



# Compreendendo o portador HIV/Aids usuário de drogas

## Comprehension of HIV/Aids barer behavior drug users

NILZEMAR RIBEIRO DE SOUZA<sup>1</sup> EDNA PACIÊNCIA VIETTA<sup>2</sup>

### RESUMO

Com o intuito de contribuir para a compreensão do comportamento do portador HIV/aids diante de sua infecção/doença, buscou-se identificar os conhecimentos, atitudes, sentimentos e crenças que esses pacientes nutrem à respeito da doença, as concepções que influenciam na persistência do estigma e, das posturas negativas na interação com os seus familiares. Para direcionar a presente investigação utilizou-se como referencial teórico o "Modelo de Crenças em Saúde" proposto por Rosenstock, 1996. Para a compreensão dos fenômenos estudados, recorreu-se aos depoimentos dos sujeitos, utilizando para tal a metodologia qualitativa. A pesquisa foi realizada no contexto do Ambulatório Escola - Escola de Enfermagem de Passos - UEMG, onde foram entrevistados 11 pacientes, usuários de drogas, com diagnóstico confirmado de HIV/Aids. O estudo permitiu compreender que, diante do diagnóstico, os sujeitos se afastam de seus amigos e familiares, temerosos de serem rejeitados. Muitas vezes são cobrados e lembrados de que são portadores da infecção/doença, o que parece aumentar ainda mais suas culpas. Quando mal informados, temem ainda mais se aproximar das pessoas que amam por receio de contaminá-las. Conclui-se com o trabalho que o enfermeiro precisa estar familiarizado com possíveis conflitos que se desencadeiam nestas situações, a fim de

que perceba a influência da dinâmica familiar que se estabelece em consequência dos problemas emocionais emergidos.

**Palavras-chave:** Portador HIV/Aids, Usuário de drogas, Modelo de Crenças em Saúde

### ABSTRACT

Aiming to cooperate to the comprehension of HIV/Aids barer behavior face to his/her illness, we tried to identify the knowledge, attitudes, feelings and beliefs these patients have about this illness, the conceptions that influence the persistence of the stigma and both, negative postures in the interaction with his/her relatives. To manage this present research we used as a theoretical reference the "Health Belief Model" suggested by Rosentock, 1996. We made use of patients' statements, to the comprehension of the subjects studied making use of a qualitative methodology. The research was made in the interior of the Scholl Ambulatory. Escola de Enfermagem de Passos - UEMG, where eleven patients, were interviewed, being all drug users and having a confirmed diagnosis of HIV/Aids. The study allowed to understand that facing the diagnosis, the HIV/Aids bearers get away from their friends and family, fearing to be refused by relatives, feeling sometimes to be questioned and frequently reminded that they are HIV/Aids bearers, what makes them increase their blames. When they don't have enough information, they are afraid of approaching to people they love fearing contaminate them. We concluded that nurses must be accustomed to possible conflicts that

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Docente da Faculdade de Enfermagem de Passos-MG

<sup>2</sup> Professora Doutora, Departamento de Psiquiatria e Ciências Humanas da EERP-USP



*O preconceito, faz com que os portadores/doentes se tornem, de si mesmos, algozes, carregados de culpa diante do que não podem reverter - culpa que a família, os amigos, a sociedade reforçam*

may happen in such situations feelings the influence of a family dynamic that appears as a consequence of emotional problems that arise.

**Keywords:** HIV/Aids barer, Drug users, Health Belief Model

## 1. INTRODUÇÃO

A Aids, na atualidade, constitui-se um dos maiores problemas de Saúde Pública. Intensos esforços são aplicados na busca das soluções, e não obstante, o futuro do portador do HIV/Aids ainda continua incerto. O fato de afetar toda a população, faz da Aids causa de elevadíssima taxa de letalidade, pois não há até o momento tratamento ou vacina eficaz, além do que ainda não se avista, no horizonte turvo, a definitiva panacéia.

Devido as características de transmissibilidade, as medidas preventivas, embora imprescindíveis resultam em difícil implementação. A epidemia gera impacto social e econômico em todas as nações, constituindo-se em uma doença extremamente estigmatizadora. Verifica-se a presença de preconceito, acentuada rejeição e conseqüente discriminação, fatores que agravam a sobrevida destes pacientes e se constitui em problemas de ordem social de grandes dimensões.

O preconceito, faz com que os portadores/doentes se tornem, de si mesmos, algozes, carregados de culpa diante do que não podem reverter - culpa que a família, os amigos, a sociedade reforçam com cobranças, discriminação, isolamento e omissão.

Nosso interesse e motivação pelo presente estudo surgiram de reflexões realizadas ao longo de nossa experiência profissional, no exercício de atividades tanto de docência quanto assistencial. Nasceram, sobretudo, do nosso trabalho durante a supervisão de estágios do curso de graduação em Enfermagem na Clínica Médico-Cirúrgica, e, especialmente através da assistência prestada aos portadores de HIV e Aids hospitalizados nesta unidade.

No contexto do hospital a situação é bastante conflitante, o medo do contágio é determinado pela falta de informação e pelo desconhecimento. Apesar da epidemia ter mais de treze anos, observam-se ainda, as incertezas e dúvidas sobre a doença, prevalecendo o medo do contágio associado ao significado metafórico do HIV/Aids: doença, morte, uso de drogas, sexo ilícito, homossexualidade e castigo. Preocupados em utilizar normas de biossegurança e outras medidas de proteção, os profissionais muitas vezes esquecem-se do ser humano e de suas neces-

sidades de aceitação, compreensão e amor.

Nossa indagação teve início ao conhecer uma paciente durante uma visita de rotina. Num quarto de final de corredor encontramos-na:

tristonha, arredia e solitária naquele dia de visitas. Sua condição era degradante, evitava dialogar, mas ao ser indagada sobre seus familiares e amigos, acabou informando que não possuía nem um nem outro. Percebemos a necessidade que aquela paciente sentia do apoio de um familiar ou amigo, por isto tentamos confortá-la, mas em vão estávamos impotentes.

Outro fator que despertou nosso interesse, foi a observação dos procedimentos envolvidos no processo de admissão destes pacientes no hospital geral. Podemos constatar que estas internações mobilizam toda a equipe médica e de enfermagem que, de forma radical, adotam modificações na estrutura e no comportamento. No âmbito hospitalar, o preconceito surge do medo de assistir os indivíduos com HIV/Aids. Além de prejudiciais, tais atitudes não são desejadas, sendo importante humanizar os locais onde se presta atendimento a esses pacientes<sup>(6)</sup>. Não há procedimento de rotina para a internação para esses casos. O que existem são atitudes de imediato isolamento. Esses pacientes são acomodados, geralmente, em quartos afastados das enfermarias, a oscilação é de acordo com a infecção. Os portadores/doentes permanecem carentes de cuidados, privados do convívio dos demais e da equipe, abandonados com seus pensamentos.

Começamos a questionar a condição existencial do portador de HIV/Aids, principalmente o aspecto que apontava esta falta de interação e apoio dos familiares e amigos. Que estaria acontecendo? Que sentimentos estariam interferindo neste relacionamento, impedindo que os familiares comparecessem para saber de seu estado de saúde? Que crenças estariam nutrindo este comportamento, capazes de anular até mesmo os vínculos afetivos normais?

Nas interações estabelecidas com esses pacientes, podemos perceber quão carentes e necessitados estavam do apoio familiar, que pudesse ampará-los nos momentos difíceis. A doença é sofrimento para alguns e solidão para outros, podendo tornar-se maior onde o medo da contaminação impede que indivíduos se ajudem.

A angústia e a solidão do portador/doente, diante da indiferença aparente ou suposta de sua família, e todos aqueles outros aspectos abrangidos neste universo nos tocaram profundamente, despertando nosso interesse em entender esta atitude e estes sentimentos que, no fundo, certamente devem ser des-



*O modelo de crenças em  
saúde revela a relação  
entre o que as pessoas  
acreditam e como  
elas agem*

confortáveis e dolorosos para ambos, paciente e família.

No presente estudo, considerando ser de fundamental importância a atuação do enfermeiro como cuidador e testemunha dos problemas existenciais do portador do HIV/Aids, dada a sua íntima interação e a sua conscientização em agir em prol da saúde destas pessoas, faz-se necessário conhecer e compreender as razões que levam os pacientes portadores de HIV/Aids a agirem e comportarem de diversas maneiras em relação à doença.

Tentando colocar-nos na situação deste paciente, devido a importância de se estudar as crenças, sentimentos e atitudes do portador HIV/Aids e sua interação com os seus familiares, nos propusemos a realizar o presente estudo estabelecendo os seguintes objetivos: identificar o que o portador de HIV/Aids – usuário de drogas conhece sobre sua doença; detectar as crenças que o portador de HIV/Aids – usuário de drogas nutre a respeito desta patologia; identificar as emoções e sentimentos do portador de HIV/Aids – usuário de drogas relacionados à convivência com a família, que interferem na motivação externa da tomada de decisão em saúde.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

O modelo de crenças em saúde proposto por Rosenstock é utilizado para melhor compreender os fatores que influenciam na percepção e nas crenças das pessoas para se poder planejar efetivamente os cuidados para a manutenção ou reobtenção da Saúde. Considera-se crenças em saúde de uma pessoa, o fruto de suas idéias, condições e atitudes sobre saúde e doença. Segundo o autor, crenças em saúde podem ter como bases informações e desinformações, sendo comum numa dada comunidade ou família mitos, realidades vividas ou falsas concepções. O modelo de crenças em saúde revela a relação entre o que as pessoas acreditam e como elas agem. Portanto, as crenças tanto podem promover a saúde como influenciá-la negativamente. Neste Modelo é, portanto fundamental o conhecimento que os indivíduos têm a respeito da origem ou causa da doença. No caso dos portadores do HIV/Aids é sobretudo importante saber as crenças que o próprio doente tem a respeito de sua doença e como estas interferem no relacionamento familiar.

## 3. MATERIAL E MÉTODOS

Para a investigação das crenças dos portadores de HIV/Aids é sua interação familiar, foi escolhido como campo de pesquisa, o Ambulatório Escola – Fa-

culdade de Enfermagem de Passos – Universidade do Estado de Minas Gerais; por se tratar de um Centro de Referência para a cidade de Passos e região. Este ambulatório assiste pacientes dos hospitais da rede

pública, de médicos particulares e cidades vizinhas que, após detectarem casos suspeitos ou confirmados, encaminham para o acompanhamento específico.

A coleta do presente estudo, teve a duração de três meses, com o objetivo de obter saturação dos dados. Foram investigados 11 pacientes cadastrados no Ambulatório Escola.

Para seleção das sujeitos foram considerados os seguintes critérios:

- a) ter diagnóstico confirmado de HIV/Aids (através do critério estabelecido pelo Ministério da Saúde<sup>3</sup> – Programa de DST/Aids);
- b) ter ciência de seu diagnóstico;
- c) ter idade igual ou superior 18 anos;
- d) ter esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e aceitar participar voluntariamente;
- e) ser usuário de drogas em geral (devido predominância do uso de drogas entre os pacientes do ambulatório, optamos trabalhar com esta amostragem);
- f) os dados foram obtidos de pacientes que aguardavam na sala de espera para consulta médica ou de enfermagem. Foram excluídos, pacientes em fase terminal, com impossibilidade de verbalizar ou com alterações de comportamento.

Utilizamos para coletar os dados a entrevista semi-estruturada, enfocando a temática das crenças, sendo orientada por um guia de assuntos ou roteiros de questões previamente elaborado, a partir de um plano piloto. As entrevistas foram gravadas, e transcritas pelas pesquisadoras, após cada sessão de entrevista. Após cada encontro com o paciente, era agendado seu retorno para o novo contato, conforme sua necessidade ou para complementação da entrevista.

Diante dos registros, o material foi submetido ao processo de categorização, que é um recurso imprescindível na garantia do rigor metodológico<sup>(7)</sup>. O material obtido foi então submetido a análise compreensiva tendo por base a interpretação do conteúdo, associado ao modelo de crenças em saúde de Rosenstock.

Adequar um referencial metodológico que nos desse a garantia do rigor metodológico nos levou a optar pelo<sup>(10)</sup> já que este se afigurava como adequado ao Estudo do comportamento do portador de HIV/Aids – usuário de drogas, diante de sua infecção/doença. Buscávamos indicar neste contexto os conhecimentos, atitudes, sentimentos e crenças que esses pa-



*O modelo estudado indica a importância de o indivíduo ter conhecimento da gravidade de sua doença para ter iniciativa de buscar ajuda*

cientes nutrem à respeito da doença, as concepções que influenciam na persistência do estigma e, das posturas negativas na interação com seus familiares, bem como as repercussões psicossociais que atingem esses portadores/doentes. Para a compreensão dos fenômenos estudados, utilizou-se a metodologia qualitativa<sup>(2, 8)</sup>, História Oral Temática<sup>(8)</sup>. Dado seu caráter específico, a história oral temática tem características bem diferentes da História Oral de Vida. Detalhes da história pessoal do narrador apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação temática central. A história oral temática não só admite o uso de questionário, como este se torna peça fundamental para a aquisição dos detalhes procurados.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de melhor compreensibilidade dos resultados procedeu-se a análise temática dos discursos ou falas entendendo que o discurso é a forma através da qual o homem expressa, de maneira significativa, a inteligibilidade do ser-no-mundo. Foram apreendidos, na fala dos entrevistados, as vivências e emoções dos portadores de HIV/Aids e suas convivências com os familiares, sob o âmbito de suas crenças a respeito de sua infecção/doença. As questões abordadas serão analisadas e discutidas a seguir.

##### Características da amostra de pacientes portadores de HIV/Aids entrevistados

Apresentamos a caracterização demográfica dos portadores de HIV/Aids entrevistados que compreendem a amostra. Participaram deste estudo: 11 pacientes sendo: 07 do sexo masculino e 04 sexo feminino. A idade variou de 21 a 39 anos. Quanto ao estado civil 06 são solteiros, 04 amasiados e 01 viúvo. É importante mencionar que de um total de 11 sujeitos, 02 apresentaram o 1º grau completo, 02 cursaram até a 6ª série, enquanto 07 não completaram o primário. Quanto à categoria de exposição, 02 sujeitos são declarantes homossexuais, 01 heterossexual, 02 prostitutas, 01 usuária de droga EV/prostituta, 04 usuários de drogas, 01 usuário de droga/heterossexual. Destes todos são usuários de drogas entre elas: crack, maconha, artane, cocaína, álcool, drogas EV (não mencionadas); 03 sujeitos não mencionaram o tipo de droga utilizada; 02 deles são ex-presidiários.

Quanto à crença sobre a via de contaminação da doença: 05 sujeitos mencionaram a via sexual, enquanto 04 indicaram a contaminação por agulhas e

seringas compartilhadas, 01 indicou como via agulhas e seringas compartilhadas /e via sexual, 01 sujeito diz ter sido contaminado por agulhas e seringas compartilhadas, porém é comprovado que sua espo-

sa faleceu de Aids; Em relação à fase ou estágio da doença: 03 pacientes encontravam-se na fase II por ocasião da entrevista, 01 na fase III, 04 na fase IV - A, B, C1, 01 na fase IV B, C2 e 01 na fase IV-E. Estes dados foram apresentados visando a uma melhor caracterização dos sujeitos pesquisados.

##### Sinais e sintomas percebidos da doença

A situação vivida pelos sujeitos diante dos primeiros sinais e sintomas da Aids é bastante conflitante, porque a doença pode passar por um longo período assintomático. Nem todos sujeitos entrevistados obtiveram esta percepção.

*“eu não senti nada. Minhas amigas começaram a fazer, me chamou e aí eu peguei e fiz. Eu fiz exame;”*

*“eu... já tem 6 anos que tenho essa doença e nada. Eu simplesmente já tinha na cabeça que eu tinha ela, por causa que tomei muito na veia. Eu tomava muita cocaína na veia, em rodada de parceiros e os parceiros morreram todos com essa doença. Ouvi dizer que só restou eu mesma, que o resto foi tudo. E aí eu resolvi fazer o exame, eu já estava ciente que eu tinha. Aí eu fiz o exame, esperei a resposta e o B. entregou (...).”*

O diagnóstico da soropositividade esteve bastante relacionado com o comportamento do indivíduo, que fez exames para detectar a infecção, sem ter percebido seus sinais e sintomas.

Segundo o modelo estudado é importante que o indivíduo perceba e acredite que ele seja susceptível à doença<sup>(10)</sup>. No presente estudo fica claro haver algumas suspeitas por parte dos sujeitos que os levaram a fazer exames, embora negassem estar sentindo algum sintoma. Apesar de estarem cientes da exposição ao risco e de terem medo de contrair a doença, o fato de não ter sintomas aparece como barreira para a busca de confirmação diagnóstica.

Podemos perceber que alguns sujeitos tinham a certeza de que há muito tempo já estavam contaminados, porém se negavam a buscar a confirmação.

O modelo estudado indica a importância de o indivíduo ter conhecimento da gravidade de sua doença para ter iniciativa de buscar ajuda. No presente estudo encontrou-se indivíduos que só procuraram auxílio após a doença se encontrar instalada, dificultando o processo de tratamento:



*O estigma que gira em torno da doença leva as pessoas infectadas muito mais a se esconderem do que se revelarem*

*“foi quando eu fiquei doente, eu internei na Santa Casa fizeram exame e deu positivo. Foi problema de... eu achei que estava com úlcera e gastrite, mas não foi eu acho que era problema de Aids...”*

Na tentativa de negar sua própria condição de portador de Aids, o paciente procura inicialmente tratamentos alternativos. O estigma que gira em torno da doença leva as pessoas infectadas muito mais a se esconderem do que se revelarem. Tentando negar o diagnóstico, o paciente procura alternativas em diversas clínicas para solucionar problemas sintomáticos.

É importante ressaltar que uma das maiores preocupações dos sujeitos é a “perda de peso”, que para eles é o que denuncia suas condições de portadores da doença, tornando-os imediatamente rotulados como “aidéticos” pela sociedade.

*“... a gente emagrece muito, o pessoal da rua fica falando”.*

### Crenças sobre o tratamento

O modelo de crença estudado afirma que o indivíduo para tomar ações de saúde necessita crer que uma determinada alternativa de tratamento será benéfica ou seja lhe trará resultados efetivos como por exemplo melhora ou cura. Neste estudo seis pacientes informaram estar recebendo algum tipo de tratamento medicamentoso, dos quais, cinco acreditam que possa ser benéfico para sua patologia, mas revelam que às vezes esquecem ou não querem tomar o medicamento. Alguns acreditam que o remédio pode ajudar, mas a maioria parece não dar o devido valor à medicação:

*“o tratamento serve para prolongar a vida das pessoas. Eu faço tratamento e confio mais ou menos nele, eu fico indo para o hospital”.*

Três pacientes se mostraram extremamente descrentes em relação ao tratamento, se negam a realizá-lo pois não conseguem ver benefícios com o seu uso. Acreditam que o medicamento pode até matar, por isso têm medo do tratamento, não tomam os remédios prescritos, não seguem a prescrição corretamente:

*“o tratamento serve para matar a gente mais depressa. A maioria que eu conheço depois que fizeram tratamento já morreram. Eu tenho medo, eu não faço tratamento”.*

Podemos observar que os relatos vêm de encontro ao referencial teórico<sup>(10, 11)</sup>, que afirma que quando o indivíduo apresenta um sintoma ele pode procurar auxílio médico para o seu diagnóstico, mas

o tratamento pode não ser seguido por várias razões (barreiras), entre elas o fato de ser um recurso inútil pelo fato de a moléstia não ter cura. Os sujeitos entrevistados além de não acreditarem na cura, muitas vezes acreditam que os remédios matam.

No caso da Aids, estamos diante de uma doença ainda incurável, porém é sabido que pode variar em sua evolução se o tratamento é corretamente seguido e se o paciente deposita confiança na equipe. O relacionamento terapêutico que se estabelece auxilia, também o paciente a enfrentar os temores da doença<sup>(5)</sup>.

### Percepção de mudança após adquirir a doença

Observamos uma atitude de isolamento dos sujeitos e uma mudança de comportamento em relação às pessoas que os rodeiam. Os sujeitos passam a se comportar diferentemente com as pessoas e a controlar o seu afeto que evitam expressar, receios de contaminar alguém:

*“meu comportamento, vícios, tudo mudou bastante, amigos. Hoje eu posso dizer que tenho três amigos. Antes eu tinha ... não por eles, eu é que escolhi assim (...);*

*“... eles não entenderiam à doença. Eles não cooperariam, não me apoiariam em nada, afastariam de mim. Então antes que fosse mais doloroso pra mim, eu preferi me afastar”.*

Percebemos uma certa indiferença quanto ao que mudou em suas vidas, o paciente lança mão de mecanismos que o auxiliam a diminuir o sofrimento ou a amenizar os acontecimentos:

*“não mudou nada, é a mesma coisa ... eu acho que não mudou, o que era antes eu sou agora”.*

Podemos observar, nos entrevistados, a necessidade de auxílio, para o qual poderia ser sugerido um suporte psicoterápico<sup>(1)</sup> baseado nas queixas do paciente, tais como culpa associada ao fato de admitir ser a Aids uma doença que pode ser evitada, relacionada com práticas sexuais ou abuso de drogas e, ainda pelo isolamento social do doente. Além de subsidiar o conhecimento do doente acerca de sua enfermidade, poderíamos ajudá-lo a manejar os sentimentos de medo, culpa e hostilidade.



*As crenças que os familiares nutrem à respeito do HIV/Aids vão influenciar no comportamento dos membros da família e nas reações que terão diante da confirmação do diagnóstico*

Os profissionais de saúde deveriam atuar oferecendo assistência integral a este tipo de paciente e a sua família, atuando nos aspectos aqui levantados visando à diminuição de seus sofrimentos. A participação da família neste tipo de atendimento é de fundamental importância como suporte emocional. A aceitação da família em relação à situação do portador/doente é talvez a maior ajuda para o tratamento, desde que esta não o deixe ainda mais culpado pelo seu estado. Daí a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos quanto ao tipo de dinâmica familiar que estabelece.

### Conhecimento da família sobre a doença

Notamos que a maioria dos familiares sabem sobre o diagnóstico dos sujeitos. Eles mesmos são os responsáveis pela comunicação. Alguns sujeitos optaram por não comunicar à família. Outros informaram que o distanciamento da família ocorreu antes do diagnóstico. Geralmente os companheiros (as) estão cientes do diagnóstico.

Os sujeitos expressaram que suas famílias sabem sobre os mecanismos evolutivos da doença, mas escondem ou negam comportamento que os levou a adquiri-la.

Certos familiares oferecem uma superproteção para compensar sentimentos de culpa. Um dos primeiros sentimentos é o de não acreditarem no que estão ouvindo, o que dificulta ainda mais a relação. Às vezes levam o portador para realizar exames em outros locais a fim de confirmar o diagnóstico:

*“meu pai não acreditou, minha mãe não acreditou, depois minha mãe começou a ir ao psicólogo comigo, meu pai. Depois ele me mandou para Ribeirão Preto fazer Wertern blot, um exame lá e acabou de confirmar”.*

As crenças que os familiares nutrem à respeito do HIV/Aids vão influenciar no comportamento dos membros da família e nas reações que terão diante da confirmação do diagnóstico. As atitudes poderão ser a de aceitação ou não do portador/doente. Tanto o conteúdo das crenças, quanto as atitudes subsequentes, podem ser fontes de stress na família, provocando desadaptação e rompimento da coesão entre seus membros.

### Relacionamento com os familiares

Notamos que o relacionamento de alguns sujeitos com os familiares estava de alguma forma alterado mesmo antes da doença se instalar, portanto,

parece não ter havido grandes mudanças após o diagnóstico. Em alguns casos, a família sente-se culpada pelo acontecimento, e tenta reparar a falha através da superproteção. Os sujeitos mostram-se receptivos a um bom relacionamento, desde que não recriminados por seus comportamentos. Incomodam-lhes a superproteção, que lhes lembram a todo momento ser um portador da infecção/doença:

*“eu morava com meu pai e minha mãe, eu quis mudar (...) Depois do resultado ficou melhor pra eles. Eles ficam querendo agradar. Pra mim é ruim porque toda hora eles ficam te lembrando aquilo. Eles fazem lembrar toda hora que sou portador do HIV. Eu não me sinto bem (...) Se eu ficar junto com eles eu não me sinto bem, é perigoso eu ficar doente”.*

Outros fatores que poderiam estar interferindo no relacionamento dos sujeitos com os seus familiares, são os seguintes fatos: o paciente querer poupar sofrimento à família; não querer deixar o vício, teve medo de contaminar os familiares.

Sabemos que é difícil estabelecer e manter vínculos em situações que envolvem conflitos de sentimentos e emoções, daí a necessidade de se compreender a dinâmica familiar dando suporte emocional, orientação e ajuda. Para que possamos diminuir o preconceito por parte da população e das pessoas que o assistem é aconselhável que o tratamento seja feito no domicílio. Este tratamento contribuirá para a reciclagem do indivíduo e da família na área de educação em saúde, fazendo com que estes tornem-se agentes de sua própria saúde<sup>(4)</sup>.

Podemos observar também que os sujeitos se mostram receptivos ao relacionar-se com outros portadores da doença, sentindo-se mais aceitos neste grupo.

### 5. CONCLUSÕES

A partir dos depoimentos dos sujeitos entrevistados, observamos que os pacientes já portavam anteriormente ao diagnóstico HIV positivo, dificuldades afetivas, que se agravaram com a nova situação.

O HIV e a Aids impõem uma mudança radical na vida de seus portadores. A doença evolui, de certa forma, diferente em cada indivíduo, nos levando a obter algumas respostas para a doença, não mais no vírus, mas sim nas características de cada sujeito.

Por ser uma patologia de caráter estigmatizante, onde os comportamentos dos indivíduos são questionados, suas crenças são fatores que interferem no comportamento do portador e à sua atitude diante da doença.



As crenças podem variar de pessoa para pessoa, de doença para doença, sendo importante estudar os fatores geradores de crenças para a compreensão das atitudes tomadas pelos sujeitos.

É importante que, ao ser oferecida, a assistência ao doente, os programas de saúde possam apresentar subsídios que compreendam as crenças e conseqüentes comportamentos que o portador do HIV/Aids adota diante da doença. A família sente-se ou não disposta e capaz de aceitar o enfermo. A nova condição de vida, depende não apenas da motivação e recursos internos, como da orientação dos serviços de saúde prestados para enfrentar os problemas que podem sobrevir<sup>(9)</sup>. Que esta assistência não seja voltada para um atendimento restrito ao cuidado físico mas orientado por um enfoque holístico que abranja também o emocional, o psicológico e o espiritual. Que as questões psicológicas sejam trabalhadas e estendidas a todos familiares.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar WM, Arnaldo RS, Dunningham W. Aspectos psiquiátricos da infecção pelo vírus HIV-1: estado atual do conhecimento. *Arq Bras Med* 1994; 68:102-6.
2. Bogdan RC, Biklen SK. **Investigação qualitativa em enfermagem**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Codex; 1994.
3. Brasil (PNDST/AIDS). **Revisão da definição nacional de caso de Aids em adulto**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1992.
4. Brasil (PNDST/AIDS). **Assistência domiciliar terapêutica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
5. Ferreira VLF. **Aids e vida**: um estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.
6. Gir E, Moriya TM, Figueiredo MAC. **Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana**. Goiânia: AB; 1994.
7. Lofland I. **Analysing social settings aguide to qualitative observation and analysis**. Belmont: E.A. Wodsworth Publishing, 1971.
8. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**: metodologia da pesquisa social (qualitativa) em saúde (tese). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1989.
9. Pedrosa LAK. **Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença**: base para a compreensão de suas ações em saúde (dissertação). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.
10. Rosenstock, IM. **Why people use health services**. Milbank Mem Fund 1996; 44:94-122.
11. Rosenstock IM. **Historical of the health belief model**. *Health Educ Monog* 1974; 2:328-35.

### Endereço para correspondência:

**Nilzemar Ribeiro de Souza**

Rua Paraguaçu, 59, Vila Rica, Passos-MG  
CEP: 37900-000



BREAK THE SILENCE

For further information, please contact

Durban Secretariat, XIII International AIDS Conference, P.O. Box 1620 Durban 4000 South Africa

Tel: +27 31 301 0400 • Fax: +27 31 301 0191 • e-mail: [aids2000@aids2000.com](mailto:aids2000@aids2000.com) • [www.aids2000.com](http://www.aids2000.com)