

USUÁRIOS DO PROGRAMA DST/AIDS/HIV E HEPATITES VIRAIS: UM ESTUDO PSICOSSOCIAL REALIZADO COM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

*Users Program STD / HIV / AIDS and viral hepatitis: a psychosocial
study performed with people living with HIV/AIDS*

*Danieli Amentt Antunes¹
Clayton Luiz Zanella²*

Recebido em: 01 ago. 2017

Aceito em: 30 set. 2017

RESUMO

Este trabalho abordou questões relacionadas às pessoas que vivem com HIV/AIDS; sabe-se que devido a sua história e a rápida disseminação, estigmas e preconceito que envolvem a doença. Neste estudo apresenta-se uma pesquisa sobre a patogenia, estágios e tratamentos por quais as pessoas que vivem com HIV/AIDS passam após obter o diagnóstico, bem como questões de relevância psicossociais como as relações sociais, familiares e de trabalho. A metodologia utilizada para a realização desta pesquisa se deu por meio de um estudo bibliográfico e de campo através de entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas. Entrevista esta realizada com cinco pessoas que vivem com HIV/AIDS, atendidos e monitorados pela Vigilância Epidemiológica de Caçador/SC. A utilização de gráficos e tabelas contribuiu para melhor compilação dos dados obtidos e a análise qualitativa favoreceu o aprofundamento das reflexões, o que permitiu concluir que a nova condição sorológica dessas pessoas influenciou significativamente em suas vidas atuais - elas têm consciência dos preconceitos e em sua maioria escondem o seu diagnóstico por receio de exclusão e de julgamentos.

Palavras-chave: HIV/AIDS. Psicossocial. Vigilância epidemiológica.

1 Bacharel em Psicologia. E-mail: dani.amentt@gmail.com

2 Psicólogo. Mestrado em Educação e Docente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social.

ABSTRACT

This work addressed issues related to people living with HIV/AIDS, it is known that due to its history and the rapid spread stigma and prejudice surrounding the disease. This study presents a research on the pathogenesis, stages and treatments for people living with HIV/AIDS experience after obtaining the diagnosis, as well as psychosocial relevance issues as social relations, family, and work. The methodology used to conduct this survey took place by means of a bibliographic and field study through structured interview with open and closed questions. This interview held with five people living with HIV/AIDS, assisted and monitored by the epidemiological surveillance of Hunter /SC. The use of charts and tables to build better data corroborated the qualitative analysis and favored the deepening of reflections, which allowed to conclude that the new condition of these people significantly influenced serological in their current lives - they are aware of the prejudices and mostly hide their diagnosis for fear of exclusion and judgments.

Keywords: HIV/AIDS. Psychosocial. Epidemiological surveillance.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho abordou o contexto de vida de usuários com diagnóstico positivo para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença adquirida através da contaminação com o Vírus Imunodeficiência Humana (HIV), transmitido essencialmente através do sangue e do esperma. Este vírus ataca diretamente nossas defesas imunológicas, a AIDS atua destruindo as defesas de nosso organismo neutralizando os glóbulos brancos, que atuam justamente eliminando vírus e micróbios (BLOUIN, 1987).

Por se tratar de uma doença que não tem cura, estigmas e preconceito se criam em torno dela e o medo do desconhecido afasta as pessoas do conhecimento que com frequência age isolando e excluindo os que vivem com HIV/AIDS.

A necessidade de dar vez e voz aos usuários soropositivos faz com que este trabalho se torne relevante, pois, devido ao preconceito ainda muito existente em nossa sociedade, eles atuam escondendo seu diagnóstico por causa do afastamento das pessoas.

O interesse acadêmico surgiu com o objetivo de saber se estes usuários, além do tratamento com medicamentos, buscam ou lhes é oferecido uma assistência psicológica, pois se acredita que muitas

vezes um diagnóstico positivo para uma doença ainda tão misteriosa e cercada de estigmas pode deixar a pessoa sem rumo. O aqui acadêmica gira em torno do pós-diagnóstico, sobre como vivem estes usuários doentes de AIDS e como eles se relacionam com trabalho, amigos e com a própria família.

Para o indivíduo e a sociedade é fundamental o conhecimento e maior entendimento sobre esta doença, possibilitando uma visão menos preconceituosa, com o objetivo de se lidar melhor com os usuários portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), oferecendo um ambiente mais favorável para os usuários manterem um bom tratamento e fortalecerem as relações inter e intrapessoais.

Esta pesquisa favoreceu uma construção de novos conhecimentos, abordando dados estatísticos e históricos da cidade de Caçador / SC, com relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, mais conhecida pela sigla AIDS; o contato próximo com portadores desta doença é essencial para obter um conhecimento real e prático do perfil psicossocial desses indivíduos.

Todos esses tópicos se tornam relevantes para a pesquisa levando em consideração que passados mais de trinta anos do surgimento dos primeiros casos de AIDS ainda se tem observado um grande estigma negativo em torno dessa doença, o que possivelmente pode-se atribuir ao fato desta doença ainda não ter cura e também devido a sua descoberta que foi relacionada a uma doença de usuários de drogas, gays e profissionais do sexo, conhecidos na época como grupos de risco e este pode ser um dos pontos que dificulta as pessoas a procurarem um órgão de saúde para um exame diagnóstico.

Essa dificuldade também é detectada após o diagnóstico, na medida em que o mesmo gera um grande sofrimento psíquico no indivíduo que embora hoje com os avanços das pesquisas e com o tratamento correto, ele pode levar uma vida normal, porém o fato de saber que terá de conviver com a doença e toda a gama de preconceitos e percepções errôneas trazidas com ela para o resto de sua vida são geradores de vários problemas.

Os pacientes com a doença de AIDS sofrem pela discriminação, da sociedade, do trabalho e inclusive da família; e em meio a tudo isso a sua subjetividade é afetada no que diz respeito ao lidar com essa nova situação permanente, dúvidas, depressão, ansiedade, perdas - todas essas são características que geram um grande sofrimento psíquico.

O problema que embasou esta pesquisa foi: Qual o perfil psicossocial dos usuários que vivem com HIV/AIDS atendidos pelo setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Caçador-SC e qual a importância do Psicólogo neste setor?

Esta pesquisa teve como objetivo geral identificar o contexto de vida de usuários que vivem com HIV/AIDS, atendidos no Setor de Vigilância Epidemiológica e a importância do psicólogo dentro deste setor. Os objetivos específicos: realizar um levantamento de dados estatísticos inerentes à quantidade de usuários que vivem com HIV/AIDS, atendidos no período de 2005 a 2011; analisar o perfil psicossocial de usuários com a doença de AIDS, considerando seus contextos de vida, relações sociais e familiares e estudar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida através de análise da literatura existente.

Esta pesquisa, por envolver seres humanos, foi submetida ao comitê de ética, através da plataforma Brasil, aprovada sob o número 811.832. Este trabalho utilizou uma entrevista estruturada com 11 perguntas abertas e fechadas; como sujeitos da entrevista foram entrevistadas cinco pessoas carregam HIV/AIDS, moradores da cidade de Caçador/SC, encaminhados pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Caçador-SC, para garantir sigilo e a integralidade aos pacientes.

Foram abordados fatores relevantes como: qualidade de vida, tratamento, informações sobre a doença, dinâmica de vida bem como questões sociais e familiares. Teve-se como objetivo fazer um levantamento qualitativo.

Através da pesquisa pode-se entender qual o papel da Psicologia neste contexto, quais suas aplicações e funcionalidades dentro da Epidemiologia e quais atividades podem ser desenvolvidas.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização da pesquisa, primeiramente foi contatada a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Caçador/SC, para apresentação do projeto e aprovação da entrevista com cinco de seus usuários.

Para a definição desses cinco usuários que foram entrevistados, foi utilizado um sorteio aleatório, feito através de uma lista de usuários atendidos pela Vigilância Epidemiológica.

Os usuários que vivem com HIV/AIDS participaram de uma entrevista composta por 11 perguntas, contendo algumas questões objetivas e outras subjetivas, de modo a constituir a descrição do perfil psicossocial apresentado por eles. A entrevista foi feita de forma individual, em dias e horários marcados previamente.

Antes de iniciar a entrevista com os usuários, foi feito um *rapport*, no qual foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, bem como o motivo da escolha da população. Questões como sigilo e confidencialidade dos dados, inclusive sobre a ausência de necessidade de identificação, também foram abordados durante o *rapport*. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo os princípios da ética em pesquisa.

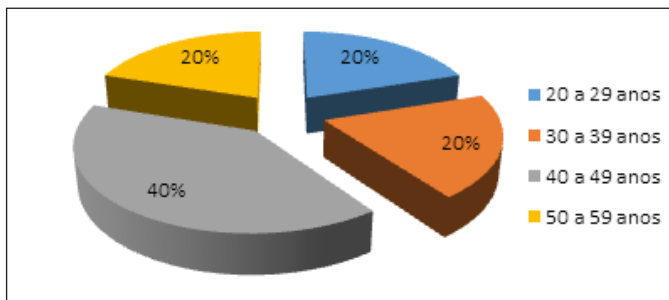
A etapa de pesquisa bibliográfica serviu como parâmetro para avaliar os resultados alcançados na pesquisa de campo, de forma a proporcionar melhor entendimento sobre as colocações apresentadas pelos usuários, bem como entrelaçar teoria e prática no que diz respeito à abordagem psicológica dos usuários que vivem com HIV/AIDS que são atendidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Caçador/SC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a efetivação do estudo teórico e a realização da entrevista com cinco pessoas com a doença de AIDS e que fazem acompanhamento e tratamento na Vigilância Epidemiológica de Caçador SC, foi possível compilar os dados e proceder à análise qualiquantitativa, visando atingir os objetivos propostos.

Para melhor apresentar e analisar os dados coletados na entrevista, nomearam-se os participantes como entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3, entrevistado 4, entrevistado 5.

Assim, seguem os gráficos, análises e discussões feitas a partir da compilação de todos os dados coletados através das entrevistas aplicadas. A seguir, apresenta-se um gráfico contendo a faixa etária dos entrevistados.

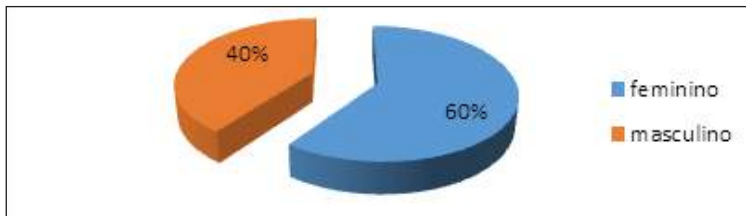
Gráfico 01 - Faixa Etária

Fonte: ANTUNES, 2014.

Observa-se através deste gráfico que 20% dos entrevistados têm idade entre 20 e 29 anos de idade, 20% tem de 30 a 39 anos, 40% entre 40 e 49 anos e 20% entre 50 e 59 anos. Ou seja, 60% têm idade superior a 40 anos de idade. Esses dados vêm de encontro com a literatura, onde dados mostram que a faixa etária foi se alterando com o passar dos anos.

Até o ano de 1994 predominava a faixa etária de 20 a 29 anos, sendo superada, pelo grupo etário de 30 a 39 anos, no período de 1998 até o ano de 2005, deste período em diante a faixa etária de 40 e 49 anos vai se destacando como a maior faixa etária com maior número de casos no período (SANTA CATARINA, 2014, p. 4).

A seguir apresenta-se o gráfico que corresponde à porcentagem dos sexos que responderam a entrevista.

Gráfico 02 - Sexo

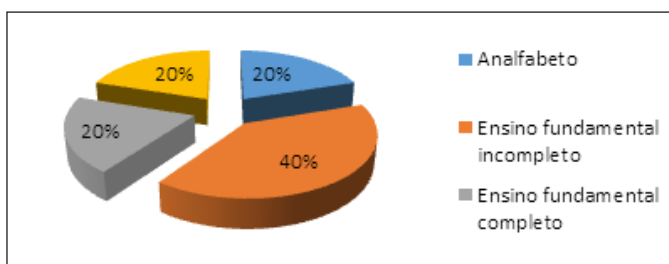
Fonte: ANTUNES, 2014.

Nessa perspectiva, pode-se evidenciar através da análise do gráfico que foram 3 mulheres entrevistadas e 2 homens, este fato corrobora os últimos dados trazidos pelas estatísticas onde no início da doença a proporção era de 15 homens para 1 mulher, e atualmente a proporção é de quase 1 por 1 (BATISTA; GOMES, 2000).

Alguns autores apontam que uma das hipóteses para esse aumento no número de casos em mulheres é a “heterossexualização da epidemia” (SANTA CATARINA, 2014, p. 2).

O próximo gráfico apresenta o grau de escolaridade dos entrevistados, apenas um dos entrevistados possui ensino médio completo, uma é analfabeta, uma tem ensino fundamental completo e dois com ensino fundamental incompleto.

Gráfico 03 - Escolaridade



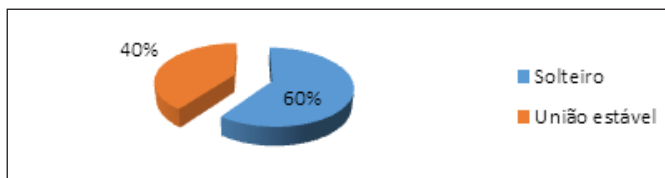
Fonte: ANTUNES, 2014.

Fica evidente a baixa escolaridade dos entrevistados que vivem com HIV/AIDS, o que poderia ser um fator relevante.

A escolaridade é um indicador indireto utilizado para descrever a pauperização da epidemia. Dos casos diagnosticados no período de 1984 a 2011, 72,2% apresentam nível de escolaridade até o ensino fundamental e 7,0% escolaridade superior (SANTA CATARINA, 2014, p. 9).

Ao contrário do que ocorria no início da epidemia no Brasil quando os casos notificados eram com um nível de escolaridade mais elevado. Hoje se percebe que essas diferenças, que no início da epidemia eram tão evidentes, foram se disseminando assim como a doença.

O próximo gráfico apresenta o estado civil dos pacientes entrevistados.

Gráfico 04 – Estado Civil

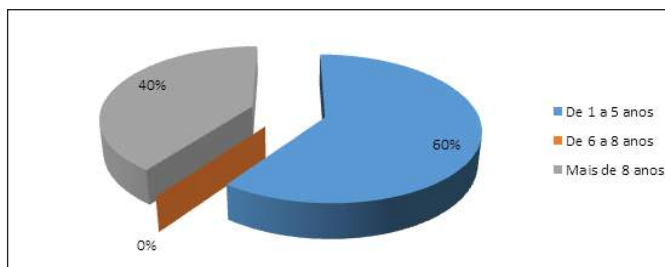
Fonte: ANTUNES, 2014.

De acordo com o gráfico 14, 40% dos entrevistados vivem em união estável, a entrevistada 4 que pertence a esta porcentagem relatou que se infectou com o vírus HIV através de relação sexual com seu cônjuge, e o entrevistado 2 já tinha a doença e sua companheira também, ambos relatam não terem problemas com relação a isso.

Dos 60% que são solteiros somente a entrevistada 5 relatou ter um namorado, disse ter ocorrido muitos problemas pois ela infectou-se com o vírus durante um relacionamento com outro parceiro sexual e posteriormente o infectou também. Ela relata que seu namorado, assim como ela, teve que procurar auxílio psicológico e medicamentoso, pois entrou em depressão após saber sobre sua condição sorológica.

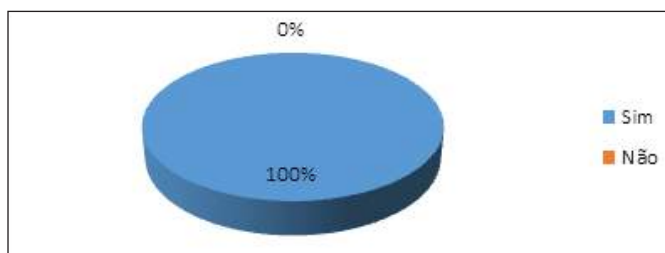
A depressão, assim como a dor e a angústia, denota um estado afetivo, porém privado – ou que talvez, prive o sujeito – das qualidades e figuras singulares que animam e dotam o afeto de sua especificidade. Trata-se, então, de uma patologia? Sim, se entendermos essa palavra não como termo médico, de doença, mas como atributo da impossibilidade, por mais passageira que seja, de exercer ou possuir algo que é fundamental para o viver humano (DELOUYA, 2001, p. 13).

Estudos comprovaram a eficácia da psicoterapia em pacientes deprimidos infectados pelo HIV, e o autor adverte que o tratamento adequado da depressão pode alterar até mesmo o prognóstico do paciente. Pois um “paciente deprimido tende a não aderir ao tratamento, a não tomar as medicações prescritas e a não acatar as orientações médicas, além do risco aumentado de suicídio” (FERNANDEZ; LEVY, 1990, apud MALBERGIER, 2000, p. 19 e 22).

Gráfico 05 – Tempo de Diagnóstico

Fonte: ANTUNES, 2014.

Em análise do gráfico 15 pontua-se que mais da metade dos entrevistados no caso 60% tem o diagnóstico de HIV positivo há menos de 5 anos, e 40% tem conhecimento há mais de 8 anos.

Gráfico 06 – Entrevistados que aderiram ao tratamento

Fonte: ANTUNES, 2014.

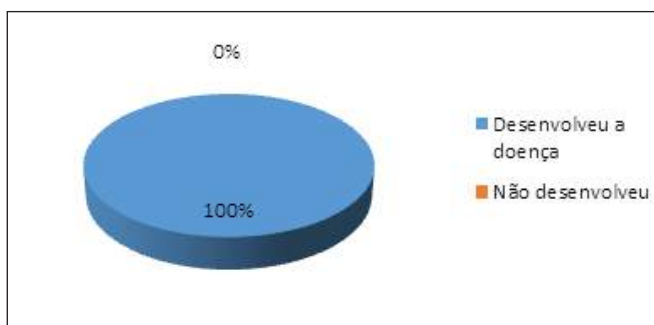
Todos os entrevistados relatam fazerem o tratamento desde a confirmação, apenas uma das entrevistadas a 1 diz ter interrompido o tratamento há dois anos atrás ela diz “*eu parei porque achei que não precisaria mais dele*”, porem há 6 meses ela esteve internada com um quadro de pneumonia, e sua condição sorológica piorou o quadro, obrigando o seu retorno ao tratamento.

Ao longo dos anos, a doença passou a ser entendida como crônica. Uma vez sem cura, a pessoa precisará conviver continuamente com ela, além de necessitar do acompanhamento de profissionais de saúde especializados. Por conta disso, essas pessoas passaram a se ocupar das dificuldades de viver com esse diagnóstico no dia a dia, conciliando consultas médicas,

exames e uso de medicação com trabalho, família, amigos, lazer, amores, vida sexual e reprodutiva (NASCIMENTO, 2013, p. 16).

Essa visão que a sociedade tem das pessoas com HIV/AIDS torna difícil o diagnóstico, a prevenção e o tratamento também, pois, mesmo o governo disponibilizando uma política de acesso nacional ao diagnóstico e tratamento, muitos chegam atrasados para procurar os serviços de saúde, uns pelo medo do diagnóstico positivo e outros por medo da discriminação (NASCIMENTO, 2013).

Gráfico 07 – Entrevistados que já desenvolveram a doença



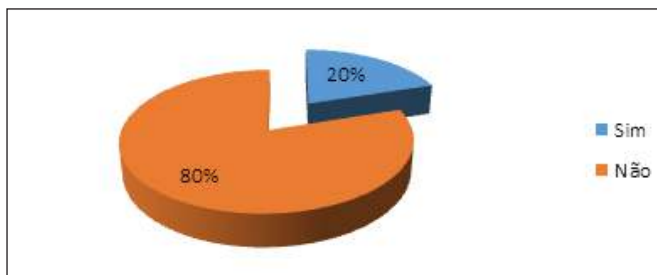
Fonte: ANTUNES, 2014.

Todos os entrevistados já desenvolveram a doença; um dado que se torna relevante é que aos pacientes até dezembro de 2013 somente era ofertado o tratamento antirretroviral, para pessoas que já tivessem desenvolvido a AIDS; os demais soropositivos que ainda não haviam desenvolvido a doença não tinham direito à possibilidade de iniciar um tratamento. O Ofício Circular n°. 156/2013 – Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais/ Secretária de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde dispõe no item 2 sobre as novas diretrizes terapêuticas:

2. Dentre as principais novidades do PCDT, destacamos a recomendação de que o início da terapia antirretroviral seja estimulado para todas as pessoas que vivem com HIV, independente de nível de CD4, na perspectiva não apenas da melhoria da qualidade de vida, mas também da redução da transmissão do HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, OFÍCIO CIRCULAR 156/2013).

Esse levantamento torna-se interessante, pois, observando que nenhum dos entrevistados tem o diagnóstico há menos de 1 ano, o que podemos sinalizar é esta normativa ainda é pouco conhecida.

Gráfico 08 – Entrevistados que trabalham



Fonte: ANTUNES, 2014.

O gráfico acima representa a porcentagem dos entrevistados que possuem uma vida ocupacional ativa, que representam apenas 20% dos entrevistados que possuem uma ocupação profissional; 80% dos entrevistados não trabalham.

Na visão de Albornoz (1992), o homem em razão de sobreviver e realizar-se criou instrumentos para alcançar seus objetivos. Ela traz o trabalho como sendo a aplicação de forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim; atividade coordenada de caráter físico ou intelectual; exercício dessa atividade como ocupação permanente, ofício, profissão.

O trabalho era visto como o contrário do lazer, e este como atividade liberatória da autoridade e da concepção do dever. O lazer autêntico envolve autonomia do indivíduo sobre o tempo a ele dedicado. Por outro lado, o trabalho restringe a autonomia e significa conformidade com necessidades primárias de sobrevivência e luta contra o ambiente no qual o homem vive (MOTTA, 2000, p. 187).

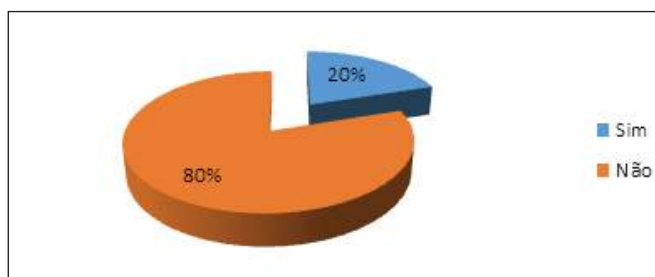
O entrevistado 02 trabalha como pintor autônomo e diz que a doença em nada interfere; acredita que por sua ocupação ser autônoma isto colabore para essa não interferência; diz que já contou em alguns lugares que trabalhou e não teve um tratamento diferente.

Os demais, que representam 80% dos entrevistados, nenhum deles acredita que a doença seja a propulsora deste fato. A entrevistada 01 diz que mesmo antes de ter o diagnóstico tinha dificuldades em encontrar emprego e acredita que isso se deva à baixa escolaridade; ela relata receber um auxílio da Previdência Social e vive com este dinheiro.

O entrevistado 3 relata que há 6 anos já é aposentado, mas que anteriormente à sua aposentadoria ele trabalhava, mas nunca informou as empresas sobre a sua condição sorológica.

A entrevistada 4 sempre trabalhou por dia e hoje, com seu esposo preso, recebe o auxílio reclusão, e por este motivo não trabalha. A entrevistada 5, desde que seus pais faleceram ela cuida do irmão que tem uma deficiência e até hoje não teve nenhuma ocupação profissional.

Gráfico 09 – Entrevistados que relataram ao seu local de trabalho sua condição sorológica



Fonte: ANTUNES, 2014.

Analisando-se o gráfico acima, podemos mensurar que 20% dos entrevistados contaram sobre sua condição sorológica no seu local de trabalho e 80% não relataram, isso muito provavelmente se deve ao risco de discriminação e estigmas ainda muito presentes nesses contextos.

O portador do vírus tem o direito de manter em sigilo a sua condição sorológica no ambiente de trabalho, como também em exames admissionais, periódicos ou demissionais. Ninguém é obrigado a contar sua sorologia, senão por força da lei (DST/AIDS/HEPATITES VIRAIS, 2014).

A lei, por sua vez, só obriga a realização do teste nos casos de doação de sangue, órgãos e esperma. A exigência de exame para admissão,

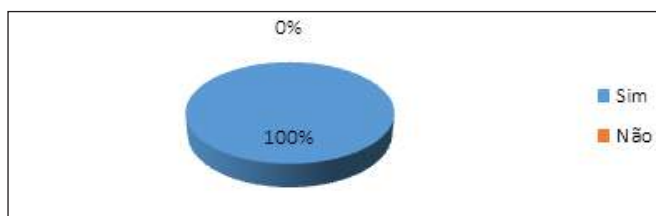
permanência ou demissão por razão da sorologia positiva para o HIV é ilegal e constitui ato de discriminação. No caso de discriminação no trabalho, por parte de empresa privada, recomenda-se registrar o ocorrido na Delegacia do Trabalho mais próxima (DST/AIDS/HEPATITES VIRAIS, 2014, p.1).

A Organização Internacional do Trabalho - OIT (2014) apresenta uma série de recomendações sobre o HIV e a AIDS e com relação a discriminação traz o seguinte parágrafo:

10. O estado sorológico de HIV, real ou suposto, não deveria ser motivo de discriminação para a contratação ou manutenção do emprego, ou para a busca da igualdade de oportunidades compatíveis com as disposições da Convenção sobre Discriminação (Emprego e Ocupação), de 1958 (OIT, 2014, p. 2).

O autor reforça o posicionamento de que não deve existir discriminação devido à condição sorológica da pessoa, e que nos termos da Lei afastamentos que possam ocorrer devido a tratamentos e cuidados com a saúde deverão ser tratados como qualquer outra doença, levando em consideração a convenção trabalhista vigente na organização (OIT, 2014).

Gráfico 10 – Entrevistados que relataram para a família sobre sua condição sorológica



Fonte: ANTUNES, 2014.

Este tópico foi um ponto muito interessante das entrevistas realizadas, pois 100% dos entrevistados relataram - que sim - a família sabe sobre a sua condição sorológica, porém quando questionados sobre qual a reação da família ao saber do diagnóstico quatro deles dizem que a família sabe na verdade é uma pessoa ou duas no máximo que sabem e não por elas terem contado, mas por outro meio, por exemplo, estavam acompanhando a paciente quando lhe foi dado o diagnóstico.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (2012) destaca o impacto que o diagnóstico de HIV/AIDS causa não só com ele que recebe como também para as pessoas com quem este decide compartilhar, seja com a família, amigos, etc.

A nova realidade traz à tona questões difíceis e mobilizadoras, repletas de medos, preconceito, discriminação, dúvidas relacionadas ao significado do diagnóstico, transmissão, tratamento, morte e, muitas vezes revelações sobre a própria sexualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 45).

É importante salientar que partilhar ou não o diagnóstico é uma escolha de cada um, e vários aspectos como confiança e afetividade irão contribuir para que as pessoas que estão vivendo com HIV/AIDS decidam se irão ou não dividir uma questão tão pessoal e delicada como esta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A entrevistada 1 diz que sua mãe e irmã sabem desde o início, pois obteve o diagnóstico quando estava grávida do seu último filho e teve que fazer os exames de rotina; sua mãe e irmã precisaram ser avisadas pois ela necessitaria de cuidados especiais na gestação e recentemente seu filho de 18 anos de idade soube quando ela precisou ser internada; segundo a entrevista, a família não esboçou reações nem positivas e nem negativas.

O entrevistado 3 diz que somente pai e a mãe dele sabem; ele nunca foi casado e ainda mora com eles; diz que a única coisa que eles insistiram muito era em saber quem havia o infectado com o vírus, mas o entrevistado informa ele diz que nem ele mesmo sabe quem pode ser; no restante diz que continuou tudo igual.

A entrevistada 4 relata que seu irmão e cunhada sabem da sua condição sorológica porque são os que cuidam dela quando há a necessidade. Nem suas filhas sabem sobre a condição sorológica dela; diz que não conta porque sabe que elas não gostam do padrasto e se souberem a situação ficará pior; então, prefere que elas não saibam porque irão brigar com ela e se afastar ainda mais.

A entrevistada 5 relata que sua tia sabe porque estava junto quando ela teve o diagnóstico e diz que sua reação foi péssima, *“ela ficou desesperada, e saiu falando para um monte de gente, que não podiam ficar perto de mim, que não podiam tomar chimarrão lá na minha casa”* - nesta fala da entrevistada pode-se perceber o preconceito e

a falta de conhecimento das pessoas sobre a doença e suas formas de contágio.

Ela cita também que seu namorado precisou ser informado, pois tinha grandes chances de também estar infectado com o vírus e, assim como ela citou anteriormente, ele entrou em depressão após saber do fato, porém perdoou a traição e estão juntos novamente.

O entrevistado 3 diz que todos sabem sobre sua condição sorológica, e que não tem nenhum tipo de problema com isso; ele diz que quando foi fazer os exames tinha certeza que daria positivo devido à vida que levava antes, pois é usuário de drogas e sabe que compartilhou várias vezes as seringas e também pelas mulheres com quem já tivera relações sexuais.

Diz que hoje conseguiu largar as drogas pesadas e só usa maconha; sua companheira também tem AIDS, *“eu não incomodo ninguém, trabalho e ganho meu dinheirinho, uso maconha pra relaxar e ficar mais tranquilo”*.

Acredita-se nas relações familiares como um ponto importante para a adesão das PVHA (pessoas que vivem com HIV/AIDS) ao tratamento e aos cuidados necessários. Existem várias definições e configurações diferentes no sentido de se compreender uma constituição familiar. O Ministério da Saúde (2012, p.46) ressalta que: “Mais do que definições legais, é necessária a adoção de conceitos de família que contemplem categorias como a subjetividade, complexidade e diversidade dos vínculos afetivos que fazem parte do cotidiano das PVHA”.

Considerando que nem sempre são os laços de filiação e/ou consanguinidade que definem o relacionamento entre os membros de uma família, a apresentação de outros conceitos torna-se importante para que os profissionais possam balizar suas ações. Na teoria dos Sistemas, o conceito de família diz respeito a “[...] um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e mudanças”. É considerada como uma pequena sociedade humana, cujos membros têm contato direto, laços emocionais e uma história compartilhada (MINUCHIN apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.46).

Nessa perspectiva entende-se que família pode ser vista como um grupo de pessoas unidas por laços, sejam eles de consanguinidade, afinidade, aliança ou convivência.

Com relação à interferência negativa da doença nas relações familiares e sociais, o entrevistado 2 relata que as pessoas se afastaram dele; ele diz: “elas têm medo porém considero normal porque quando não tinha a doença eu também tinha medo acreditava que se eu encostasse na pessoa, ou tomasse água no mesmo copo que elas eu já me contaminaria”

Ainda em seu discurso o entrevistado ressalta: “*elas se afastaram de mim, mas não poderia ser diferente, eu era um drogado que se precisasse eu roubava, eu batia quem não se afastaria, até você se fosse minha mãe iria querer se afastar de mim*” - este relato ele deu ao responder se ele sentiu que as pessoas se afastaram dele; pode-se perceber em suas palavras a compreensão da realidade.

Respondendo esta mesma pergunta, a entrevistada 01 diz que não interferiu em sua relação familiar e que amigos e conhecidos não sabem; logo, não teve problemas relacionado a esse fator.

O entrevistado 3 relata que somente seus pais sabem sobre sua condição sorológica e que os demais não sabem. Ele relata que: “*eu não conto para ninguém porque sei que eles (amigos) iriam me abandonar*”.

A entrevistada 4 diz que praticamente ninguém sabe, logo não teve problemas, e como ela comentou na pergunta anterior ela não conta nem para suas filhas, “*elas já meio que me abandonaram quando decidi me casar novamente; elas nunca aprovaram ele; imagine se souberem disso, iriam me destratar e se afastar mais*”.

A entrevistada 5 diz que não contou para as pessoas: “*acredito que o preconceito ainda seja muito forte e não quero que fiquem comentando sobre isso, assim como fez minha tia*”.

Quando questionados sobre a forma com que adquiriram o vírus, dois dos entrevistados o 1 e o 3 dizem não saber qual foi a via de transmissão pela qual se infectaram.

Já o entrevistado 2 diz saber que foi através de relação sexual sem proteção e compartilhamento de seringa; tem consciência que seus atos o levaram a isso, mas o entrevistado não demonstra melancolia devido a sua condição sorológica; pelo contrário, em todos os seus discursos demonstra aceitação da doença.

A disseminação do HIV deve-se ao ato de compartilhar seringas, agulhas e drogas, muito frequente nessa população. O ritual de compartilhar

equipamentos e drogas sempre foi considerado um hábito na cultura desse grupo. Mais recentemente, também a transmissão sexual do HIV tem sido considerada um importante fator na disseminação do vírus entre usuários de drogas injetáveis. Esta forma de transmissão torna-se evidente ao analisarmos estudos que revelam que 80% a 90% dos usuários de drogas injetáveis têm vida sexual ativa (HART et al., 1989 apud MALBERGIER, 2000, p. 5) e que o uso de preservativos nesta população é pouco frequente (DARKE et al., 1990 apud MALBERGIER, 2000, p. 5).

Este paciente chamou muito a atenção da entrevistadora, pois em vários momentos ele dizia que não “*achava nada*”, ele “*sabia, tinha certeza*” do que estava falando, por vezes surpreendeu com palavras rebuscadas. E durante sua fala sobre a forma de contágio relata que uma das formas foi o uso compartilhado de seringas; quando questionado sobre como ele teria conseguido largar das drogas “*pesadas*”, ele mencionou que foi através da religião - ele sempre estudou muito sobre o budismo e aprendeu muito sobre corpo e mente. E isso o ajudou a se libertar das drogas pesadas; ele hoje usa somente maconha que o ajuda relaxar e não incomoda ninguém com isso.

Quando Buda foi solicitado a sintetizar sua doutrina numa única palavra, ele disse “*consciência*”. Este é um livro sobre consciência. Não a consciência de algo em particular, mas a consciência em si – estar desperto, alerta, em contato com o que de fato está acontecendo. É sobre contar com a experiência imediata deste momento presente. Não é sobre crença, doutrina, fórmulas nem tradição. É sobre a liberdade da mente (HAGEN, 2000, p.13).

A entrevistada 4 diz que sabe que foi através da relação sexual com seu esposo; diz ter a confirmação disso porque quando passou mal e foi ao médico seu esposo já estava recluso; após sair seu diagnóstico positivo para o vírus HIV, a vigilância já entrou em contato com o presídio de Caçador/SC para solicitar exames no seu cômputo.

Após os exames do esposo (preso), foi constatado que ele também tem HIV positivo e que a contagem de linfócitos T-CD4 no sangue estava muito mais baixa que os dos exames dela, o que para ela indica que ele se infectou antes dela.

Nessa perspectiva, Varella (2014) informa que os linfócitos fazem parte no nosso sistema imunológico; eles se subdividem em NK, T e B.

Os linfócitos NK fazem parte da defesa imediata do corpo: são células grandes que atuam principalmente contra células cancerígenas e infecções virais. Os linfócitos T protegem contra vírus, fungos e bactérias e são responsáveis por diferenciar as células do organismo de corpos estranhos; qualquer distúrbio na sua função de reconhecer o antígeno pode causar uma doença autoimune. Já os linfócitos B têm a função de produzir os anticorpos que atuam no reconhecimento e destruição do antígeno: estimulados e convocados pelos linfócitos T, são responsáveis por desenvolver a chamada memória imunológica (VARELLA, 2014, p.1).

E a entrevistada 5 disse que foi quando se envolveu sexualmente com um outro homem que não seu namorado; ela disse que esse homem era casado e que saíram algumas vezes; ela não conversou com ele sobre ter sido infectada com o vírus pois não o viu mais.

Os entrevistados foram questionados sobre se tiveram dificuldades após o diagnóstico. Os entrevistados 1 e 3 disseram não ter tido dificuldades e que continuou tudo da mesma forma como era antes de terem o diagnóstico, o que poderia sinalizar uso de mecanismos de defesa.

Mecanismos de defesa são processos mentais inconscientes usados para afastar a ansiedade. Empregando mecanismos de defesa específicos, as pessoas respondem de maneira característica a situações que podem desencadear lembranças ou sentimentos desagradáveis. [...]. Os mecanismos de defesa característicos do paciente podem afetar intensamente a relação médico-paciente. Reconhecer o uso de mecanismos de defesa por um paciente pode orientar intervenções e diminuir reações negativas em relação a este paciente (KAY, TASMAN, 2002, p. 8).

O entrevistado 2 trouxe uma queixa sobre o tratamento médico que teve no início - disse que se sentia como uma máquina; explicou que os médicos pegam as pessoas com AIDS e acham que todos são iguais, todos que recebem o mesmo tratamento. Ele não faz uma avaliação individual e cada caso é um caso diferente e aquilo que funciona para um, funciona para todos. E esse tipo de tratamento o deixa muito bravo, “*sou um ser humano e não uma máquina*”.

Os autores Pelisoli et al (2014) ressaltam que a humanização é percebida como uma valorização dos indivíduos que fazem parte do processo de produção da saúde, é ser o protagonista e compartilhar da responsabilidade, é fazer parte do coletivo.

O acolhimento é um dispositivo de humanização que busca favorecer a construção de relações de confiança e de compromisso entre as equipes e os serviços, possibilitando avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2009b apud PELISOLI et al., 2014 p. 226).

O entrevistado ainda traz uma reflexão que pelo tom de sua fala o perturba muito - ele questionou a entrevistadora sobre se ela acreditava que realmente não tinham achado a cura para a AIDS. Ele tem certeza que já acharam, afirmando diz: *“você acredita que com todos os cientistas e laboratórios e tudo mais que existe eles não iriam conseguir achar a cura pra isso (AIDS), eu tenho certeza que acharam só que para o mundo é mais lucrativo não descobrirem a cura, porque imagine quanto que os laboratórios não ganham por toda essa medicação”*.

A reflexão deste usuário reflete as indagações que muito provavelmente muitos deles também apresentam, e por mais que eles digam que aceitam e lidam bem com a situação, estes questionamentos e certas revoltas com a falta de retorno de seus questionamentos os preocupam.

A entrevistada 4 diz que quando ficou sabendo quis cometer suicídio, sumir ou pelo menos ir embora da cidade; ficou muito nervosa com o diagnóstico; ela se acalmou um pouco quando começou a frequentar uma igreja e hoje após ter se apegado à religião, consegue aceitar e viver melhor.

Nesse contexto, o autor Galvão (1997, p. 107) observa que o aparecimento da AIDS no Brasil propiciou o surgimento de manifestações de diferentes tipos, o que ele atribui parte delas às diversas tradições religiosas: *“artigos na grande imprensa ou nas suas publicações internas, realização de seminários e a formação de grupos de reflexão, atuação assistencial”*.

Apesar de haver discordância de algumas religiões com os métodos científicos de prevenção, *“não há dúvida de que a AIDS, em vários aspectos, fez com que as diferentes tradições religiosas repensassem as suas práticas tradicionais de serviço, assistência, tratamento e apoio espiritual”* (GALVÃO, 1997, p. 111).

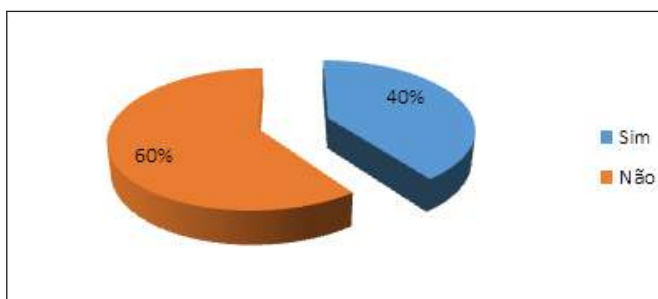
A entrevistada 5 diz que além de ter piorado o seu quadro de depressão que tinha sido desencadeado pela morte de seus pais, ainda teve muitas dificuldades com relação aos remédios, pois teve muita ansia e enjoo e que fora difícil a adaptação do organismo dela aos medicamentos.

Na visão de Sprinz (1999, p. 70), o iniciar ou não o tratamento é a decisão mais difícil. O autor chama a atenção de que ao prescrever o tratamento “não se pode apenas pensar na fisiopatogenia da doença e em suas consequências”. Nessa perspectiva também deve ser levada em consideração a “facilidade do uso dos medicamentos, o tempo total do tratamento e, principalmente, a vontade e a motivação da pessoa”.

O início é a fase na qual o paciente precisa de maior suporte e segurança. O médico, sempre que possível, deve ficar a seu lado. O paciente geralmente apresenta leve intolerância gastrointestinal e sintomas subjetivos que usualmente passam com o tempo. Exames de controle para avaliar a toxicidade do tratamento devem ser realizados nos primeiros 10 a 14 dias, 1 mês, 3 meses e, após, a cada 4 meses se não houver intercorrências (SPRINZ, 1999, p. 77).

É importante frisar que o objetivo do tratamento com antirretrovirais é a diminuição viral máxima e duradoura. Segundo o autor ressalta novamente é que a chave para o alcance desse objetivo é o acompanhamento do tratamento (SPRINZ, 1999).

Gráfico 11 – Entrevistados que já tiveram acompanhamento psicológico após diagnóstico



Fonte: ANTUNES, 2014.

Neste gráfico pode-se observar que mais da metade dos entrevistados não tiveram nenhum tipo de acompanhamento psicológico após o diagnóstico, ou seja, 60% não tiveram acompanhamento e nem oferta de tratamento e 40% tiveram acesso ao tratamento psicológico.

Desses 60% que relataram não ter tido acompanhamento psicológico, um deles, o entrevistado 2, demonstrou uma confusão

sobre o papel do psicólogo e do psiquiatra, pois no início ao responder a questão sobre ter tido acompanhamento psicológico ele deu um a resposta afirmativa, e quando questionado, sobre como tinha sido para ele, ele faz o seguinte relato: *Eu não gostei pois eu entrei lá bem, em paz e tranquilo, daí lá eles me deram um momento de medicamento, e sai de lá, tonto sabe, achando que a qualquer momento iria cair, era como se o mundo estivesse me engolindo, horrível*”, nesse momento a estagiária explicou que ele estava cometendo um erro pois psicólogo não dá e nem receita medicamento, e que ele provavelmente foi atendido por um psiquiatra, que é um médico com especialização.

O psiquiatra é um profissional da medicina que após ter concluído sua formação, opta pela especialização em psiquiatria [...] Ele é apto a prescrever medicamentos, habilidade não designada ao psicólogo. Em alguns casos, a psicoterapia e o tratamento psiquiátrico devem ser aliados. O psicólogo tem formação superior em psicologia, ciência que estuda os processos mentais (sentimentos, pensamentos, razão) e o comportamento humano. No decorrer do curso a teoria é complementada por estágios supervisionados que habilitam o psicólogo a realizar psicodiagnóstico, psicoterapia, orientação, entre outras (LOPES, 2014, p. 1).

As entrevistadas 1 e 5 disseram ter passado por psicoterapia, a entrevistada 1 fez acompanhamento após receber o diagnóstico de HIV positivo e a entrevistada 5 já fazia anteriormente, pois entrou em estado de depressão após o falecimento de seus pais.

É importante ressaltar que as políticas públicas relacionadas ao campo da AIDS desde seu início incluíram a atuação de psicólogos nas equipes multidisciplinares. Na implementação do SUS, a atuação do psicólogo se deu pela integralidade que é um dos três princípios doutrinários do SUS - aqui o objetivo é a atenção integral à saúde (CREPOP, 2008).

No planejamento das políticas e dos programas os psicólogos sempre fizeram parte dos grupos de diálogo ficando claro a importância do papel do psicólogo durante a elaboração, execução e avaliação das ações provenientes das diretrizes dos programas voltados para a saúde da população (CREPOP, 2008).

As ações desenvolvidas devem estar pautadas não somente nos aspectos técnicos e científicos da profissão, mas também em princípios ético-políticos que visem a garantir a atenção à saúde de todos, principalmente em relação às populações mais vulneráveis; o diálogo com outras disciplinas/saberes, a defesa dos direitos humanos, a luta contra todo e qualquer tipo de discriminação social e o respeito aos princípios éticos na relação profissional-usuário de saúde são igualmente fundamentais (CREPOP, 2008, p. 19-20).

Ressalta-se que, para se estabelecer nas políticas públicas e no campo da AIDS, a Psicologia necessita conhecer as políticas e buscar dentro da equipe multidisciplinar outros profissionais de saúde com diferentes conhecimentos que possam atuar no planejamento e execução de ações para que se atenda o objetivo de atenção integral à saúde.

De acordo com o que nos traz o CREPOP (p. 20, 2008), os princípios que norteiam o trabalho do psicólogo, como se encontra citado no art. 1º do Código de Ética profissional, estão contidos no seguinte enunciado: “O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desse trabalho foi o de conhecer o contexto de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS, pois é um assunto que gera ainda muita polêmica devido à falta de conhecimento da sociedade em geral. O interesse acadêmico surgiu em poder ouvir estas pessoas e saber se, além do tratamento com medicamentos, também lhes é oferecido o tratamento psicológico.

A vigilância epidemiológica de Caçador ainda não tem o serviço de Psicologia em sua equipe multidisciplinar; integrantes da própria equipe relatam estar fazendo projetos e solicitando um profissional da Psicologia, para poder oferecer maior suporte aos pacientes que obtiverem diagnóstico de qualquer doença atendida pela vigilância, em especial para as pessoas com HIV/AIDS, pois a partir das entrevistas pode-se evidenciar duas entrevistadas que mencionam períodos de depressão e até mesmo ideias suicidas.

Durante as entrevistas, ficou visível também o quanto elas ainda se escondem e têm medo de que sua nova condição sorológica fique exposta. Fica patente que eles sofrem sim com o diagnóstico de HIV/

AIDS, porém este parece passar a ser um problema secundário na medida em que o principal problema se torna o preconceito com relação ao atendimento na saúde pública.

Pode-se perceber que, quando questionados se já fizeram psicoterapia ou não após o diagnóstico que a maioria deles não tem muita clareza do papel do psicólogo e como este profissional poderia auxiliá-los com relação ao enfrentamento de seus temores, relações familiares, amorosas, e inclusive na melhoria da qualidade de vida.

Também ficou evidente o uso de mecanismos de defesa pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS - algumas tentavam afirmar estar tudo bem e que já tinham aceitado sua condição sorológica e toda a gama de problemas que surge com esse diagnóstico, porém não contam a ninguém: dizem não saber a forma de transmissão.

Após realização desta pesquisa, percebeu-se a real necessidade da efetivação de um número maior de investigações científicas voltadas à compreensão do fenômeno aqui estudado. Há muito ainda a ser desvendado em relação à vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS - novas pesquisas poderão contribuir para a disseminação de uma cultura de inclusão social e respeito à vida. Cabe à Psicologia a missão de contribuir para que as pessoas que vivem com HIV/AIDS se sintam iguais no contexto das relações sociais e no mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho?** São Paulo: Brasiliense, 1992.

BATISTA, Rodrigo S. & GOMES, Andreia P. **AIDS: conhecer é transformar.** Petrópolis: Vozes, 2000.

BLOUIN, Claude B. **AIDS: informação e prevenção - imprensa e medicina em busca de respostas.** São Paulo: Summus, 1987.

CREPOP. CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. **Referências técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos programas de DST e AIDS Conselho Federal de Psicologia (CFP).** Brasília: CFP, 2008.

DELOYA, Daniel. **Depressão.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DST. AIDS. Hepatites Virais. **Sigilo no Trabalho.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/no-trabalho>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

-
- GALVÃO, J. **AIDS no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1997.
- HAGEN, Steve. **Budismo: claro e simples**. São Paulo: Pensamento – Cultrix, 2000.
- KAY, Jerald & TASMAN, Allan. **Psiquiatria: Ciência Comportamental e fundamentos clínicos**. São Paulo: Manole, 2002.
- LOPES, Patricia. **A diferença entre Psiquiatra, psicólogo e psicanalista**. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/curiosidades/psiquiatra-psicologo-psicanalista.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2014.
- MALBERGIER, André. **AIDS e Psiquiatria: um guia para os Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- Ministério da Saúde. **Atenção em Saúde Mental nos serviços especializados em DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Ministério da Saúde. Ofício circular 156/2013. **Assunto: Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2013.
- MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: A ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- NASCIMENTO, Vanda L. V. O papel do psicólogo nos cuidados com os portadores de HIV/AIDS. **Grandes temas do conhecimento - Psicologia**, São Paulo, n. 5, p. 15-17, 2013.
- OIT. **Recomendação sobre o HIV e a AIDS e o mundo do trabalho**. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/recomenda%C3%A7%C3%A3o-sobre-o-hiv-e-aids-e-o-mundo-do-trabalho>>. Acesso em: 17 nov. 2014.
- PELISOLI, Cátula et al. **Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros**. v.31, n.2, São Paulo: Campinas, 2014.
- SANTA CATARINA. **A Epidemia de AIDS em Santa Catarina**. Disponível em: <www.dive.sc.gov.br>. Acesso em: 12 set. 2014.
- SPRINZ, Eduardo. **Rotinas em HIV e AIDS**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- VARELLA, Drauzio. **Linfócitos**. Disponível em: <drauziovarella.com.br/corpo.humano/linfocito/>. Acesso em: 17 nov. 2014.
-