

CONSEQUÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS DA AÍDS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS SOROPOSITIVAS PARA O HIV*

BIO-PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES OF AIDS ON THE QUALITY OF LIFE OF HIV SERUM-POSITIVE PEOPLE

Alessandra R Castanha,¹ Maria da Penha L Coutinho,²
Ana AW Saldanha,³ Josevânia SC Oliveira⁴

RESUMO

Introdução: o aumento da sobrevivência dos soropositivos para o HIV leva a novas fontes de incertezas provocadas pela renegociação que os mesmos necessitam fazer com relação aos seus sentimentos de esperança e orientação para o futuro, aos seus papéis sociais e identidades, às suas relações interpessoais e à sua qualidade de vida (QV). **Objetivo:** avaliar as consequências biopsicossociais da aids na qualidade de vida de soropositivos para o HIV. **Métodos:** participaram deste estudo 26 sujeitos de ambos os sexos. Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada. O material foi categorizado pela análise temática de conteúdo de Bardin (2002). **Resultados:** a partir de conteúdos emergentes de entrevistas semi-estruturadas submetidos à análise temática de conteúdo de Bardin, surgiram duas classes temáticas. A primeira – *aids* – possui uma categoria *representações da aids* e quatro subcategorias – doença, morte, sofrimento e naturalização –. A segunda classe temática – *consequências biopsicossociais da Aids na QV* – divide-se em três categorias: a primeira delas foi a *físico-orgânica*, com três subcategorias – perturbações fisiológicas, capacidade física e efeitos colaterais do medicamento; a segunda foi *psicoafetivas*, com quatro subcategorias – preconceito, depressão, auto-estima e autopercepção e a última categoria foi a *comportamental*, com duas subcategorias – isolamento e sexualidade. **Conclusão:** as consequências biopsicossociais encontradas neste artigo deixam a influência da aids na QV de soropositivos para o HIV evidente, especificando seus principais determinantes, mostrando, dessa maneira, a importância da análise das mesmas ao se pensar em QV dentro desse contexto.

Palavras-chave: consequências biopsicossociais, aids, qualidade de vida, soropositivos

ABSTRACT

Introduction: the increase of the survival of HIV serum-positive people lead to new sources of uncertainty caused by the renegotiation that these people need to do regarding their feelings of hope and orientation about the future, as well as their social role and identities, and their interpersonal relationships and quality of life (QL). **Objective:** to evaluate the bio-psycho-social consequences of aids on the quality of life of HIV serum-positive persons. **Methods:** twenty-six people of both genders look part in this study. The technique of semi-structured interview was used. The data was categorized by the content thematic analysis of Bardin (2002). **Results:** two thematic classes arose from the emergent contents of the semi-structured interviews submitted to the content thematic analysis of Bardin. The first – *Aids*, has one category – *representations of aids* and four sub-categories – disease, death, sorrow and naturalization –. The second thematic class – *bio-psycho-social consequences of aids on the QL* was divided in to three categories: the first one was the *physic-organic*, with three sub-categories – physiologic perturbations, physical capacity and side effects of the medication; the second one was *psycho-affective*, with four sub-categories – prejudice, depression, self-esteem and self-perception; and the last category was the *behavioral*, with two sub-categories – isolation and sexuality; **Conclusion:** the bio-psycho-social consequences found in this study demonstrated the influence of aids on the QL of HIV serum-positive people, highlighting their main origins, showing the importance of their analysis when it comes to the context of the QL.

Keywords: bio-psycho-social consequences, aids, quality of life, serum-positive people

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 100-107, 2006

INTRODUÇÃO

A aids é, atualmente, um grave problema de saúde pública, tanto pelas repercussões da doença quanto pelo aumento vertiginoso do número de casos, sendo uma das principais doenças com elevadas taxas de mortalidade. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a situação é mais complexa, não só porque é mais

difícil evitar a propagação da doença, mas também porque as consequências econômicas e sociais são mais graves, por serem países já debilitados economicamente.¹ Nesse sentido, faz-se necessário entender o fenômeno da aids sob o prisma orgânico/fisiológico e apreender os diversos fatores que compõem a doença nos seus aspectos psicossociais, afetivos e ideológicos.

O aumento da sobrevivência dos infectados pelo HIV leva a novas fontes de incertezas provocadas pela renegociação que os doentes necessitam fazer com relação aos seus sentimentos de esperança e orientação para o futuro, aos seus papéis sociais e identidades, às suas relações interpessoais e à sua qualidade de vida (QV).²

* Prêmio de melhor trabalho completo no Congresso DST6, Aids2, Santos, 2006.

¹ Doutoranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto.

² Doutora em Psicologia. Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba.

Dessa maneira, evidencia-se que o HIV/Aids tem múltiplas implicações e consequências de ordem sanitária, psicológica, social e familiar, que vão desde o isolamento, o abandono e a rejeição social, à doença e à morte, passando pelo medo e pela ansiedade; pela diminuição da auto-estima; pelo sentimento de perda de controle; pelos disfuncionamentos sexuais; pelas perturbações familiares, profissionais e socioeconômicas. A aids destrói os laços e as relações do indivíduo com seu meio, isolando-o de outros indivíduos e da família, fragilizando sua inserção e seu suporte social e os elementos prejudiciais ao bem-estar e à saúde.³

Os soropositivos vivem com um número imprevisível de sintomas, de internações e de problemas psicossociais decorrentes da evolução da doença, tais como a estigmatização, a perda do emprego e conseqüentes dificuldades econômicas, além do abandono pela família e amigos. A aids, além de ser uma doença com graves consequências físicas e psicológicas, é também um fenômeno de natureza social acompanhado de processos de segregação baseados nos estigmas socialmente construídos e intimamente ligados às representações sociais da doença.⁴

Nesse sentido, torna-se necessário integrar as dimensões psicológicas e sociais ao processo saúde-doença. As representações habituais de experiência da aids contêm os elementos simbólicos e morais que vão, intervir fortemente em todas as etapas do reconhecimento da doença, de demanda de cuidados e de restauração da saúde. Essa busca de sentido, inseparável da identidade do sujeito e da de ator social, infiltra todas as atitudes e os comportamentos diante da doença.

OBJETIVO

Este estudo objetiva avaliar as consequências biopsicossociais da Aids na qualidade de vida de soropositivos para o HIV. A pesquisa está ancorada na Teoria das Representações Sociais,⁴ por permitir apreender o conhecimento baseado na experiência social comum por meio da expressão dos atores sociais – soropositivos para o HIV – inseridos em seus grupos de pertença.

MÉTODOS

Campo de investigação

A pesquisa foi desenvolvida em Organizações Não-Governamentais (ONGs) e em um hospital de referência, todos especializados no atendimento da aids e localizados na cidade de João Pessoa – Paraíba.

Participantes

Participaram deste estudo 26 sujeitos soropositivos, selecionados aleatoriamente, de forma não-probabilística, intencional e acidental, de ambos os sexos (57% masculino e 43% feminino), com média de idade de 38 anos.

Instrumento

Adotou-se o modelo de entrevista semi-estruturada, constituída de itens referentes à identificação sociodemográfica e questões norteadoras e estruturadas de acordo com o referencial teórico ado-

tado. Foi estabelecido o critério de saturação para delimitar o número de sujeitos entrevistados e selecionada a técnica de análise de conteúdo temática,⁵ com o objetivo de inferir novos conhecimentos a partir das respostas dos sujeitos às entrevistas.

Aspectos éticos

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Procedimentos de coleta dos dados

Realizou-se um estudo piloto com o intuito de verificar a boa adequação do instrumento, e verificou-se a validade semântica do mesmo. Em seguida, efetuou-se o estudo definitivo. Inicialmente, a diretoria das instituições envolvidas foi contactada com a finalidade de se obter a autorização para a coleta dos dados; posteriormente, verificou-se a disposição dos participantes em colaborar de forma voluntária desta pesquisa. Na oportunidade eram explicitados os objetivos e a necessidade do uso do gravador, foram-lhes garantidos o anonimato e a confiabilidade das suas respostas, indicando-lhes que estas seriam analisadas no seu conjunto.

As entrevistas foram realizadas individualmente nas próprias instituições, por um pesquisador previamente treinado e qualificado. O tempo de duração foi de, em média, 20 minutos para cada participante.

Análise dos dados

No que se refere à análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática, cujo objetivo é compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas.⁶ Seu procedimento visa ainda obter a sistematização e a descrição do conteúdo das mensagens, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção – variáveis inferidas –. Os dados são analisados quantitativamente por meio da análise das frequências e percentuais. A análise das unidades temáticas por meio desta técnica pressupõe o desenvolvimento das seguintes etapas operacionais: constituição do *corpus*; leitura flutuante; composição das unidades de análise; codificação e recortes; categorização e descrição das categorias. Após a leitura flutuante do *corpus* e a emergência das categorias empíricas, as mesmas foram codificadas e validadas internamente por três pesquisadores-juizes que trabalham com esta técnica.

DISCUSSÃO

As interlocuções resultantes das questões norteadoras das entrevistas dos participantes foram estudadas por meio da análise de conteúdo temática, permitindo a construção de um conhecimento prático correspondente a duas classes temáticas, quatro categorias empíricas e 13 subcategorias, conforme a **Tabela 1**.

Tabela 1 – Classes temáticas, categorias e subcategorias

Classes Temáticas	Categorias	Subcategorias
Aids	1 - Representações da aids	1.1 - Doença
		1.2 - Morte
		1.3 - Sofrimento
		1.4 - Naturalização
Conseqüências biopsicossociais da aids na qualidade de vida	2 - Físico-orgânicas	2.1 - Perturbações fisiológicas
		2.2 - Capacidade física
		2.3 - Efeitos colaterais do medicamento
	3 - Psicoafetivas	3.1 - Preconceito
		3.2 - Depressão
		3.3 - Auto-estima
		3.4 - Autopercepção
	4 - Comportamentais	4.1 - Isolamento
		4.2 - Sexualidade

A primeira classe temática, referente à *aids*, apresentou uma categoria: *representações da aids*, e quatro subcategorias: doença, morte, sofrimento e naturalização, conforme **Tabela 1**. Das representações apreendidas pelos soropositivos, 32% foram relativas à doença, 26% à naturalização, 25% ao sofrimento e 17% à morte.

Tabela 2 – Distribuição das freqüências e percentuais da categoria “representações da aids”

SUBCATEGORIAS	PARTICIPANTES	
	f	%
Doença	31	32
Naturalização	25	26
Sofrimento	23	24
Morte	18	18
Total	97	100

Denota-se que essas subcategorias estão dimensionadas em dois eixos, *aids* como fenômeno real e concreto – *doença, morte e sofrimento* –; e *Aids* como “ilusão” – *naturalização*. As representações da *aids*, enquanto fenômeno real e concreto, podem ser observadas nas falas a seguir:

Aids é ... uma doença (10) ... é como uma doença qualquer (5) ... como uma diabetes (4) ... comparada à câncer (4) ... perde peso (3) têm várias doenças que estão nesse mesmo patamar (3) ... é quando começa a aparecer as manchas (2).

Percebe-se nas falas dos atores sociais que a *aids* é vista como uma doença com toda uma gama de sintomas próprios. As formas de conhecimento produzidas sobre a *aids* têm uma conotação de doença, traduzida por angústia, pânico, rejeição, cujas interpretações de cunhagem são ainda de ordem primitivas.⁶⁻⁷⁻⁸

Observa-se, também, que a *aids* está ancorada nas doenças crônicas, como a diabetes e o câncer, fenômeno este decorrente da introdução dos anti-retrovirais que permitiu à *aids* assumir um caráter de cronicidade, tornando-se *normal* com o passar do tempo, semelhante a tantas outras doenças. Nesse sentido,

Saldanha⁹ afirma que na história da *aids* existem dois períodos bem delimitados: antes da década de 1990, quando prevalecia a imagem da *aids* ligada à desesperança e morte; e após essa época, com o uso em larga escala dos medicamentos anti-retrovirais (ARV).

Esse processo de cronicidade permitiu aos soropositivos, com um maior tempo de diagnóstico, a naturalização da *aids*, como pode ser observado abaixo:

Aids é “... uma doença em tese (4) ... até aqui não tive nenhum problema (3) ... tratando não é nenhum bicho de sete cabeças (2) ... não é esse bicho que o pessoal faz (2) ... Aids é uma ilusão (2) ... tomo a medicação porque a médica manda (2) é um estado que você está (1) ... teimo que não tenho essa doença (1)”.

As falas descritas, acima, não deixam dúvidas de que a vivência da soropositividade ao HIV é bastante confusa. O período de latência, em que se é portador de um vírus, mas não da doença, ocasiona desordens e incertezas referentes a um mal que é real e irreal ao mesmo tempo. Esse fator faz do soropositivo uma categoria especial de indivíduo, que nem é saudável, nem doente.⁹

A morte, que antes parecia tão imediata, agora parece ter sido superada, passando a fazer parte da vida cotidiana. O fato de conviver durante anos com o HIV, sem que tenha surgido qualquer sintoma coloca em dúvida a existência da infecção:

... tenho certeza que não tenho isso (2) ... não sinto nada (2) ... nem parece que eu tenho isso (2) ... todos os meus exames só dão indetectável (1) ... vai fazer oito anos que inventaram (1).

Segundo Saldanha,⁹ a definição dada à *aids* enquanto doença é banalizada, naturalizada ou negada entre os soropositivos com maior tempo de conhecimento do diagnóstico.

Apesar da evolução terapêutica e de seu reflexo direto na reinterpretação da *aids*, observa-se, ainda hoje, que a mesma continua sendo associada à morte e a todo o sofrimento que lhe é pertinente, como pode ser observado nas falas abaixo:

... Aids significa morte (9) ... não tem remédio para essa coisa (3) ...doença que não tem cura (2) ... tem que estar sempre com ela (2) ... ela mata (2).

Segundo Tura,¹⁰ a morte causada por essa doença incurável está nitidamente apresentada como elemento do núcleo central das representações sociais da aids e é organizadora de várias cognições. A morte é vista como terrível, premeditada, lenta e mobilizadora do medo que discrimina o outro que não se previne.

Apesar do avanço da terapêutica anti-retroviral, a aids ainda é uma doença potencialmente letal. Conviver com a idéia de morte é sempre um fator gerador de estresse e sintomas psíquicos.¹¹

As falas abaixo retratam a representação da aids ancorada no sofrimento:

Aids é ... a pior coisa que eu já vi na vida (4) ... pior coisa que já me aconteceu na vida (4) ... pior coisa que existe no mundo (4) ... demônio que apareceu na minha vida (3) ... difícil experiência de vida (3)... significa um desespero (3) ... é uma coisa muito triste (2).

O sofrimento causado pela aids pode ser proveniente de diversos fatores, dentre os quais pode-se destacar: o diagnóstico, o processo do adoecer, a iminência de morte, a discriminação, as limitações e as perdas decorrentes da mesma.

A segunda e última classe temática, que se refere às consequências biopsicossociais da aids, subdividiu-se em três categorias. A primeira, denominada de *Físico-orgânica*, com três subcategorias: perturbações fisiológicas, capacidade física e efeitos colaterais do medicamento, conforme **Tabela 3**. Das representações apreendidas pelos soropositivos, 50% foram relativas à capacidade física, 25% às perturbações fisiológicas e 25% aos efeitos colaterais do medicamento.

Tabela 3 – Distribuição das frequências e percentuais da categoria “consequências físico-orgânicas”

SUBCATEGORIAS	PARTICIPANTES	
	f	%
Capacidade física	57	48
Efeitos colaterais do medicamento	37	31
Perturbação fisiológica	25	21
Total	119	100

O comprometimento na capacidade física pode ser observado nas falas abaixo:

... não tenho a mesma capacidade (10) ... era muito mais ativo (9) ... tudo o que faço é cansativo (6) ... mais limitado (6) ... perdi a minha capacidade (6) ... dá uma canseira nas pernas (4) ... não tenho mais aquela disposição (4)... para trabalhar (4)... me sinto muito mais cansado (3)... meu estado físico está precário (3) ... fico esgotado (2).

A soropositividade traz consigo a perda da capacidade para o trabalho por parte dos doentes e, com isso, o fim da estabi-

lidade e da credibilidade adquiridas perante a sociedade enquanto cidadãos produtivos. O trabalho na sociedade capitalista, de acordo com Laurell e Noriega,¹² fez emergir novos papéis e valores sociais: provisão, utilidade, positividade, capacidade, força, eficiência etc. O significado do trabalho está, dessa forma, associado ao ato de viver, uma vez que proporciona as condições materiais e morais de sobrevivência própria e da família.

Ainda segundo os autores,¹² o trabalho encontra-se vinculado a vários atributos e funções morais. É por meio dele que o indivíduo atribui significado e sentido à própria existência. Tendo o trabalho um sentido tão amplo e estruturante na vida das pessoas, qualquer limitação que as impeça de exercer uma atividade produtiva provoca alterações profundas em suas vidas, tornando os indivíduos doentes mais dependentes e sem direitos, afetando diretamente a QV dos mesmos que são, em sua maioria, aposentados devido à soropositividade.

Observa-se também, entre os atores sociais, algumas perturbações fisiológicas:

... tenho muita insônia (8)... gripe (4)... diarreia (3)... dor de cabeça (3)... perco peso (3)... problemas de pulmão (2)... alergia (1)... febre (1).

Entre os sintomas mais comuns da aids estão a diarreia e a insônia. A fadiga e a insônia em pacientes assintomáticos estão, provavelmente, relacionadas a distúrbios psíquicos, possivelmente depressão maior.¹¹

Com relação aos efeitos colaterais do medicamento, a vinculação de estereótipos físicos aos doentes de aids, tais como magreza ou deficiência física, ainda aparece no discurso dos atores sociais:

... o medicamento deteriora o organismo (9)... engorda muito (4) ... meu rosto está mais magro (4)... pernas finas (3) ... braços finos (3) ... estou tendo as seqüelas da medicação (3) ... dá muito sono (3) ... “lipoestrofia” (2) ... muito indisposta (2) ... barriga grande (2) ... tonta (1).

Em estudo sobre os fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde, Tunala¹³ ressalta o quão estigmatizante podem ser os efeitos colaterais do coquetel (lipodistrofia), principalmente pelo fato de essas mulheres acharem que os outros percebem sua soropositividade devido à aparência física ou simplesmente aos efeitos na auto-imagem.

Ainda nesse sentido, Malbergier¹¹ acrescenta que o portador de aids apresenta, ao longo da evolução de sua doença, alterações em seu corpo, promovidas pela doença ou pela medicação, que causam, em muitos casos, impacto em sua auto-estima.

A segunda categoria referente à classe temática: consequências biopsicossociais da aids foi denominada de Psicoafetivas, e possui quatro subcategorias: preconceito, depressão, auto-estima e autopercepção, conforme **Tabela 4**. Das representações apreendidas pelos soropositivos, 40% foram relativas ao preconceito, 38% à depressão, 13% à auto-estima e 9% à autopercepção

Tabela 4 – Distribuição das frequências e percentuais da categoria “consequências psicoafetivas”

SUBCATEGORIAS	PARTICIPANTES	
	f	%
Preconceito	97	40
Depressão	93	38
Auto-estima	31	13
Autopercepção	22	9
Total	243	100

Essas subcategorias estão dimensionadas em dois eixos: conseqüências negativas – preconceito, depressão e autopercepção; e conseqüências positivas – auto-estima, conforme as falas mencionadas abaixo. Com relação ao primeiro eixo, destaca-se o preconceito:

... as pessoas discriminam (6) ... o que causa a dor é a exclusão (5) ... perdi todos os amigos (4) ... discriminação é tudo para um portador (4) ... medo das pessoas saberem (3) ... minha família se afastou (3) ... alguns amigos se afastaram (3) ... minha mãe me discriminou (2) ... me abandonaram (2) ... não deixavam eu pegar no meu sobrinho (2) ... me obrigaram até a usar luvas dentro de casa (1).

Como pode ser visto nas falas acima, as pessoas com HIV/ aids são, muitas vezes, discriminadas e isoladas do convívio com outras pessoas, apesar do amplo conhecimento que se tem atualmente acerca das formas de transmissão da doença. Essa discriminação ocorre, muitas vezes, no próprio núcleo familiar, o que é bastante alarmante, uma vez que a família e os amigos são fundamentais para a configuração de uma rede de apoio.

Nesse sentido, Brook¹⁴ afirma que o suporte social familiar está positivamente associado ao bem-estar psicológico, e que o suporte dos amigos é útil para a mudança de hábitos de vida, nomeadamente o abandono de comportamentos sexuais de risco e do consumo de drogas, o que, conseqüentemente, contribui não só para a prevenção, mas também para a adesão ao tratamento.

O modo como as famílias se adaptam à doença é um reflexo de seu relacionamento íntimo, de suas histórias e do contexto sociocultural em que estão inseridas. Quando a estrutura familiar apresenta um bom relacionamento a receptividade e a compreensão se dão mais facilmente, trazendo ao membro que se encontra fragilizado diante da doença um fortalecimento devido às relações de ajuda e afeto.⁹

Segundo Tura,¹⁰ a doença causa repulsa, afastamento e medo da contaminação; isso ocorre, principalmente, com a aids, por deixar sinais tão visíveis e impotências tão declaradas. Nesse sentido, Sousa¹ afirma que além de a aids ser uma doença com graves conseqüências físicas e psicológicas, ela é também um fenômeno de natureza social acompanhado de processos de segregação baseados em estigmas socialmente construídos e intimamente ligados às representações sociais da doença.

O preconceito atinge profundamente os indivíduos, influenciando-os na percepção de sua doença e no comportamento de

outras pessoas com relação a ela. Conseqüentemente, observam-se sentimentos de ansiedade e sofrimento, como pode ser constatado nas falas abaixo:

... causa muita dor (8) ... dá uma tristeza muito grande (6) ... isso me deixa bastante insatisfeito (5) ... dá raiva (4) ... peso social muito grande (4) ... não deveria haver esse peso (4) ... a dor vem da degradação social que a aids causa (3) ... acaba com a sua vida (3) ... preconceito é coisa da sociedade (3) ... peso psicológico (2).

Os atores sociais citaram também a existência de um preconceito velado:

... as pessoas ficam com muito zelo (5) ... esconder o preconceito (4) ... ficam com pena (4) ... preconceito embutido (3) ... tipo de preconceito (2) ... tentam esconder dando muito apoio (2).

O preconceito existente em torno da doença faz com que os portadores se sintam culpados diante do que não podem reverter – culpa que a família, amigos e a sociedade reforçam com cobranças, discriminação, isolamento e omissão.

Com relação às conseqüências psicoafetivas, destacam-se, ainda no primeiro eixo, as falas referentes à depressão:

... sinto muita depressão (10) ... antes eu era muito alegre e agora não (6) ... a gente se deprime mesmo (4) ... não existe felicidade (4) ... não tenho mais gosto pra muita coisa (4) ... fico no meu quarto deprimido (3) ... eu era uma outra pessoa (3) ... a depressão tomou conta da minha vida (2) ... parece que tem uma coisa dentro de mim que quebrou (2).

A aids, em sua evolução enquanto doença, é freqüentemente associada a transtornos psiquiátricos e o mais comum destes é a depressão. Observa-se na aids (doença e infecção) uma porcentagem de 11% a 30% de prevalência de transtornos depressivos.¹⁵ Castanha, Coutinho, Saldanha e Ribeiro¹⁶ observaram, em estudo com soropositivos na cidade de João Pessoa, Paraíba, uma prevalência de 64% da sintomatologia depressiva. Destes, 36% apresentaram um nível considerado leve de depressão; 45% apresentaram um nível moderado e 19% apresentaram um nível grave.

O diagnóstico e o tratamento desses transtornos são fundamentais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, no entanto, de acordo com Malbergier & Schoffel,¹⁷ entre 50% e 60% dos casos de depressão não são diagnosticados. Observam-se, aqui, dois dados alarmantes. Por um lado, há o alto índice de prevalência da depressão, e, por outro, o baixo número de casos diagnosticados.

No cotidiano, constata-se que a palavra depressão é utilizada de forma genérica, abrangendo um grande número de doenças, principalmente aquelas ditas mentais, tendo, portanto, seu significado real distorcido. No senso comum, depressão designa desde alterações psicológicas e perturbações psiquiátricas graves até flutuações de humor ou de caráter.¹⁸

A depressão, conforme definido por Lafer e Amaral,¹⁹ é uma sensação persistente e constante de que o sujeito não tem valor, de que o mundo não tem sentido e de que não há esperança para o futuro. A depressão maior em pacientes soropositivos está associada a vários fatores: (a) impacto psicológico da desco-

berta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas e as complexas questões psicossociais envolvidas; (b) pode estar diretamente relacionada com a invasão do sistema nervoso central pelo HIV, por infecções oportunistas ou por tumores intracranianos; (c) a infecção, ao atingir populações com maior incidência de quadros depressivos, homossexuais e usuários de drogas intravenosas, por exemplo, pode precipitar o quadro em indivíduos predispostos; (d) pode existir uma associação ao acaso entre a infecção e a depressão.²⁰

No contexto da soropositividade, o fenômeno da depressão possui características e implicações próprias por influenciar diretamente, dentre outros fatores, na adesão ao tratamento. Segundo Melchior,²¹ muitos são os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, dentre os quais podem-se citar as questões relacionadas à saúde mental. O autor afirma que há uma menor aderência de pessoas com quadros depressivos e de ansiedade.

Ainda nesse sentido, Malbergier e Schoffel¹⁷ afirmam que um paciente deprimido tende a não aderir ao tratamento, a não tomar as medicações prescritas e a não acatar as orientações médicas, além de terem o risco de suicídio aumentado. O fato de o soropositivo experimentar sentimentos de raiva, culpa, autopiedade e ansiedade, associado a sua baixa auto-estima e, principalmente, ao abandono por parte dos familiares e amigos podem levar a tentativas de suicídio.

A depressão e o sentimento/pensamento de morte são retratados nas falas abaixo:

... hoje eu praticamente não faço nada (10) ... é aquela coisa sem gosto (8) ... achando que vai morrer, fica doente (8) ... termina morrendo (8) ... não tenho mais vontade de fazer nada (6) ... minha vida acabou (4) ... eu só estou vivendo porque é o jeito (3) ... é como se eu estivesse só esperando a hora chegar (3) ... pensei em fazer loucuras comigo mesmo (3) ... definha (2).

Observa-se, por meio desses dados, que a aids está ancorada nas doenças psicoafetivas, tais como a depressão.

A autopercepção está diretamente relacionada à auto-estima. Uma auto-estima mais elevada fará com que os soropositivos tenham uma visão melhor de si mesmos, ao passo que os que possuem uma auto-estima abalada, tenderão a se perceber muito mais limitados e desanimados, como pode ser visto nas falas abaixo:

... sou muito fraco (6) ... muito debilitado (4) ... a gente não é 100% (2) ... era muito animado (2) ... muito tranquilo (2) ... muito alegre (2) ... muito trabalhador (2) ... ter Aids é ser a pessoa mais horrível do mundo (2).

A limitação física e o desânimo, apesar de sofrerem a influência do medicamento e da própria evolução da doença, estão, muitas vezes, relacionados ao aspecto psicossocial em que esses indivíduos se encontram. A capacidade de ajustamento psicológico às mudanças, segundo Ferreira e Abreu,²² influencia no desencadeamento de sintomas e mecanismos defensivos, como, por exemplo, a ansiedade decorrente das alterações físicas e do tratamento. Sintomas depressivos como tristeza, desamparo e diminuição da auto-estima são praticamente inevitáveis.

Ainda com relação às consequências psicoafetivas, destacam-se, no segundo eixo, as consequências positivas descritas nas falas referentes à auto-estima:

... passei a ter mais respeito comigo mesma (5) ... a me dar valor (4) ... me tornei mais cauteloso (4) ... aproveito a vida com mais cuidado (3) ... não faço mais certas coisas que eu fazia (3) ... me previno (3) ... mais responsável comigo mesmo (3) ... aprendi a viver bem comigo mesmo (2) ... penso antes sobre o que eu devo fazer (2) ... aprendi a dar mais valor à vida de uma maneira geral (2).

Os atores sociais relataram que, após a condição da soropositividade, passaram a dar mais valor à vida, cuidando-se e respeitando-se, alcançando assim crescimento pessoal.

Com o passar do tempo, a doença é integrada às esferas da vida como um aspecto a mais, sem que isso implique sua banalização. Trata-se de um tipo de gestão racional da doença, em que as angústias despertadas pelo diagnóstico são canalizadas para as questões do cotidiano.⁹

A terceira e última categoria referente à classe temática: “consequências biopsicossociais da aids” foi denominada “Comportamentais” e possui duas subcategorias: sexualidade e isolamento, conforme **Tabela 5**. Das representações apreendidas pelos soropositivos, 65% foram relativas à sexualidade e 35% ao isolamento.

Tabela 5 – Distribuição das frequências e percentuais da categoria “consequências comportamentais”

SUBCATEGORIAS	PARTICIPANTES	
	f	%
Sexualidade	42	68
Isolamento	20	32
Total	62	100

No que diz respeito à sexualidade, observam-se três tipos de comportamentos: os que mantiveram uma vida sexual ativa, os que se consideram promíscuos e os que optaram por abster-se sexualmente, como pode ser observado nas falas abaixo:

... tenho vida sexual ativa (8) ... não procurei mais ninguém (6) ... me considerava até promíscuo (4) ... fiquei meia cabrera pra arrumar um parceiro (4) ... fiquei com medo (4) ... pode prejudicar uma outra pessoa (4) ... vida sexual muito ativa (2) ... sempre havia as fugas (2) ... a gente já tem isso pode ser que arrange outra doença pior (2) ... prefiro ficar sozinha (2) ... me dedico só aos meus filhos (2) ... sexo não é uma prioridade (2).

A revelação da soropositividade representa, muitas vezes, a ruptura do casamento, a suspensão de investidas afetivas e sexuais, além do surgimento de uma identidade considerada socialmente desviante.⁹

Assim, Bessa e Terto Jr.²³ (p.1) afirmam que o medo da rejeição, a dúvida no que tange à revelação ou não da soropositividade ao parceiro e a insegurança quanto à sua reação levam, muitas vezes, a uma fuga de relacionamentos afetivos, como forma de evitar uma possível situação de abandono. Ainda nesse sentido esses autores afirmam que:

[...] se antes a morte era apenas uma questão de (pouco) tempo, os medicamentos, hoje, estão possibilitando, para milhões de pessoas soropositivas no mundo, o resgate de uma promessa de futuro. É uma promessa que está estimulando uma revisão em vários aspectos da vida das pessoas que vivem – não só, mas especialmente – com o HIV/Aids. Entre eles os aspectos afetivo e sexual.

Apesar de a terapêutica atual ter prolongado a vida dos pacientes infectados e melhorado bastante sua qualidade de vida, viver com aids impõe várias limitações, entre as quais, dificuldades profissionais, problemas nas relações afetivas, dificuldades para se manter relacionamentos sexuais e dúvidas no que tange à decisão de ter ou não filhos.¹¹

Dessa maneira, percebe-se que, com o prolongamento do tempo de sobrevivência e com a cronicidade da infecção pelo HIV, impõe-se uma releitura das estruturas e dinâmicas das relações afetivas.

O isolamento é retratado nas falas abaixo:

... não tenho muito lazer (4) ... me afastei das pessoas (3) ... não gosto de muita amizade (3) ... me tranco no meu quarto (2) ... não gosto muito de sair de casa (2) ... peço para não falar com ninguém (2) ... não gosto de muita gente (2) ... gosto de sempre estar no meu canto (2).

O isolamento decorrente do medo advindo do estigma social é comum entre os portadores. Manter-se em sigilo parece ser a saída mais adequada.²⁴ Este auto-isolamento imposto pode resultar na exclusão da vida social e de relacionamentos sexuais e, em circunstâncias extremas, em mortes prematuras devido ao suicídio.²⁵⁻²⁶

As representações sociais da aids ultrapassaram o aspecto biológico e atingiram o preconceito, a segregação, o estigma e a inserção social, aspectos tão próprios da doença. Foi possível observar também como essas representações influenciam e orientam as condutas desses atores sociais em relação à adesão, ao isolamento, à manutenção das relações interpessoais, ao funcionamento sexual e até mesmo ao suicídio.

A aids em todo o seu percurso vêm ancorada em doenças como a hanseníase, a peste, a sífilis e a tuberculose. No entanto, observou-se na presente pesquisa duas outras formas de ancoragem. Na primeira, a aids foi ancorada nas doenças crônicas, como a diabetes e o câncer, possivelmente em função do avanço da terapêutica anti-retroviral que possibilitou colocar a aids no rol das doenças crônicas e também pelo processo de naturalização da doença vivenciado por soropositivos que possuem anos de diagnóstico. Na segunda, a aids foi ancorada nas doenças psicoafetivas, trazendo a depressão como elemento figurativo associado à doença. Esse tipo de ancoragem ocorre, provavelmente, em função do alto índice de depressão que vem sendo observado nos soropositivos e serve de alerta, tanto para o sofrimento psíquico ao qual esses atores

sociais estão submetidos como para a necessidade de maior suporte social e até mesmo de tratamento nos casos mais graves.

Por fim, a aids foi representada enquanto uma doença que pode trazer diversas conseqüências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas, de modo que as respostas verificadas entre os atores sociais desta pesquisa acerca da doença aparecem como um conhecimento não contraposto ao saber científico. Contudo, há nele uma dialética entre o conhecimento consensual (senso comum) e o reificado (científico).²⁷

São diversas as conseqüências biopsicossociais da aids na qualidade de vida, dentre elas podem-se citar conseqüências físico-orgânicas – perturbações fisiológicas, capacidade física e efeitos colaterais do medicamento; conseqüências psicoafetivas; preconceito, depressão, auto-estima e autopercepção – e conseqüências comportamentais; isolamento e sexualidade. Essas conseqüências biopsicossociais deixam evidentes a influência da aids na QV de soropositivos para o HIV mostrando, dessa maneira, a importância da análise das mesmas ao se pensar em QV dentro desse contexto.

Em suma, pretende-se com este estudo contribuir tanto para o conhecimento da vivência da soropositividade para o HIV e suas conseqüências, quanto para a construção de medidas de intervenções direcionadas para a melhoria da QV dos soropositivos, além de mostrar a importância da formulação de estratégias na implementação de políticas públicas de educação e promoção em saúde, com o intuito de minimizar o impacto psicossocial da aids.

CONCLUSÃO

As conseqüências biopsicossociais, aqui encontradas, deixam evidentes a influência da aids na QV de soropositivos para o HIV, especificando seus principais determinantes, mostrando, dessa maneira, a importância da análise das mesmas ao se pensar em QV dentro desse contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa MMO. SIDA: E a vida continua. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2001.
2. Brashers DE 'In an important way, I did die': Uncertainty and revival in persons living with HIV or AIDS. AIDS Care 1999; 11: 201-219.
3. Ramos N. Psicologia clínica e da saúde. Lisboa: Universidade Aberta; 2004.
4. Moscovici SA. Representação social na psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1978.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Persona; 2002.
6. Herlizch C, Pierret J. Uma doença no espaço público: A Aids em seis jornais franceses. Physis: Revista de Saúde Coletiva 1992; 2, 7-35.
7. Martin D. Mulheres e AIDS: Uma abordagem antropológica. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo; 1995.
8. Silva A O. Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde. UFPB-João Pessoa: Tendências e perspectivas. Em Coutinho MPL (Org.), Representações sociais: Abordagem interdisciplinar (p. 120-129). João Pessoa: Editora Universitária – UFPB; 2003.
9. Saldanha A A W. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia, Uni-

- versidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2003.
10. Tura L F R. Aids e estudantes: A estrutura das representações sociais. In: Jodelet D. (Org.), Aids e representações sociais: A busca de sentidos (p. 121-154). Natal: EDUFRRN; 1998.
 11. Malbergier A. Aids e psiquiatria. Um guia para os profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
 12. Laurell C, Noriega M. Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário. São Paulo: HUCITEC; 1989.
 13. Tunala L. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. (Orgs.). Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 83-114
 14. Brook D W. Coping strategies of HIV positive and HIV negative female injection drug users: A longitudinal study. *AIDS Education and Prevention* 1999; 11, 373-388.
 15. Rodin G, Littlefield F. Depression in the medically ill. New York: Brunner/Mazel; 1991.
 16. Castanha A R, Coutinho M P L, Saldanha A A W, Ribeiro C G. Depressão e Soropositividade para o HIV: Dois Fenômenos em Extensão. In: Coutinho MPL, Saldanha A A W. (Orgs.). Representações Sociais e Práticas de Pesquisas. (p. 220-222). João Pessoa: Editora Universitária – UFPB; 2005.
 17. Malbergier A, Schoffel A C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2001; 23: 160-167.
 18. Coutinho MPL. Depressão infantil: Uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Editora Universitária; 2001.
 19. Lafer B, Amaral J A. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
 20. Maj M. Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 117-22.
 21. Melchior R. Avaliação da aderência dos usuários do sistema público de assistência ao tratamento de Aids: Uma análise qualitativa. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2000.
 22. Ferreira P E, Abreu P B. Aspectos psicológicos da Aids. *Revista ABP-APAL* 1998; 10: 42-46.
 23. Bessa M S, Terto Jr.V. Contudo (e apesar de tudo) o sexo. *Boletim da ABIA* 2001; 1: 46-48.
 24. Teixeira P R. Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. In: Teixeira P R, Paiva V, Shimma E. (Orgs.), Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 115-123.
 25. Gilmore N, Somerville M A. Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: Overcoming 'them' and 'us'. *Social Science and Medicine* 1994; 39: 1339-1358.
 26. Malcom A, Aggleton P, Bronfman M, Galvão J, Mane P, Verrall J. HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health* 1993; 8: 347-370.
 27. Moscovici S. Representações sociais: investigações em Psicologia Social. Petrópolis: Vozes; 2003.

Endereço para correspondência:
ALESSANDRA RAMOS CASTANHA
Rua Bernardo Gabriel, 88 – Aptº 101,
Imbiribeira, Recife, PE. 51170-380.
E-mail: alecas@bol.com.br

Recebido em: 17/08/2006

Aprovado em: 10/10/2006