pode-se observar que a Lâmina B2, do TRO, foi a que apresentou maior média de pontos e a Lâmina AG a menor.

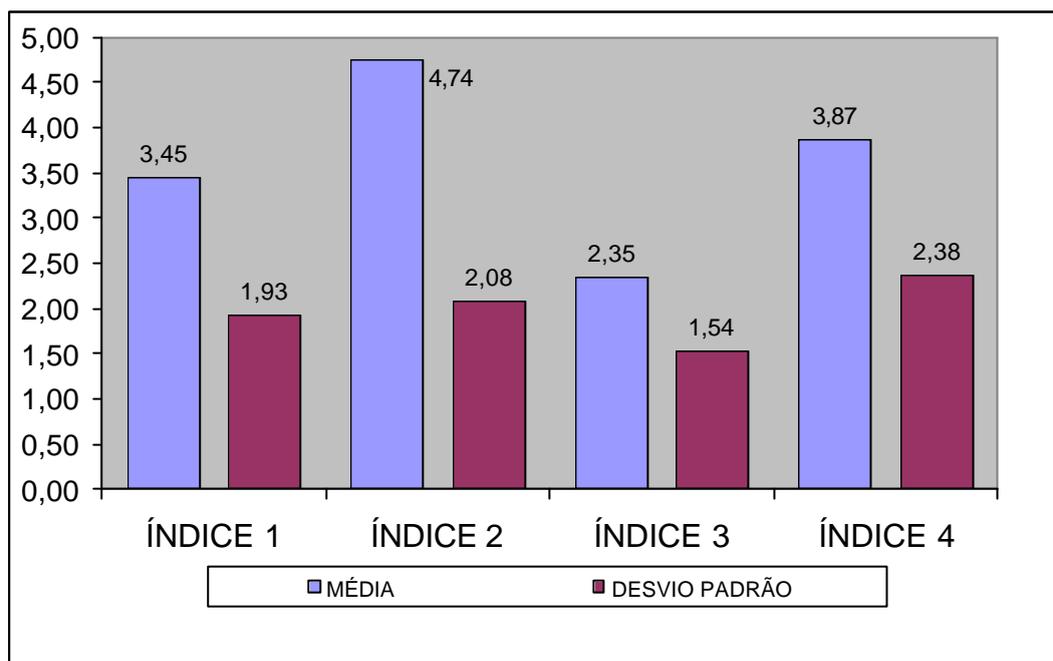
Gráfico 1 - Distribuição dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV – 1, doentes ou não, segundo os valores médios das lâminas do TRO.



O Gráfico2, apresenta as médias e os desvios padrões das lâminas do TRO, agrupadas segundo os índices formados pelas lâminas do TRO. Observa-se a maior média para os índices 2 e 4. O índice 2 avalia as fantasias de doença, cura e análise, e o índice 4,

que avalia a capacidade de reparação apresentada pelos pacientes. O índice 3 foi o que obteve a menor média, sendo que esse índice avalia a capacidade de aliança terapêutica. O índice 1 foi maior que o índice 3, e avaliou a relação transferencial.

Gráfico 2 – Média e desvio padrão dos Índices 1, 2, 3 e 4 fornecidos pela associação das Lâminas do TRO, dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não.



Índice 1 = relação transferencial

Índice 2 = fantasias de doença, cura e análise

Índice 3 = capacidade de aliança terapêutica

Índice 4 = capacidade de reparação

4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E LABORATORIAIS

Observa-se no Quadro 7 que 26 indivíduos fazem uso de ARV e destes, 19 apresentam adesão aos medicamentos, 12 indivíduos apresentaram doenças oportunistas, quatro apresentaram doenças neurológicas e quatro necessitaram de internações hospitalares no período compreendido entre as avaliações psicológicas.

O Quadro 8, apresenta a categorização dos medicamentos utilizados por 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não, tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, contagem da carga viral plasmática em logaritmo e linfócitos T CD₄⁺ e CD₈⁺ por mm³, no momento da primeira avaliação psicológica. Observou-se que dois indivíduos faziam uso de três tipos de anti-retrovirais e, os demais de dois tipos. A média do tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV foi de 59,53 meses, com desvio padrão 55,60 meses. A amostra estudada, apresentou quanto à carga viral plasmática, medida em logaritmo, a média de 2,99 e desvio padrão 1,82. A média da contagem de linfócitos T CD₄⁺, foi 279,85 com desvio padrão 178,82, e a média dos Infócitos T CD₈⁺ foi igual a 787,22, com desvio padrão 342,87.

Quadro 7 - Distribuição dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo o uso de medicamentos potentes anti-retrovirais, adesão aos mesmos, aids, doenças oportunistas, doenças neurológicas e internações hospitalares no período das avaliações psicológicas.

PACIENTE	USO DE MEDICAMENTOS	ADESÃO AOS MEDICAMENTOS	DOENÇAS OPORTUNISTAS	DOENÇAS NEUROLÓGICAS	INTERNAÇÕES HOSPITALARES
1	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
2	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM
4	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
5	SIM	SIM	NÃO	NÃO	
6	NÃO		NÃO	NÃO	NÃO
7	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
8	NÃO		NÃO	NÃO	
9	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
10	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
11	SIM		NÃO	NÃO	NÃO
12	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
13	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
14	NÃO		NÃO	NÃO	NÃO
15	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
16	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
17	NÃO		NÃO	NÃO	NÃO
18	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
19	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
20	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
21	SIM		SIM	NÃO	
22	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
23	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
24	SIM		SIM	SIM	SIM
25	NÃO		NÃO	NÃO	NÃO
26	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM
27	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
28	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
29	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
30	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
31	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

Quadro 8 – Distribuição dos 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo os tipos de medicamentos utilizados, tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, contagem da carga viral plasmática em logaritmo e linfócitos T CD₄⁺ e CD₈⁺ por mm³, no momento da primeira avaliação psicológica.

PACIENTE	ARV 1	ARV 2	ARV 3	ARV 4	TEMPO DE DIAGNÓSTICO DO HIV (MESES)	CV LOG	CD ₄ ⁺	CD ₈ ⁺
1	ITRN	ITRN	IP		114	2,38	517	1110
2	ITRN	ITRN	IP	IP	108	5,41	86	592
3	ITRN	ITRN	IP		17	2,3	20	324
4	ITRN	ITRN	ITRN		72	3,15	298	402
5		ITRN	ITRNN		48	2,65	392	1027
6	não toma				1,5	4,28	239	636
7	ITRN	ITRN	ITRNN		4	4,08	212	758
8	não toma				144	0		
9	ITRN	ITRN	ITRNN		8	0	134	1299
10	ITRN	ITRN	IP		36	2,94	148	807
11	ITRN	ITRN	IP		228	0		
12		ITRN	ITRNN		18	0	592	1146
13	ITRN	ITRN	ITRNN		108	4,38	529	690
14	não toma				36	3,59	419	637
15	ITRN	ITRN	ITRNN		4	2,23	275	1461
16	ITRN	ITRN	ITRNN		96	4,46	528	731
17	não toma				24	4,83	338	1093
18	IP	ITRN	ITRN	ITRNN	108	5,62	14	158
19	ITRN	ITRN	IP		8	4,2	73	769
20	ITRN	ITRN	ITRNN		6	2,67	557	1456
21	ITRN	ITRN	ITRNN		156	3,32	146	771
22	ITRN	ITRN	IP	IP	60	6	97	511
23	ITRN	ITRNN	ITRN		96	4,11	269	599
24	ITRN	IP	ITRN		12	0	256	874
25	não toma				12	2	380	412
26	ITRN	ITRN	ITRNN		45	4,31	158	1269
27	ITRN	ITRN	IP		36	4,46	34	510
28	ITRN	ITRN	ITRNN		48			
29	ITRN		ITRN	ITRNN	12	0	423	511
30	ITRN	ITRN	ITRNN		60	2,44	422	702
31	ITRN	ITRNN	IP		120	3,84		
MÉDIA					59,53	2,99	279,85	787,22
DESVIO PADRÃO					55,60	1,82	178,82	342,87

ARV = anti-retroviral

ITRN = Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo

ITRNN = Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo

IP = Inibidor de Protease

CV Log = Carga Viral Plasmática em Logaritmos

5.ADOLESCÊNCIA COMO FASE DO DESENVOLVIMENTO NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV-1.

Foram observadas as seguintes características de vida entre os nove pacientes adolescentes portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não. Dois eram do sexo masculino, sete do feminino, dois contraíram o HIV por via sanguínea e sete por via sexual, um fazia uso de drogas ilícitas e oito não; quanto às drogas lícitas (tabaco e /ou álcool), sete faziam uso das mesmas. Apenas três pacientes não tinham filhos, sendo que entre os que tinham esse número variou entre um e quatro filhos. Dois pacientes possuíam filhos portadores do HIV, em três casos o cônjuge era portador do vírus e apenas uma pessoa casou-se mais de uma vez. Quatro pacientes continuavam morando na cidade onde nasceram, os demais mudaram de cidade mas não de Unidade da Federação. Nenhum paciente morava sozinho, sendo que três residiam com a família de origem ou com o cônjuge quando casados. Três eram solteiros, dois amasiados e um desquitado. Quanto à religião predominaram os católicos. Quanto à vida profissional, três estavam desempregados, dois eram estudantes, dois trabalhavam nas suas casas, um era manicuro e um garçom. Quanto ao tempo de escolaridade, este, variou entre 13 e três anos, predominando poucos anos de escolaridade.

A Tabela 14, apresenta informações sobre a história clínica dos nove indivíduos com infecção pelo HIV, doentes ou não, adolescentes na época em que o diagnóstico da infecção pelo vírus foi realizado. A média de idade na época do diagnóstico foi de 20,33 anos, com desvio padrão de 3,57; na época da entrevista esse grupo de pessoas apresentava média de 27,33 anos com desvio padrão de 6,14 anos. O tempo médio de diagnóstico e tratamento dessas pessoas foi de 86,61 meses, com desvio padrão de 72,56 meses. A

clínica dessas pessoas indicou que quatro indivíduos desenvolveram aids, um apresentou doenças oportunistas, um apresentou sintomas clínicos no período entre a primeira e segunda entrevista de avaliação psicológica, sete faziam uso de medicamentos, cinco foram considerados com boa adesão aos medicamentos, nenhum teve doenças neurológicas ou internações hospitalares, um estava com a carga viral plasmática indetectável e um com contagem de linfócitos T CD4 abaixo de $100/\text{mm}^3$.

Tabela 14 - História clínica, média e desvio padrão de idades no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV-1, e na entrevista de nove adolescentes, doentes ou não

PACIENTES / CLÍNICA	1	2	6	7	11	16	23	25	31	MD	DP	S	N
Idade no diagnóstico	14	16	24	22	23	23	20	23	18	20,33	3,57		
Idade na época da entrevista	24	24	24	22	42	31	27	24	28	27,33	6,14		
Tempo de diagnóstico do HIV (meses)	114	108	1,5	4	228	96	96	12	120	86,61	72,56		
Ter aids	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM			4	5
Doenças oportunistas	NÃO	SIM	NÃO	NÃO		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO			1	7
Sintomas clínicos no período de avaliação	NÃO	SIM	NÃO	NÃO		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO			1	7
Uso de medicamentos	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM			7	2
Adesão aos medicamentos	SIM	SIM		SIM		SIM	SIM		NÃO			5	1
Doenças neurológicas	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO			0	8
Internações hospitalares	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO		NÃO	NÃO	NÃO	NÃO			0	8
Carga viral plasmática (em Log.)	2,38	5,41	4,28	4,08	0	4,46	4,11	2	3,84				
CD ₄ ⁺	517	86	239	212		528	269	380					
CD ₈ ⁺	1110	592	636	758		731	599	412					

MD = Média; DP = Desvio Padrão; S = Sim; N = Não;

A Tabela 15, apresenta o total de pontos do TRO e da EDAO dos nove adolescentes, com infecção pelo HIV-1, doentes ou não, sendo que a média de pontos na EDAO na primeira avaliação foi de 2,44 pontos e na segunda avaliação 2,38 pontos.

Tabela 15 -Total de pontos, média e desvio padrão do TRO e da EDAO de nove adolescentes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

Paciente/ pontos	1	2	6	7	11	16	23	25	31	MD	DP
Total EDAO 1	4	3	1,5	1,5	1,5	2	3	2,5	3	2,44	0,88
Total EDAO 2		4		1,5	1,5			2,5		2,38	1,18
Lâmina A 1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1,33	0,71
Lâmina B 3	1	1	1	1	1	4	2	1	3	1,67	1,12
Lâmina AG	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1,22	0,67
Lâmina CG	7	3	1	1	1	3	2	1	1	2,22	1,99
Lâmina B 2	4	1	1	1	2	5	4	1	4	2,56	1,67
Lâmina C 2	2	1	1	1	1	6	4	1	4	2,33	1,87
Lâmina Br	1	1	1	3	1	6	4	1	5	2,56	2,01
Total TRO	19	9	7	9	8	28	18	7	20	13,89	7,56

MD = Média; DP = Desvio Padrão

EDAO 1 = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Primeira Avaliação Psicológica

EDAO 2 = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Segunda Avaliação Psicológica

TRO = Teste de Relações Objetivas

O Quadro 9, apresenta os resultados qualitativos da eficácia adaptativa. Foi possível perceber, que apenas um paciente teve aumento da eficácia adaptativa passando de adaptação não eficaz moderada para adaptação não eficaz leve, nos demais avaliados no segundo momento, não houve melhora da eficácia adaptativa, sendo que três apresentaram adaptação não eficaz grave, um adaptação não eficaz severa. Os que foram avaliados uma única vez apresentaram os seguintes resultados: um, adaptação não eficaz leve, um adaptação não eficaz grave e dois adaptação não eficaz moderada. No TRO, a Lâmina AG foi a que apresentou a menor média e as Lâminas B2 e Branca as maiores médias.

Quadro 9 - Diagnóstico adaptativo da primeira e segunda avaliações da EDAO, de nove adolescentes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

Paciente	EDAO 1	EDAO 2
1	Adaptação ineficaz leve	
2	Adaptação ineficaz moderada	Adaptação ineficaz leve
6	Adaptação ineficaz grave	
7	Adaptação ineficaz grave	Adaptação ineficaz grave
11	Adaptação ineficaz grave	Adaptação ineficaz grave
16	Adaptação ineficaz severa	Adaptação ineficaz grave
23	Adaptação ineficaz moderada	
25	Adaptação ineficaz severa	Adaptação ineficaz severa
31	Adaptação ineficaz moderada	

EDAO 1 = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Primeira Avaliação Psicológica

EDAO 2 = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Segunda Avaliação Psicológica

6. ANÁLISE HIERÁRQUICA DE “CLUSTER” - JACCARD DENDROGRAMA USANDO O MÉTODO COMPLETO DE LINKAGE

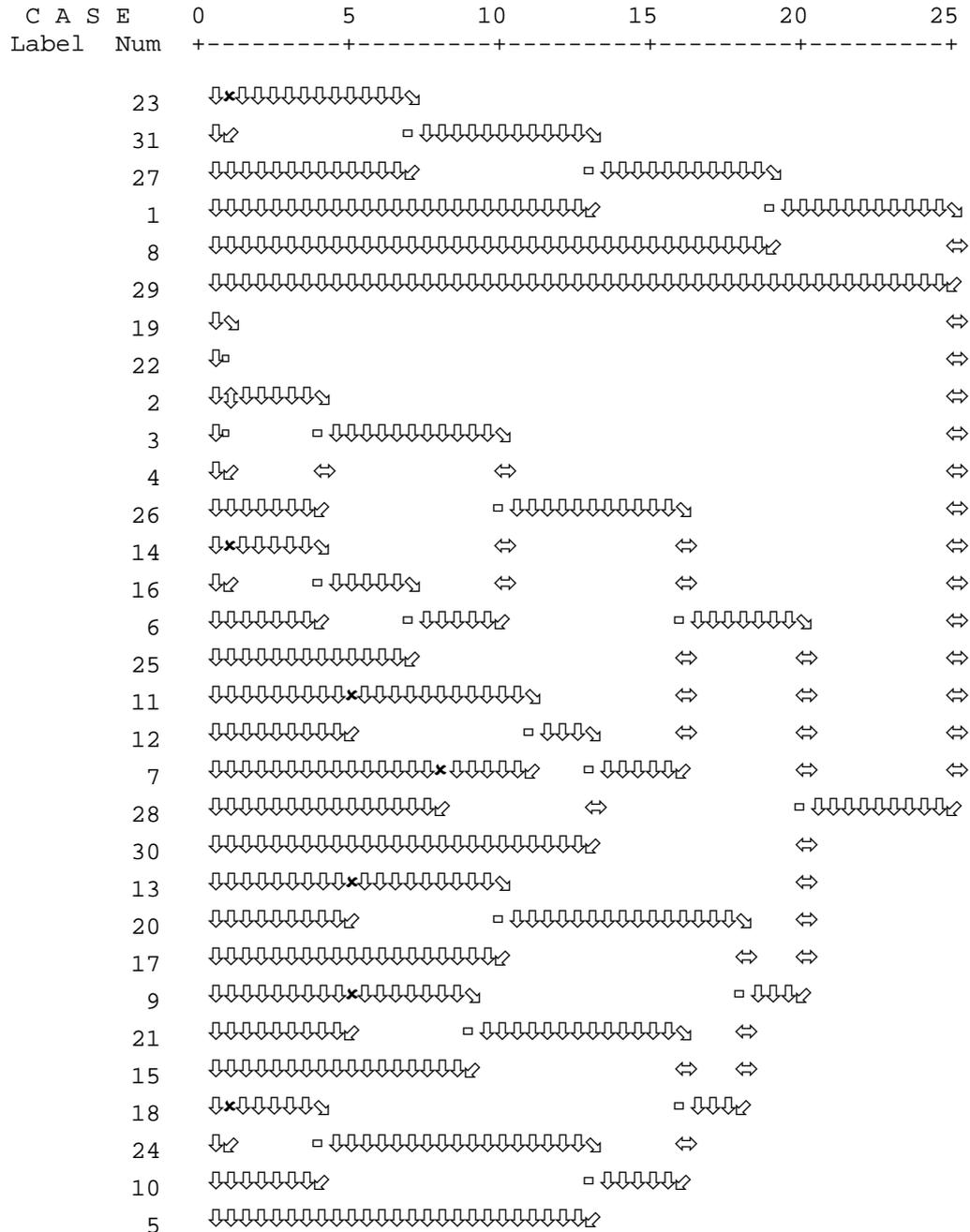
O Quadro 10, e o Dendrograma, Figura 1, apresentam os resultados do agrupamento dos indivíduos segundo a técnica estatística de “Cluster”, utilizando o método completo “LINKAGE” e Jaccard como medida de similaridade. O Quadro 10 apresenta o agrupamento dos indivíduos por similaridade, sendo que o Grupo 1, difere totalmente do Grupo 2 e o Grupo 2 apresenta maior semelhança com o Grupo 2.2 em alguns aspectos. Na formação dos grupos foram consideradas as seguintes variáveis: ideação suicida, aids, funcionamento psicótico, uso de drogas ilícitas, gravidez / sexualidade precoce, impulsividade, irritabilidade, depressão e, não ter tido bom relacionamento familiar na infância.

Quadro 10 - Distribuição dos 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, pelo método completo LINKAGE, utilizando Jaccard como medida de similaridade.

GRUPOS	INDIVÍDUOS	n
GRUPO 1	23, 31, 27, 1, 8, 29	6
GRUPO 2	19, 22, 2, 3,4, 26, 14, 16, 6, 25, 11, 12, 7, 28, 30	15
GRUPO 2.2	13, 20, 17, 9, 21, 15, 18, 24, 10, 5	10

Figura 1 - Análise Hierárquica de “cluster” - Jaccard Dendrograma usando o Método Completo de Linkage

Rescaled Distance Cluster Combine



Variáveis utilizadas: ideação suicida, aids, funcionamento psicótico, uso de drogas ilícitas, gravidez e/ou sexualidade precoce, impulsividade, irritabilidade, depressão, não ter tido bom relacionamento familiar na infância.

7.COMPARAÇÕES E ANÁLISES ESTATÍSTICAS DOS DADOS: EPIDEMIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, CLÍNICOS E LABORATORIAIS.

O Quadro 11, apresenta a comparação dos fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa, entre os nove adolescentes. Observa-se que quatro apresentavam ideação suicida, oito predomínio do funcionamento psicótico da mente, cinco apresentavam gravidez e / ou sexualidade precoce, um fanatismo religioso, seis impulsividade e irritabilidade, nove depressão e sete não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Considerando o agrupamento dos indivíduos segundo o Método Completo LINKAGE, Quadro 10, utilizando Jaccard como medida de similaridade, seis adolescentes pertencem ao grupo designado como 2.1 e 3 ao grupo 1.

Quadro 11 – Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com risco de comprometimento da eficácia adaptativa, em nove adolescentes, com infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

PACIENTES / FATORES	1	2	6	7	11	16	23	25	31
IDEAÇÃO SUICIDA	NAO	SIM	SIM	NAO	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO
FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	NAO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
FANATISMO RELIGIOSO	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	SIM	NAO	NAO
IMPULSIVIDADE	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
IRRITABILIDADE	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
DEPRESSÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
BOM RELAC. NA INFÂNCIA	SIM	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	SIM	NAO
GRUPO CLUSTER	1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	1	2.1	1

Observa-se na Tabela 16, que os indivíduos com depressão crônica do tipo neurótica, apresentaram a menor mediana de carga viral plasmática, as maiores medianas de linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e medianas das lâminas do TRO. Os indivíduos com depressão crônica psicótica, do tipo maníaco-depressivo, apresentaram a maior mediana de carga

viral plasmática e as menores medianas de linfócitos T CD_4^+ e relação CD_4^+ , CD_8^+ . Os indivíduos com depressão crônica psicótica, do tipo esquizo-afetivo apresentaram as menores medianas nas lâminas do TRO. Através do teste estatístico de Kruskal-Wallis, (considerando $p \leq 0.05$) verificou-se que a mediana do TRO e dos linfócitos T CD_8^+ , no grupo com depressão crônica do tipo neurótica, foi significativamente maior do que as medianas dos grupos com depressão crônica psicótica, do tipo maníaco-depressivo e esquizo-afetivo. Não foram encontradas diferenças significativas para as medianas dos linfócitos T CD_4^+ , relação CD_4^+ , CD_8^+ e logaritmo da carga viral plasmática.

Tabela 16 - Distribuição de 26 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo o tipo de depressão crônica e medianas da carga viral plasmática, linfócitos T CD_4^+ e CD_8^+ , relação CD_4^+ e CD_8^+ , e lâminas do TRO.

TIPO DE DEPRESSÃO CRÔNICA	MEDIANA					
	n	CV em log	CD_4^+	CD_8^+	CD_4^+/CD_8^+	TRO
NEURÓTICA	7	2,6	306,5	1204,5	0,34	19,5
PMD	5	4,3	146,0	690,0	0,18	13,0
ESQUIZO AFETIVA	14	3,3	239,0	637,0	0,29	8,0
H		3,59	2,5	6,8	0,39	12,2

NEURÓTICA = Depressão neurótica

PMD = Depressão psicótica tipo maníaco-depressivo

ESQUIZO AFETIVA = Depressão psicótica tipo esquizo-afetivo

CV em log. = Carga Viral Plasmática em logaritmos

TRO = Teste de Relações Objetivas

n = número de indivíduos

H = valor da estatística calculada

Observa-se na Tabela 17 as médias e desvios padrão da Carga Viral plasmática, contagem de linfócitos T com marcadores CD_4^+ e CD_8^+ e relação CD_4^+/CD_8^+ de 30 indivíduos portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não, segundo o diagnóstico

adaptativo. Os indivíduos com adaptação ineficaz leve obtiveram as menores médias de carga viral, as maiores médias de CD_4^+ e CD_8^+ e a menor variabilidade da relação CD_4^+/CD_8^+ . Indivíduos com adaptação ineficaz moderada apresentaram as maiores médias de carga viral, as menores médias de CD_4^+ e a menor relação CD_4^+/CD_8^+ .

Tabela 17 - Média e desvio padrão da Carga Viral plasmática, CD_4^+ , CD_8^+ e relação CD_4^+/CD_8^+ de 30 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo o diagnóstico adaptativo.

Diagnóstico Adaptativo	n	Log. CV		CD_4^+/mm^3		CD_8^+/mm^3		CD_4^+/CD_8^+	
		media	desvio	Media	desvio	media	desvio	media	desvio
Ineficaz Leve	2	2,53	0,21	537,00	28,28	1283,00	244,66	0,42	0,06
Ineficaz Moderada	6	3,27	1,81	156,60	67,67	813,60	288,37	0,21	0,14
Ineficaz Severa	11	3,10	1,44	333,36	138,48	795,91	362,16	0,50	0,30
Ineficaz Grave	11	3,09	2,34	225,78	210,49	651,78	293,99	0,30	0,23

Não foi considerado um indivíduo que teve adaptação Eficaz

Log. CV = carga viral plasmática em logaritmo

Desvio = Desvio Padrão

Na Tabela 18 observa-se indivíduos portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não, que apresentaram índices desfavoráveis nas lâminas do TRO, médias e desvio padrão da carga viral plasmática, linfócitos T CD_4^+ , linfócitos T CD_8^+ . Observou-se que nenhum indivíduo apresentou o índice 2 com avaliação desfavorável, 17 apresentaram avaliação desfavorável para o índice 1, 17 apresentaram avaliação desfavorável para o índice 3 e 15 apresentaram avaliação desfavorável para o índice 4. A carga viral dos que apresentaram o índice 1 com avaliação desfavorável foi a menor e a maior pelos indivíduos que apresentaram índice 3 com avaliação desfavorável. Os indivíduos com o índice 4 com avaliação desfavorável, apresentaram a menor média de linfócitos T CD_4^+ e os indivíduos com o índice 3 a maior média. Considerando-se os linfócitos T CD_8^+ , a menor média foi

apresentada pelos indivíduos com o índice 1 desfavorável e a maior pelos indivíduos com o índice 3.

Tabela 18- Distribuição dos 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV–1, doentes ou não, que apresentaram índices desfavoráveis nas lâminas do TRO, médias e desvio padrão da carga viral plasmática, linfócitos T CD₄⁺, linfócitos T CD₈⁺.

ÍNDICES DESFAVORAVEIS NO TRO	n	Carga Viral Plasmática (em logaritmo)		Linfócitos T CD ₄ ⁺ /mm ³		Linfócitos T CD ₈ ⁺ /mm ³	
		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
ÍNDICE 1	17	2,74	2,16	214,33	175,51	709,73	356,76
ÍNDICE 3	17	3,22	1,97	227,00	166,72	749,47	336,28
ÍNDICE 4	15	2,80	1,88	192,83	128,86	752,75	332,97

TRO = Teste de Relações Objetivas

Índice 1 = relação transferencial

Índice 3 = capacidade de aliança terapêutica

Índice 4 = capacidade de reparação

Índice 2 = fantasias de doença, cura e análise. Nenhum indivíduo apresentou esse índice como desfavorável

Na Tabela 19 observa-se indivíduos portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não, que apresentaram índices favoráveis nas lâminas do TRO, médias e desvio padrão da carga viral plasmática, linfócitos T CD₄⁺, linfócitos T CD₈⁺. Observou-se que todos os indivíduos apresentaram o índice 2 com avaliação favorável, 14 apresentaram avaliação favorável para o índice 1, 14 apresentaram avaliação favorável para o índice 3 e 16 apresentaram avaliação favorável para o índice 4. A carga viral plasmática dos que apresentaram o índice 3, com avaliação favorável, foi a menor e a maior pelos indivíduos que apresentaram índice 1 com avaliação favorável. Os indivíduos com o índice 2 com avaliação favorável apresentaram a menor média de linfócitos T CD₄⁺ e os indivíduos com o índice 1 a maior média. Considerando-se os linfócitos T CD₈⁺, a menor média foi

apresentada pelos indivíduos com o índice 2 favorável e a maior pelos indivíduos com o índice 1.

Tabela 19- Distribuição dos 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, que apresentaram índices favoráveis nas lâminas do TRO, médias e desvio padrão da carga viral plasmática, linfócitos T CD4⁺, linfócitos T CD8⁺.

ÍNDICES FAVORÁVEIS NO TRO	n	Carga Viral Plasmática (em logaritmo)		Linfócitos T CD4 ⁺ /mm ³		Linfócitos T CD8 ⁺ /mm ³	
		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
ÍNDICE 1	14	3,31	1,26	361,75	152,33	884,08	312,18
ÍNDICE 2	31	2,99	1,82	279,85	178,82	787,22	342,87
ÍNDICE 3	14	2,72	1,67	345,92	177,85	834,42	359,95
ÍNDICE 4	16	3,15	1,82	349,47	186,15	814,80	359,69

TRO = Teste de Relações Objetivas

Índice 1 = relação transferencial

Índice 2 = fantasias de doença, cura e análise.

Índice 3 = capacidade de aliança terapêutica

Índice 4 = capacidade de reparação

Na Tabela 20 observa-se que os indivíduos com adaptação ineficaz leve obtiveram o maior número médio de pontos nas lâminas do TRO, sendo a menor média para os indivíduos com adaptação ineficaz grave.

Tabela 20 – Distribuição de 30 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV–1, doentes ou não, segundo o diagnóstico adaptativo e os valores das Lâminas do TRO.

DIAGNÓSTICO EDAO 1- ADAPTAÇÃO INEFICAZ		Lâmina A1	Lâmina B3	Lâmina AG	Lâmina CG	Lâmina B2	Lâmina C2	Lâmina BRANCA	TOTAL TRO
LEVE	MÉDIA	2,67	1,33	1,00	4,67	4,33	2,00	1,33	17,33
	DP	1,53	0,58	0,00	3,21	1,53	1,00	0,58	7,64
	N	2	2	2	2	2	2	2	-
MODERADA	MÉDIA	1,67	1,67	1,50	2,33	2,83	2,33	2,50	14,83
	DP	1,21	0,82	0,84	1,21	1,47	1,51	1,64	5,04
	N	6	6	6	6	6	6	6	-
SEVERA	MÉDIA	1,27	1,64	1,18	1,45	2,18	2,18	2,36	12,27
	DP	0,65	1,03	0,60	1,04	1,47	1,72	2,01	7,09
	N	11	11	11	11	11	11	11	-
GRAVE	MÉDIA	1,36	1,45	1,36	1,55	1,73	1,36	1,36	10,18
	DP	0,81	0,69	0,92	1,21	1,27	0,81	0,81	3,60
	N	11	11	11	11	11	11	11	-

EDAO 1 = Primeira avaliação psicológica, Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

DP = Desvio Padrão

TRO = Teste de Relações Objetivas

Não foi incluído um indivíduo com adaptação eficaz.

No Quadro 12 pode ser observada a variação das médias das lâminas do TRO, segundo a existência ou não de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa. Este quadro indica que quando o fator interno, positivo, refere-se ao relacionamento familiar satisfatório na infância, as Lâminas B3 e Branca (Br), foram as que apresentaram a menor média de pontos. Quando o relacionamento familiar é insatisfatório, fator interno negativo, a Lâmina AG apresentou a menor média. Nos demais fatores houve o predomínio da Lâmina AG com a menor média, à exceção do uso de drogas ilícitas, fator externo negativo, onde a Lâmina B2 teve menor média e em funcionamento psicótico que a Lâmina A1 teve média menor. Pode ser apontada ainda a Lâmina CG, quando o fator é apresentar fanatismo religioso, a Lâmina A1 quando apresenta sexualidade e/ou gravidez precoce e a Lâmina CG quando o fator é não ter desenvolvido aids.

Quadro 12– Presença de fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa, em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, e as médias das lâminas do TRO.

Fatores Internos e Externos Negativos e Positivos	MÉDIA DAS LÂMINAS DO TESTE DE RELAÇÕES OBJETAS						
	A1	B3	AG	CG	B2	C2	BR
TER TIDO RELACIONAMENTO FAMILIAR SATISFATÓRIO NA INFÂNCIA	1,63	1,13	1,38	2,38	2,25	1,50	1,13
NÃO TER TIDO RELACIONAMENTO FAMILIAR SATISFATÓRIO NA INFÂNCIA	1,48	1,70	1,26	1,83	2,39	2,04	2,22
NÃO ESTAR COM DEPRESSÃO	1,40	1,40	1,00	1,60	2,40	1,40	2,20
ESTAR COM DEPRESSÃO	1,54	1,58	1,35	2,04	2,35	2,00	1,88
NÃO APRESENTAR IRRITABILIDADE	1,50	1,50	1,00	2,17	3,17	2,33	2,17
APRESENTAR IRRITABILIDADE	1,52	1,56	1,36	1,92	2,16	1,80	1,88
NÃO APRESENTAR IMPULSIVIDADE	1,71	1,57	1,00	2,00	3,14	2,71	2,57
APRESENTAR IMPULSIVIDADE	1,46	1,54	1,38	1,96	2,13	1,67	1,75
APRESENTAR FANATISMO RELIGIOSO	1,29	1,29	1,00	1,14	1,71	2,14	2,43
NÃO APRESENTAR FANATISMO RELIGIOSO	1,58	1,63	1,38	2,21	2,54	1,83	1,79
APRESENTAR GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	1,25	1,67	1,17	1,58	1,92	1,67	2,25
NÃO APRESENTAR GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	1,68	1,47	1,37	2,21	2,63	2,05	1,74
USO DE DROGAS ILÍCITAS	1,33	1,67	1,67	1,50	1,17	1,33	1,50
NÃO USAR DROGAS ILÍCITAS	1,56	1,52	1,20	2,08	2,64	2,04	2,04
NÃO TER AIDS	1,50	1,58	1,42	1,42	2,08	2,25	2,25
TER AIDS	1,53	1,53	1,21	2,32	2,53	1,68	1,74
NÃO APRESENTAR FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	2,00	1,33	1,00	2,89	3,33	2,22	2,11
APRESENTAR FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	1,32	1,64	1,41	1,59	1,95	1,77	1,86
APRESENTAR IDEAÇÃO SUICIDA	1,36	1,64	1,27	1,55	1,91	1,64	1,73
NÃO APRESENTAR IDEAÇÃO SUICIDA	1,60	1,50	1,30	2,20	2,60	2,05	2,05

Na Tabela 21, observa-se a presença de todos os fatores internos e externos negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa, entre os 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV ou aids e, as médias e desvios padrão da primeira e segunda avaliações psicológicas com a EDAO, médias e desvios padrão do TRO e o número absoluto, acompanhado da porcentagem de indivíduos nos quais os fatores estão presentes. Observa-se que 35,48% apresentavam ideação suicida, 61,29% já haviam desenvolvido aids, 70,97% apresentavam predomínio do funcionamento psicótico da mente, 19,35 % faziam uso regular de maconha e cocaína, ou apenas uma dessas drogas ilícitas, quase sempre acompanhada pelo consumo de álcool e tabaco, 38,71% tiveram vida sexual ativa precoce, 22,58% apresentavam fanatismo religioso, 77,42% impulsividade, 80,65% irritabilidade, 83,87% depressão e 74,19% não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Os indivíduos que faziam uso de drogas ilícitas apresentaram a menor média de pontos no TRO e na primeira e segunda avaliações da EDAO. Os indivíduos que não tiveram um bom relacionamento familiar na infância apresentaram a maior média no TRO, seguidos daqueles que apresentavam depressão e dos que já haviam desenvolvido aids. Os indivíduos que já haviam desenvolvido aids, também obtiveram as maiores médias na primeira e segunda avaliações da EDAO.

Tabela 21 - Presença de fatores internos e externos negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não e médias e desvios padrão da EDAO, na primeira e segunda avaliações psicológicas, e média e desvio padrão da avaliação do TRO.

Fatores Internos e Externos Negativos	TRO MÉDIA	TRO DP	EDAO 1 MÉDIA	EDAO 1 DP	EDAO 2 MÉDIA	EDAO 2 DP	n	%
IDEAÇÃO SUICIDA	11,09	6,41	2,05	0,57	2,40	1,02	11	35,48
AIDS	12,53	5,64	2,58	1,00	2,75	1,28	19	61,29
FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	11,55	5,54	2,02	0,60	2,06	0,90	22	70,97
USO DE DROGAS ILÍCITAS	10,17	3,18	1,75	0,61	1,50		6	19,35
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	11,50	6,21	1,92	0,51	2,36	0,94	12	38,71
FANATISMO RELIGIOSO	11,00	5,59	2,14	0,62	2,25	1,06	7	22,58
IMPULSIVIDADE	11,88	5,87	2,06	0,69	2,18	0,87	24	77,42
IRRITABILIDADE	12,20	5,97	2,06	0,68	2,18	0,87	25	80,65
DEPRESSÃO	12,73	6,14	2,21	0,79	2,10	0,87	26	83,87
NÃO TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	12,91	6,11	2,17	0,93	2,35	1,27	23	74,19

DP = Desvio Padrão

TRO = Teste de Relações Objetais

EDAO = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

Na Tabela 22 observa-se os valores da média e desvio padrão do TRO e da primeira e segunda avaliações da EDAO, entre os indivíduos que não apresentavam fatores internos e externos negativos, implicando em risco de comprometimento da eficácia adaptativa. Os pacientes que não apresentaram predomínio do funcionamento psicótico da mente, foram os que obtiveram a maior média no TRO. Na primeira avaliação psicológica com a EDAO, os pacientes que não apresentavam irritabilidade obtiveram a maior média e, na segunda avaliação os pacientes que não apresentaram depressão obtiveram a maior média na EDAO. Observa-se a menor média no TRO e na primeira avaliação entre os pacientes que não apresentaram impulsividade e a menor média na segunda avaliação psicológica, com a EDAO, foi apresentada pelos indivíduos que não tinham desenvolvido aids.

Tabela 22 – Ausência de fatores internos e externos negativos, com risco de comprometimento da eficácia adaptativa em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV–1, doentes ou não, e médias e desvios padrão da EDAO, na primeira e segunda avaliações psicológicas, e média e desvio padrão da avaliação do TRO.

Fatores Internos e Externos Positivos	TRO	TRO	EDAO 1	EDAO 1	EDAO 2	EDAO 2	n	%
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP		
IDEAÇÃO SUICIDA	13,30	5,58	2,40	1,02	2,43	1,34	20	65,52
AIDS	12,50	6,50	1,79	0,33	1,75	0,50	12	38,71
FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	14,89	6,33	2,89	1,19	3,13	1,43	9	29,03
USO DE DROGAS ILÍCITAS	13,08	6,27	2,40	0,91	2,50	1,18	25	80,65
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	13,16	5,73	2,50	1,01	2,50	1,54	19	61,29
FANATISMO RELIGIOSO	12,96	6,00	2,31	0,96	2,45	1,23	24	77,42
IMPULSIVIDADE	5,77	5,76	1,15	1,15	-----	-----	7	22,58
IRRITABILIDADE	13,83	5,77	3,17	1,69	-----	-----	6	19,35
DEPRESSÃO	11,40	4,61	2,60	1,38	4,00	1,41	5	16,13
TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	11,38	5,34	2,56	0,72	2,75	0,35	8	25,81

DP = Desvio Padrão

TRO = Teste de Relações Objetais

EDAO= Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

Observa-se na Tabela 23, as comparações, por meio do teste “ t “ de “Student “, dos resultados do TRO e da EDAO, na primeira e segunda avaliações psicológicas, com os fatores internos e externos, positivos e negativos, dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

Foram significantes as diferenças entre as médias da EDAO 1 e EDAO 2, sendo que o grupo, que apresentava aids como fator interno negativo, teve uma média maior do que o grupo que não apresentava; o grupo que apresentava funcionamento psicótico, como fator de risco teve uma média da EDAO 1 menor do que aqueles que não apresentavam; o grupo que fazia uso de drogas ilícitas teve menor média na EDAO 1, do que os que não faziam uso de drogas ilícitas; o grupo que apresentava gravidez e / ou sexualidade precoce, como fator de risco teve uma média da EDAO 1 menor do que aqueles que não apresentavam; o grupo com impulsividade como fator de risco teve uma menor média na EDAO, do que o grupo que não apresentava este fator. Foi também, estatisticamente significante a diferença entre as médias da EDAO 1 para o fator irritabilidade, sendo que o grupo com este fator de risco apresentou uma menor média de pontos.

Tabela 23 – Comparação das médias e desvios padrões dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, com e sem fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa segundo os resultados do TRO e da EDAO.

Fatores Positivos e Negativos	TRO		EDAO 1		EDAO 2	
	t _o	P	t _o	p	t _o	p
IDEAÇÃO SUICIDA	-0,96	0,160	-1,20	0,150	-0,04	0,47
AIDS	0,01	0,490	3,15	0,002*	1,93	0,040*
FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	-1,38	0,090	-2,07	0,034*	-1,35	0,120
USO DE DROGAS ILÍCITAS	-1,61	0,060	-2,10	0,030*	**	**
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	-0,75	0,230	-2,11	0,022*	-0,18	0,430
FANATISMO RELIGIOSO	0,80	0,220	-0,55	0,300	**	**
IMPULSIVIDADE	-1,14	0,140	-2,04	0,040*	**	**
IRRITABILIDADE	-0,62	0,270	-2,23	0,030*	**	**
DEPRESSÃO	0,56	0,290	-0,61	0,280	**	**
TER TIDO UM BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	-0,67	0,250	1,20	0,120	**	**

t_o = Valor de t observado; $\alpha = 0,05$;

* = estatisticamente significantes

** = Valores não calculados devido ao pequeno número de indivíduos

EDAO 1 = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Primeira Avaliação Psicológica EDAO 2 =

Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Segunda Avaliação Psicológica

TRO = Teste de Relações Objetivas

Observa-se no Quadro 13 que não há diferenças entre o tempo de diagnóstico e os fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa entre os pacientes portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não.

Quadro 13 – Comparação entre o tempo de diagnóstico do HIV, em meses, e fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa, entre os 31 indivíduos com infecção pelo HIV-1, doentes ou não. ($\alpha = 0,05$)

FATORES INTERNOS E EXTERNOS, POSITIVOS E NEGATIVOS	TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HIV (MESES)				
	n	MÉDIA	DP	valores de p	Valores de t_0
IDEAÇÃO SUICIDA	11	42,14	37,44	0,10	-1,31
NÃO IDEAÇÃO SUICIDA	20	69,10	62,22		
NÃO AIDS	12	53,96	64,90	0,33	0,44
AIDS	19	63,05	50,44		
NÃO FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	9	55,11	52,95	0,39	0,28
FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	22	61,34	57,76		
NÃO USO DE DROGAS ILÍCITAS	25	64,88	58,32	0,14	-1,10
USO DE DROGAS ILÍCITAS	6	37,25	38,49		
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE NÃO	19	70,26	63,56	0,09	-1,37
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	12	42,54	36,14		
FANATISMO RELIGIOSO NÃO	24	67,90	58,74	0,06	-1,59
FANATISMO RELIGIOSO	7	30,86	31,47		
IMPULSIVIDADE NÃO	7	78,00	52,88	0,16	-1,00
IMPULSIVIDADE	24	54,15	56,29		
IRRITABILIDADE NÃO	6	87,00	51,72	0,09	-1,37
IRRITABILIDADE	25	52,94	55,43		
DEPRESSÃO NÃO	5	62,40	49,04	0,45	-0,12
DEPRESSÃO	26	58,98	57,64		
NÃO TER TIDO UM BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	23	62,76	56,17	0,29	-0,54
TER TIDO UM BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	8	50,25	56,56		

Observa-se na Tabela 24 o agrupamento dos 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não, segundo a distribuição pela técnica de cluster, com médias e

desvios padrão da EDAO, TRO, tempo de diagnóstico do HIV e ter desenvolvido aids. O Grupo 1, obteve a maior média na primeira avaliação psicológica, segundo a EDAO (EDAO 1), quando comparado com os demais agrupamentos. Cinco indivíduos haviam desenvolvido sintomas compatíveis com aids e um não havia desenvolvido. A média de tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, até o momento da primeira avaliação psicológica foi de 87,00 meses, com desvio padrão igual a 51,72 meses. O Grupo 2.1. obteve as menores médias na EDAO 1, EDAO 2 e TRO, quando comparados aos demais grupos. A média na EDAO 1 foi menor do que a média na EDAO 2. Seis indivíduos haviam desenvolvido sintomas compatíveis com aids e nove não haviam desenvolvido. A média de tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, até o momento da primeira avaliação psicológica foi de 54,23 meses, com desvio padrão igual a 58,31 meses. Os indivíduos do Grupo 2.2. obtiveram maior média na primeira avaliação da eficácia adaptativa, EDAO 1 do que na EDAO 2 e, a maior média no TRO, quando comparados aos Grupos 1 e 2.1. Oito indivíduos haviam desenvolvido sintomas compatíveis com aids e dois não haviam desenvolvido. A média de tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, até o momento da primeira avaliação psicológica foi de 51,00 meses, com desvio padrão igual a 53,84 meses.

Tabela 24 – Agrupamento dos 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a distribuição pela técnica de cluster, com médias e desvio padrão da EDAO, TRO, tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV e desenvolvimento de aids.

GRUPOS CLUSTER	TOTAL EDAO 1		TOTAL EDAO 2		TOTAL TRO		AIDS		TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HIV (MESES)	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SIM	NÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
GRUPO 1	3,17	1,17	*	*	13,83	5,78	5	1	87,00	51,72
GRUPO2.1	1,83	0,45	2,14	0,94	10,33	5,39	6	9	54,23	58,31
GRUPO 2.2	2,40	0,84	2,25	0,87	15,00	5,96	8	2	51,00	53,84
TOTAL							19	12		

EDAO 1 = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Primeira Avaliação Psicológica EDAO 2 =

Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Segunda Avaliação Psicológica

TRO = Teste de Relações Objetivas

* = Nenhum indivíduo pertencente a este grupo participou da segunda avaliação psicológica

Observa-se na Tabela 25, o agrupamento dos 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não, segundo a distribuição pela técnica de cluster e os fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa. Os indivíduos pertencentes ao Grupo 1 não apresentaram ideação suicida. Três apresentaram o predomínio do funcionamento psicótico da mente e três não apresentaram. Nenhum fazia uso de drogas ilícitas ou havia tido vida sexual precoce ou gravidez precoce. Um apresentava fanatismo religioso e cinco não apresentavam. Nenhum apresentava impulsividade ou irritabilidade. Quatro apresentavam depressão e dois não apresentavam. Três relataram ter tido bom relacionamento familiar na infância e três não tiveram. Entre os indivíduos pertencentes ao Grupo 2.1, cinco não apresentaram ideação suicida e dez apresentaram. Todos os 15 apresentaram o predomínio do funcionamento psicótico da mente. Três faziam uso de drogas ilícitas e 12 não faziam. Quatro não tiveram vida sexual

ou gravidez precoce e, 11 tiveram. Treze não apresentavam fanatismo religioso e dois apresentavam. Todos apresentavam impulsividade e irritabilidade. Treze apresentavam depressão e dois não apresentavam. Treze relataram não ter tido bom relacionamento familiar na infância e dois tiveram. Entre os indivíduos pertencentes ao Grupo 2.2, nove não apresentaram ideação suicida e um apresentou. Quatro apresentaram o predomínio do funcionamento psicótico da mente e seis não apresentaram. Três faziam uso de drogas ilícitas e sete não faziam uso. Nove não tiveram vida sexual precoce ou gravidez precoce e um teve. Seis não apresentavam fanatismo religioso e quatro apresentavam. Nove apresentavam impulsividade e um não apresentava. Todos apresentavam irritabilidade. Nove apresentavam depressão e um não apresentava. Sete relataram não ter tido bom relacionamento familiar na infância e três tiveram.

Tabela 25 – Agrupamento dos 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a distribuição pela técnica de cluster, e fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa.

GRUPOS CLUSTER	IDEAÇÃO SUICIDA		FUNCIONAMENTO PSICÓTICO		USO DE DROGAS ILÍCITAS		GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE		FANATISMO RELIGIOSO		IMPULSIVIDADE		IRRITABILIDADE		DEPRESSÃO		BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
GRUPO 1	0	6	3	3	0	6	0	6	1	5	0	6	0	6	4	2	3	3
GRUPO2.1	10	5	15	0	3	12	11	4	2	13	15	0	15	0	13	2	2	13
GRUPO 2.2	1	9	4	6	3	7	1	9	4	6	9	1	10	0	9	1	3	7
TOTAL	11	20	22	9	6	25	12	19	7	24	24	7	25	6	26	5	8	23

Observa-se na Tabela 26, a mediana dos índices das lâminas do TRO, agrupadas segundo a distribuição pelo método completo Linkage, utilizando Jaccard como medida de similaridade. No grupo 1 os índices 2 e 4, obtiveram iguais e maiores medianas, 4,0. No grupo 2.1., o índice 2 obteve a maior mediana, 3,0 e no grupo 2.2. o índice 4 obteve a maior mediana, 5,5. A análise de variância de Kruskal-Wallis, indicou não haver diferenças significativas entre as médias, dos índices 1 ($p = 0,34$), 2 ($p = 0,21$) e 4 ($p = 0,057$), nos agrupamentos de cluster, não havendo diferenças entre esses grupos. O índice 3 apresentou diferença significativa ($p = 0,02$), entre os agrupamentos de cluster 2.1 e 2.2. A análise gráfica “Box- Plot”, Figura 2, indica que o grupo 1 é igual ao grupo 2.2. e ambos são diferentes do grupo 2.1.

Tabela 26 – Mediana dos Índices das lâminas do TRO em 31 indivíduos, portadores da infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a distribuição pelo método completo Linkage, utilizando Jaccard como medida de similaridade

ÍNDICE TRO / GRUPOS CLUSTER	Mediana			
	ÍNDICE 1	ÍNDICE 2	ÍNDICE 3	ÍNDICE 4
GRUPO 1	3,0	4,0	3,5	4,0
GRUPO 2.1	2,0	3,0	1,0	2,0
GRUPO 2.2	3,5	5,0	3,0	5,5

TRO = Teste de Relações Objetivas

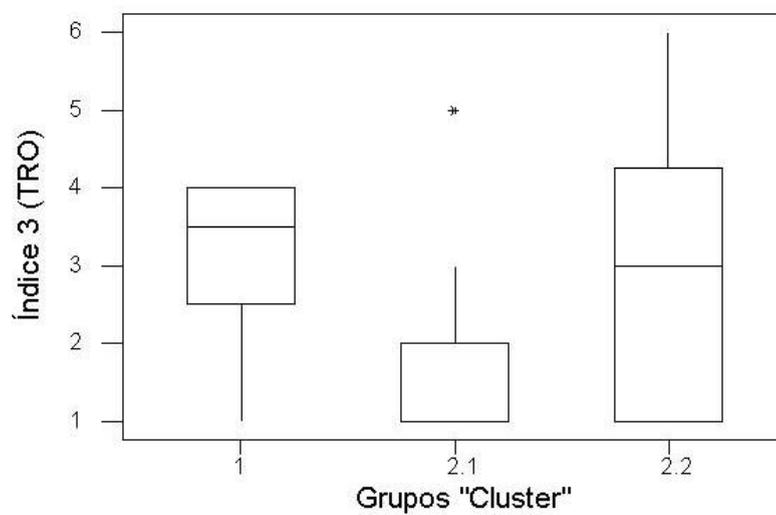
Índice 1 = relação transferencial – $H = 2,13$ e $p = 0,34$

Índice 2 = fantasias de doença, cura e análise – $H = 3,05$ e $p = 0,21$

Índice 3 = capacidade de aliança terapêutica – $H = 7,7$ e $p = 0,02^*$ (Significante)

Índice 4 = capacidade de reparação – $H = 5,7$ e $p = 0,05$

Figura 2 - Mediana do Índice 3 das lâminas do TRO em 31 indivíduos, portadores da infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a distribuição pelo método completo Linkage, utilizando Jaccard como medida de similaridade



TRO = Teste de Relações Objetas

Índice 3 = capacidade de aliança terapêutica – $H = 7,7$ e $p = 0,02^*$ (Significante)

1 = Grupo 1, segundo "Cluster"

2.1 = Grupo 2.1, segundo "Cluster"

2.2 = Grupo 2.2, segundo "Cluster"

7.1. COMPARAÇÕES ENTRE OS INDIVÍDUOS QUE DESENVOLVERAM AIDS COM OS QUE NÃO DESENVOLVERAM.

Observa-se na Tabela 27 que os indivíduos que já haviam desenvolvido aids apresentaram médias da EDAO, na primeira avaliação psicológica, maiores que os indivíduos que não haviam desenvolvido aids, sendo essa diferença significativa. Não foram observadas diferenças entre o tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV e a média do TRO.

Tabela 27 – Resultados do Teste t de “Student” comparando as médias e desvios padrões do tempo de diagnóstico, EDAO, na primeira avaliação psicológica e do TRO, em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não. ($\alpha = 0,05$)

Tempo de Diagnóstico, EDAO, TRO	t_0	p	COM AIDS (n = 19)		SEM AIDS (n = 12)	
			MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
TEMPO DE DIAGNÓSTICO DO HIV - 1 (MESES)	0,44	0,32	63,05	50,44	53,96	64,90
EDAO 1	2,61	0,007*	2,58	1,00	1,79	0,33
TRO	0,01	0,50	12,53	5,64	12,50	6,50

EDAO 1 = Resultados da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, na primeira avaliação psicológica

TRO = Teste de Relações Objetivas

t_0 = valor de t de “Student”

* = valor significante

Observa-se na Tabela 28, que entre os 19 indivíduos que já haviam desenvolvido aids, sete apresentaram ideação suicida, 13 o predomínio do funcionamento psicótico da

mente, três fizeram uso de drogas ilícitas, seis apresentaram gravidez e/ou sexualidade precoce, cinco fanatismo religioso, 14 impulsividade, 14 irritabilidade, 17 depressão e 14 não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Entre os 12 indivíduos que não haviam desenvolvido aids, quatro apresentaram ideação suicida, nove, o predomínio do funcionamento psicótico da mente, três fizeram uso de drogas ilícitas, seis apresentaram gravidez e/ou sexualidade precoce, dois fanatismo religioso, dez impulsividade, 11 irritabilidade, nove depressão e nove não tiveram bom relacionamento familiar na infância. Através do teste Qui- Quadrado, ao nível de significância de 0,05, não foi encontrada associação entre os fatores internos negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa, comparando-se os indivíduos que haviam desenvolvido aids com os que não haviam desenvolvido a doença.

Tabela 28 – Resultados do Teste Qui- quadrado, comparando fatores internos negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa, em 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não. ($\alpha = 0,05$)

Fatores Internos Negativos	X^2_o	p	COM AIDS		SEM AIDS	
			SIM	NÃO	SIM	NÃO
IDEAÇÃO SUICIDA	0,03	0,85	7	12	4	8
FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	0,00	0,98	13	6	9	3
USO DE DROGAS ILÍCITAS	0,03	0,86	3	16	3	9
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	1,0	0,31	6	13	6	6
FANATISMO RELIGIOSO	0,03	0,85	5	14	2	10
IMPULSIVIDADE	0,03	0,85	14	5	10	2
IRRITABILIDADE	0,59	0,44	14	5	11	1
DEPRESSÃO	0,32	0,57	17	2	9	3
TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	0,12	0,73	5	14	3	9

A Tabela 29, apresenta as medianas, médias e desvio padrão da carga viral, do CD_4^+ , CD_8^+ , segundo os grupos de cluster. Através da prova estatística de Kruskal-Wallis, não foram encontradas diferenças ao nível de significância de 0,05. Encontrou se os seguintes valores de p: para a carga viral plasmática, $p = 0,72$, CD_4^+ , $p = 0,91$, CD_8^+ , $p = 0,06$.

Tabela 29 – Distribuição segundo os agrupamentos de “Cluster”, dos 31 indivíduos, após o diagnóstico da infecção pelo HIV-1, doentes ou não, com valores da Carga viral plasmática, em logaritmo, e linfócitos T CD_4^+ e CD_8^+ por mm^3 , no momento da primeira avaliação psicológica.

GRUPOS CLUSTER	CV			CD_4^+			CD_8^+		
	M	Md	Dp	M	Md	Dp	M	Md	Dp
GRUPO 1	2,47	3,1	2,04	310,75	346,0	210,93	682,50	555,0	288,04
GRUPO2.1	3,30	3,8	1,79	271,08	239,0	184,93	683,77	637,0	273,39
GRUPO 2.2	2,86	2,8	1,85	278,90	265,5	177,23	963,60	950,5	396,74

Dp = Desvio Padrão; M = Média; Md = Mediana; CV = Carga Viral Plasmática (Valores em Logaritmos)

CV: $p = 0,72$; $H = 0,66$

CD_4^+ : $p = 0,91$; $H = 0,19$

CD_8^+ : $p = 0,06$; $H = 5,37$

($\alpha = 0,05$)

Observou-se no Quadro 14, a distribuição dos indivíduos, portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não, segundo os fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa e intervalos de variação dos linfócitos T CD_4^+ . Seis indivíduos com contagem de linfócitos T CD_4^+ , menor do que 200 células/ mm^3 , apresentaram como fator interno negativo, ideação suicida e quatro não apresentaram. Todos haviam desenvolvido sintomas clínicos compatíveis com aids, nove apresentaram o predomínio do funcionamento psicótico da mente, dois faziam uso de

drogas ilícitas, quatro apresentaram gravidez e/ou sexualidade precoce, dois, fanatismo religioso, nove, impulsividade, nove, irritabilidade, todos apresentaram depressão, sete não tiveram um relacionamento familiar considerado satisfatório na infância. Dos indivíduos com contagem de linfócitos T CD₄⁺, entre 201 e 350 células/mm³, dois apresentaram como fator interno negativo, a ideação suicida e cinco não apresentaram. Quatro haviam desenvolvido sintomas clínicos compatíveis com aids, cinco apresentaram o predomínio do funcionamento psicótico da mente, dois faziam uso de drogas ilícitas, três apresentaram gravidez e/ou sexualidade precoce, quatro, fanatismo religioso, cinco, impulsividade, seis, irritabilidade, sete apresentaram depressão, seis não tiveram relacionamento familiar considerado satisfatório na infância. Dos indivíduos com contagem de linfócitos T CD₄⁺, entre 351 e 500 células/mm³, dois apresentaram como fator interno negativo, ideação suicida e três não apresentaram. Um havia desenvolvido sintomas clínicos compatíveis com aids, três apresentaram predomínio do funcionamento psicótico da mente, nenhum fazia uso de drogas ilícitas, três apresentaram gravidez e/ou sexualidade precoce, um, fanatismo religioso, quatro, impulsividade, quatro, irritabilidade, dois apresentaram depressão, dois não tiveram relacionamento familiar considerado satisfatório na infância. Dos indivíduos com contagem de linfócitos T CD₄⁺, maior que 501 células/mm³, um apresentou como fator interno negativo, a ideação suicida e quatro não apresentaram. Dois haviam desenvolvido sintomas clínicos compatíveis com aids, dois apresentaram predomínio do funcionamento psicótico da mente, um fazia uso de drogas ilícitas, um apresentou gravidez e/ou sexualidade precoce, nenhum apresentou fanatismo religioso, quatro apresentaram impulsividade, quatro, irritabilidade, cinco apresentaram depressão, quatro não tiveram relacionamento familiar considerado satisfatório na infância.

Quadro 14- Distribuição de 27 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo os fatores internos e externos, positivos e negativos, com riscos de comprometimento da eficácia adaptativa e intervalos de variação dos Infócitos T CD₄⁺/mm³.

Fatores Internos e Externos Positivos e Negativos	CD ₄ ⁺							
	≤ 200 n = 10		201 – 350 n = 7		351 – 500 n = 5		> 501 n = 5	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
IDEAÇÃO SUICIDA	6	4	2	5	2	3	1	4
AIDS	10	0	4	3	1	4	2	3
FUNCIONAMENTO PSICÓTICO	9	1	5	2	3	2	2	3
USO DE DROGAS ILÍCITAS	2	8	2	5	0	5	1	4
GRAVIDEZ / SEXUALIDADE PRECOCE	4	6	3	4	3	2	1	4
FANATISMO RELIGIOSO	2	8	4	3	1	4	0	5
IMPULSIVIDADE	9	1	5	2	4	1	4	1
IRRITABILIDADE	9	1	6	1	4	1	4	1
DEPRESSÃO	10	0	7	0	2	3	5	0
TER TIDO BOM RELACIONAMENTO FAMILIAR NA INFÂNCIA	3	7	1	6	3	2	1	4

Observa-se na Tabela 30, as médias e desvio padrão dos indivíduos, portadores de infecção pelo HIV, doentes ou não, segundo a eficácia adaptativa, medida nos dois momentos das avaliações psicológicas pela EDAO, o equilíbrio adaptativo mensurado pelo TRO, tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV e intervalos de variação dos linfócitos T CD₄⁺. Verificou-se através da técnica estatística de Kruskal – Walis, ao nível de significância de 5%, que não há diferenças entre as médias da EDAO 1, quando

ocorrem variações dos linfócitos T CD₄⁺, ($p = 0,70$), nem para o tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, ($p=0,30$). No TRO o grupo com CD₄⁺ maior do que 501/mm³, apresentou maior resultado ($p=0,03$), sendo que nos demais intervalos de linfócitos T CD₄⁺, não há diferenças estatisticamente significativas, Figura 3.

Tabela 30 - Medianas e desvio padrão dos 27 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo a eficácia adaptativa, medida na primeira avaliação psicológica pela EDAO, o equilíbrio adaptativo mensurado pelo TRO, tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV e intervalos de variação dos linfócitos T CD₄⁺.

EFICÁCIA ADAPTATIVA, EQUILÍBRIO ADAPTATIVO E TEMPO DE DIAGNÓSTICO	CONTAGEM DOS LINFÓCITOS T CD ₄ ⁺							
	≤ 200 n = 10		201 – 350 n = 7		351 – 500 n = 5		> 501 n = 5	
	Md	DESVIO PADRÃO	Md	DESVIO PADRÃO	Md	DESVIO PADRÃO	Md	DESVIO PADRÃO
TOTAL EDAO 1	2,0	0,71	2,0	0,53	2,0	0,27	2,0	1,29
TOTAL TRO	8,5	3,99	9,0	5,53	10,0	4,93	19,0*	5,46
TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HIV (MESES)	40,5	49,92	12,0	37,95	36,0	21,47	96,0	52,07

EDAO 1 = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Primeira Avaliação Psicológica

TRO = Teste de Relações Objetivas

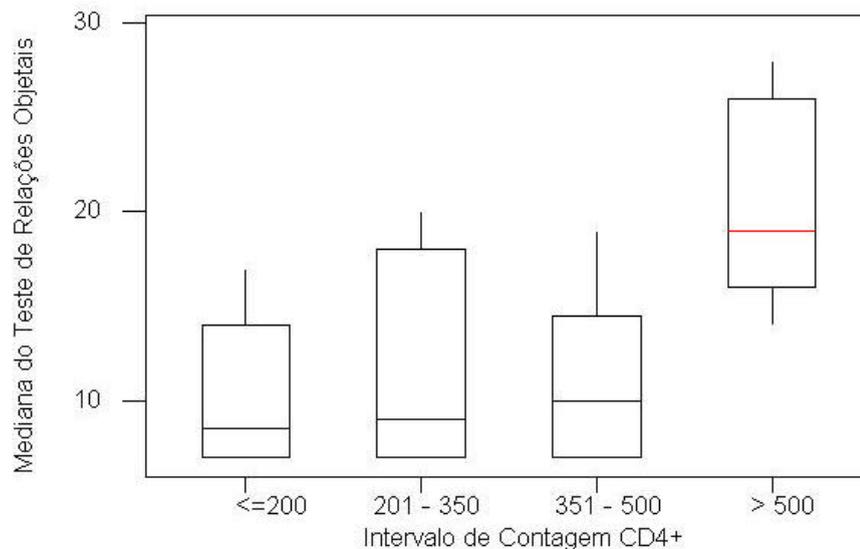
EDAO 1- H = 1,39; P = 0,70

TRO - H = 8,6; P = 0,03* (Significante) ($\alpha = 0,05$)

Tempo de diagnóstico - H = 3,6; P = 0,30

Md = Mediana

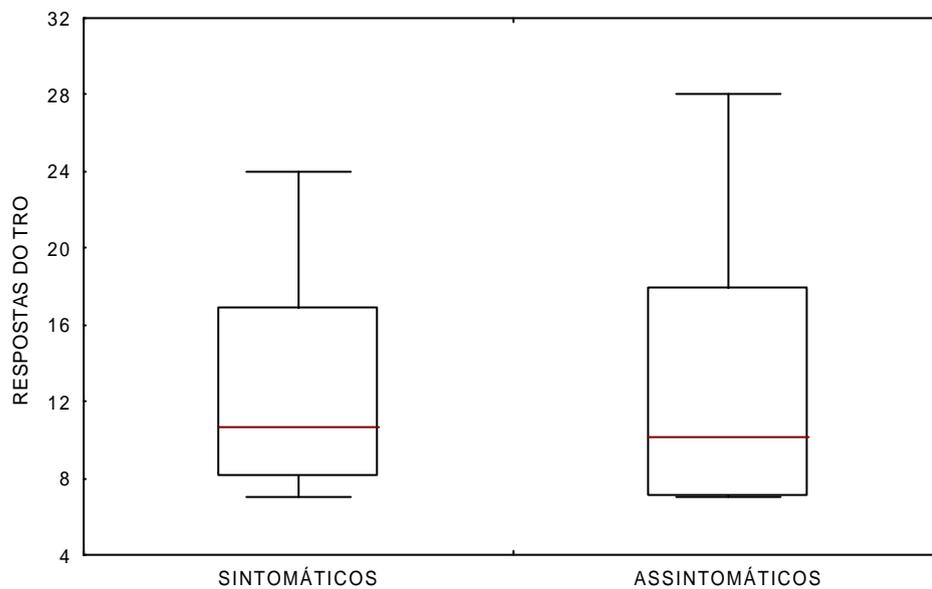
Figura 3 - Medianas do TRO segundo intervalos de variação dos linfócitos T CD₄⁺ dos 27 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não.



H = 8,6; P = 0,03 ($\alpha = 0,05$)

Observa-se na Figura 4, que os indivíduos que já desenvolveram sintomas clínicos compatíveis com aids, apresentaram menor variabilidade na pontuação do TRO, do que os assintomáticos e, menor média de pontos. Através do Testes de Mann-Whitney, verificou-se que não há diferenças estatisticamente significantes entre as médias do TRO, ao comparar os indivíduos sintomáticos com os assintomáticos. (valor de U = 103 p = 0,94 (significativo p < 0,05))

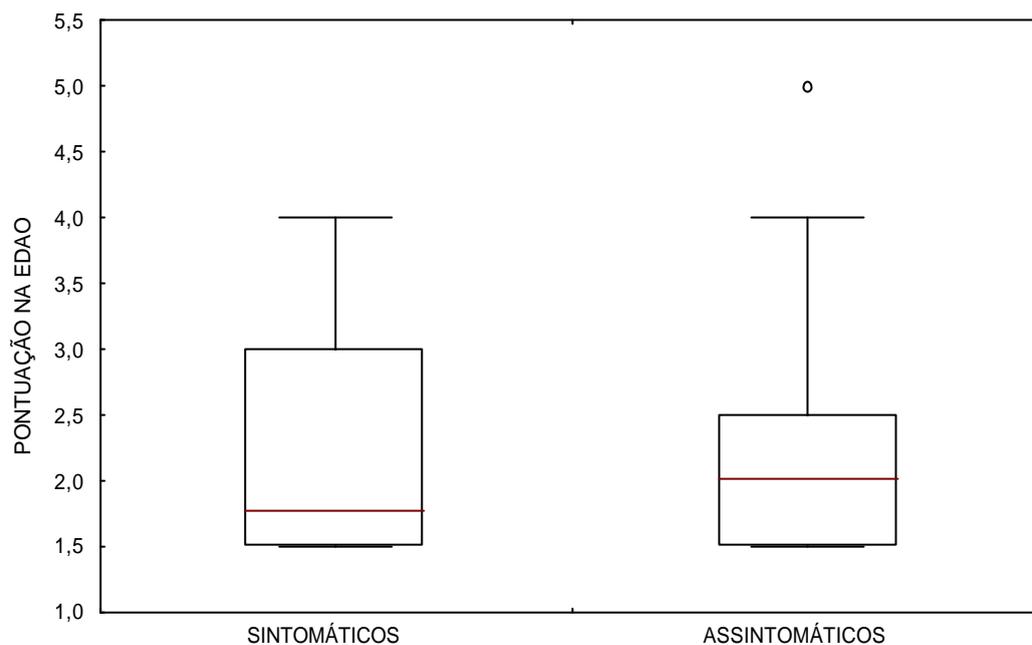
Figura 4 – Comparação das médias do TRO de 31 indivíduos, sintomáticos e assintomáticos, portadores de infecção pelo HIV-1.



TRO = Teste de Relações Objetivas
 $U = 103$; $p = 0,94$ ($\alpha = 0,05$)

Na Figura 5, observa-se que os indivíduos assintomáticos apresentaram menor variabilidade de pontos na primeira avaliação psicológica, com a EDAO, do que os sintomáticos, sendo a média de pontos dos indivíduos sintomáticos menor. Através do Teste de Mann-Whitney, verificou-se que não há diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos. (valor de $U = 97$ $p = 0,73$ (significativo $p < 0,05$))

Figura 5 – Comparação das médias da EDAO na primeira avaliação psicológica de 31 indivíduos, sintomáticos e assintomáticos, portadores de infecção pelo HIV-1.



EDAO = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada
U = 97 p = 0,73 (α = 0,05)

Observa-se que no Quadro 15 há existência de correlação linear positiva entre TRO e EDAO 1 ($p = 0,45$); TRO e CD_4^+ ($p = 0,58$) e EDAO 1 e CD_8^+ .

Quadro 15 – Correlação entre valores do TRO, avaliação quantitativa dos resultados da EDAO realizada na primeira avaliação psicológica, linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e carga viral plasmática de 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

Valores de p	TRO	EDAO 1	CD_4^+	CD_8^+	CARGA VIRAL PLASMÁTICA
TRO	-				
EDAO 1	0,45*	-			
CD_4^+	0,58*	0,23	-		
CD_8^+	0,30	0,40*	0,38	-	
CARGA VIRAL	0,12	-0,15	-0,35	-0,35	-

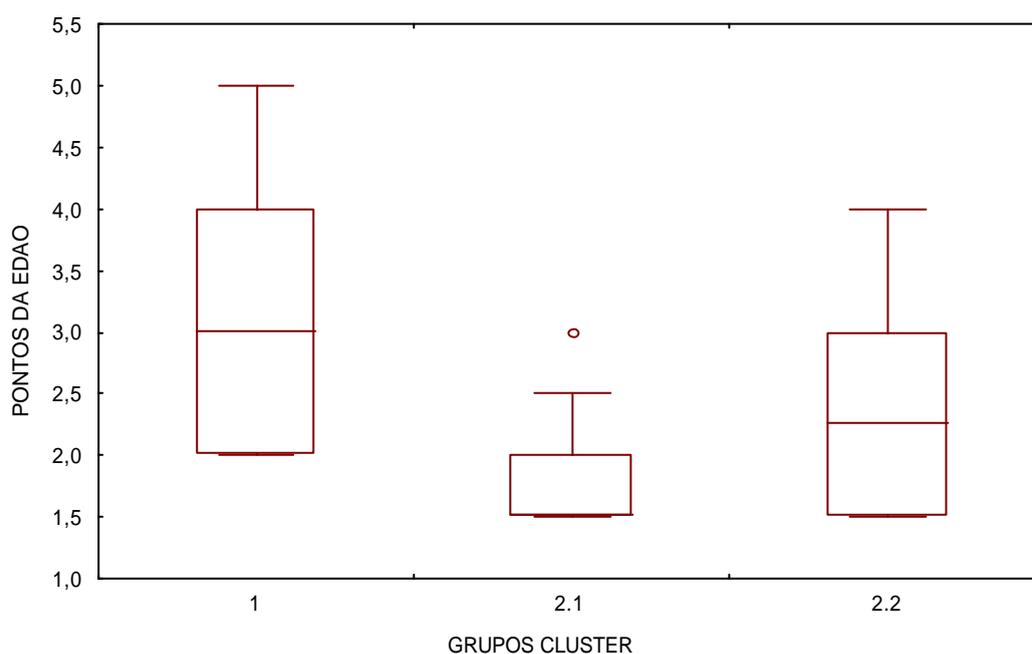
TRO = Teste de Relações Objetivas

EDAO 1 = Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Primeira Avaliação Psicológica

* Valores Significativos ($\alpha = 0,05$)

Observa-se na Figura 6, que os indivíduos pertencentes ao grupo 1, segundo a técnica de cluster, apresentaram maior média de pontos na EDAO 1 e o grupo 2.1 a menor variabilidade de pontos. O grupo 2.1 apresenta valores mais semelhantes ao grupo 2.2 do que o grupo 1.

Figura 6 – Comparação das médias da primeira avaliação psicológica, através da EDAO, de 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo os agrupamentos de Cluster.



1 = Grupo 1 segundo "Cluster"

2.1 = Grupo 2.1 segundo "Cluster"

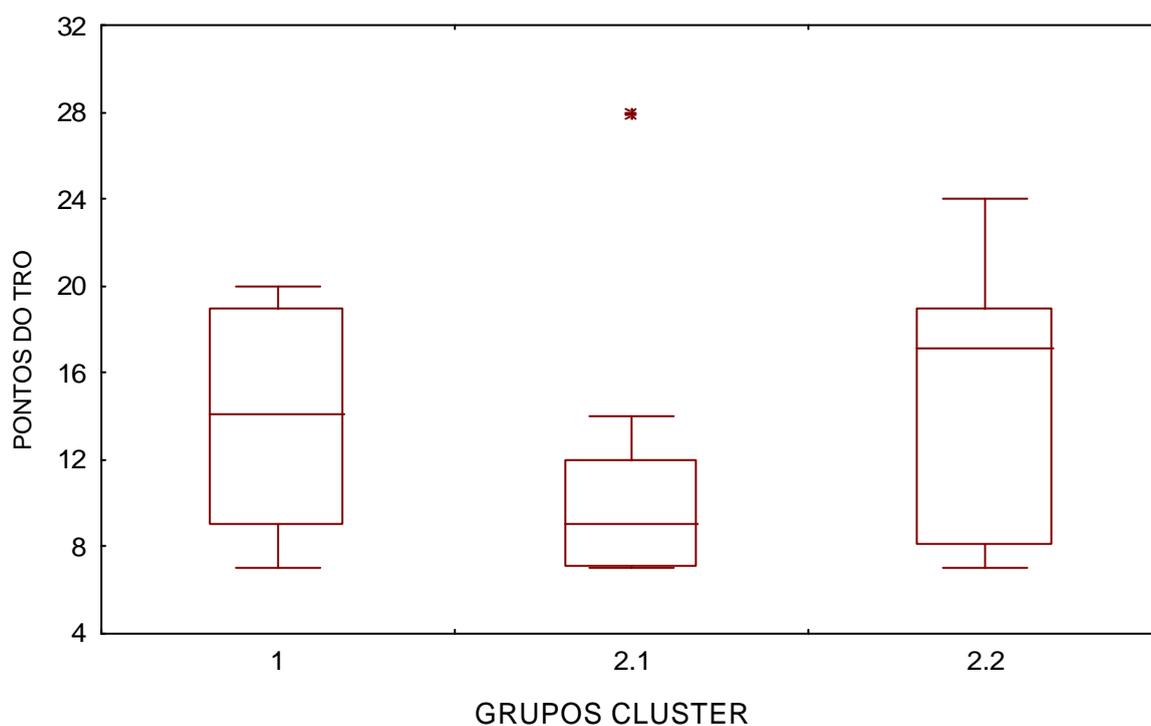
2.2 = Grupo 2.2 segundo "Cluster"

EDAO = Primeira Avaliação Psicológica, sistematizada pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

($\alpha = 0,05$)

Observa-se na Figura 7, que os indivíduos do grupo 2.1, segundo cluster, apresentaram menor média de pontos no TRO, menor variabilidade e menor número máximo de pontos, que os demais grupos de cluster. O grupo 2.2. apresentou a maior média e variabilidade.

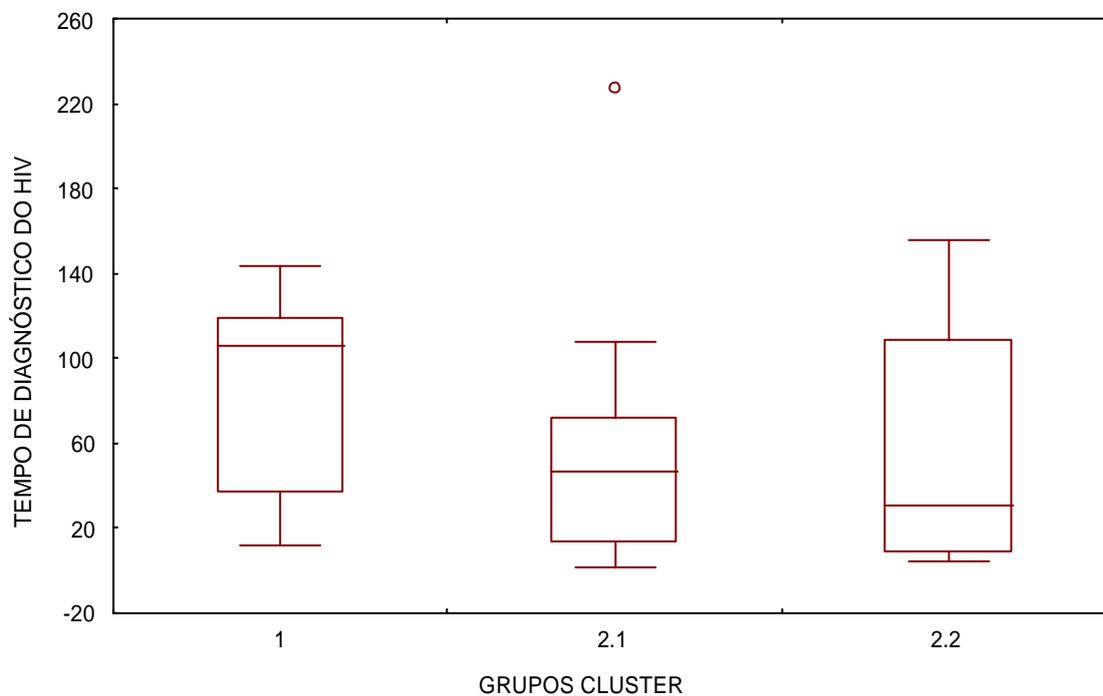
Figura 7 – Comparação das médias do TRO, de indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo os agrupamentos de Cluster.



TRO = Teste de Relações Objetais
 1 = Grupo 1 segundo "Cluster"
 2.1 = Grupo 2.1 segundo "Cluster"
 2.2 = Grupo 2.2 segundo "Cluster"
 ($\alpha = 0,05$)

Observa-se na Figura 8, a comparação do tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, segundo os grupos de cluster, de 31 indivíduos, onde é possível perceber as diferenças entre as médias de tempo entre os três grupos, sendo o grupo 1 mais semelhante ao grupo 2.1 e o grupo 2.2 teria a menor média de tempo de diagnóstico.

Figura 8 – Comparação do tempo de diagnóstico, em meses, de 31 indivíduos, portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo os agrupamentos de “Cluster”.



1 = Grupo 1 segundo “Cluster”
2.1 = Grupo 2.1 segundo “Cluster”
2.2 = Grupo 2.2 segundo “Cluster”
($\alpha = 0,05$)

V - DISCUSSÃO

Pretendeu-se caracterizar a amostra quanto aos aspectos epidemiológicos, clínicos e psicodinâmicos, verificar as associações entre aspectos orgânicos e psicológicos, e identificar fatores relevantes para a sobrevivência dos pacientes portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

Para isso foram utilizados o Teste de Relações Objetivas e a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, de modo a obter uma medida objetiva do resultado da conduta dos pacientes e indicadores psicodinâmicos. Esses instrumentos foram utilizados em pesquisas anteriores, com diversas populações com diferentes problemáticas, relacionando as áreas da saúde física e mental (34, 36, 37, 38, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 56, 57, 58, 62, 75, 76, 77, 78, 81, 82). Outro fator que contribuiu com a escolha foi a praticidade dos instrumentos no que diz respeito ao psicodiagnóstico, acompanhamento de evoluções em psicoterapias e triagem.

A inexistência de outros trabalhos com essa população utilizando o Teste de Relações Objetivas e a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, como instrumentos de diagnóstico, dificultou a discussão e comparação dos resultados aqui apresentados.

1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O grupo foi constituído randomicamente e apresentou um número de mulheres ligeiramente superior ao dos homens, provavelmente refletindo a tendência nacional de

aumento do número de casos de infecção pelo HIV, entre as mulheres ^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 13).

Da mesma forma, as mulheres apresentaram o menor número de anos de escolaridade.

A eficiência das terapêuticas medicamentosas pode ser observada na sobrevivência dos pacientes que, apesar de terem contraído o vírus nas décadas de 80 e início da década de 90 permanecem vivos, confirmando o aumento na expectativa de vida referido pela Coordenação Nacional de DST/AIDS ⁽²⁾. Em 1980 a taxa de letalidade era de 100,00 %, sendo que em 2001 era de 19,00 % ⁽⁴⁾. Durante o período entre 1980 e 2001 observa-se uma queda significativa na taxa de letalidade entre as pessoas portadoras do HIV, sendo que essa taxa entre os homens sempre foi superior à das mulheres⁽⁴⁾.

Observou-se que a média de idade no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV, quando consideradas as décadas de 1980, 90 e 2000 aumentou, passando de 28 anos na década de 80 para 36,9 anos na década de 2000.

A grande maioria dos indivíduos adquiriu o vírus na época em que existia divulgação de formas de prevenção e tratamento adequado e isso não foi o suficiente para impedir a contaminação pelo HIV. Esse dado parece confirmar as observações de Simon, Silva & Paiva⁽⁸⁶⁾, acerca das crenças de ordem teológicas para justificar a ocorrência da infecção pelo HIV, em uma população de profissionais do sexo em Ribeirão Preto (SP) e, por Alves et al⁽⁸⁷⁾ em Maringá (PR).

Observou-se que uma parte significativa da amostra havia contraído a infecção pelo HIV-1, na adolescência, antes dos 18 anos e até os 24 anos, sendo que alguns apresentaram nessa época gravidez precoce e, outros, doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, confirmando os riscos de contrair a infecção, apontados para essa fase do desenvolvimento^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 74, 88). Os que apresentaram gravidez e/ou sexualidade precoce, quando comparados aos que não as tiveram, obtiveram menores

médias na primeira avaliação psicológica, indicando o comprometimento dos setores afetivo relacional e produtividade. Esses indivíduos, na quase totalidade, apresentaram, juntamente com a sexualidade precoce, irritabilidade, impulsividade e depressão que constituem elementos de risco na adolescência, confirmando os resultados de Santos & Schor⁽⁸⁸⁾ no que se refere à percepção negativa da vida pelos adolescentes após gestação precoce.

O uso de drogas injetáveis não contribuiu de forma significativa para a transmissão da infecção pelo HIV-1, sendo a via sexual a principal via de exposição. A maior parte da amostra foi constituída por homens e mulheres heterossexuais, confirmando a tendência epidemiológica da infecção pelo HIV-1, no Brasil ^(2, 3, 4). Quase todos moravam com familiares, amigos ou companheiros / companheiras e uma parte pequena relatou estar desempregada, principalmente devido ao preconceito dos colegas de trabalho e empregadores, o baixo grau de escolaridade e a falta de especialização profissional.

2.Grau de comprometimento psicopatológico de indivíduos portadores da infecção pelo HIV-1, assintomáticos e sintomáticos

Na primeira avaliação psicológica observou-se que nenhum indivíduo apresentou respostas adequadas no setor orgânico. Os indivíduos sintomáticos, em sua maior parte referiram adesão aos medicamentos, mesmo apresentando sintomas clínicos no período entre as avaliações psicológicas, refletindo a percepção equivocada do paciente detectada no setor orgânico da EDAO, na primeira avaliação psicológica. Quando comparadas as

respostas do setor orgânico com a segunda avaliação psicológica, entre os que foram avaliados em dois momentos, observou-se que a maior parte permaneceu com a mesma qualidade de soluções, ou seja, respostas pouco ou pouquíssimo adequadas, mesmo apresentando sintomas no período considerado, não confirmando as observações de Monreal ⁽²⁷⁾, quanto a maior aderência em pacientes sintomáticos.

Entre os indivíduos sintomáticos, observou-se que houve manutenção do diagnóstico adaptativo entre os que apresentavam adaptação ineficaz grave e depressão do tipo psicótica. Os que tiveram aumento da eficácia adaptativa apresentaram depressão neurótica, na primeira avaliação psicológica ou tinham como diagnóstico da eficácia adaptativa, adaptação ineficaz moderada e depressão psicótica do subtipo maníaco depressivo. Esse dado sugere que na depressão crônica, tipo maníaco depressivo, na fase de mania o indivíduo conseguiria cuidar da manutenção da saúde, mas esse cuidado não se sustentaria por constituir momentos de reparação onipotentes. Quando confrontados com a perda da saúde e fatores externos negativos, surgem estados de luto patológico ^(43, 44) não permitindo a continuidade dos cuidados com a saúde, podendo expressar a necessidade de punição, como apontado por Simon ⁽³⁶⁾. Esse resultado sugere a necessidade de se investigar, em estudos futuros, a participação das alterações da afetividade na adesão aos medicamentos ARV, possivelmente em um estudo clínico prospectivo.

O fato dos indivíduos apresentarem sintomas clínicos, no período compreendido entre as avaliações psicológicas, não se traduziu em alterações significativas no diagnóstico da eficácia adaptativa e do equilíbrio adaptativo. O sintoma não altera os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e nas relações interpessoais, segundo definição do setor afetivo relacional; da mesma forma que não se traduz em alterações com o modo como se relaciona com a atividade produtiva.

Esse dado sugere que na amostra estudada, o sintoma por si, não é relevante para o agravamento dos quadros depressivos, não sendo possível afirmar que indivíduos sintomáticos possuam maior comprometimento psicopatológico, quando considerada a eficácia adaptativa e o equilíbrio adaptativo.

3. GRAU DE COMPROMETIMENTO PSICOPATOLÓGICO APRESENTADO POR INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1 DOENTES OU NÃO

A maior parte da amostra já havia desenvolvido aids; quando comparados aos indivíduos que não haviam desenvolvido, apresentaram as maiores médias na EDAO, na avaliação psicológica. O fato do indivíduo ter desenvolvido aids não implicou em diferenças estatisticamente significativas, quanto à presença dos fatores internos e externos negativos e médias do TRO.

Os dados sugerem que o diagnóstico de infecção pelo HIV não é o suficiente para produzir mudanças na qualidade das respostas no setor afetivo relacional e da produtividade, não se traduzindo em alterações na eficácia adaptativa, enquanto o indivíduo pode ou não estar apresentando sintomas mas, quando o comprometimento do funcionamento do sistema imunológico indica a existência de aids, os indivíduos passam a apresentar melhora da eficácia adaptativa, mesmo com a concorrência de fatores internos e externos negativos e não havendo diferenças no equilíbrio adaptativo, medido pelo TRO.

As diferenças estatisticamente significantes na EDAO 1, correspondente à primeira avaliação psicológica, não estão associadas às variações dos linfócitos T CD₄⁺ e ao tempo

de diagnóstico da infecção pelo HIV. Quando a contagem dos linfócitos T CD₄⁺ é maior que 501, os indivíduos apresentam maiores resultados no TRO, indicando maior equilíbrio adaptativo, ou seja, as forças internas destrutivas estariam menos atuantes.

Os fatores internos negativos: não ter tido relacionamento familiar satisfatório na infância, depressão, irritabilidade, impulsividade, fanatismo religioso, apresentar o predomínio do funcionamento psicótico da mente e ideação suicida não foram desenvolvidos como decorrência do agravamento do estado imunológico, com o surgimento da aids. Possivelmente seriam anteriores à infecção pelo HIV e/ou agravados pelo diagnóstico da infecção, corroborando os dados de Ferreira ⁽⁹²⁾, ao encontrar indícios de que a “contaminação foi procurada e se efetuou num contexto em que o paciente sabia que poderia se dar, impulsionado pela culpa, não tanto decorrente de seus comportamentos adultos, mas principalmente de seus conflitos infantis”.(pág. 473)

4. EVOLUÇÃO DA EFICÁCIA ADAPTATIVA DOS INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1, DOENTES OU NÃO

No setor da produtividade apenas cinco indivíduos apresentaram o predomínio de respostas adequadas na primeira avaliação psicológica. Em sua grande maioria predominaram as respostas pouco ou pouquíssimo adequadas. O relato de demissões ou perseguições por parte de colegas de trabalho ou, dos patrões, esteve muito presente nos relatos de vida dos pacientes, confirmando as observações de Parker ⁽⁸⁹⁾ sobre a discriminação nos locais de trabalho e o que Sanches ⁽⁹³⁾ denominou de “aids social” ao

referir-se “ao processo pelo qual a sociedade, através do preconceito e do estigma, isola e mata socialmente o indivíduo”.(pág.30)

Os relatos eram sempre acompanhados de uma fala que indicava a impossibilidade de esboçar reações contra a discriminação. Observou-se uma cumplicidade patológica com as injustiças sofridas, expressas nas características psicodinâmicas dos quadros de depressão.

Atualmente, os indivíduos portadores do HIV, dispõem de redes organizadas, através das organizações não governamentais, que podem dar suporte a esse tipo de discriminação. Chamou a atenção o fato de nenhum indivíduo, mesmo conhecendo esses recursos, manifestar qualquer reação no sentido de mobilizar as organizações não governamentais, confirmando as observações de Sanches ⁽⁹³⁾.

A população apresentou baixo número de anos de escolaridade e limitações quanto à formação profissional, e apenas cinco indivíduos percebiam boas perspectivas profissionais para o futuro; os demais viviam de sub-empregos, doações de parentes ou amigos, ou da aposentadoria que recebiam por serem portadores do HIV. Os recursos pessoais eram sub-estimados, da mesma forma que o aprimoramento profissional, quando disponível na comunidade. A percepção da doença era um delimitador da vida e justificava, através da percepção da morte como alguma coisa próxima, não investir na formação profissional. Apenas dois pacientes apresentaram respostas mais adequadas ao considerarmos a primeira e segunda avaliações psicológicas, no setor da produtividade.

As implicações do setor orgânico no setor da produtividade se evidenciam através da percepção dos indivíduos portadores do HIV, doentes ou não, quanto às perspectivas para o futuro, sendo essas, bastante sombrias para a maior parte desses indivíduos,

particularmente para os que apresentam o predomínio de respostas pouco ou pouquíssimo adequadas nesses setores.

Os relatos de fantasias e vivências, após o diagnóstico da infecção pelo HIV, sugeriram um aprisionamento dos pacientes, semelhante ao descrito por Bion ⁽⁶¹⁾, no que se refere à doença aids ou ao HIV, e ao modo como passaram a se relacionar com o mundo. A hostilidade do mundo interno era confirmada pelos efeitos colaterais dos medicamentos, pelo estigma que a aids carrega e pela hostilidade do mundo em que viviam. Formas semelhantes de hostilidade foram observadas por Silva Filho ⁽⁴⁶⁾ em pacientes que haviam sofrido amputações de membros superiores em acidentes de trabalho, quando manifestações do “self” destrutivo estavam presentes e, por Heleno ⁽⁴⁹⁾ em pacientes diabéticos com mau controle glicêmico, estando presente organizações patológicas ^(43,44) como defesa.

As alterações corporais eram sentidas pelos pacientes como se algo encapasse ao controle, seja devido às doenças oportunistas, seja em razão dos efeitos colaterais como a lipodistrofia.

Os relatos desses pacientes sugeriram que não se reconheciam mais, devido à mudança corporal, seguida por perda de identidade. O pavor do aniquilamento era reforçado por fantasias de morte devido à aids. Os pacientes ignoravam que a taxa de mortalidade havia caído violentamente, conforme dados do Ministério da Saúde ^(2, 90), devido ao aumento da sobrevivência, mesmo aqueles pacientes que haviam recebido o diagnóstico a mais de dez anos.

A investigação da percepção dos pacientes acerca do relacionamento com seus familiares na infância revelou que quando a percepção era negativa, estava associada em maior número a outros fatores negativos, tais como: depressão, irritabilidade,

impulsividade, fanatismo religioso, apresentar o predomínio do funcionamento psicótico da mente, ideação suicida e gravidez e/ou sexualidade precoce, diferentemente daqueles que referiam relacionamento familiar satisfatório na infância. Confirmando, portanto, a importância da qualidade do vínculo com as figuras parentais na infância. Quando não acontece a “reverie” ⁽⁶¹⁾ os objetos bons não estariam firmemente estabelecidos ^(28, 30, 61) criando um terreno fecundo para o desenvolvimento de quadros de depressão crônica, impulsividade, irritabilidade como expressões da baixa tolerância à frustração e impossibilidade de pensar a ausência do objeto⁽⁶¹⁾. Essas características comprometeriam a formação de vínculos, podendo conduzir a vida sexual promíscua e/ou sexualidade e gravidez precoce .

A maior parte dos indivíduos referiu não ter tido relacionamento familiar satisfatório com os pais na infância, guardando lembranças positivas desse importante período de suas vidas. Para Simon este seria um dos pré-requisitos para as depressões crônicas muito frequentes na amostra, aqui estudada e sugerem que a maior parte nunca teve adaptação eficaz.

Entre os indivíduos que tiveram um bom relacionamento familiar na infância, as Lâminas B3 e Branca foram as que tiveram a menor média de pontos. Esses dados sugerem, através da Lâmina B3, a limitada capacidade de enfrentar aspectos sombrios e angustiantes da vida, com o predomínio da ansiedade persecutória e o temor das identificações projetivas. Os resultados da Lâmina Branca sugerem a percepção negativa do paciente quanto ao seu diagnóstico e prognóstico e o uso de defesas maníacas. Esses dados qualitativos do TRO parecem confirmar o que foi observado pelo diagnóstico adaptativo.

A presença ou ausência dos fatores positivos ou negativos não variou de forma significativa com o tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV.

Os indivíduos que apresentavam como fatores internos negativos: aids, predomínio do funcionamento psicótico da mente, gravidez e/ou sexualidade precoce, impulsividade e irritabilidade foram os que apresentaram deterioração significativa da eficácia adaptativa ao longo do tempo, entre a primeira e a segunda avaliações psicológicas.

Quando se considerou a presença ou ausência dos fatores internos negativos: depressão, irritabilidade, impulsividade, fanatismo religioso, gravidez e/ou sexualidade precoce, aids, predomínio do funcionamento psicótico da mente e ideação suicida, observou-se através da Lâmina AG, a culpa persecutória, o comprometimento egóico devido a negação onipotente e as defesas maníacas, a angústia confusional e persecutória quando os pacientes se vêem confrontados com as perdas objetais. Quando o indivíduo fazia uso de drogas ilícitas, observou-se que a Lâmina B2 obteve a menor média, sugerindo limitações quanto a possibilidade de aliança terapêutica. Esse dado ajuda a compreender o fato desses indivíduos terem apresentado maior deterioração da eficácia adaptativa, avaliada pela EDAO.

Considerando-se a descrição clínica, do diagnóstico adaptativo, segundo o autor da EDAO, os indivíduos com adaptação eficaz corresponderiam àqueles com personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos; os indivíduos com adaptação ineficaz leve, apresentariam sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos e algumas inibições. Indivíduos com adaptação ineficaz moderada, apresentariam alguns sintomas neuróticos, alguns traços caracterológicos e inibições moderadas. Quando o diagnóstico adaptativo for adaptação ineficaz severa seriam observados sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos. O

diagnóstico de adaptação ineficaz grave implicaria em neuroses incapacitantes, “borderlines”, psicóticos em fase não aguda e extrema rigidez caracterológica.

Nos indivíduos com maior comprometimento da eficácia adaptativa as dificuldades relacionadas à adesão aos medicamentos eram maiores, podendo estar acompanhadas da ilusão de estar tomando os remédios nos horários adequados. Essa hipótese ajudaria a compreender o aumento ou manutenção da carga viral em patamares elevados mesmo quando o paciente refere tomar os medicamentos nos horários e de modo correto.

Observou-se na época da primeira avaliação psicológica que a maior parte dos indivíduos estava em idade produtiva, com menos de 50 anos.

Considerado um dos setores mais importantes, na determinação da eficácia adaptativa, o setor da produtividade aparece sempre comprometido e acompanhado pela situação de portadores do HIV. Os dados referentes à formação profissional, número de anos de escolaridade, estrutura familiar e privações na infância sugerem que a contaminação pelo HIV constituiu-se como um elemento a mais na vida dessas pessoas. Em apenas dois casos a infecção não foi resultante de comportamentos de risco.

A avaliação da eficácia adaptativa revelou que nenhum indivíduo estava em crise, conforme definições de Simon ⁽³⁵⁾, como decorrência da descoberta da infecção pelo HIV e, ao longo do tempo, quando comparados nas duas avaliações psicológicas, essa permaneceu nas mesmas condições à exceção de quatro indivíduos cujo diagnóstico psicológico foi mais demorado, permitindo elaborar algumas de suas questões existenciais e práticas da vida.

Entre os 16 pacientes avaliados em dois momentos, quanto à eficácia adaptativa, apenas um apresentou adaptação eficaz, os demais em sua grande maioria permaneceram

com adaptação ineficaz grave ou severa, indicando a necessidade de acompanhamento psicoterápico.

Observou-se nos indivíduos com infecção pelo HIV-1 correlação linear positiva entre os valores do TRO e da EDAO na primeira avaliação psicológica, ou seja, quanto maior a eficácia adaptativa maior o equilíbrio adaptativo.

Esse dado sugere que os indivíduos com menor eficácia adaptativa teriam maiores dificuldades para estabelecer vínculos terapêuticos, lidar com sentimentos de depressão, culpa e fazer reparações. Essas características psicodinâmicas contribuiriam de forma negativa com o enfrentamento da doença e explicariam a ocorrência de sentimentos de depressão crônica, irritabilidade, impulsividade, fanatismo religioso, predomínio do funcionamento psicótico da mente e ideação suicida. Esses dados estão em concordância com Fleck et al⁽⁹¹⁾ que encontrou “associação entre maior intensidade de sintomatologia depressiva e comprometimento psicológico, social e físico”(pág. 438).

Esse dado é confirmado pela correlação linear positiva entre TRO e CD_4^+ e os resultados da EDAO, na primeira avaliação psicológica e CD_8^+ .

Quando o enfrentamento da doença é realizado de forma inadequada, os resultados na diminuição do CD_8^+ vão se fazer presentes quando o funcionamento do sistema imunológico é mais crítico. A história natural da doença aids indica que, no final, a contagem dos linfócitos T CD_8^+ diminui, juntamente com os linfócitos T CD_4^+ e ocorre aumento da carga viral plasmática e das doenças oportunistas.

Esses dados contradizem os relatos de efeitos neuropsiquiátricos dos ARV utilizados no tratamento da infecção pelo HIV descritos na literatura^(24, 72). Sugerem tratar-se de características de personalidade, dos indivíduos, possivelmente em interação com o mundo externo e com a condição de estar portador do HIV. Possivelmente os efeitos

seriam decorrentes da ativação de quadros psicopatológicos pré-existentes ao diagnóstico do HIV. As características de personalidades seriam exacerbadas produzindo sintomas como depressão, irritabilidade, alucinoses, delírios paranóides etc. A capacidade de enfrentar adversidades na população estudada mostrou-se muito limitada, como demonstrado pelo TRO e pela EDAO. Os dados sugerem a necessidade de se avaliar em um estudo controlado os efeitos neuropsiquiátricos das medicações potentes anti-retrovirais.

5.COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICODINÂMICAS INDICATIVAS DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO COM A HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA CAUSADA PELA INFECÇÃO PELO HIV-1

Observou-se através das linhas de tendência dos Gráficos das variações de CD_4^+ , CD_8^+ e carga viral plasmática dos pacientes com infecção pelo HIV, doentes ou não, que pacientes com ideação suicida e/ou adaptação ineficaz severa ou grave apresentam linha de tendência da variação do CD_4^+ em queda, CD_8^+ em queda e carga viral plasmática em alta. Os que apresentaram ideação suicida, na sua grande maioria, apresentaram linha de tendência da carga viral plasmática em alta e, os que apresentaram pelo menos mais de uma avaliação de carga viral plasmática alta, com linha de tendência da carga viral em baixa, e CD_4^+ e CD_8^+ em alta ou estável apresentaram adaptação ineficaz severa ou grave.

Em um paciente observou-se diminuição da carga viral plasmática quando esse relatou ter “decidido viver” (sic), além de apresentar melhora da eficácia adaptativa.

Embora esse dado não seja estatisticamente significativo, a história de vida dessa pessoa que contraiu a infecção pelo HIV-1 ainda na adolescência, tendo várias internações hospitalares e doenças oportunistas, chamou a atenção pelas alterações observadas na eficácia adaptativa e pela diminuição da carga viral plasmática quando reafirma o seu desejo de viver, reafirmando o que foi expresso pelos dados quantitativos, no que se refere aos resultados do TRO e da EDAO.

Considerando-se o TRO observou-se que a Lâmina B2, foi a que obteve o maior número de pontos, sugerindo que a amostra, independentemente das demais variáveis, apresenta índice favorável para estabelecer aliança terapêutica. A baixa média da pontuação das lâminas AG e B3, sugerem as dificuldades do grupo em entrar em contato com a depressão e quando isso ocorre predominar a ansiedade persecutória, dificultando a elaboração das perdas e o enfrentamento da doença, confirmando as características das depressões crônicas do tipo psicótico.

No grupo com predomínio do funcionamento psicótico da mente, a média da EDAO na primeira avaliação psicológica foi menor do que naqueles que não o apresentavam, sugerindo o maior comprometimento na eficácia adaptativa como uma das decorrências dessa característica de funcionamento psicodinâmico e as dificuldades para haver melhora espontânea da eficácia adaptativa, quando esse fator agravante está presente. Isso dificultaria obter informações e seguir recomendações sobre o tratamento, confrontar-se com a condição de ser portador da infecção pelo HIV e mitigar as fantasias persecutórias do que essa representa para o indivíduo, interagir com as pessoas e instituições. Esse fator de agravamento, identificado na deterioração da eficácia adaptativa, sugere a presença de organizações patológicas.

Quando isolado o fator interno negativo, predomínio do funcionamento psicótico da mente, a Lâmina A1 obteve a menor média, indicando que esses indivíduos frente a situações novas não conseguem reconhecer que vivem um conflito e se negam a entrar em contato com sentimentos de solidão, com as fantasias de doença e saúde, a mobilizar os aspectos adaptativos do ego e a enfrentar os aspectos patológicos, sendo um grupo com maior risco de suicídio e/ou “acting” psicopático.

6. ASSOCIAÇÃO ENTRE A DETERIORAÇÃO DO ESTADO IMUNOLÓGICO E PULSÃO DE MORTE

O agrupamento dos indivíduos portadores do HIV doentes ou não, segundo os intervalos de variação do CD_4^+ , não variou com a eficácia adaptativa. O mesmo não aconteceu com o TRO, onde indivíduos com os maiores valores de CD_4^+ , ou seja, $CD_4^+ > 501$, obtiveram maiores médias no TRO. Esses dados sugerem que maior equilíbrio adaptativo, medido pelo TRO, estaria presente quando o sistema imunológico estava mais preservado.

Na comparação das médias e desvios padrões da carga viral plasmática, CD_4^+ e CD_8^+ , entre os indivíduos que obtiveram índices favoráveis no TRO, com os que obtiveram índices desfavoráveis, observa-se que, quando o índice 3 é favorável, ocorrem menores valores de carga viral plasmática e maiores valores de linfócitos CD_4^+ e CD_8^+ , sugerindo a importância da capacidade de aliança terapêutica, nos resultados do funcionamento do sistema imunológico. Nesse sentido, a aliança terapêutica pode ser pensada como

“compliance”, ou seja, “obediência participativa, ativa do paciente à prescrição a ele dirigida⁽²⁷⁾”. (pág. 14)

Comparando-se os indivíduos segundo o tipo de depressão crônica apresentada, ou seja, neurótica, psicótica, do tipo maníaco–depressivo e do tipo esquizo–afetivo, observou-se que os indivíduos com depressão crônica do tipo neurótica, apresentaram a menor média de carga viral plasmática, as maiores médias de linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e média das lâminas do Teste de Relações Objetivas. Os indivíduos com depressão crônica psicótica, do tipo maníaco–depressivo, apresentaram a maior média de carga viral plasmática e as menores médias de linfócitos T CD₄⁺ e CD₈⁺. Os indivíduos com depressão crônica psicótica, do tipo esquizo–afetivo apresentaram as menores médias nas lâminas do Teste de Relações Objetivas. Através do teste estatístico de Kruskal-Wallis, considerando $p < 5\%$, verificou-se que a média do Teste de Relações Objetivas e dos linfócitos T CD₈⁺, no grupo com depressão crônica do tipo neurótica, foi significativamente maior do que as médias dos grupos com depressão crônica psicótica, do tipo maníaco–depressivo e esquizo–afetivo. Esses dados sugerem que quanto mais comprometido o indivíduo do ponto de vista do funcionamento psicodinâmico, piores as condições do ponto de vista de funcionamento do sistema imunológico. Os indivíduos com depressão crônica neurótica obtiveram melhores resultados do que os com depressão psicótica do tipo esquizo–afetivo e maníaco–depressivo. Possivelmente a persecutoriedade do mundo interno e as relações parciais de objeto dificultem a interação com o mundo externo e conseqüentemente com o tratamento clínico.

Segundo Simon⁽³⁶⁾, na depressão psicótica do tipo esquizo–afetivo, “a pessoa com tais fatores internos interage confusamente com os fatores externos, encontrando soluções geralmente pouco ou pouquíssimo adequadas. As características da personalidade esquizo-

afetiva são as de usar a fragmentação do objeto e da própria capacidade de percepção para se livrar de frustração e angústia.”(Pág.5). Na depressão psicótica do tipo maníaco-depressivo a destrutividade do mundo interno produziria sentimentos de culpa onipotente acompanhados de períodos de reparação maníaca e períodos de depressão acompanhados de sentimentos de culpa, a que Simon⁽³⁶⁾, refere como “perseguido pelo depressão”. Segundo esse mesmo autor, “as características de organização da personalidade baseada nas fixações da posição depressiva são a tendência a criar relações interpessoais conformando um ciclo vicioso de agressão, culpa, fracasso da reparação e mais culpa”. (pág.6)

Esse dado parece ser confirmado quando os indivíduos foram agrupados segundo a distribuição pelo método completo de Linkage, utilizando Jaccard como medida de similaridade, e considerando-se os fatores internos negativos. O único elemento que diferenciou os indivíduos foi o índice 3 do teste de relações objetais, que refere-se a capacidade de aliança terapêutica. Nos indivíduos com depressão crônica do tipo psicótica a aliança terapêutica estaria comprometida pelas características psicodinâmicas desses indivíduos.

Os indivíduos que haviam adquirido a infecção pelo HIV devido ao uso de drogas injetáveis e os que faziam uso de drogas ilícitas após o diagnóstico (fator externo negativo), apresentavam impulsividade, irritabilidade, depressão e não ter tido relacionamento familiar satisfatório na infância, como fatores internos negativos, contribuindo com a deterioração da eficácia adaptativa. Os que faziam uso de drogas ilícitas apresentaram menores médias na EDAO, na primeira avaliação psicológica, confirmando a teoria sobre dependência química de Simon ⁽⁵⁸⁾.

Os indivíduos que haviam adquirido o HIV através do uso de drogas injetáveis já haviam desenvolvido aids, doenças neurológicas e necessitado de internações hospitalares, devido ao agravamento de suas condições de saúde e, a avaliação da eficácia adaptativa indicou adaptação ineficaz grave.

O consumo abusivo de drogas ilícitas, parece contribuir com o agravamento das condições imunológicas e o comprometimento da eficácia adaptativa.

Entre os pacientes que contraíram o HIV na adolescência, a maior parte adquiriu o vírus por via sexual. Sendo que os que adquiriram o HIV mais precocemente, na época da avaliação psicológica, já haviam desenvolvido sintomas compatíveis com aids. Certamente as características da adolescência ^(9, 21, 22) contribuíram de forma significativa com o fato desses pacientes adquirirem o HIV precocemente. Aliado a essas características naturais da adolescência observou-se que a maior parte dos indivíduos não teve na infância, relacionamento com os pais considerado satisfatório. Esse dado indica a fragilidade do ambiente que aliado às características de personalidade desses jovens, facilitaram a infecção pelo HIV. As dificuldades em respeitar limites, a onipotência, a impulsividade e a depressão aparecem como elementos importantes na vida dessas pessoas e facilitadores de situações de risco, confirmando as características de risco detectadas por Martinez ⁽²³⁾ e os resultados do TRO.

Em apenas um caso observou-se o comprometimento da eficácia adaptativa como sendo leve, coincidindo com a avaliação favorável do relacionamento familiar na infância e causas de infecção pelo HIV que estavam além das possibilidades de prevenção do paciente pois, ele havia adquirido o vírus por hemotransusão. Em cinco casos observou-se grande comprometimento da eficácia adaptativa, variando entre severa e grave, e

indicativos de deterioração da eficácia adaptativa com o passar do tempo. Esse dado é particularmente evidente na comparação dos dois momentos da avaliação psicológica.

A ideação suicida não estaria associada ao tempo de diagnóstico do HIV, mas provavelmente a um sinergismo de fatores envolvendo características de personalidade.

Entre os adolescentes, as mulheres respondiam pela maior parte dos casos, mostrando uma tendência de maior vulnerabilidade, na medida em que adquiriram o vírus por via sexual.

Observou-se no setor orgânico, na primeira avaliação psicológica, o predomínio de respostas pouco ou pouquíssimo adequadas, com resultados semelhantes aos relatados por Heleno ⁽⁴⁹⁾, no estudo realizado com pacientes diabéticos tipo II com mau controle glicêmico.

Observou-se e em todos os indivíduos, portadores do HIV, doentes ou não, na segunda avaliação psicológica com a EDAO, que a grande maioria não apresentou melhora no predomínio de respostas do setor orgânico, quando comparadas a primeira avaliação com a EDAO. Esse achado seria um indicador da existência e dos efeitos da atuação das organizações patológicas, no setor orgânico, conforme relatado por Heleno ⁽⁴⁹⁾, que ao resgatar as comunicações de Simon ⁽⁵⁶⁾, diz: “Esse conjunto de tendências a soluções pouco ou pouquíssimo adequadas, acompanhadas de objetos internos persecutórios ou idealizados, formam organizações patológicas que adquirem autonomia e independência quanto às intervenções diretas do ambiente.

No caso dos indivíduos portadores do HIV, essas características psicodinâmicas, expressam as dificuldades para haver “compliance”, como discutido por Monreal ⁽²⁷⁾ ao discutir a adesão aos medicamentos ARV. Depressão, irritabilidade, dificuldades em formar e manter vínculos, ideação suicida, impulsividade e finalmente apresentar o

predomínio do funcionamento psicótico da mente, como descrito por Bion⁽⁶¹⁾, também seriam expressões dessas manifestações psicopatológicas.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O número de mulheres ligeiramente superior ao dos homens, provavelmente reflete a tendência nacional de aumento do número de casos de infecção pelo HIV, entre as mulheres aumentando o risco de transmissão vertical. A amostra, considerando homens e mulheres também apresentou em sua grande maioria baixo grau de escolaridade, falta de qualificação profissional e, aumento da média de idade no momento do diagnóstico da infecção pelo vírus HIV, nos últimos anos.

A divulgação de formas de prevenção não foi o suficiente, para impedir nessa população a contaminação pelo HIV-1, provavelmente devido aos fatores psicodinâmicos detectados, que possivelmente são anteriores a infecção pelo HIV e indicam a necessidade de ações para promover a saúde mental da população, também como forma de prevenção à aids.

Os jovens com menos de 18 anos, adolescentes, mostraram-se vulneráveis tanto a infecção pelo HIV, quanto a outras doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce; confirmando os riscos de contrair a infecção, apontados para essa fase do desenvolvimento e a tendência do aumento do número de casos nessa faixa etária na Região Sudeste do Brasil.

A principal via de exposição foi a via sexual e a amostra apresentou em sua grande maioria homens e mulheres heterossexuais. O uso de drogas injetáveis não contribuiu de forma significativa para a transmissão da infecção pelo HIV-1, confirmando a tendência epidemiológica da infecção pelo HIV-1, no Brasil .

2.GRAU DE COMPROMETIMENTO PSICOPATOLÓGICO DE INDIVÍDUOS PORTADORES DA INFECÇÃO PELO HIV-1, ASSINTOMÁTICOS E SINTOMÁTICOS

O fato dos indivíduos apresentarem sintomas clínicos não se traduziu em alterações significativas no diagnóstico da eficácia adaptativa, do equilíbrio adaptativo e não foi relevante para o agravamento dos quadros depressivos. Não sendo possível afirmar que indivíduos sintomáticos possuam maior comprometimento psicopatológico do que os assintomáticos.

3.GRAU DE COMPROMETIMENTO PSICOPATOLÓGICO APRESENTADO POR INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1 DOENTES OU NÃO DE AIDS

Quando o comprometimento do funcionamento do sistema imunológico indica a existência de aids, os indivíduos passam a apresentar melhora da eficácia adaptativa, mesmo com a concorrência de fatores internos e externos negativos. Essa condição imunológica se reflete de forma importante na eficácia adaptativa, nos setores da produtividade e afetivo relacional mas, não é suficiente para alterar as configurações psicodinâmicas, diagnosticadas pelo TRO e nem a qualidade das respostas no setor orgânico.

Quando a contagem dos linfócitos T CD₄⁺ é maior que 501, os indivíduos apresentam maiores resultados no TRO, indicando maior equilíbrio adaptativo, ou seja, menores forças internas destrutivas.

Os fatores internos negativos: não ter tido relacionamento familiar satisfatório na infância, depressão, irritabilidade, impulsividade, fanatismo religioso, apresentar predomínio do funcionamento psicótico da mente e ideação suicida não foram desenvolvidos como decorrência do agravamento do estado imunológico, com o surgimento da aids, nem pelo tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV-1. Possivelmente seriam anteriores a infecção pelo HIV e/ou agravados pelo diagnóstico da infecção.

4. EVOLUÇÃO DA EFICÁCIA ADAPTATIVA DOS INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1, DOENTES OU NÃO

A dependência química revelou-se um fator importante na deterioração da eficácia adaptativa e aparece associada à impulsividade, irritabilidade, depressão e não ter tido relacionamento familiar satisfatório na infância. Os indivíduos que haviam adquirido o HIV através do uso de drogas injetáveis já haviam desenvolvido aids, doenças neurológicas e necessitado de internações hospitalares, devido ao agravamento de suas condições de saúde e, a avaliação da eficácia adaptativa indicou adaptação ineficaz grave. O consumo abusivo de drogas ilícitas, parece contribuir com o agravamento das condições imunológicas.

Entre os pacientes que contraíram o HIV mais precocemente, na adolescência, na época da avaliação psicológica, já haviam desenvolvido sintomas compatíveis com aids e apresentaram comprometimento da eficácia adaptativa, variando entre severa e grave, e indicativos de deterioração da eficácia adaptativa com o passar do tempo. Esse dado é particularmente evidente na primeira avaliação psicológica, segundo a EDAO.

Os indivíduos que apresentavam como fatores internos negativos: aids, predomínio do funcionamento psicótico da mente, gravidez e/ou sexualidade precoce, impulsividade e irritabilidade foram os que apresentaram deterioração significativa da eficácia adaptativa ao longo do tempo, entre a primeira e a segunda avaliações psicológicas.

Os indivíduos com infecção pelo HIV-1, sintomáticos e assintomáticos, doentes ou não de aids, apresentaram correlação linear positiva entre os valores do TRO e da EDAO na primeira avaliação psicológica, ou seja, quanto maior a eficácia adaptativa maior o equilíbrio adaptativo.

Indivíduos com menor eficácia adaptativa teriam maiores dificuldades para estabelecer vínculos terapêuticos, lidar com sentimentos de depressão, culpa e fazer reparações. Essas características psicodinâmicas contribuiriam de forma negativa com o enfrentamento da doença e explicariam a ocorrência de sentimentos de depressão crônica, irritabilidade, impulsividade, fanatismo religioso, predomínio do funcionamento psicótico da mente e ideação suicida.

Esse dado é confirmado pela correlação linear positiva entre TRO e CD_4^+ e os resultados da EDAO, na primeira avaliação psicológica e CD_8^+ .

Esses dados contradizem os relatos de efeitos neuropsiquiátricos, dos ARV, utilizados no tratamento da infecção pelo HIV, descritos na literatura.

Possivelmente os efeitos seriam decorrentes da ativação de quadros psicopatológicos pré-existentes ao diagnóstico do HIV. As características de personalidades seriam exacerbadas produzindo sintomas como depressão, irritabilidade, alucinoses, delírios paranóides etc. A capacidade de enfrentar adversidades na população estudada mostrou-se muito limitada, como demonstrado pelo TRO e pela EDAO.

Os dados sugerem a necessidade de se avaliar em um estudo controlado os efeitos neuropsiquiátricos das medicações potentes anti-retrovirais e ofertar a esses pacientes tratamentos psicoterápicos.

5.COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICODINÂMICAS INDICATIVAS DE FUNCIONAMENTO PSICÓTICO COM A HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA CAUSADA PELA INFECÇÃO PELO HIV-1

As linhas de tendência das variações de CD_4^+ , CD_8^+ e carga viral plasmática dos pacientes com infecção pelo HIV, doentes ou não, indicaram que pacientes com ideação suicida e/ou adaptação ineficaz severa ou grave apresentam linha de tendência da variação do CD_4^+ em queda, CD_8^+ em queda e carga viral plasmática em alta. Os que apresentaram ideação suicida, na sua grande maioria, apresentaram linha de tendência da carga viral plasmática em alta e, os que apresentaram pelo menos mais de uma avaliação de carga viral plasmática alta, com linha de tendência da carga viral em baixa, e CD_4^+ e CD_8^+ em alta ou estável apresentaram adaptação ineficaz severa ou grave.

Esses dados indicam a associação entre dados clínicos e psicodinâmicos relevantes no tratamento do paciente portador de infecção pelo HIV-1.

A lâmina B2, do TRO sugere que a amostra apresenta índice favorável para estabelecer aliança terapêutica mas, como detectado pelas lâminas AG e B3, com dificuldades do grupo entrar em contato com a depressão, e quando isso ocorre predominar a ansiedade persecutória, dificultando a elaboração das perdas e o enfrentamento da doença. Esse dado se confirma nas depressões crônicas do tipo psicótico freqüentemente encontradas nesse estudo.

O grupo que apresentou o fator interno negativo predomínio do funcionamento psicótico da mente, obteve as menores médias na EDAO na primeira avaliação psicológica, indicando maior comprometimento na eficácia adaptativa, como uma das decorrências dessa característica de funcionamento psicodinâmico; dificuldades para haver melhora espontânea da eficácia adaptativa, quando esse fator agravante está presente; obter informações e seguir recomendações sobre o tratamento; confrontar-se com a condição de ser portador da infecção pelo HIV; mitigar as fantasias persecutórias e interagir com as pessoas e instituições. Esse fator de agravamento, identificado na deterioração da eficácia adaptativa sugere a presença de organizações patológicas como defesas.

6.ASSOCIAÇÃO ENTRE A DETERIORAÇÃO DO ESTADO IMUNOLÓGICO E A PULSÃO DE MORTE.

Os indivíduos com depressão crônica do tipo neurótica, apresentaram melhores resultados no que se refere aos linfócitos T CD₈⁺ e média das lâminas do Teste de Relações Objetais que os indivíduos com depressão crônica psicótica, dos tipos maníaco-depressivo e esquizo-afetivo, sugerindo a necessidade de estudos para avaliar a associação entre a deterioração do estado imunológico e formas de depressão crônica.

A ideação suicida não estaria associada ao tempo de diagnóstico do HIV, mas provavelmente a um sinergismo de fatores envolvendo características de personalidade.

A observação da qualidade das soluções encontradas pelos indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, nos diversos setores da EDAO e, as avaliações do TRO, sugerem a necessidade de acompanhamento psicoterápico, nesse sentido, as psicoterapias breves de orientação psicanalítica seriam uma alternativa terapêutica eficiente, que poderiam

contribuir com a sobrevivência dessas pessoas. Em princípio, as psicoterapias de grupo seriam contra indicadas devido as características psicodinâmicas observadas. Essa indicação da necessidade de psicoterapias é reforçada pela frequência dos quadros depressivos crônicos, principalmente dos tipos psicótico.

Como medidas preventivas da deterioração da eficácia adaptativa observou-se, no setor da produtividade, a necessidade de promoção de atividades de qualificação e/ou re-qualificação profissional, como melhor alternativa a aposentadoria por invalidez, devido a infecção pelo HIV. A aposentadoria precoce, reforça a persecutoriedade do indivíduo, com relação à aceitação da sua doença pelos demais, a identificação com os agressores externos e promove diretamente a deterioração do setor da produtividade e indiretamente dos demais setores.

O consumo de drogas ilícitas pode ser prenúncio de deterioração da eficácia adaptativa e do funcionamento do sistema imunológico.

Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o Teste de Relações Objetais em pacientes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

RESUMO

Foram avaliados no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais, do Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 31 indivíduos, sendo 14 homens e 17 mulheres, com infecção pelo HIV-1, doentes ou não. Dezesesseis pacientes realizaram duas avaliações psicológicas em momentos distintos. Para a avaliação psicológica foram utilizados o Teste de Relações Objetais de Phillipson, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, sendo isolados os fatores internos e externos, positivos e negativos: qualidade do relacionamento familiar na infância, depressão, irritabilidade, impulsividade, fanatismo religioso, gravidez e/ou sexualidade precoce, predomínio do funcionamento psicótico da mente, ideação suicida e consumo abusivo de drogas ilícitas. A avaliação epidemiológica levou em consideração: opção sexual, escolaridade, estado civil, religião, profissão, residir sozinho ou com outras pessoas, forma de aquisição da infecção pelo HIV, existência de cônjuges e filhos com infecção pelo HIV e local de residência. Na avaliação clínico-laboratorial considerou-se: a carga viral plasmática, a contagem de linfócitos T CD_4^+ e CD_8^+ , o número de internações, ter desenvolvido ou não sintomas compatíveis com aids, ter apresentado doenças neurológicas, adesão e tipo de medicação ARV, tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, fase da vida (adolescência ou adulta) no momento em que adquiriu a infecção pelo HIV. Observou-se que 90,32% estavam em idade produtiva e uma parte significativa da amostra, 29,03%, contraiu a infecção pelo HIV na adolescência, sendo a quase totalidade por via sexual, em muitas vezes acompanhada por uma gravidez e/ou paternidade não desejada. Após adquirir a infecção alguns indivíduos tornaram-se usuários ou continuaram a usar drogas ilícitas, sendo esse um agravante nas condições de vida. Os que adquiriram a infecção por UDI, já haviam desenvolvido aids, apresentaram doenças neurológicas, necessitaram de internações hospitalares e a avaliação da eficácia adaptativa indicou adaptação ineficaz grave. O predomínio do funcionamento psicótico da mente foi identificado na deterioração da eficácia adaptativa sugerindo a presença de organizações patológicas como defesas. Os indivíduos que apresentaram: aids, predomínio do funcionamento psicótico da mente, gravidez e/ou sexualidade precoce, impulsividade e irritabilidade apresentaram deterioração significativa da eficácia adaptativa ao longo do tempo, entre a primeira e segunda avaliações psicológicas. Pacientes com ideação suicida e/ou adaptação ineficaz severa ou grave apresentam linha de tendência da variação do CD_4^+ em queda, CD_8^+ em queda e carga viral plasmática em alta. Os que apresentaram ideação suicida, possuíam linha de tendência da carga viral plasmática em alta e, os que apresentaram pelo menos mais de uma avaliação de carga viral plasmática alta, com linha de tendência da carga viral em baixa, e CD_4^+ e CD_8^+ em alta ou estável, apresentaram adaptação ineficaz severa ou grave. A maior parte apresentou depressão crônica do tipo psicótica. As características de personalidades seriam exacerbadas produzindo sintomas

como depressão, irritabilidade, alucinoses, delírios paranóides etc. A capacidade de enfrentar adversidades mostrou-se muito limitada, como demonstrado pelo TRO e pela EDAO. O maior equilíbrio adaptativo, medido pelo TRO, estaria acompanhado de maior preservação do sistema imunológico, independentemente dos recursos e dificuldades que esses indivíduos encontrariam no dia-dia para lidar com as adversidades do mundo externo, como avaliado pela EDAO. Observou-se correlação positiva entre TRO e EDAO, TRO e CD_4^+ , e EDAO e CD_8^+ . Esses dados sugerem que indivíduos portadores de infecção pelo HIV apresentam maior equilíbrio adaptativo quanto maior a eficácia adaptativa. Os efeitos das organizações patológicas foram observados no comprometimento do setor orgânico, através das dificuldades para haver “compliance”, depressão, irritabilidade, dificuldades em formar e manter vínculos, ideação suicida, impulsividade e finalmente apresentar o predomínio do funcionamento psicótico da mente.

Association among the diagnosis adaptive, indicators of clinical evolution and the Test of Relationships Objects in patient infection carriers for HIV-1, sick or not.

SUMMARY

They were appraised in the Special National health clinic of the Area of Tropical Diseases, of the Department of Tropical Diseases and Diagnosis for Image, of the Ability of Medicine of Botucatu, UNESP, 31 individuals, being 14 men and 17 women, with infection for the HIV-1, sick or not. Sixteen patients accomplished two psychological evaluations in different moments. For the psychological evaluation they were used the Test of Relationships you Object of Phillipson and Adaptive Operational Diagnostic Scale, being isolated the internal and external, positive and negative factors: quality of the family relationship in the childhood, depression, irritability, impulsivity, religious fanaticism, pregnancy and/or precocious sexuality, prevalence of the mind's psychotic operation, suicidal idealization and abusive consumption of illicit drugs. The epidemic evaluation took in consideration: sexual option, qualifications, marital status, religion, occupation, to live alone or with other people, form as he/she has acquisition the infection for HIV, spouses existence and children with infection for HIV and local of residence. The clinical evaluation has considered: the plasmatic viral load, the counting for linfocytes T CD4+ and CD8+, the number of internments, to have developed or not compatible symptoms with aids, to have presented neurological diseases, adhesion and medication type ARV, time of diagnosis of the infection for HIV, phase of the life (adolescence or adult) in the moment in that acquired the infection for HIV. It was observed that 90,32% were in productive age and a significant part of the sample, 29,03%, it contracted the infection for HIV in the adolescence, being almost the totality for sexual road, in many times accompanied by a pregnancy and/or not wanted paternity. After acquiring the infection some individuals they became users or they continued to use illicit drugs, being that an added difficulty in the life conditions. That ones that acquired the infection for UDI, they had already developed aids, they presented neurological diseases, they needed hospital internment and, the evaluation of the effectiveness adaptativ indicated adaptation ineffective "grave". The prevalence of the psychotic operation of the mind it was identified in to deterioration of the effectiveness adaptativa suggesting the presence of pathological organizations as defenses. The individuals that presented: aids, prevalence of the psychotic operation of the mind, pregnancy and/or precocious sexuality, impulsive and irritability, presented significant of the effectiveness adaptativa deterioration along the time, among the first psychological evaluations. Patient with idealization suicidal and/or severe or serious ineffective adaptation they present line of tendency of the variation of the CD4+ in fall, CD8+ in fall and load viral plasmatic in high. The ones that presented suicidal idealization, they possessed line of tendency of the load viral plasmatic in discharge and, the ones that presented less more than an evaluation of load viral high plasmatic, with line of tendency of the load viral in drop, and CD4+ and CD8+ in discharge or stable, they

presented severe or serious ineffective adaptation. Most presented chronic depression of the psychotic type. The characteristics of personalities would be exacerbated producing symptoms as depression, irritability, alucinoses, deliriums paranoids etc. The capacity to face adversities was shown very limited, as demonstrated by TRO and for EDAO. The largest balance adaptativ, measured by TRO, would be accompanied of larger preservation of the imunological system, independently of the resources and difficulties that those individuals would find in the day by day to work with the adversities of the external world, as evaluated by EDAO. Positive correlation was observed among TRO and EDAO, TRO and CD4+, and EDAO and CD8+. Those data suggest that individual's, infection carriers for HIV present larger balance adaptativo as larger the effectiveness adaptativa. The effects of the pathological organizations were observed in the comprometimento of the organic section, through the difficulties there to be "compliance", depression, irritability, difficulties in to form and to maintain entails, idealization commits suicide, impulsive and finally to present the prevalence of the psychotic operation of the mind.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Brasil, Ministério da Saúde. Aids II: Relatório de Implementação e Avaliação – Dezembro de 1998 a maio de 2001, 2001. 1-32.
- 2-Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids.Brasília:Ministério da Saúde.2001; 15: 1-59. [semana ep. 27^a a 40^a]
- 3-Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids.Brasília:Ministério da Saúde.1999; 12: 1-57. [semana ep. 22^a a 34^a]
- 4-Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids.Brasília:Ministério da Saúde.2002; 16: 1-45. [semana ep. 14^a à 52^a]
- 5-Bastos IF, Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas, Cadernos de Saúde Pública 2000; 16: 65-76.
- 6-Bastos IF. Limitações estruturais à 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; 1995.p.166 - 192.

7-Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de Redução de Danos: Saúde e Cidadania, Série Manuais 2001; 49: 1-114.

8-Galduróz JCF, Noto RA, Carlini EA. 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; 1997.

9-Galduróz FCJ, Noto AR, Carlini AE. A adolescência, o ensino e o abuso de drogas: Reflexões. Temas 1995;49: 48-57.

10-Bucher R . O usuário de drogas injetáveis na política preventiva ao HIV/Aids. In: Czeresnia D, Santos E M, Barbosa RHS. Aids: pesquisa social e educação. Rio de Janeiro: Editora Hucitec; 1995; p.147-166.

11-Marques LF, Doneda D, Serafin D. O uso indevido de drogas e a aids. In: Brasil, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde. Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento, Vol. 1, Brasília, 1999: 173-183.

12-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 2000;22: 164-171.

13-Brasil, Ministério da Saúde. 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 2001: 1- 341.

14-Brasil Ministério da Saúde. MS Divulga Novos Dados da Aids e Anuncia Índices de Resistência do HIV aos Anti-retrovirais, [serial online], 2003; [cited 2003 maio 16] Available from: <http://www.aids.gov.br/final/imprensa1/imprensa.htm>

15-Galvão MTG, 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;2002.

16-Fernandes MAS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV, Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual, Cadernos de Saúde Pública 2000;16: 103-112.

17-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 2000;16: 997- 1009.

18-Fonseca GM, Bastos FI, Derrigo M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cadernos de Saúde Pública 2000; 16: 77:87.

19-Marins PRJ e col. 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

20-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.

21-Knobel M. Uma Introdução a Psicopatologia da Adolescência. Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra 2000; 30: 164-169.

22-Aberastury A, Knobel M. Adolescência Normal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.

23-Martinez, MCW. Adolescência, sexualidade, aids na família e no espaço escolar contemporâneos. São Paulo: Arte& Ciência; 1998.

24-Brasil, Ministério da Saúde. Guia de tratamento:Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2001; 1-104.

25-Souza LR, Avaliação do Tratamento anti-retroviral com inibidores da transcriptase reversa em doentes com aids. Comparação da monoterapia e do esquema duplo. [tese] São Paulo:UNFSP;1998.

26-Meira DA, Antunes MC, Souza LR, Machado JM, Calvi SA, Lima CRG, et al. Nível sérico de citocinas como indicadores da fase evolutiva em indivíduos com infecção pelo HIV-1, doentes ou não. *Jornal Brasileiro de Aids* 2000;1:17-27.

27-Monreal MTFD, Aderência aos medicamentos anti-retrovirais referida pelos pacientes com aids, atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.[tese] Campo Grande:UFMS; 2000.

28-Klein M. 1957. Inveja e Gratidão. In: Klein M. *Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963)*. Trad. Elias Mallet da Rocha Barros. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1991.

29-Baranger W. *Posição e Objeto na Obra de Melanie Klein*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1981.

30-Simon R. *Introdução à psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: E.P.U.; 1986.

31-Laplanche J., Pontalis, JB. *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa (Portugal): Moraes Editores; 1977.

32-Gomes G. Os dois Conceitos Freudianos de Trieb. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2001; 17;3: 249-255.

33-Hinshelwood RD. *Dicionário do Pensamento Kleiniano*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.

34-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, 1997, Assis. A pesquisa no Campus: diagnóstico e reflexão. Assis: Gráfica da Faculdade de Ciências e Letras - UNESP Campus de Assis, v.1. p.32-33.

35-Simon R. Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos. São Paulo: Editora Vetor; 1983.

36-Simon R. Variedades de Depressão e a Teoria da Adaptação: considerações Psicoterápicas. Conferência apresentada aos Psicólogos e estagiários da Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Centro de Convenções Rebouças, São Paulo, em 24 de março de 2000.

37-Simon R. Contribuições ao estudo do objeto interno. Revista Brasileira de Psicanálise 1984; 18: 283-300.

38-Rosa JT, Simon R, 1989 Evoluções do mundo interno nos sonhos de pacientes em psicoterapia de orientação psicanalítica. - In: II Convenção dos Psicólogos Portugueses e Conferencia Internacional " A psicologia e os psicólogos hoje ", organizada pela APPORT (Associação de Psicólogos Portugueses), nos dias 22 a 26 de novembro de 1989.

39-Rosenfeld H. Notes on the Psychopathology of Confusional States in Chronic Schizophrenics. *International Journal of Psycho-Analysis* 1950; 31: 123- 137.

40-Rosenfeld H. Uma abordagem clínica a teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte. In: Barros ERM. *Melanie Klein: evoluções*. São Paulo: Editora Escuta; 1989; p.217-228.

41-Rosenfeld H. Uma abordagem clínica a teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo. In: Barros ERM. *Melanie Klein: evoluções*. São Paulo: Editora Escuta; 1989; p.229-250.

42-Rosenfeld H. Introdução à Discussão sobre Uma abordagem Clínica à Teoria Psicanalítica das Pulsões de Vida e Morte. In: Barros ERM. *Melanie Klein: evoluções*. São Paulo: Editora Escuta; 1989; p.219-250.

43-Steirner J. Relações perversas entre partes do self: um exemplo clínico. In: Barros ERM. *Melanie Klein: evoluções*. São Paulo: Editora Escuta; 1989; p.251-273.

44-Steirner J. O interjogo entre organizações patológicas e as posições esquizo-paranóide e depressiva. In: Spillius E.B, editores. *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1991; p.329-347.

45-Silva Filho N. Aspectos Psicológicos de pacientes que sofreram amputações em membros superiores. *Perfil Boletim de Psicologia* 1997; 10: 25-45.

46-Silva Filho N. O Teste de Relações Objetais de Phillipson, de Pacientes que Sofreram Amputações de Membros Superiores, após Acidentes de Trabalho. In: Rosa JT, Atualizações Clínicas com o Teste de Relações Objetais de Phillipson. São Paulo: Lemos Editorial; 1995; p.177-203

47-Silva Filho N. et al. Estudo da variação da eficácia adaptativa de pacientes adultos, hospitalizados por doenças e/ou moléstias crônicas e agudas. Revista Psicologia Argumento 1996; 16: 61- 78.

48-Silva Filho N. e Ritton C. A. Estudo de Caso de um Paciente, Portador de Neoplasia Gastrointestinal Através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada e do Teste de Relações Objetais. Revista Perfil: Boletim de Psicologia 1995; 8: 69-75.

49-Helena MG. Organizações Patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes com diabetes tipo II. Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais 2001; 15: 75-158.

50-Helena MG. Estudo da Eficácia Adaptativa, do Equilíbrio Adaptativo do Ego e do Controle Glicêmico em Pacientes Diabéticos do Tipo II: In: Rosa JT, Atualizações Clínicas com o Teste de Relações Objetais de Phillipson. São Paulo: Lemos Editorial; 1995; p.149-163.

51-Leite ECC. Hipocondria e Relações Objetais no Delírio Hipocondríaco: In: Rosa JT, Atualizações Clínicas com o Teste de Relações Objetais de Phillipson. São Paulo: Lemos Editorial; 1995; p.163 -176

52-Leite MHO. Aspectos Clínicos e Tratamentos Específicos: D- Manifestações Psicológicas e Psiquiátricas, in: Lima, L.L.M. et al. HIV/AIDS:Perguntas e Respostas. São Paulo: Editora Atheneu; 1996; p.175-199.

53-Lopes SM. Estudo qualitativo de características psicossociais de pacientes contaminados pelo HIV. [tese] Campinas:UNICAMP;1993.

54-Paiva LM. Tanatismo, suicídio e vitimologia. In: Cassorla, R.M.S. Do suicídio: estudos Brasileiros. Campinas: Editora Papyrus; 1991; p.195-234.

55-Paiva LM. Depressão e suicídio: psicanálise psicossomática, tanatismo. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1982.

56-Simon R. Relações entre o diagnóstico operacionalizado, a psicopatologia da depressão e psicoterapia psicanalítica. Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais 2000; 8: 165-190.

57-Simon R. Modelo de prevenção aplicado a setor de saúde mental. Boletim de Psicologia 1977; 24: 72-73.

58-Simon R. Prevenção da Drogadição Aguda. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1987; 36:105 - 107.

59-Pereira Junior, JCC. et al. Auto organização da Biologia: nível ontogenético. In: M. Debrum, Gonzales MEQ. *Auto organização: Estudos Interdisciplinares*. São Paulo: Coleção CLE; 1996.

60-Bleger J. *Simbiose e Ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988.

61- Bion WR. *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago Editores; 1988.

62- Rosa JT. Pensamento clínico no diagnóstico psicológico: relações objetais de dois pacientes depressivos. *Revista Estudos de Psicologia* 1989;1.

63-Rosenfeld D. O corpo em psicanálise: acerca do esquema corporal. *Revista Brasileira de Psicanálise* 1983; 17: 235-255.

64-Paiva LM. *Técnica de Psicanálise: bricolage e filigranas*. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1987.

65-Cassorla RMS. Comportamentos suicidas na infância e na adolescência. In: Cassorla RMS. (org.). *Do suicídio: estudos brasileiros*, Campinas: Papyrus Editora; 1991; p.61-89.

66-Giordano V. Subsídios para a profilaxia do suicídio através da educação. In: Cassorla RMS. (Org.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papyrus Editora; 1991; p.167-188.

67-Knobel M. Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus Editora; 1991; p.27-40.

68-Paiva LM. Crime: psicanálise psicossomática, tanatismo. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1981.

69-Freud S. Obras Completas Vol. III, Mas Alla Del Principio Del Placer. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1973.

70-Malbergier A, Andrade AG. Transtornos depressivos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV: um estudo controlado. Revista Brasileira de Psiquiatria 1999; 21:1-17

71-Malbergier A, Schöffel, AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. Revista Brasileira de Psiquiatria 2001;23:160-167.

72- Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV / Aids. Brasília: Ministério da Saúde 2000; 1-66

73- Organização Mundial de Saúde, Tradução Dorgival Caetano. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID –10: descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

74-Estevão G. Do diagnóstico da depressão e suas implicações terapêuticas. Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra 1997; 53: 71-84.

75-Yamamoto K. A psicoterapia Breve Operacionalizada na Saúde. Psicologia da Saúde:Temas de Reflexão e Prática 2003; 153-170.

76-Oliveira EP. Eficácia da psicoterapia breve operacionalizada com pacientes com hipertensão essencial. Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais 1993;1:65-85.

77-Yoshida EMP. Estudo da precisão e da validade de predição da escala diagnóstica da adaptação de R. Simon. [tese] São Paulo: USP; 1984.

78-Yoshida EMP. Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos. São Paulo: E.P.U.; 1990.

79-Ocampo MLS. et al. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1981.

80-Verthelyi RF. Atualizaciones en el test de Phillipson. Buenos Aires: Editora Paidos; 1983.

81-Vieira da Silva JCVV. Variabilidade adaptativa num grupo de pacientes e suas evoluções em psicoterapia individual de orientação psicanalítica.[tese] São Bernardo do Campo: IMES;1989.

82-Rosa JT. Atualizações Clínicas com o Teste de Relações Objetais de Phillipson. Santo André: Associação de Psicoterapia e Estudos Psicanalíticos; 1995.

83-Phillipson H. Test de Relaciones Objetales. Buenos Aires: Editora Paidós; 1981.

84-Souza LR. & Meira DA. Monoterapia e esquema duplo, com inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos, em doentes com aids. *Jornal Brasileiro de Aids* 2000; 1; 3: 23-29.

85-Avero DO. Dicionário Português – Español, Provenza (Barcelona): Editorial Ramon Sopena; 1975.

86-Simon CP. ; Silva RC. ; Paiva V. Prostituição Juvenil Feminina e a Prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP. *Revista Saúde Pública* 2002; 36: 82-87.

87-Alves NR.; Kovács MJ.; Stall R. ; Paiva V. Fatores Psicossociais e a Infecção por HIV em Mulheres, Maringá, PR. *Revista Saúde Pública* 2002; 36:32-39.

88-Santos S R. ; Schor N. Vivência da Maternidade na Adolescência Precoce. *Revista Saúde Pública* 2003; 37: 15-23.

89-Praker R. , Aggleton P. Estigma, discriminação e aids. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2001.

90-Brasil, Ministério da Saúde. Aids no Brasil: um esforço conjunto governo – sociedade/Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

91-Fleck MPA.; Lima A. F. B. S.; Louzada S. et al Associação entre Sintomas Depressivos e Funcionamento Social em Cuidados Primários À Saúde. Revista Saúde Pública 2002; 36: 431-438.

92-Ferreira CVL. Aids e aspectos psicodinâmicos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 1994; 43: 471-473.

93-Sanches MR. Aids social e aids metal: contatos com o “estrangeiro”.Psicologia Revista: Revista da Faculdade de Psicologia da PUC-SP 2000; 11: 21-35.

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I - Identificação da Pesquisa

Título: Associação entre fatores determinantes de sobrevida em pacientes portadores de HIV / aids

Avaliação do Risco da Pesquisa: sem risco

Duração total da pesquisa: 24 meses

II – Identificação do Pesquisador

2.1. Nome: Nelson Silva Filho

2.2. Inscrição no Conselho Regional de Psicologia: 06/ 18477

2.3. CPF: 004.083.868-43

2.4. RG: 5.713.895 SSP-SP

2.5. Profissão: Docente

2.6. Instituição: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Câmpus de Assis

2.7. Endereço: Av. Dom Antonio, 2.100 - Parque Universitário – Assis – SP

Tel. 0 XX 18 322-2933 – Departamento de Psicologia Clínica – CEP 19.800-000

2.8. Graduação: Psicologia

III – Explicações do Pesquisador ao Pesquisado

3.1. Verificar as características de personalidade que podem contribuir com a sobrevida das pessoas portadoras dos vírus HIV e HCV.

3.2. Procedimentos:

O paciente será entrevistado e submetido a um teste de personalidade, num primeiro momento, podendo vir a ser entrevistado posteriormente, 6 meses após a primeira entrevista, dependendo do grupo de pesquisa que venha a fazer parte. Sendo consultado quanto a esta possibilidade no momento de explicitação dos procedimentos da pesquisa.

3.3. Benefícios que poderão ser obtidos

Conhecer com maiores detalhes sua forma de ser e como esta pode contribuir ou dificultar sua condição de portador do vírus HIV ou HCV e conseqüentemente sua sobrevida.

Acesso aos dados resultantes da pesquisa.

Esclarecimento de dúvidas referentes ao tratamento ou encaminhamento das mesmas para profissionais específicos.

IV – Garantias

Acesso às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa.

Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízos.

Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V – Consentimento

Data: _____

Eu

Declaro que após devidamente esclarecido pelo pesquisador e depois de ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da pesquisa: “Associação entre fatores determinantes de sobrevida em pacientes portadores de HIV / aids”

.....
Assinatura do Paciente ou responsável

.....
Assinatura do Pesquisador

Nome: Nelson Silva Filho

Endereço: Av. Dom Antonio, 2100 - Assis - SP – Tel. (018) 9775-5218

ANEXO 2 - Quadros

Quadro 16 – Distribuição dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, segundo valores da carga viral plasmática, em logaritmos, CD4⁺ e CD8⁺ e relação entre CD4⁺ e CD8⁺.

PACIENTE	Carga Viral (Log)	CD4 ⁺	CD8 ⁺	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
1	2,38	517	1110	0,47

2	5,41	86	592	0,15
3	2,3	20	324	0,06
4	3,15	298	402	0,74
5	2,65	392	1027	0,38
6	4,28	239	636	0,38
7	4,08	212	758	0,28
8	INDETECTAVEL			
9	INDETECTAVEL	134	1299	0,10
10	2,94	148	807	0,18
11	INDETECTAVEL			
12	INDETECTAVEL	592	1146	0,52
13	4,38	529	690	0,77
14	3,59	419	637	0,66
15	2,23	275	1461	0,19
16	4,46	528	731	0,72
17	4,83	338	1093	0,31
18	5,62	14	158	0,09
19	4,2	73	769	0,09
20	2,67	557	1456	0,38
21	3,32	146	771	0,19
22	6	97	511	0,19
23	4,11	269	599	0,45
24	INDETECTAVEL	256	874	0,29
25	2	380	412	0,92
26	4,31	158	1269	0,12
27	4,46	34	510	0,07
28				
29	INDETECTAVEL	423	511	0,83
30	2,44	422	702	0,60
31	3,84			

Quadro 17 - Presença de fatores positivos e negativos, internos e externos, com risco de agravamento da eficácia adaptativa, dos 31 indivíduos portadores de infecção pelo HIV-1, doentes ou não.

PAC.	IDEAÇÃO SUICIDA	AIDS	FUNC. PSIC.	USO DE DROGAS ILÍCITAS	GRAVIDEZ / SEX. PREC.	FANAT. REL.	IMPULS.	IRRITAB.	DEPR.	REL. FAM. INFÂN.
1	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
2	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
3	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
4	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
5	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO

6	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
7	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
8	NÃO	SIM	NÃO							
9	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
10	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
11	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
12	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
13	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
14	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
15	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
16	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
17	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO
18	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
19	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
20	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
21	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
22	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
23	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
24	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
25	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
26	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
27	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
28	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
29	NÃO	SIM								
30	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM
31	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

PAC. = Paciente

FUNC. PSIC. = Predomínio do funcionamento psicótico da mente

GRAVIDEZ / SEX. PREC. = Gravidez ou sexualidade precoce na infância

FANAT. REL. = Fanatismo Religioso

IMPULS. = Impulsividade

IRRITAB. = Irritabilidade

DEPR. = Depressão

REL. FAM. INFÂN. = Relacionamento familiar satisfatório na infância

ANEXO 3 – Gráficos

Gráfico 3 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 1, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

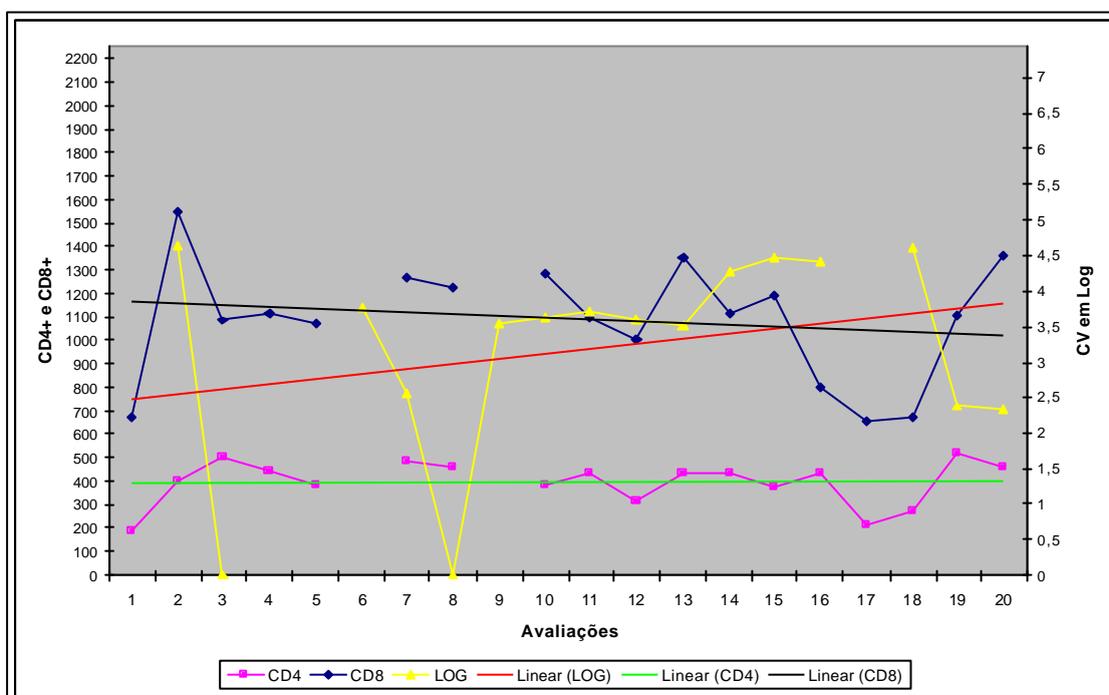


Gráfico 4 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 2, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

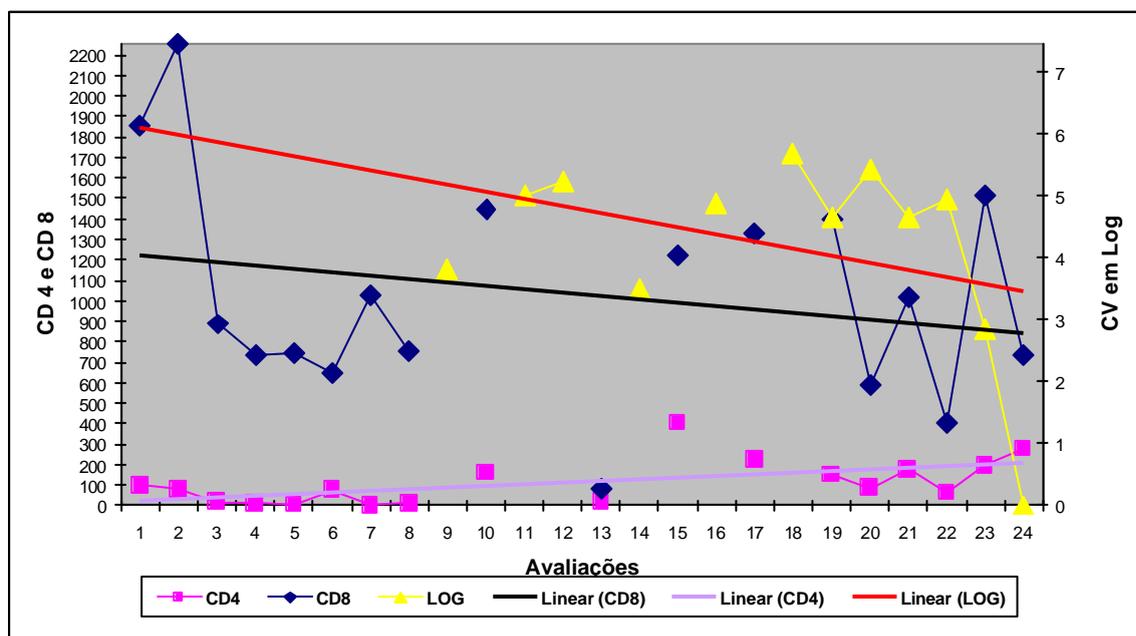


Gráfico 5 – Variação temporal dos linfócitos T CD⁴⁺, CD⁸⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 3, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

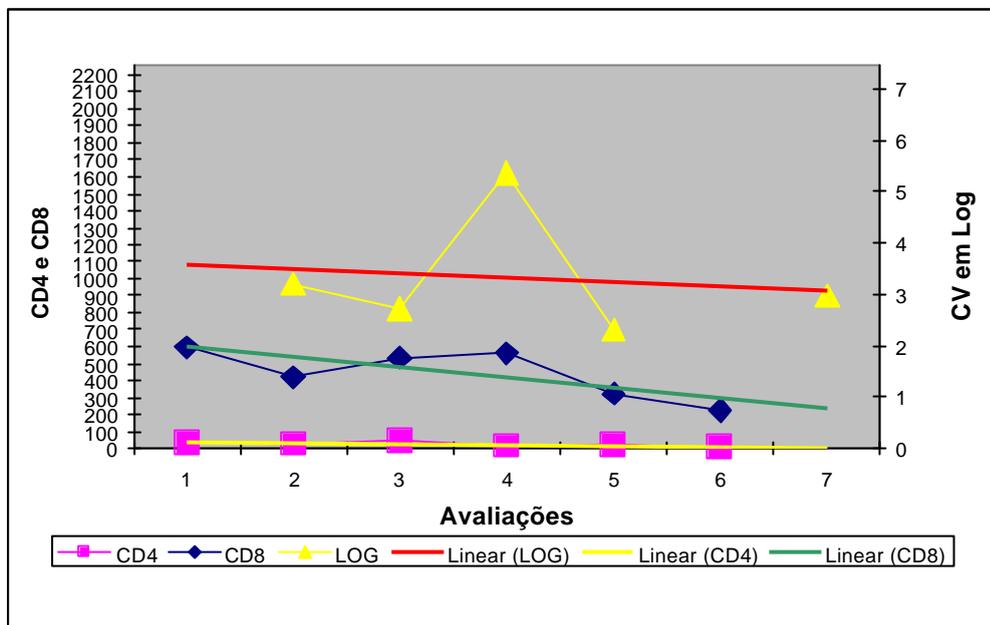


Gráfico 6 – Variação temporal dos linfócitos T CD⁴⁺, CD⁸⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 4, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

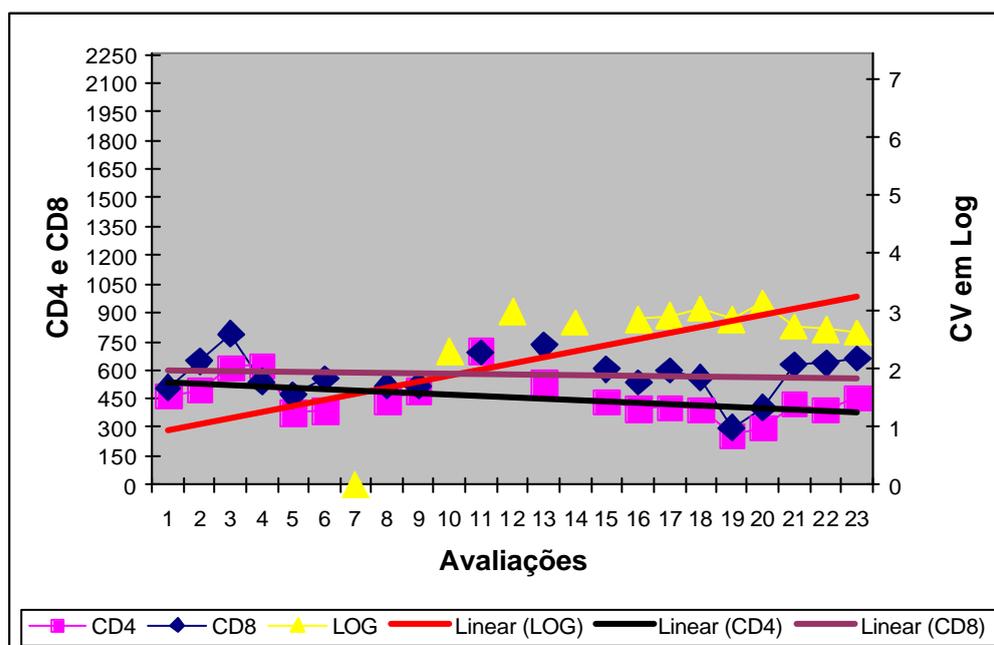


Gráfico 7 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 5, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

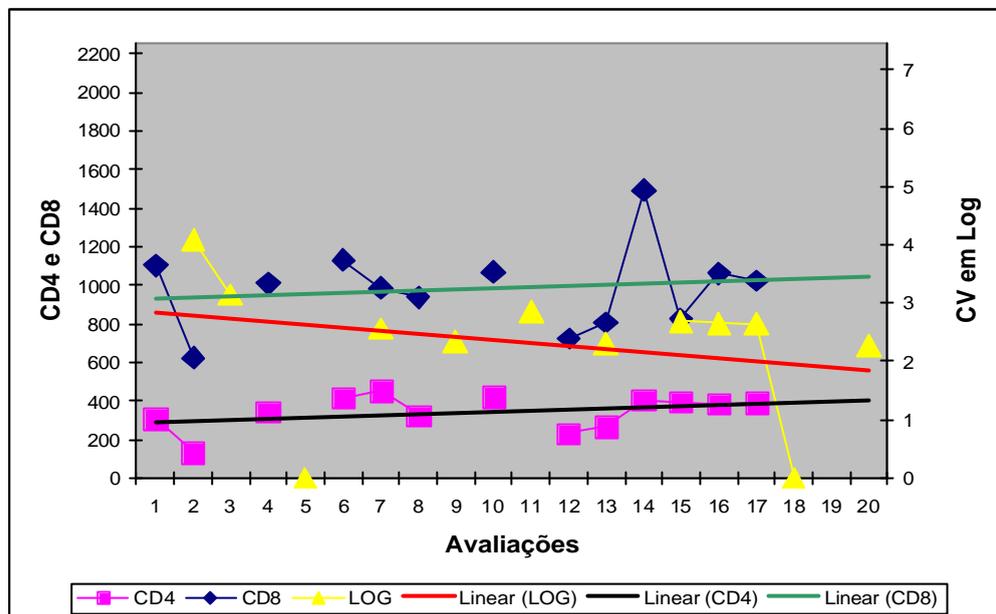


Gráfico 8 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 7, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

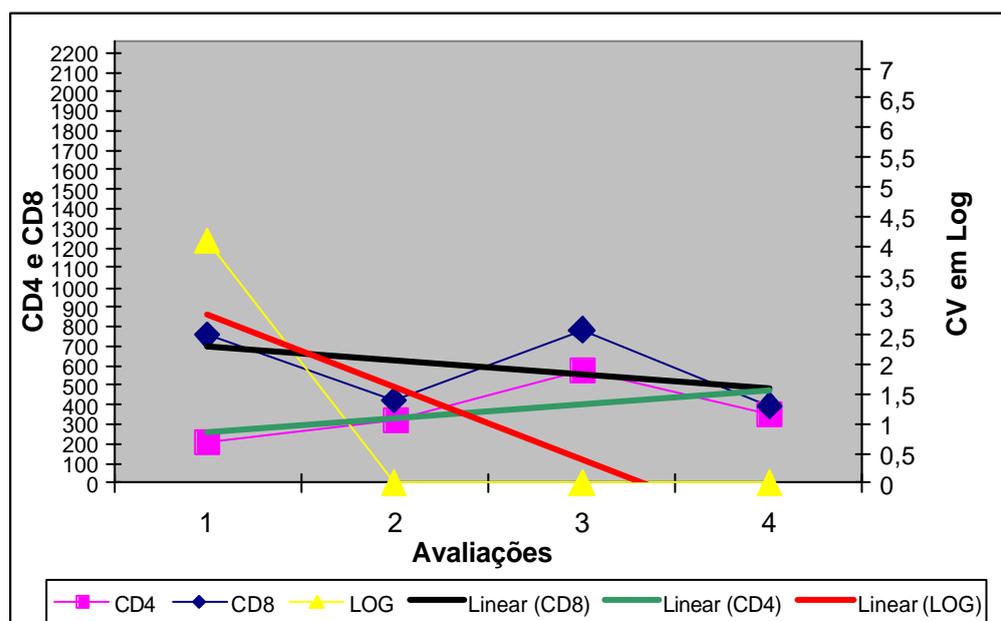


Gráfico 9 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 8, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

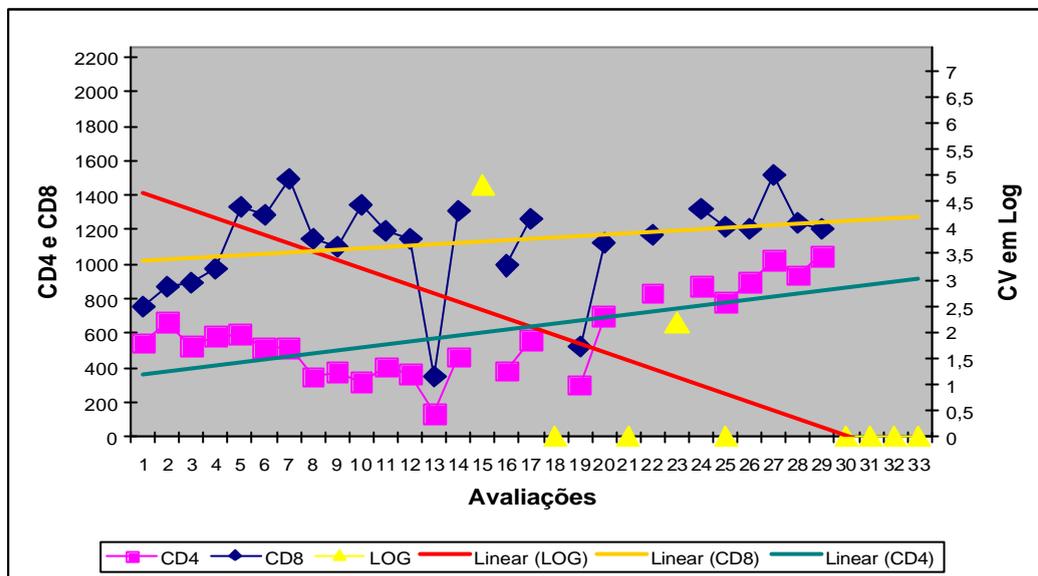


Gráfico 10– Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 9, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

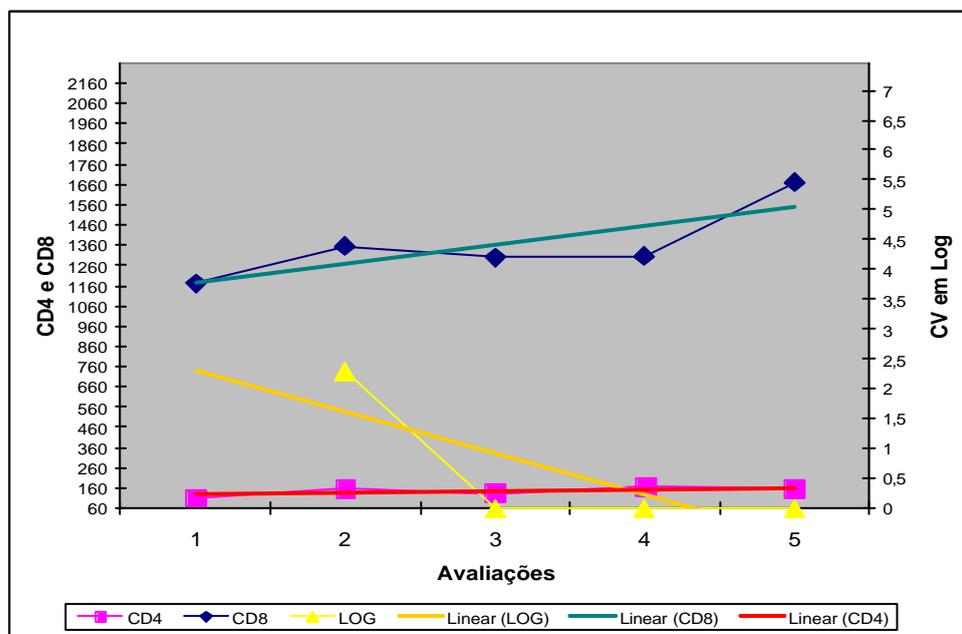


Gráfico 11 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 10, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

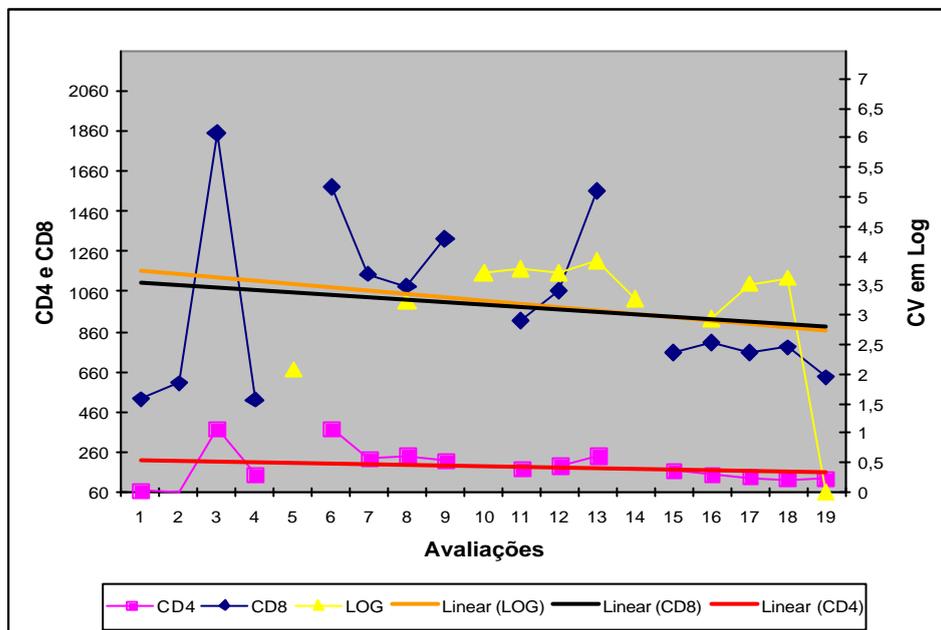


Gráfico 12 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 11, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

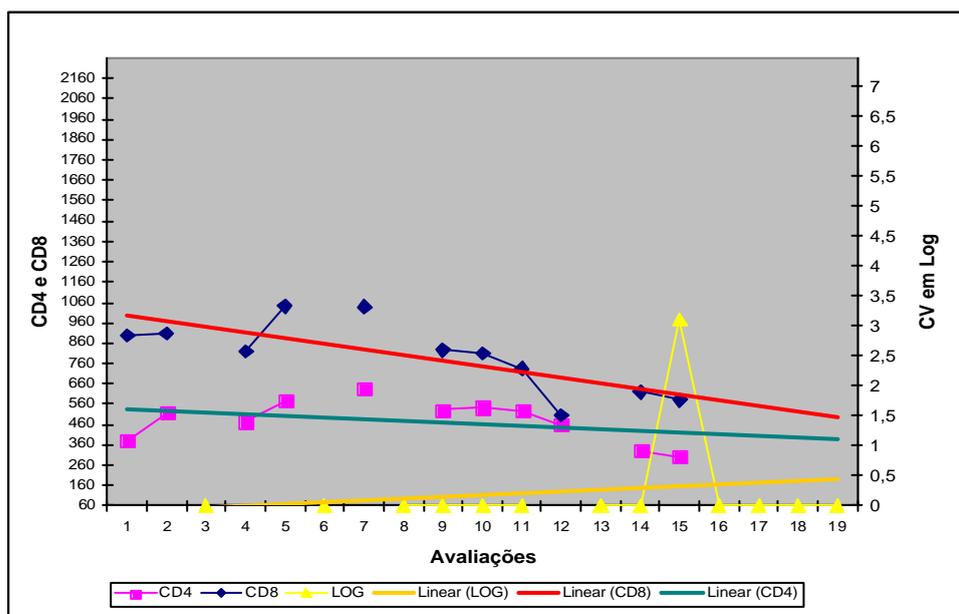


Gráfico 13 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 12, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

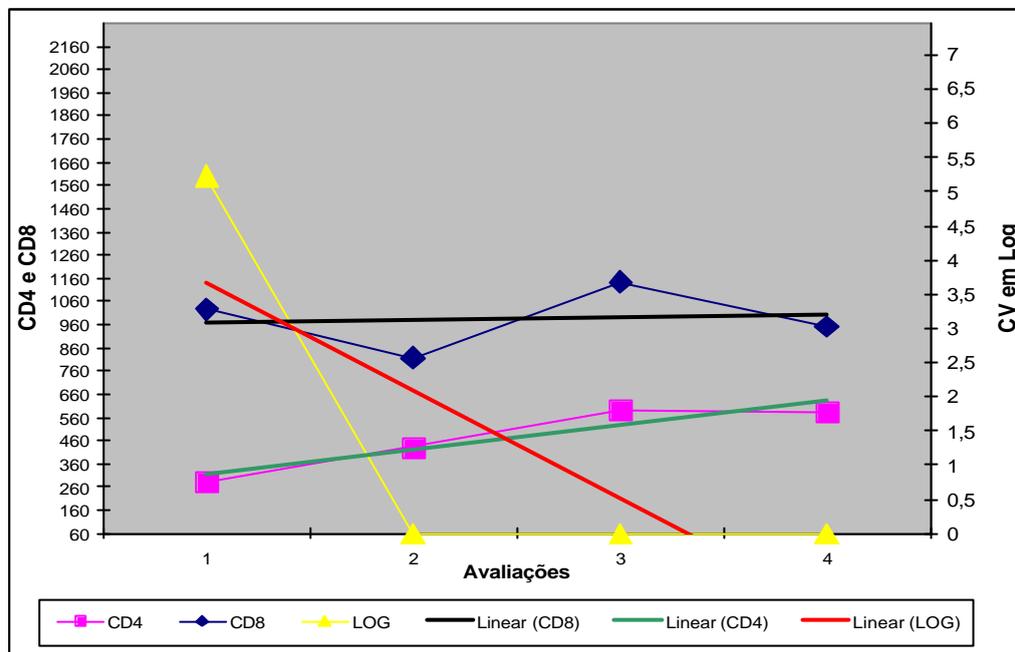


Gráfico 14 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 13, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

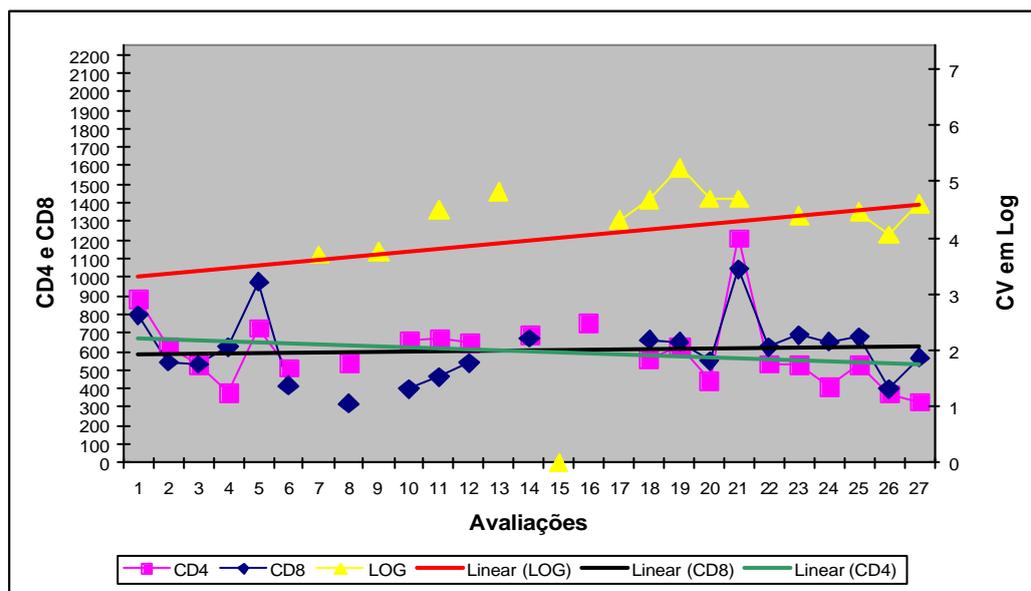


Gráfico 15 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 14, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

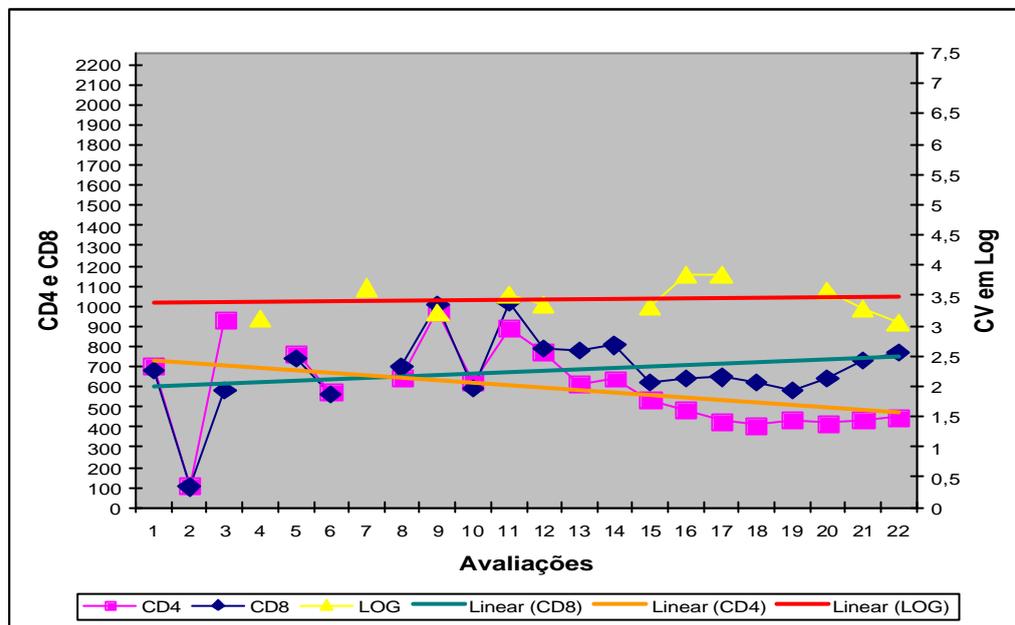


Gráfico 16 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 15, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

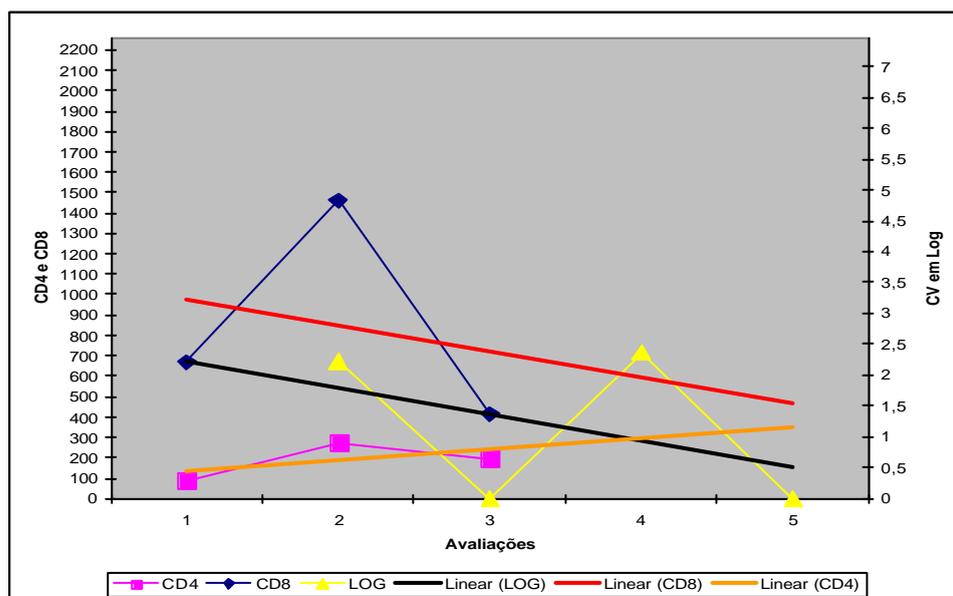


Gráfico 17 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 16, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

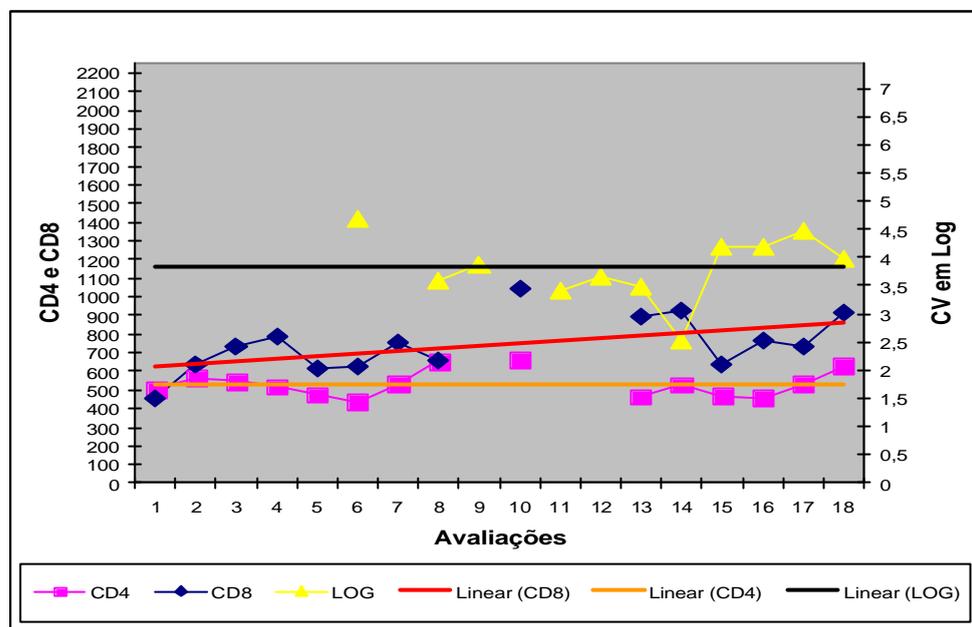


Gráfico 18 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 17, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

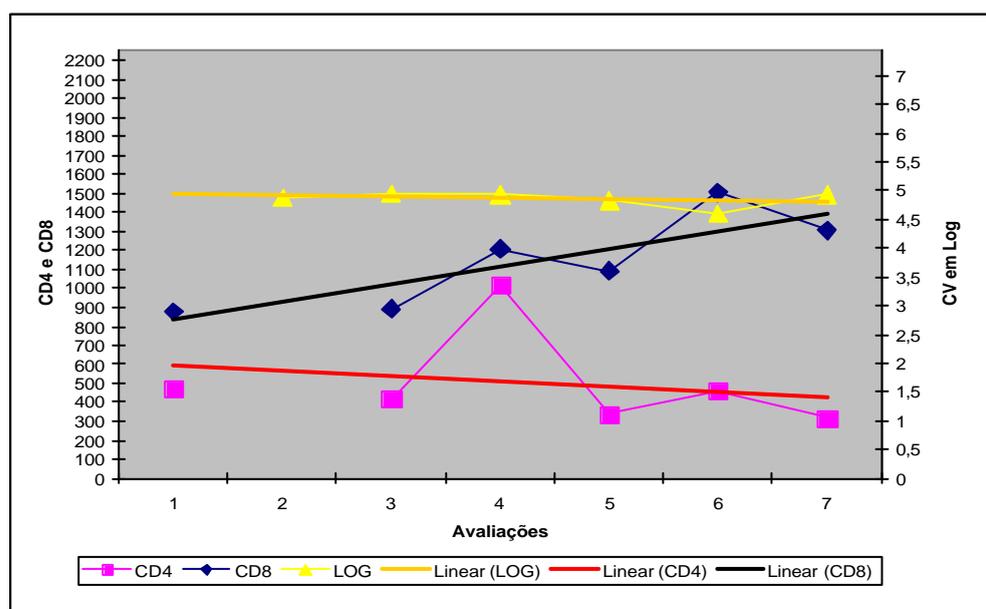


Gráfico 19 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 18, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

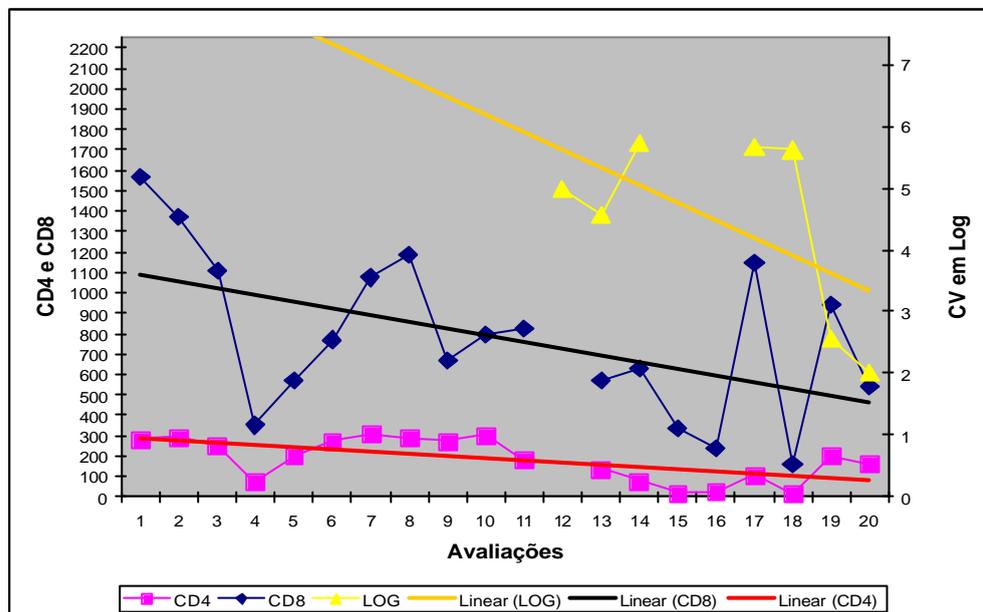


Gráfico 20 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 19, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

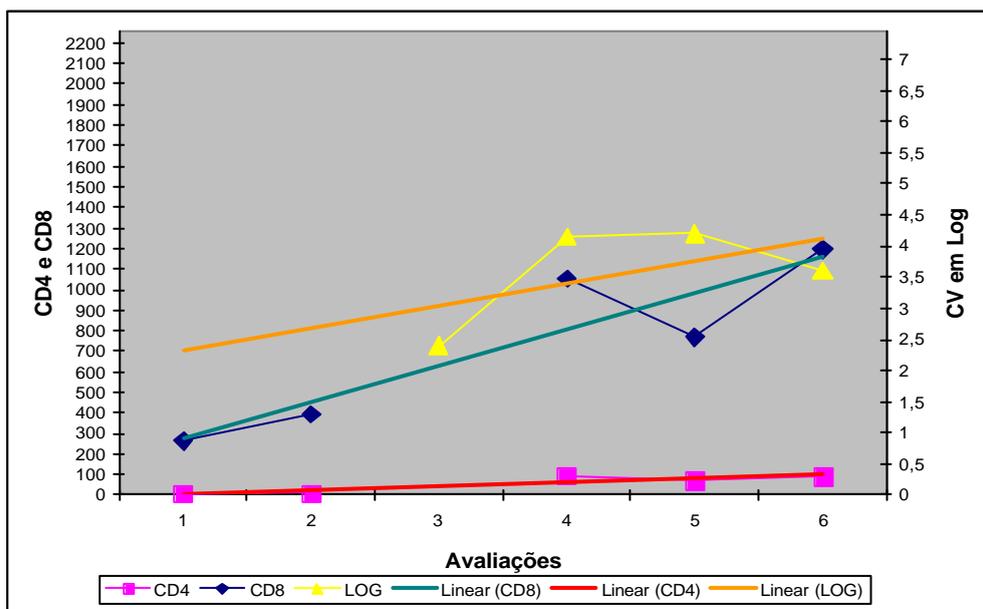


Gráfico 21 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 20, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

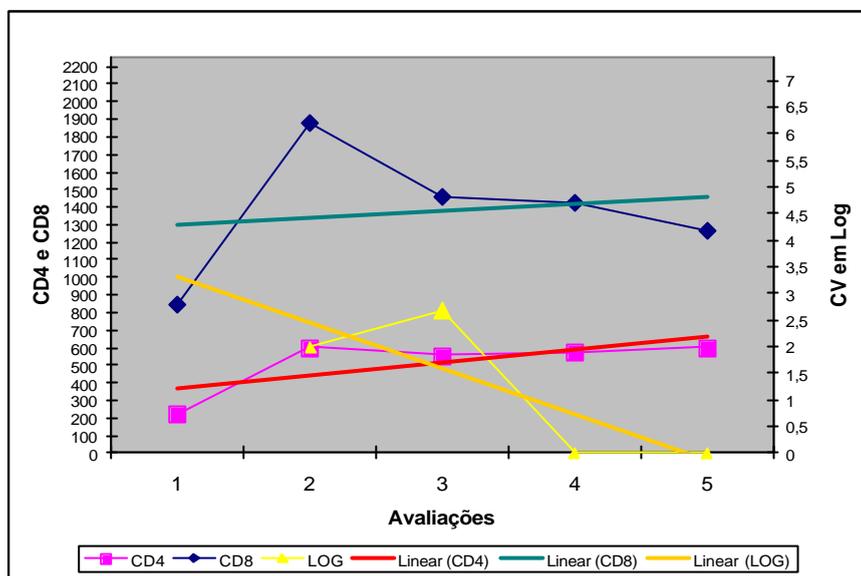


Gráfico 22 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 21, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

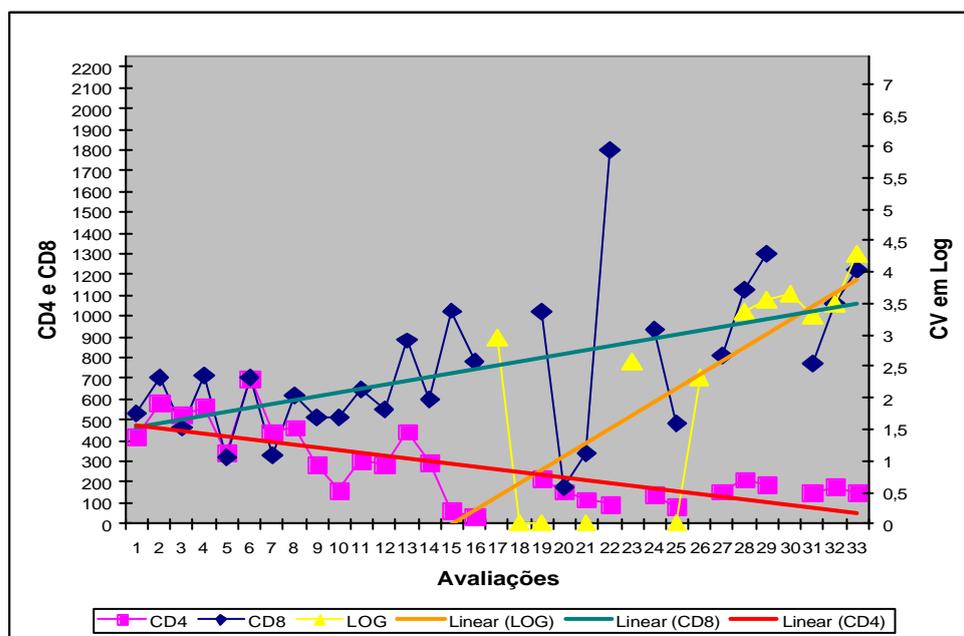


Gráfico 23 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 22 , desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

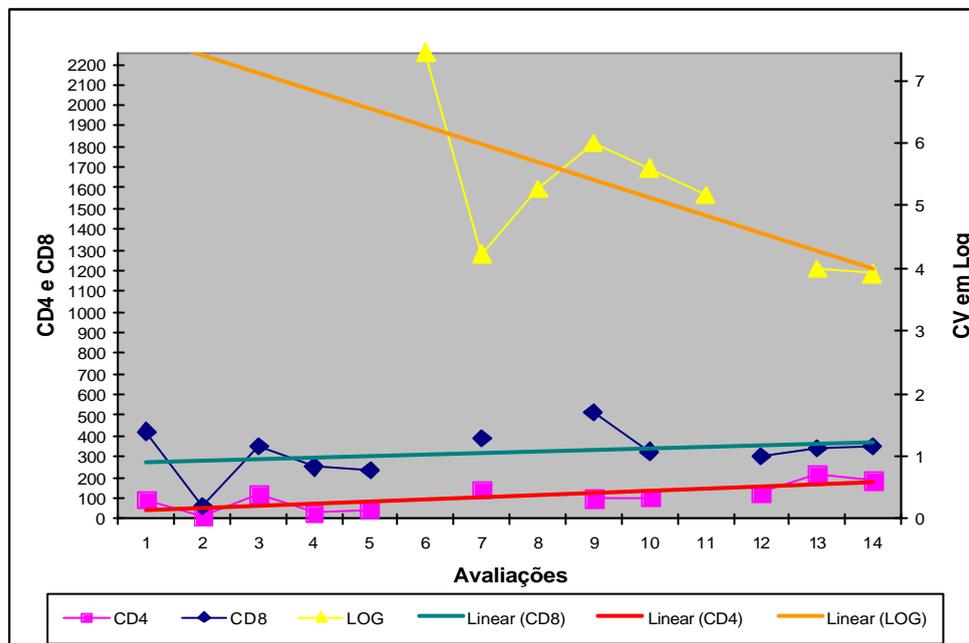


Gráfico 24 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 24, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

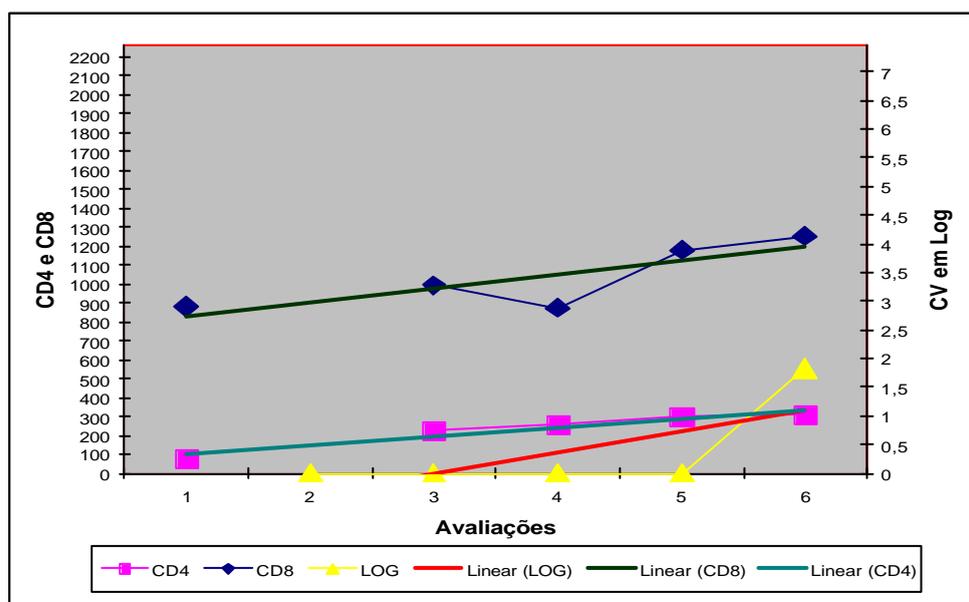


Gráfico 25 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 25, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

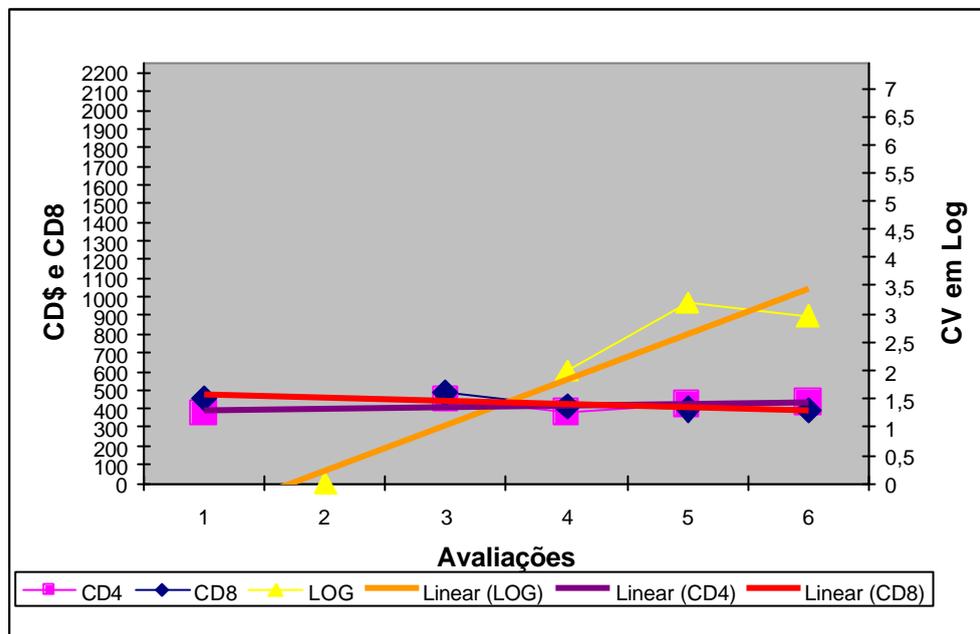


Gráfico 26 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 26, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

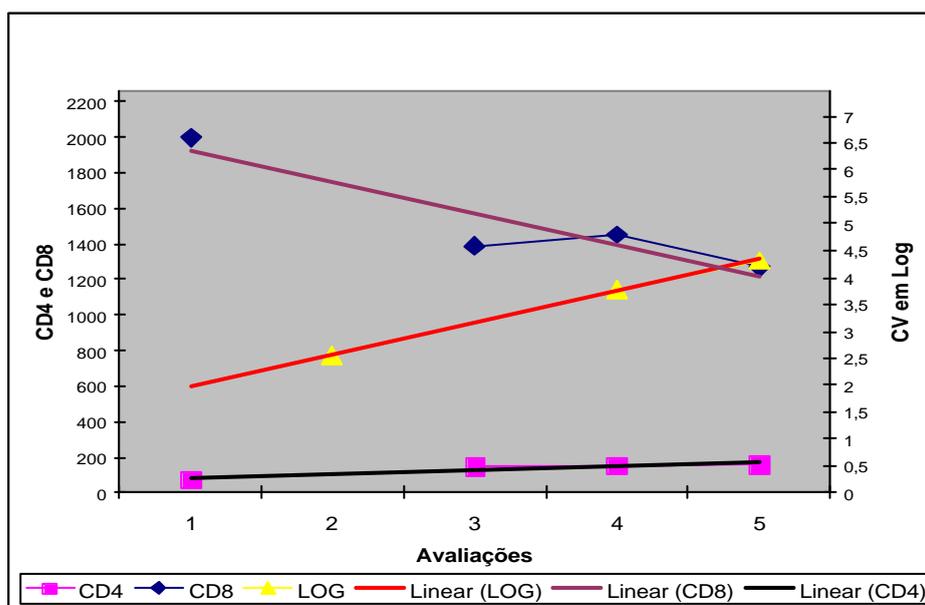


Gráfico 27 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 27, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

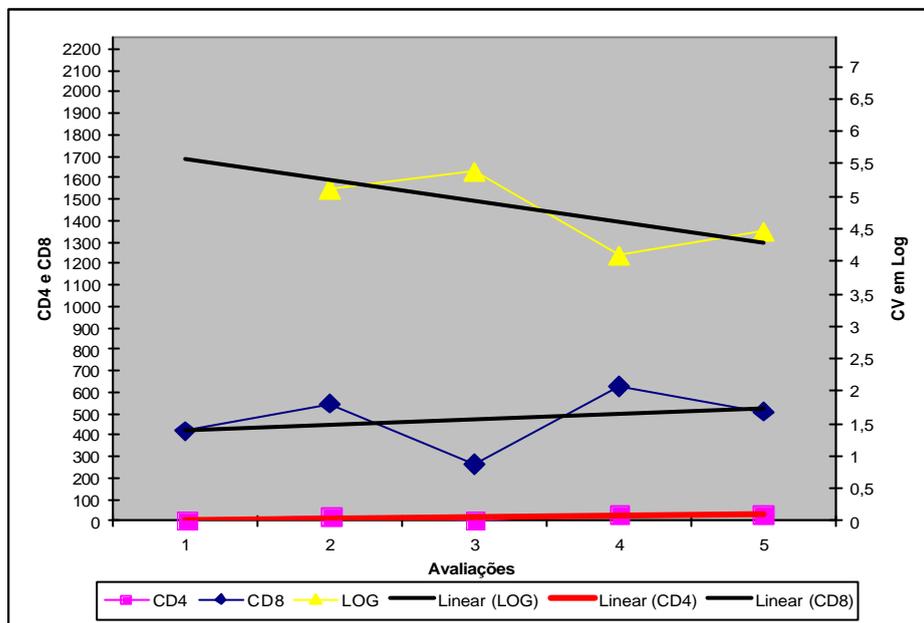


Gráfico 28 – Variação temporal dos linfócitos T CD_4^+ , CD_8^+ e Carga Viral plasmática do paciente 28, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

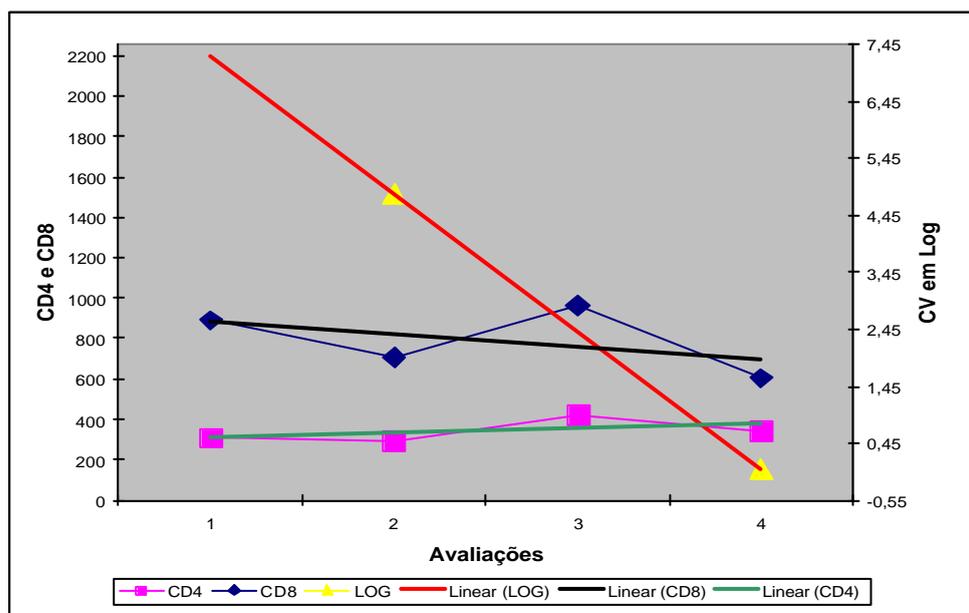


Gráfico 29 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 29, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

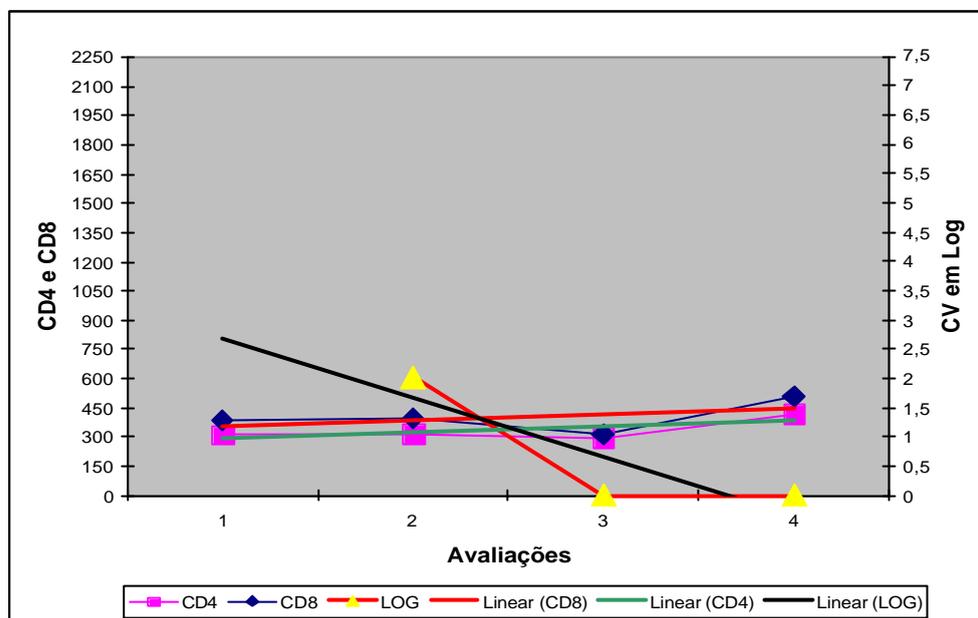


Gráfico 30 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 30, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

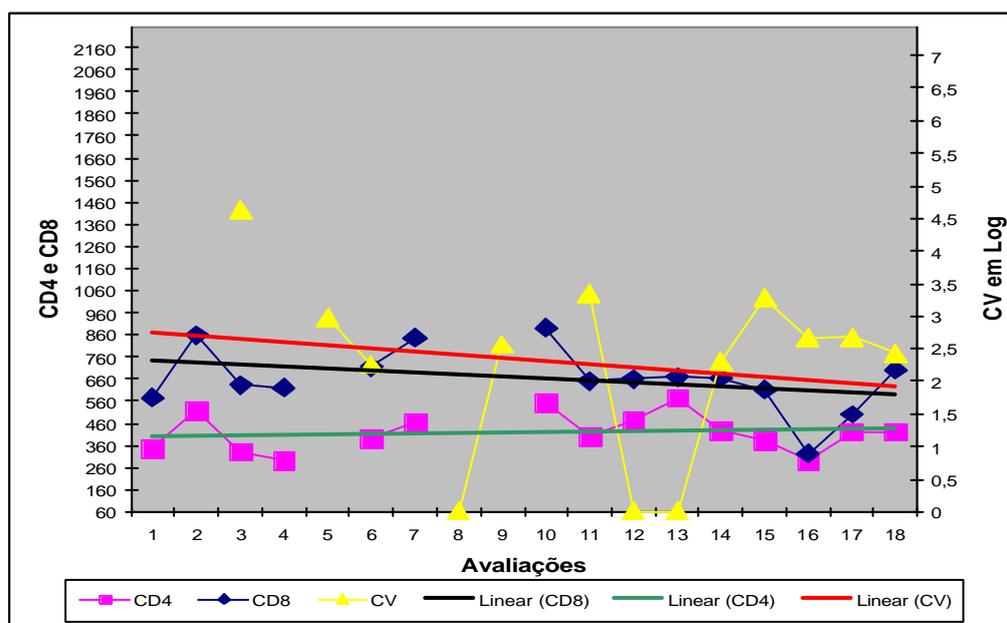


Gráfico 31 – Variação temporal dos linfócitos T CD₄⁺, CD₈⁺ e Carga Viral plasmática do paciente 31, desde o início do seu acompanhamento no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais até dezembro de 2002.

