

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO DESVIANTE

1994

**SEROPOSITIVIDADE E AUTO-ORGANIZAÇÃO
PSICOLÓGICA:**

**UM MODELO DE AVALIAÇÃO DA ADAPTABILIDADE HUMANA À
SEROPOSITIVIDADE AO VÍRUS DA SIDA.**

Marina Natália Romeira Prista Guerra

Dissertação de candidatura ao grau de
Doutor elaborada sob a orientação do Prof.
Doutor Candido Mendes Martins da Agra e
co-orientação do Prof. Doutor Jorge Nuno
Negreiros de Carvalho

Ao Paulo,

Pedro,

Sofia e

João

Aos meus pais e irmãos

ÍNDICE

	Pag.
Prefácio	1
Introdução.....	6
Capítulo 1 - A Situação da Problemática Biopsicossocial da Sida.....	13
Considerações introdutórias.....	13
1. Algumas considerações sobre a Sida.....	13
1.1. Definição, estádios e virologia.....	13
1.2. A Evolução da enfermidade numa perspectiva histórica.....	17
1.3. O panorama da Sida conforme os "grupos de risco".....	18
1.4. A evolução da Sida na Europa e em Portugal.....	23
1.5. A evolução da Sida no Mundo.....	29
2. Aspectos socioculturais, orgânicos e psicológicos da Sida.....	34
2.1. Aspectos socioculturais e suas implicações.....	34
2.1.1. Nasce o estigma.....	34
2.1.2. Implicações psicológicas da sociedade, dos familiares e técnicos de saúde nas pessoas afectadas.....	35
2.1.2.1. Implicações psicológicas dos familiares.....	38
2.1.2.2. Implicações psicológicas dos técnicos de saúde.....	39
2.1.2.3. Implicações do conhecimento da Sida no Mundo nos comportamentos preventivos dos vários comportamentos de risco.....	42

2.2. Aspectos neuropsiquiátricos e orgânicos da Sida.....	48
2.3. Aspectos psicológicos dos seropositivos ao vírus HIV.....	51
2.3.1. A influência da pré-morbidade psicológica.....	52
2.3.2. Perturbações psicológicas reactivas ao estado da seropositividade.....	54
3. A importância da atitude psicológica na gestão da doença e sua relação com a Imunologia.....	58
Considerações finais.....	63
Capítulo 2 - A transição entre o normal e o patológico e a função da homeostasia: Contribuições da Corrente Fenomenológica -Existencial Humanista.....	66
Considerações introdutórias.....	66
2.1. A concepção biopsiossocial da saúde.....	67
2.2. Concepções do normal e do patológico	68
2.3. A ruptura da homeostasia e a emergência do conceito de crise.....	72
2.4. Contributos da corrente Humanista à compreensão da doença como ameaça à existência de vida.....	77
2.4.1. O movimento humanista existencial e seus pressupostos.....	77
2.4.1.1. O significado de ansiedade.....	78
2.4.1.2. O sentido de vida.....	80
2.4.1.3. Liberdade, responsabilidade e consciência.....	80
2.4.1.4. Necessidade de orientação interior e necessidade de relacionamento.....	82
2.4.2. A teoria Fenomenológica-Organísmica de Kurt Goldstein.....	83
2.4.3. A terapia centrada de Carl Rogers.....	86
2.4.4. Abraham Maslow - Integração da motivação e auto- actualização.....	92
Considerações finais.....	109

Capítulo 3 - A crise na biografia	113
Considerações introdutórias.....	113
3.1. Crise versus transição de vida ao longo do ciclo vital da pessoa.....	114
3.1.1. Psicologia do desenvolvimento do ciclo vital.....	114
3.1.1.1. Psicologia do desenvolvimento de Erik Erikson.....	118
3.1.1.2. Perspectiva de Carl Jung.....	121
3.2. Conceito de crise - transição e adaptação.....	123
3.3. O modelo de Nancy Schlossberg.....	125
3.4. Teorizações Psicológicas relativas à Doença, Morte e Luto.....	129
3.4.1. Modelos aplicáveis na situação de Doença.....	129
3.4.1.1. O contributo de Balint.....	129
3.4.1.2. A teoria de Caplan.....	130
3.4.1.3. O modelo de Rudolph Moos.....	134
3.4.2. Psicologia da Morte e Luto.....	141
3.4.2.1. Psicologia do doente terminal.....	142
3.4.2.2. Psicologia do luto.....	145
Considerações finais.....	150
Capítulo 4 - As interrelações da teoria com a análise dos problemas específicos da Sida	153
Considerações introdutórias.....	153
4.1. As Atitudes encontradas no Seropositivo.....	154
4.1.1. Atitudes face à informação da seropositividade.....	154
4.1.2. Tipos de atitudes.....	158

4.2. As atitudes e suas interrelações com as teorias apresentadas.....	161
4.2.1. O modelo de Schlossberg e suas interrelações com a problemática da seropositividade.....	170
4.2.2. Os estádios de Perda e Privação segundo Goldmeier.....	173
4.3. Um Modelo de Adaptação à seropositividade - Pressupostos teóricos.....	174
4.3.1. A importância da auto-actualização.....	177
4.3.2. A importância do Suporte Social.....	180
4.3.3. O contributo de Cândido da Agra.....	182
4.4. A adaptação do seropositivo - Modelo teórico da Auto-organização.	184
4.4.1. Definições operacionais.....	190
4.4.2. As hipótese de Modelo.....	191
Considerações finais.....	193
Capítulo 5 - Os instrumentos de medida - elaboração e avaliação das suas qualidades psicométricas...	195
Considerações introdutórias.....	195
5.1. Estudo preliminar.....	195
5.2. Como investigar as hipóteses.....	201
5.2.1. Justificação da escolha dos instrumentos de medida.....	202
5.2.2. Caracterização dos instrumentos de medida.....	204
5.2.2.1. Escala sobre Auto-Actualização.....	204
5.2.2.2. Escala de Suporte Social.....	204
5.2.2.3. O Inventário Depressivo de Beck (BDI).....	205
5.2.2.4. Avaliação Qualitativa.....	206
5.2.2.5. Outras Questões relevantes.....	206
5.3. Elaboração da escala de auto-actualização.....	207
5.3.1. A validade de Conceito.....	209
5.3.2. Estudo exploratório, com resposta ao instrumento com reflexão falada.....	210

5.4. Escala de Suporte Social.....	211
5.5. Procedimentos estatísticos utilizados na validação dos instrumentos e sua justificação.....	213
5.5.1. A validade do constructo.....	214
5.5.1.1. A validade dos itens.....	214
5.5.1.2. A validade factorial.....	215
5.5.2. Validade exterior.....	217
5.5.3. A fidedignidade, fiabilidade ou precisão dos instrumentos.....	219
5.6. Apresentação dos resultados e validação das escalas.....	221
5.6.1. Resultados da Escala de Auto-actualização.....	221
5.6.1.1. Caracterização da amostra geral.....	221
5.6.1.2. Validade do constructo.....	224
- validade de correlação entre os itens da sub-escala.....	225
- validade de correlação item-escala.....	231
- validade factorial.....	233
5.6.1.3. Influência da idade, sexo e nível de escolaridade.....	242
5.6.1.4. Validade em grupos contrastantes.....	246
5.6.1.5. Fidedignidade ou Precisão.....	248
5.6.2. Resultados da Escala de Suporte Social.....	250
5.6.2.1. Caracterização da amostra.....	251
5.6.2.2. Validade por correlação item-escala.....	251
5.6.2.3. Validade factorial.....	252
5.6.2.4. Fiabilidade ou precisão.....	257
5.6.2.5. Influência do sexo nos resultados da Escala de Suporte Social.....	259
Considerações finais.....	260
Capítulo 6 - Avaliação do Modelo de Adaptação do Seropositivo	262
Considerações introdutórias.....	262

6.1. Material e Métodos.....	263
6.1.1. A escolha da amostra.....	263
6.1.2. Características da amostra.....	266
6.2. Resultados.....	267
6.2.1. Dados comparativos entre as quatro categorias.....	273
6.2.2. Dados comparativos entre as categorias 4 e 3.....	279
6.2.2.1. As principais diferenças entre as categorias 4 e 3.....	283
6.2.3. Dados comparativos entre as categorias 4 e 2.....	285
6.2.3.1. As principais diferenças entre as categorias 4 e 2.....	288
6.2.4. Dados comparativos entre as categorias 4 e 1.....	289
6.2.4.1. As principais diferenças entre as categorias 4 e 1.....	291
6.2.5. Dados comparativos entre as categorias 3 e 2.....	292
6.2.5.1. As principais diferenças entre as categorias 3 e 2.....	295
6.2.6. Dados comparativos entre as categorias 3 e 1.....	295
6.2.6.1. As principais diferenças entre as categorias 3 e 1.....	298
6.2.7. Dados comparativos entre as categorias 2 e 1.....	299
6.2.7.1. As principais diferenças entre as categorias 2 e 1.....	302
6.2.8. Análise Qualitativa.....	302
6.2.8.1. Avaliação qualitativa dos sujeitos pertencentes à posição 4 - autopoieticos.....	304
6.2.8.2. Avaliação qualitativa dos sujeitos pertencentes à posição 3.....	306
6.2.8.3. Avaliação qualitativa dos sujeitos pertencentes à posição 2.....	307
6.2.8.4. Avaliação qualitativa dos sujeitos pertencentes à posição 1.....	309
6.2.9. A definição final das Categorias na Interrelação teórica- prática.....	309
6.2.9.1. Posição Ontológica (categoria 1).....	309
6.2.9.2. Posição Deontológica (categoria 2).....	310
6.2.9.3. Posição Lógica (categoria 3).....	312
6.2.9.4. Posição Teleológica-autopoietica (categoria 4).....	314
6.2.10. Outras análises.....	316
6.2.10.1. A correlação entre o BDI e a Escala de Auto- actualização pela Correlação por postos de Kendall..	316
6.2.10.2. A correlação entre o BDI e a Escala de Suporte	

Social pela Correlação por postos de Kendall.....	318
6.2.10.3. A amostra dividida em dois grupos baseados em critérios de observação exteriores.....	320
6.2.10.4. A amostra dividida em dois grupos baseados na capacidade pessoal de adaptação.....	323
6.2.10.5. Outros dados sobre a depressão relacionados com a resposta à pergunta aberta	326
 Considerações finais.....	 328
 Conclusão Geral.....	 331
 Bibliografia.....	 339
 Anexos.....	 362

Prefácio

Quando pensamos em épocas muito anteriores à nossa e nas calamidades que dizimaram a humanidade, encontramos palavras simples, como as pestes, que tudo pretendiam explicar.

Sempre, através dos séculos, epidemias mal catalogadas apareceram, revestindo-se de anátema de castigo de Deus para aqueles que não cumpriam de acordo com os seus desígnios.

Recentemente tivemos, e ainda delas não nos conseguimos libertar, doenças como a cólera, a tuberculose e as variadas gripes que, todos os anos, arrebatam milhares ou milhões de vidas e que ceifam, principalmente, os mais débeis.

Nos nossos dias e para lá do "stress" com que somos confrontados e que origina altíssima morbidade e mortalidade, somos corroídos, desagregados, levados à perda de dignidade humana por essa doença terrível que é o cancro.

A todo este caudal de desgraças veio a juntar-se, a partir de 1981, uma nova chaga da humanidade a SIDA. Grave como as mais perigosas, junta ao seu cortejo de destruição do corpo a perda progressiva e irremediável da dignidade do homem. Em numerosos casos relacionada com a toxicodependência e/ou com a homossexualidade, a Sida aparece com fúria apocalíptica e é julgada por muitos como estandarte do castigo Divino.

Repulsiva, contagiosa, com estigma de culpabilidade, a Sida tende a isolar o indivíduo, a frustrá-lo de quase tudo o que a vida tem de bom, a torná-lo doente irreparável do corpo e do espírito. Amigos, colegas, técnicos de saúde e, até, médicos que, por cultura e por entrega, deveriam ser mais devotados à doença, afastam-se do indivíduo, com medo ou aversão, muito

em especial em países de cultura tradicionalista, sempre que se associa a Sida à homossexualidade e à toxicodependência.

É desta problemática, e dos processos psicológicos que podem ser suporte para o infectado, que iremos tratar. Forçosamente não de modo profundo, mas com as limitações impostas pela nossa capacidade e por uma sociedade cheia de tabus e pouco cooperante.

Não conseguimos o que pretendíamos, mas apenas o possível que julgamos, sim, tem alguma utilidade e não é um mero exercício académico.

Pretendemos demonstrar que é possível ser-se seropositivo com dignidade, e que a Sida pode significar, paradoxalmente ao que se espera, a descoberta de novos aspectos positivos na qualidade de vida das pessoas infectadas. Procuramos desmistificar que ser toxicodependente ou homossexual não significa ser enquadrado universalmente no estigma psicossocial com que a sociedade os rotula, aceitando cada ser humano como um indivíduo único e diferente de todos os outros.

Elucidámos vários comportamentos e cremos que, no aspecto de revisão, consultámos e extraímos o essencial. No campo da investigação prática elaborámos questionários cujas respostas, estatisticamente estudadas, ajudam o psicólogo a compreender e a saber actuar. Julgamos que, muito modestamente, contribuimos para o melhor conhecimento da convivência do ser humano com a Sida, demonstrando o acerto de algumas hipóteses formuladas por investigadores que nos precederam.

*

* *

Agradeço em primeiro lugar, ao orientador desta investigação, Prof. Dr. Cândido Agra pela sua dedicação e apoio incondicional ao longo dos anos, desde os primeiros esboços até à concretização final deste projecto. Igualmente agradeço ao co-orientador Prof. Dr. Jorge Negreiros pelo seu empenho e sugestões, especialmente na elaboração da parte empírica desta dissertação; sem a sua ajuda seria impossível a execução deste trabalho.

Mas, independentemente da colaboração oferecida pelos orientadores com quem tive o privilégio de trabalhar, há uma lista exaustiva de pessoas a quem quero manifestar a minha mais profunda gratidão. Procurei recordar desde o início do projecto as pessoas com quem estabeleci contactos frutíferos para que a concretização desta dissertação fosse possível, e mencioná-las-ei por essa ordem.

Agradeço, sensibilizada, ao Eng. Rodrigues Gomes, que apoiou e sugeriu estratégias para a construção e avaliação dos principais instrumentos de medida utilizados.

A validação desses instrumentos não seria, no entanto, possível sem a aplicação das escalas em três tipos de populações diferentes. A recolha de tal aplicação contou com a colaboração de várias pessoas. Entre elas estou muito grata ao Prof. Dr. João Marques Teixeira, colega amigo, pela sua ajuda nessa tarefa de recolha numa população em atendimento psiquiátrico.

À Dr^a Zélia Duarte fico também reconhecida pela obtenção do mesmo material numa população em tratamento ambulatorial no Hospital Magalhães de Lemos, bem como pela cedência de outros instrumentos de avaliação. Ao Prof. Dr. Carvalho Barrias por ter permitido essa colaboração.

À Dr^a Paula Santos agradeço a selecção duma parte da amostra que foi submetida às mesmas escalas.

Ao Prof. Dr. Salvato Trigo por ter permitido a aplicação desses instrumentos em estudantes do Instituto Superior de Ciências de Informação e Empresas (I.S.C.I.E.) e à Dr^a Rosa Maria Sarmento por se ter encarregado dessa tarefa, o meu profundo reconhecimento.

Estou ainda muito grata à direcção da Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição pela colaboração empenhada nesta fase do projecto e, em especial, ao Reverendo Frei Bernardo que se dispôs à aplicação do material, não só na referida escola, mas também na Universidade Católica do Porto.

A recolha do material aplicado aos sujeitos seropositivos contou com a colaboração de várias pessoas e instituições, às quais agradeço:

Centro de Estudos de Estudos de Profilaxia de Combate à Droga (CEPD, Região Norte), na pessoa do seu director que permitiu a colaboração dos vários terapeutas neste projecto, em especial Dr^a Céu Pardal que coordenou a aplicação dos questionários à população seropositiva, e Dr^{as}: Maria José Corte-Real, Albina, Maria de Jesus, Mari, Glória e Lilliane que se dispuseram a seleccionar os sujeitos para este estudo e a aplicarem os inquéritos na população observada;

Enfermeira Louise Cunha Teles, Presidente do Conselho de Administração da Fundação N^a S^a do Bom Sucesso, pelo seu empenhamento na sensibilização de várias pessoas seropositivas a participarem nesta investigação;

Dr. Rui Sarmento, do Hospital Joaquim Urbano, pela sua ajuda na selecção de pessoas seropositivas submetidas às escalas e incluídas na amostra;

Dr. Rui Morgado, médico da instituição prisional de Custóias pela sua disponibilidade em seleccionar e aplicar as escalas no âmbito desta

investigação, e, igualmente, ao Director da referida instituição por ter permitido o estabelecimento de um protocolo de colaboração;

Dr. Marinha de Campos (CEPD- Região Sul) por se ter disposto a apoiar e recrutar voluntários para este estudo;

Frei Elias, Director da Associação de Apoio a Doentes Seropositivos (AADS) pela recolha de questionários, a favor desta investigação.

Ao Prof. Dr. Paulo Gomes, director do Instituto Nacional de Estatística, muito agradeço as valiosas orientações para a apresentação estatística dos resultados da investigação efectuada na população seropositiva.

À Dr^a Ana Maria Gonçalves o meu muito obrigado pelas orientações dadas na apresentação das referências bibliográficas, bem como nas pesquisas efectuadas e na obtenção de bibliografia importante à conclusão da dissertação.

À Dr^a Maria José Neves igualmente agradeço a sua disponibilidade no apoio informático para que a impressão deste trabalho fosse possível.

Às senhoras secretárias da Faculdade de Psicologia, D. Rosa Maria e D. Isabel, pela sua paciência e boa-vontade no processamento de texto de partes desta dissertação.

Não poderia deixar de agradecer a todos os que participaram neste projecto, em especial às pessoas seropositivas que, voluntariamente, se dispuseram a responder, cedendo o seu precioso tempo, sem as quais este trabalho seria impossível de concluir.

Por último uma palavra amiga de reconhecimento a todos aqueles que aqui não mencionei e que, ao longo desta caminhada, não desistiram de me apoiar, em situações de maior desanimo, e dificuldade, e que souberam, duma maneira ou doutra, mostrar a sua solidariedade e presença.

Introdução

O presente trabalho de investigação versa sobre a capacidade de adaptação do ser humano à seropositividade ao vírus da Sida.

Muitas foram as dificuldades encontradas ao longo dos anos em que elaborámos esta dissertação, umas inerentes à pesquisa em si própria e outras provenientes da escolha da temática e da população alvo a ser estudada.

A população que constituíu a amostra era composta por pessoas seropositivas ao vírus da Sida, sem contudo apresentarem sintomas específicos da doença. Ao delimitarmos assim o nosso objecto de estudo, obtivemos, por um lado, uma uniformização da população, pois excluímos as pessoas com Sida que apresentam diversos tipos de patologias associadas, sendo umas de mais difícil adaptação que outras. Por outro lado, este tipo de estudo, é em nossa opinião, mais importante, dado que existem mais pessoas seropositivas do que doentes e porque aquelas estarão sujeitos a essa situação por um período de tempo superior. Como agravante, a população em causa não está ainda doente, encontrando-se entregue a si própria, uma vez que os tratamentos e o aconselhamento psicológico, constituem uma prioridade para os realmente enfermos.

No momento ainda há muitas incertezas no que respeita o prognóstico e tratamento da Sida, donde legitimamente a prioridade de investigação tem sido orientada para uma preocupação de controlo da doença e sua propagação, mais do que para o estudo de adaptação psicológica dos indivíduos infectados. Foram publicados no estrangeiro inúmeros artigos com primeiras explorações do fenómeno, com a preocupação de assistência psicológica, mas em Portugal esta investigação foi inicialmente conduzida pela classe médica, dado que os hospitais são por

excelência o meio privilegiado para o seu estudo. A situação do psicólogo não integrado nestas instituições, está dificultada por razões óbvias como, por exemplo, as exigências éticas, o facto de o psicólogo ser um estranho para o doente e ser difícil o contacto desta população fora dos hospitais. Optando, por trabalhar, sobretudo, com toxicodependentes em recuperação, esse problema foi parcialmente contornado porque os respectivos centros de atendimento são mais vocacionados para uma intervenção do psicólogo que os próprios hospitais.

Este projecto foi iniciado no ano de 1987, altura essa em que em Portugal se começava a falar do fenómeno, logo após a nossa integração na F.P.C.E.- U.P., quando do regresso dos Estados Unidos, onde tínhamos permanecido durante 6 anos. Nesse mesmo ano efectuámos uma pesquisa bibliográfica, naquele país, onde recolhemos toda a literatura sobre os aspectos psicológicos publicados até aquela data. Em Portugal não haviam sido ainda publicados artigos no âmbito psicológico, sobre a Sida.

O primeiro capítulo começou a ser redigido nessa altura, em que procurámos fazer um resumo geral do que era a Sida e quais as suas implicações do ponto de vista psicológico, para fundamentar toda a investigação a que nos tínhamos proposto. O primeiro capítulo esteve sempre em constante remodelação, à medida que surgiam novos dados sobre a doença, procurando uma actualização permanente, muito difícil de manter (utilizámos a base de dados PsycLit para esse fim). Se aquele capítulo é o primeiro que aparece na ordem deste trabalho foi sem dúvida o último a terminar. Nele abordamos a evolução histórica da Sida no Mundo, e no nosso País, as consequências biopsicossociais e as interferências psico-imunológicas, directa e indirectamente, envolvidas no percurso da doença.

O projecto foi amadurecendo, os números começaram a multiplicar-se e, cada vez mais, sentíamos a necessidade de estudar o fenómeno, integrado no nosso País, cuja cultura é muito diferente da americana.

Durante os dois anos seguintes começaram a aparecer artigos nacionais dedicados à temática, mas em que só se realçavam os problemas psicológicos, sociais e culturais que a peste do sec XX tinha provocado (eu própria publiquei três artigos sobre o tema entre 1989 e 1991).

Começavam, também, a aparecer, pontualmente, descrições de casos invulgares, em que a introdução da seropositividade tinha feito emergir novas organizações positivas nos sujeitos afectados. Essa abordagem, mais optimista, entusiasmou-nos a prosseguir com o intuito de investigar as características dessas pessoas que eram capazes, face à perspectiva de morte, não se sentirem psicologicamente desajustadas, mas até melhor adaptadas.

O trabalho prosseguia com a recolha bibliográfica da fundamentação teórica, onde várias correntes psicológicas foram pesquisadas. Curiosamente, o humanismo, com a postura existencial, por um lado, e com a fenomenológica, por outro, forneceram pistas valiosas ao entendimento do percurso do ser humano no Mundo.

O segundo capítulo explora, mais profundamente, os teóricos que deram contribuições relevantes à presente investigação entre eles Maslow, Rogers, Goldstein, May e Frankl. Da reflexão sobre os estudos dos referidos autores nos paradigmas citados, encontrámos a importância da auto-actualização. Ela é o conceito fundamental ao completo desenvolvimento dos potenciais do ser humano e pode ser estimulada pela ruptura de mecanismos homeostáticos. Dessa constatação passámos para o conceito de "crise", que não foi, no entanto, explicitamente exposta nos escritos humanistas, e a necessidade de aprofundarmos um pouco essa matéria

transpôs-nos para René Thom e dele para teorias de desenvolvimento em que as crises desempenham um papel importante para o crescimento.

O terceiro capítulo começa, assim, por abordar alguns modelos de desenvolvimento que ajudam a compreender a evolução do ser humano ao longo da vida. Mas outros modelos, mais recentes, que abordam a crise, justificam a sua importância, como o de Caplan e o de Schlossberg. Ainda outras perspectivas se mostraram relevantes ao entendimento desta temática, como alguns modelos que se debruçam sobre os aspectos psicológicos da doença, do doente terminal e do luto.

O quarto capítulo procura, então, fazer a interligação da problemática psicossocial, que a seropositividade faz suscitar na pessoa infectada, e a sua relação com as teorias psicológicas, desenvolvidas no segundo e terceiro capítulos. Com base no modelo de Agra, delimitam-se as hipóteses do objecto de estudo a serem testadas. A importância do projecto residia, assim, em reconhecer as capacidades adaptativas das pessoas que, face à seropositividade se sentiam bem com elas próprias, reconhecendo, inclusivé, que a seropositividade, tinha provocado mudanças, sentidas nos próprios, como positivas. Ao identificarmos as principais dimensões na capacidade de adaptação do ser humano, esperamos contribuir para novas fórmulas de intervenção que estimulem esses requisitos indispensáveis para que os indivíduos afectados se possam sentir ajustados. Para avaliarmos a capacidade de adaptação duas dimensões emergiram como essenciais na revisão bibliográfica sobre a Sida e na revisão teórica e que são os conceitos de Auto-actualização e de Suporte Social. As combinações dessas duas dimensões são redistribuídas em quatro categorias que nos avaliam o grau da auto-organização.

A investigação para ser levada a cabo necessitava de instrumentos para avaliar a adaptação, os quais não dispúnhamos. A ideia inicial

preconizava um estudo da análise de conteúdo de histórias de vida em portadores do HIV, independentemente do comportamento de risco assumido quando da contaminação. Verificámos, no entanto, na literatura, que sobretudo as populações hemofílicas, transfusionadas e pediátricas eram consideradas com um estatuto diferente, que não implicava um comportamento de risco assumido pelo próprio. Optámos, então, por nos centrarmos nas populações toxicodependentes e com risco sexual (homo ou hetero) e fazermos o nosso estudo nessas mesmas populações.

No quinto capítulo explicamos os procedimentos tomados para definirmos os instrumentos. Começamos por fazer um estudo exploratório para analisarmos a viabilidade do nosso trabalho.

Após a elaboração das Escalas de Auto-actualização e Suporte Social, aplicámo-las, num primeiro ensaio, a uma população reduzida. Feitas as correções necessárias, submetemos os instrumentos a uma população normal para validarmos os instrumentos seguindo os passos metodológicos adequados ao processo. No fim do capítulo quinto, tínhamos os principais instrumentos apurados e outros seleccionados para serem aplicados a uma população seropositiva. Dada a impossibilidade de recolhermos histórias de vida complementares, optámos, por uma pergunta aberta, a qual completa a avaliação quantitativa principal. Este trabalho teve a duração de um ano, tendo sido publicada a validação da Escala de Auto-actualização em 1992.

Estabeleceram-se contactos com imensas instituições, no Porto, Lisboa e Coimbra, para a aplicação dos questionários, chegando mesmo a estabelecer-se protocolos com algumas que, no entanto, não puderam atender ao nosso pedido de colaboração. Estava implícito todo um cuidado extremo de não se ferir a susceptibilidade das pessoas afectadas em lhes pedir para colaborar e foi preciso um tempo de latência para conseguirmos o apoio e a colaboração de algumas instituições. Houve várias restrições

impostas à escolha da população seropositiva, em parte pelas características das escalas escolhidas, porque eram exigidos somente maiores de 18 anos e com a frequência do 2 ciclo do ensino básico, únicos que considerámos passíveis de colaboração. Por outro lado, desejava-se que as pessoas que participassem tivessem conhecimento do estatuto de seropositividade, por um período superior a três meses, para terem tido tempo de introjectar o que significa ser seropositivo. Ainda foi solicitado aos responsáveis pelo atendimento dessas pessoas que só pedissem a colaboração a indivíduos que soubessem o que significava ser seropositivo e quais as implicações que essa situação representava. Com isto pretendíamos eliminar as pessoas que, apesar de seropositivas, não compreendessem as alterações do que significava essa infecção, pois não é incomum no meio hospitalar algumas pessoas, de um estrato socio-cultural inferior, padecerem de uma grave enfermidade e não terem consciência desse facto.

Esta fase foi a mais difícil de contornar. Esperávamos, dada a quantidade estimada de seropositivos já em 1992, conseguir uma amostra grande para a nossa investigação, facto que não correspondeu à realidade. A desactualização das informações, devido a problemas éticos e legais, como por exemplo não ser mandatória a notificação dos casos de Sida e de Seropositivos, impedia um contacto directo com a população a ser estudada.

Dos questionários totais distribuídos, só conseguimos recuperar cerca de um terço. A investigação prolongou-se por um período superior ao previsto aguardando reunir-se um maior número possível de sujeitos.

No capítulo sexto apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos da validação das hipóteses levantadas. Começa-se por diferenciar, concomitantemente, as quatro categorias propostas quanto às principais variáveis, para seguidamente se efectuarem análises estatísticas mais discriminatórias entre duas categorias. O objectivo é caracterizar cada uma

dessas categorias em função de um grau de capacidade adaptativa, suportada pelas análises quantitativa e qualitativa apresentadas.

Para finalizar lembramos que esta dissertação repercute uma abordagem diferente da normalmente apresentada em dissertações de Psicologia. Os enquadramentos teóricos exaustivos que normalmente estão presentes neste tipo de trabalho, tornam-se impossíveis, dado que o tema diz mais respeito ao campo da saúde ligada a medicina do que ao campo da psicologia, por um lado, e por outro, o facto da Sida ser uma doença recente, diagnosticada pela primeira vez em 1981. O teor desta dissertação é essencialmente empírico, contrariando um pouco os modelos teóricos aplicáveis na Psicologia. Mesmo assim, admitindo ser um trabalho diferente não deixou de ser apaixonante, pelo facto de em primeiro lugar a Sida ter vindo a crescer desmedidamente no nosso País, e, dada a ineficácia de tratamentos médicos, ser cada vez mais imperiosa a intervenção psicológica.



Capítulo 1

A Situação da Problemática Biopsicossocial da Sida

Considerações Introdutórias

Neste capítulo focaremos vários dos problemas que a Sida fez suscitar no mundo da ciência. Iniciaremos com a definição de Sida e dos seus estádios, ressaltando, ainda, aspectos da virologia que caracterizam a doença, para seguidamente abordarmos a evolução histórica da enfermidade, a problemática dos grupos de risco e os comportamentos associados a esta patologia à escala mundial, europeia e nacional.

Em seguida será explorado o impacto biopsicossocial da Sida, em que tentaremos identificar os três principais factores implicados nas reacções psicológicas da pessoa afectada e que são os factores socio-culturais, factores médicos ou orgânicos e factores psicológicos, considerando que da interrelação destes é que se poderá conhecer a reacção da pessoa à contaminação pelo vírus HIV.

Por último tecem-se considerações sobre a importância da atitude psicológica e as suas relações com o sistema imunológico do indivíduo.

1. Algumas Considerações sobre a Sida

1.1 Definição, Estádios e Virologia da SIDA

Sida é a abreviatura para "Síndrome da Imunodeficiência Adquirida". É uma doença viral, infecciosa e fatal, identificada pela primeira vez nos Estados Unidos em 1981. É fatal, por não ter cura, não tendo sido até ao momento descoberta uma forma de imunização activa ou passiva. A Sida

caracteriza-se por diversas manifestações clínicas subjacentes à penetração no organismo do vírus HIV (que significa "Human Immunodeficiency Virus"), que atacando o sistema imunológico do indivíduo, torna-o susceptível a todo o tipo de infecções. Dois tipos de vírus foram identificados: HIV 1= LAV= HTLV3 e HIV 2 = LAV2 = HTLV4 (Farthing, Brown & Staughton,1988; D. Miller,1988b, p. 19). Mencionamos ainda, e a título de referência, os outros termos previamente utilizados, respectivamente nas nomenclaturas francesa e anglo-saxónica.

O HIV 1 foi o primeiro tipo de vírus a ser identificado, no ano de 1983 nos EUA por R. Gallo et al. e em França no mesmo ano, por F. Barré-Sinoussi, J.C. Hermann, L. Montagnier et al. (Pina, 1992).

Em 1986 com a colaboração de investigadores portugueses, Odete Santos Ferreira e J.L. Champalimaud, foi isolado um segundo tipo (HIV 2), em dois doentes, um oriundo da Guiné e outro de Cabo Verde (Pina, 1992). Estavam assim identificados os vírus causadores da doença Sida.

Desde a penetração do vírus no organismo até à instalação da doença propriamente dita, a pessoa atravessa diferentes estádios clínicos e laboratoriais (Pina, 1992). Neste estadiamento, foram utilizados vários critérios, pretendendo classificar o grau de enfermidade da pessoa afectada. Em 1986 o C.D.C. (Centre of Disease Control - EUA) propôs 4 grupos de estadiamento, que reunindo várias características clínicas específicas, não considerava os parâmetros imunológicos laboratoriais. Mais tarde, já em 1990, a Organização Mundial de Saúde [O.M.S.] propõe outra classificação a qual, além de analisar o estágio clínico do indivíduo, também avalia, em simultâneo, os parâmetros imunológicos, principalmente a diminuição da taxa de linfócitos CD4.

Actualmente, com base na última classificação da O.M.S., citaremos três estádios progressivos, que na linguagem leiga traduzem, erronea e

indistintamente, a Sida: 1. Portador Assintomático ou Seropositivo; 2. Doente com ARC (Aids Related Complex); 3. Doente com Sida (Farthing et al. 1988; Pina, 1992).

Procuraremos, a seguir e sucintamente, definir cada um destes três estádios.

1. Portador assintomático ou seropositivo - é todo o indivíduo, que tendo tido contacto com o vírus e possuindo anti-corpos detectáveis no seu sangue, não apresenta sintomas, podendo vir ou não a desenvolver a doença. Embora não haja a certeza absoluta da progressão para a doença, e podendo o período de incubação ser de vários anos, considera-se existir uma altíssima probabilidade de desenvolvimento da mesma, podendo ainda o portador assintomático transmiti-la (Farthing et al. 1988). Considera-se que na fase de contágio, igualmente designada por primoinfecção, possa haver sintomas febris inespecíficos, que depois entram em remissão até à doença se manifestar na sua diversificada patologia.

2. Doente com ARC (Aids Related Complex) - é o estádio em que o indivíduo, já sendo seropositivo, apresenta sintomatologia frequentemente caracterizada por adenopatias generalizadas, fadiga, faringites e diarreias crónicas, suores nocturnos, emagrecimento e febre. As infecções que surgem são banais em importância e magnitude, mas extremamente frequentes. É de salientar que esta fase pode não se manifestar ou passar despercebida, transitando o indivíduo directamente da fase de seropositividade para a fase de doença Sida instalada.

3. Doente com Sida - é aquele em que a imunodepressão, induzida pelo HIV, atinge um grau mais acentuado, determinando quadros clínicos, caracterizados por infecções oportunistas de gravidade crescente, assim como de tumores. Inserem-se nesta linha as infecções pulmonares causadas por Pneumocystis carinii, as infecções por sub-grupos atípicos de

Mycobacterium tuberculosis, a toxoplasmose cerebral e mesmo o Sarcoma de Kaposi, entre outros. Uma vez manifestada a Sida a longevidade média é de dois anos.

As definições que demos para cada um destes estádios, estão necessariamente incompletas, não incluindo todas as patologias identificadas até ao momento e integradas na definição de doença da Sida, nem a respectiva tabela de classificação da contagem dos linfócitos CD4, pois a lista é exaustiva e, dado que este trabalho visa os aspectos psicológicos inerentes à Sida, não nos pareceu pertinente um aprofundamento da vertente médica da doença (1).

Relativamente à comprovação laboratorial, os testes mais frequentemente utilizados, em virtude da sua simplicidade metodológica na detecção de anti-corpos circulantes anti HIV, são conhecidos pelo nome de ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay). São igualmente utilizados outros ensaios com metodologias diferentes, como o teste Western Blot e o teste RIPA que, ao fazerem a separação de partículas víricas através da electroforese, permitem a confirmação dos testes de ELISA (Farthing et al. 1988). Alguns dos problemas que se têm detectado, prendem-se com o facto de poder haver falsos positivos em 0,25% dos indivíduos testados, sendo ainda mais preocupante a ocorrência de 4% de falsos negativos em indivíduos que posteriormente desenvolvem a doença. Esta última constatação reflecte-se na preocupação da segurança dos testes efectuados em dadores de sangue. Para procurar contornar este problema, é genericamente pedido que pessoas com comportamentos de risco não dêem sangue, evitando-se a contaminação de indivíduos sadios, isto não só provocado pela falibilidade dos métodos de ensaio, mas também devido ao facto de se saber que: "Desde o momento do contágio ao estabelecimento da seropositividade (presença de anticorpos) podem decorrer 8 semanas,

excepcionalmente mais tempo" (Pina 1992; p.293). Farthing et al. (1988) referem que 12 semanas é o tempo médio a aguardar após a infecção, até que os testes acusam a seropositividade.

1.2 A Evolução da Enfermidade numa perspectiva histórica

Foi no ano de 1981 e nas cidades norte-americanas de S.Francisco e de Nova Iorque, que foram identificados os primeiros pacientes com Sida (D. Millér, 1988b). Num contexto histórico, esta doença surgiu em homens jovens homossexuais, sendo de início associada unicamente a indivíduos do sexo masculino com esse desvio de orientação sexual. A primeira via de transmissão identificada foi a do relacionamento homossexual, através da troca de secreções orgânicas contaminadas. Com a evolução da doença, começaram a ser detectados casos de Sida noutra grupo específico, constituído pelos toxicodependentes que faziam uso da via endovenosa. Neste segundo grupo de homens e de mulheres, que se injectavam e que normalmente partilhavam as seringas e agulhas que utilizavam, a contaminação pelo HIV começou a aumentar rapidamente. Desta constatação, começou-se a estabelecer a relação entre a contaminação e a troca de produtos sanguíneos, bem como com comportamentos sexuais promíscuos que aparecem normalmente associadas ao comportamento toxicodependente. Simultaneamente, noutra grupo de indivíduos que tinham sofrido múltiplas transfusões de produtos sanguíneos e em especial nos hemofílicos, começaram a surgir contaminações com o vírus da Sida. Hoje em dia, este último grupo não está felizmente sujeito tanto a esse risco, em virtude de todo o sangue que é utilizado nos hospitais ser testado previamente ao seu uso, havendo por esse facto uma margem de segurança bastante maior.

As ilações tiradas a partir da observação dos casos e das potenciais vias de contaminação, associada à investigação básica no campo da medicina, permitiram determinar que o vírus da Sida se propaga facilmente por troca de produtos sanguíneos contaminados, estando ainda presente em altas concentrações nas secreções do aparelho genital de indivíduos contaminados, concretamente no esperma e nas secreções vaginais. O vírus foi ainda isolado nas fezes e na urina. No entanto, verificou-se que a propagação da doença não se fazia aos familiares dos doentes afectados que com eles conviviam, nem aos elementos das equipas médicas e de enfermagem que os tratavam. A Sida não se propaga portanto pelo contacto social.

Tem-se evoluído bastante, mas não o suficiente para se saber todas as formas de contaminação possíveis. Sabe-se hoje que o vírus já tem sido detectado no suor, lágrimas e saliva, não havendo no entanto comprovação da contaminação vírica através dessas secreções (Farthing et al. 1988; Pina, 1992), e pressupondo-se ausência de infeciosidade em virtude das diminutas concentrações do vírus encontradas nesses produtos (D. Miller, 1988b).

1.3 O Panorama da Sida conforme os "grupos" de risco

Segundo Alleaume (1988), em 1987 os Estados Unidos da América mantinham 70% do numero total de casos de Sida no Mundo. Segundo Volberding citado por Abrams, Dilley, Maxey e Vollerding (1986), toda a literatura existente sobre a doença até essa data, era essencialmente norte-americana, servindo de modelo para o resto do mundo. Acontece que a distribuição dos casos de Sida ou mesmo dos casos de seropositividade no referido país, apresentava-se quase exclusivamente nos grupos dos

homossexuais e toxicodependentes. A experiência norte-americana não foi, no entanto, coincidente com o verificado no resto do mundo.

Fazendo uma revisão da literatura existente, observamos que, embora reconhecendo uma diversidade de grupos de risco para a Sida, nos EUA e em 1985, os homossexuais masculinos constituíam 75% do total de pessoas diagnosticadas (Cassens, 1985). Nos anos seguintes, a importância quase exclusiva dos homens jovens homossexuais continuou a ser enfatizada, reconhecendo-se que 73% do número total de casos de Sida pertencia a esse grupo (Wolcott, Namir, Fawzy, Gottlieb & Mitsuyasu, 1986). Em 1985, Dilley, Ochitill, Perl e Volderbing referem ser São Francisco a cidade dos EUA com a maior incidência de Sida, devido ao facto de possuir uma grande população de homossexuais masculinos. Uma possível explicação para a grande proliferação da doença entre a população homossexual, e de acordo com Jaffe et al segundo D. Miller e Green (1985), deve-se ao facto deste grupo de risco ter um grande número de parceiros sexuais, chegando cada indivíduo infectado pela Sida a ter 60 parceiros diferentes por ano. A literatura continuava no entanto a reforçar a ideia de que, excluindo os homossexuais e os toxicodependentes, só 8% das pessoas adultas com Sida, a tinham contraído por outras vias (M. Cohen & Weisman, 1986).

Entretanto a disseminação da doença progredia e os grupos de risco mantinham uma posição relativa sensivelmente idêntica, havendo a assinalar uma ligeira descida percentual no grupo homossexual, motivada pelo início da subida no grupo constituído pelos indivíduos contaminados por outras vias. Segundo Faulstich (1987), 70% dos casos globais de Sida nos EUA, continuava a ser composto por homossexuais; entre 15 a 20% era constituído por toxicodependentes que usavam drogas injectáveis, e os outros grupos de risco eram formados por hemofílicos, por crianças de alto risco geradas por

mães toxicodependentes e já infectadas, e por companheiras sexuais de homens contaminados. No mesmo artigo Faulstich faz referência a casos reportados por Wykoff (1985), por Price e Forejt (1986), em que a contaminação se tinha processado da mulher para o homem, mas nessa altura afirmava-se serem precisos mais dados para se confirmarem esses factos.

Frierson e Lippmann (1987), referindo Wachter (1986) e Jaffe et al. (1983), eram igualmente de opinião que as pessoas afectadas pela Sida, incluíam homossexuais ou bissexuais, com múltiplos parceiros, constituindo 70% dos casos globais. Consideravam, ainda, e citando Desforgues (1983), Schorr et al. (1985) e Mcdougal et al. (1985), a existência de outros grupos de risco constituídos pelos toxicodependentes que usavam drogas injectáveis, pelos hemofílicos e por pessoas que tivessem recebido múltiplas transfusões sanguíneas.

Esta distribuição relativa dos casos de Sida na globalidade dos Estados Unidos manteve-se praticamente inalterada até 1988. Verificavam-se no entanto alterações significativas quanto às percentagens relativas dos dois principais grupos de risco, homossexuais e toxicodependentes, consoante a zona geográfica ou cidade analisada. Cita-se, como exemplo, o Estado da Califórnia, que é conhecido pela permissividade e aceitação da homossexualidade, onde 70% dos casos de Sida eram devidos à homossexualidade. Particularmente na cidade de São Francisco, segundo Abrams et al. (1986), 98% dos pacientes com Sida eram homo ou bissexuais. Curiosamente, na cidade de Nova Iorque, conhecida também como um dos centros de maior uso de drogas injectáveis no mundo, dos 300 casos seropositivos e ou com Sida, internados no Metropolitan Hospital, 70% eram toxicodependentes (M. Cohen, & Weisman, 1986). Igualmente, nos estados vizinhos de Nova Jersey e Connecticut, a causa de Sida presente na maioria

dos infectados pelo vírus é a toxicod dependência em detrimento da homossexualidade.

Na maioria dos artigos norte-americanos, publicados recentemente, não se encontram referências quanto a outros tipos de grupos contaminados (eg. Abrams et al. 1986; Dilley et al. 1985; M. Cohen, & Weisman, 1986), com excepção de Frierson e Lippmann (1987), que referem ocorrer a transmissão do vírus por actividade heterossexual, sobretudo a partir de mulheres prostitutas e toxicod dependentes, utilizadoras da via endovenosa. Des Jarlais e Friedman (1988) também sustentam a mesma hipótese ao verificarem que na cidade de Nova Iorque 90% dos casos de heterossexuais contaminados pelo HIV foram provenientes de contacto sexual com toxicómanos, e 80% dos casos de contaminação vertical são atribuíveis a mãe toxicod dependente ou ao seu parceiro; no entanto, esses autores não referem a percentagem desses casos nos casos totais de Sida.

Posteriormente, Campbell e Baldwin (1991) em Sopena (1992) constataam que de 1989 para 1990, os E.U.A. sofreram um aumento de 41% de casos de Sida atribuíveis à heterossexualidade, enquanto que para os homo ou bissexuais e toxicod dependentes esse aumento foi de respectivamente 5,1% e 7,9%. Não podemos deixar de mencionar, no entanto, que esse aumento drástico nos heterossexuais corresponde a 7% dos novos casos de Sida em 1991 para o referido país. Por outras palavras, no ano de 1983 havia 1% de casos de Sida cujo comportamento de risco tinha sido a heterossexualidade, percentagem essa que foi aumentando e atingiu os 7% em 1991. Apesar do aumento ter sido muito grande, a percentagem no global destes casos de Sida continua a ter pouca expressão nos E.U.A..

Frierson e Lippmann (1987), citando Piot et al. (1984) e Clumeck et al. (1984), fazem ainda referência à situação no continente africano, em que

os grupos de risco se apresentavam com uma distribuição igual para homens e mulheres, e cuja principal forma de propagação seria através do relacionamento heterossexual.

De acordo com o Centre of Disease Control, U.S.A., no ano de 1989, (Dilley & Forstein 1990) reforçava-se a tendência de uma ligeira descida na percentagem do grupo constituído pelos homossexuais ou bissexuais, correspondendo a 65% do total de casos de Sida nos EUA. Em contrapartida segundo Dilley e Forstein (1990) a seroprevalência no grupo dos toxicod dependentes começava a subir.

Embora os primeiros casos de Sida registados no grupo heterossexual na Europa fossem já em 1981, talvez sob influência do que se passava nos EUA, e havendo na altura uma casuística europeia muito reduzida, não se lhes foi atribuído o devido significado.

Actualmente a Sida, não é uma doença que incide só nos grupos populacionais inicialmente mencionados, homossexuais/bissexuais homens e toxicod dependentes que usem via endovenosa, hemofílicos e transfusionados, verificando-se uma rápida propagação à população em geral. A difusão da doença entre a população heterossexual é atribuída ao recurso à prostituição e a relacionamentos sexuais esporádicos com múltiplos parceiros (Reinisch, Sanders & Ziemba, 1988), porque "mutually monogamous couples with no risk of sexually transmitted HIV are remarkably rare" (Mapping sexual lifestyles, 1992, p. 1141).

Verifica-se assim que não é a pertença a determinado grupo de risco que põe a pessoa em condições propícias para contrair a doença, mas sim o seu comportamento de risco (Reinisch et al. 1988)

A distribuição dos casos de Sida no Mundo inteiro reflecte os costumes dos povos e os seus comportamentos inerentes à transmissão da

doença, não havendo uma uniformidade de distribuição dos meios de contaminação.

Globalmente, as percentagens relativas dos grupos de risco deixaram de ter muito significado, importando, contudo, o seu registo por países ou regiões. Ao delimitarmos essas áreas, aumentamos a probabilidade de encontrar maiores semelhanças regionais, no que respeita a aspectos étnicos, raciais e sociais, para que a intervenção preventiva possa ser mais eficaz.

1.4 A Evolução da Sida na Europa e em Portugal

Analisámos a evolução da Sida numa perspectiva histórica, em que os Estados Unidos foram o principal protagonista e modelo para os restantes países do mundo. Seguidamente, avaliaremos a evolução da Sida na Europa e em Portugal, e as divergências verificadas em relação ao modelo americano.

Como já foi referido por Alleaume (1988), em 1987, dos cerca de 194.000 casos de Sida, declarados no mundo e até à altura, 70% tinham-se verificado nos EUA e correspondiam a cerca de 135.000 pessoas, sendo ainda de salientar que, nesse mesmo ano, a O.M.S. registava para a Europa um número total de 14.775 afectados, sendo, desses, 7.058 novos casos (Comissão Nacional de Luta contra a Sida [CNLCS], 1992).

Observemos o quadro 1.1. que nos dá uma visão global da evolução actualizada por grupos, no ano de 1987, 1990, e 1993 para a Europa, (CNLCS, 1994a).

Quadro 1.1 Novos casos não acumulados de Sida na Europa (de Janeiro a Dezembro) de 1987, 1990 e (de Janeiro a Setembro) de 1993

Fonte: CNLCS, 1994a.

GRUPOS	1987		1990		1993	
	N	%	N	%	N	%
Homossexuais ou bissexuais	3561	51	6115	39,4	3174	33,3
Toxicodependentes	1907	28,1	6086	39,2	3753	39,4
Homo/bissexuais e toxicode.	152	2,2	277	1,8	113	1,2
Hemofílicos	212	3	275	1,8	120	1,3
Transfundidos	309	4,4	352	2,3	147	1,5
Heterossexuais	566	8,1	1738	11,2	1470	15,4
Causa desconhecida	203	2,9	671	4,3	748	7,9
TOTAL adultos e adolescentes:	6963	-	15514	-	9525	-
Casos pediátricos	199	-	1297	-	352	-
TOTAL GLOBAL	7162	-	16811	-	9877	-

Através do quadro 1.1, verificamos na Europa entre o ano de 1987 e o ano de 1993, uma diminuição dos novos casos de Sida entre os homo-bissexuais, e uma subida entre os toxicodependentes e heterossexuais.

Em Portugal, as primeiras notificações de 18 casos de Sida registaram-se apenas em 1985 (Grupo de Trabalho da Sida [GTS]1991b).

Apresentamos seguidamente um quadro (C.f 1.2), evolutivo da situação actualizada da Sida em Portugal, referente aos mesmos anos de 1987, 1990 e 1993.

Quadro 1.2 Novos casos de Sida não acumulados em Portugal em Dezembro de 1987, 1990 e 1993. Fonte: CNLCS, 1994b.

GRUPOS	1987*		1990		1993	
	N	%	N	%	N	%
Homossexuais ou bissexuais	67	47,1	106	44	74	25,6
Toxicodependentes	10	7,0	39	16,2	100	34,6
Homo/bissexuais e toxicode.	1	0,7	2	0,8	5	1,7
Hemofílicos	14	9,9	4	1,7	1	0,4
Transfusionados	5	3,5	14	5,8	7	2,4
Heterossexuais	39	27,5	64	26,5	91	31,4
Mãe para criança	2	1,4	6	2,5	0	0
Causa desconhecida	4	2,8	6	2,5	11	3,8
TOTAL:	142	—	241	—	289	-

* O ano de 1987 inclui os casos de 1983, 1984, 1985 e 1986.

Nota: há ainda um total de 43 casos dos quais se desconhece o ano

Como podemos constatar, confrontados os quadros 1.1 e 1.2, as percentagens relativas dos grupos de risco que se verificam para a Europa e para Portugal são muitos diferentes. Até 1990, o primeiro grupo, em termos de maior incidência da Sida, é sem sombra de dúvida o dos homo ou bissexuais masculinos, quer em Portugal quer na Europa. No entanto, enquanto o segundo maior grupo para o continente europeu é constituído pelos toxicodependentes, para Portugal a mesma posição é preenchida pelos heterossexuais. Esta situação invulgar, contrastando com a casuística global europeia, não é só registada no nosso país mas também noutros países europeus, onde o grupo heterossexual chega mesmo a ser o primeiro

grupo de contaminação, bem exemplificada pela Bélgica. No caso específico de Portugal, uma das possíveis razões explicativas do aparecimento de Sida através do relacionamento heterossexual, é esta ser devida em muitas situações ao vírus HIV 2, já identificado e oriundo de países africanos, aos quais Portugal esteve ligado historicamente durante séculos, tendo-se verificado num passado recente o retorno maciço de portugueses provenientes das ex-colónias africanas. Verificamos ainda em função dos dados que dispomos para 1993 que quer na Europa quer em Portugal os toxicodependentes passaram a assumir o primeiro lugar, secundarizado no nosso país pelo grupo dos heterossexuais, enquanto que na Europa esse grupo é constituído pelos homossexuais. Concluimos que a epidemia da Sida demorou a instalar-se no nosso país, começando só agora a observar-se um crescimento mais acentuado da enfermidade, também nos toxicodependentes.

No quadro seguinte 1.3, apresentamos uma leitura diferente dos quadros atrás mencionados (c.f. quadros 1.1 e 1.2) ao fazermos a análise da evolução da Sida, através dos casos acumulados ao longo dos anos nos quais são referidas as percentagens, para os casos globais atribuíveis aos 3 principais grupos, homossexuais, toxicodependentes e heterossexuais nos países referidos. Todos os dados são referentes aos casos acumulados até ao mês de Setembro em 1987, 1990 e 1993.

Em 1987, a homossexualidade tem a maior percentagem de casos de Sida na Inglaterra, Dinamarca, Suécia, Alemanha, Finlândia e Holanda (Centre Collaborateur OMS sur le Sida, 1987), situação que se mantém em 1990 e 1993 (GTS, 1991a; CNLCS, 1994a).

Ainda referente aos anos de 1987, 1990 e 1993, os países em que a maior percentagem de casos de Sida é atribuída à toxicodependência são a Espanha e a Itália. Como foi mencionado anteriormente, realçamos que a

maior percentagem de casos de Sida na Bélgica verifica-se nos heterossexuais.

Quadro 1.3 A Evolução Percentual em alguns países Europeus entre 1987, 1990 e 1993, dos casos acumulados de Sida atribuíveis aos 3 principais grupos, Fontes: (Centre collaborateur OMS sur le Sida, 1987; GTS, 1991a; CNLCS, 1994a)

PAÍSES	HOMOSSEXUAL %			TOXICODEPENDENTES %			HETEROSSEXUAL %		
	1987	1990	1993	1987	1990	1993	1987	1990	1993
Alemanha	75	70	69,3	8	13	13,1	3	3	5,6
Dinamarca	82	78	74,0	2	4	6,1	5	8	12,2
Noruega	78	70	61,7	5	9	13,3	8	9	15,1
Suécia	82	72	65,8	0	3	9,1	6	12	8,9
Finlândia	73	80	73	0	1	2,8	18	13	14,9
Inglaterra	86	79	75,7	1	4	5,1	4	6	10,7
Holanda	88	80	77,2	4	8	9,4	2	5	8,3
Portugal	54	45	38,5	6	11	20,9	30	28	29,1
Bélgica	25	35	42	2	1	6,3	58	44	43,5
Espanha	24	17	15,5	53	65,8	66	1	4	6,9
Itália	23	15	14,5	62	66	66,2	3	6	9,4

Na nossa opinião, a análise de novos casos (c.f. quadros 1.1 e 1.2) é mais precisa para acompanhar a evolução da doença pois a leitura é mais sugestiva das alterações comportamentais preventivas que vão surgindo em cada grupo.

Ao analisar globalmente os casos acumulados até Setembro de 1993 (c.f. quadro 1.3) tem que se ter em conta a grande percentagem de casos de Sida, concentrada sobretudo nos homossexuais nos primeiros anos da doença, que interferem com as percentagens reais do percurso da Sida.

Com a evolução da epidemia, verificamos que a nível europeu, de um modo geral, os valores relativos à incidência da Sida no grupo homossexual têm registado uma tendência para descer, enquanto que no grupo de toxicodependentes há pelo contrário uma tendência para subir. Steel e Haverkos (1992) enfatizam a necessidade de se estudar a proporção dos casos de Sida que estão relacionados com o uso de drogas ilícitas. A rápida disseminação de HIV no grupo dos toxicodependentes nos países desenvolvidos explica-se, segundo Des Jarlais, Friedman e Choopanya, (1992) por um lado, devido à falta de informação entre a população toxicodependente e por outro, pela capacidade dos toxicodependentes penetrarem em todos os tipos populacionais. Na nossa opinião, às razões apontadas, acrescentamos o facto de ser mais difícil a alteração de comportamentos no grupo toxicodependente, do que nos restantes, sendo outra hipótese explicativa (da grande progressão do HIV), como veremos mais em detalhe nos aspectos psicológicos da Sida.

Podemos ainda analisar, pela situação que se vive na Europa, que a distribuição da Sida conforme as causas que a determinam, sendo bastante diversificada, está relacionada com problemas sócio-culturais e que o estilo de vida tem muita influência no fenómeno.

Nos países em que a homossexualidade tem uma maior aceitação legal, como na Inglaterra, Alemanha, Dinamarca, Finlândia e Holanda há uma grande incidência de Sida neste grupo. Por outro lado, em países como a Espanha e a Itália, onde há um uso significativo de drogas injectáveis, os doentes com Sida localizam-se sobretudo entre os toxicómanos.

1.5. A Evolução da Sida no Mundo

Desde o ano de 1981 até ao primeiro trimestre de 1987, houve um aumento anual de novos casos de Sida superior a 100% relativamente ao ano anterior.

O quadro 1.4, apesar de referente à Europa, evidencia esse aumento exponencial do número de novos casos de Sida no Mundo (CNLCS, 1993b)

Quadro 1.4. - A Evolução da Sida na Europa desde 1982 a 1993

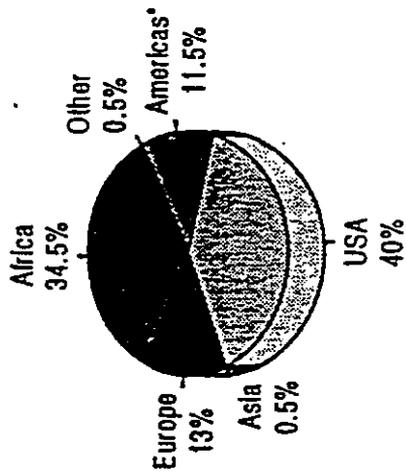
Ano	Casos de Sida Adultos e Adolescentes	Casos de Sida Pediátricos
1982	87	3
1983	283	16
1984	699	32
1985	1817	67
1986	3745	122
1987	6952	199
1988	10457	270
1989	13593	541
1990	15399	1293
1991	16840	769
1992	17256	606
1993*	5274	234
Total	93348	4170

* no ano de 1993 os dados que dispomos são até Junho de 1993

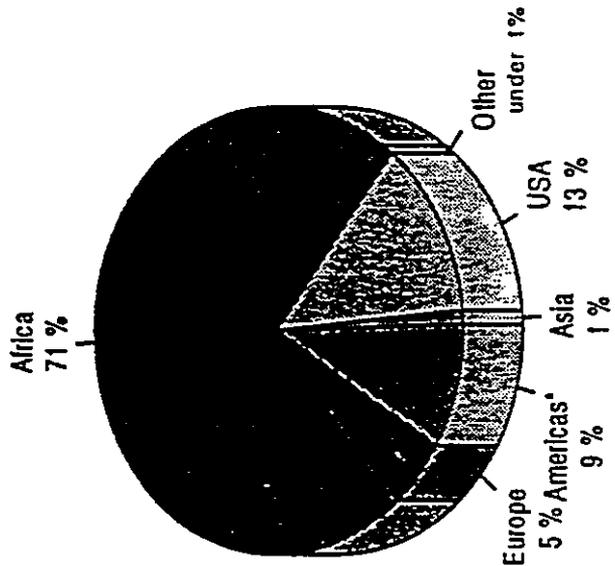
No entanto tem-se verificado um grande atraso nas notificações, o que leva a O.M.S. a fazer estimativas. Em função daquelas tem havido confirmações desses dados ao longo dos anos anteriores. Neste momento, e de acordo com a mesma Organização, os casos notificados no mundo inteiro são 718 894, mas estimam-se já 2.500 000 como o número real. O quadro 1.5 apresenta a distribuição geográfica dos casos de Sida no Mundo (casos notificados e estimados).

Cumulative AIDS cases in adults and children Mid 1993

Reported: 718 894

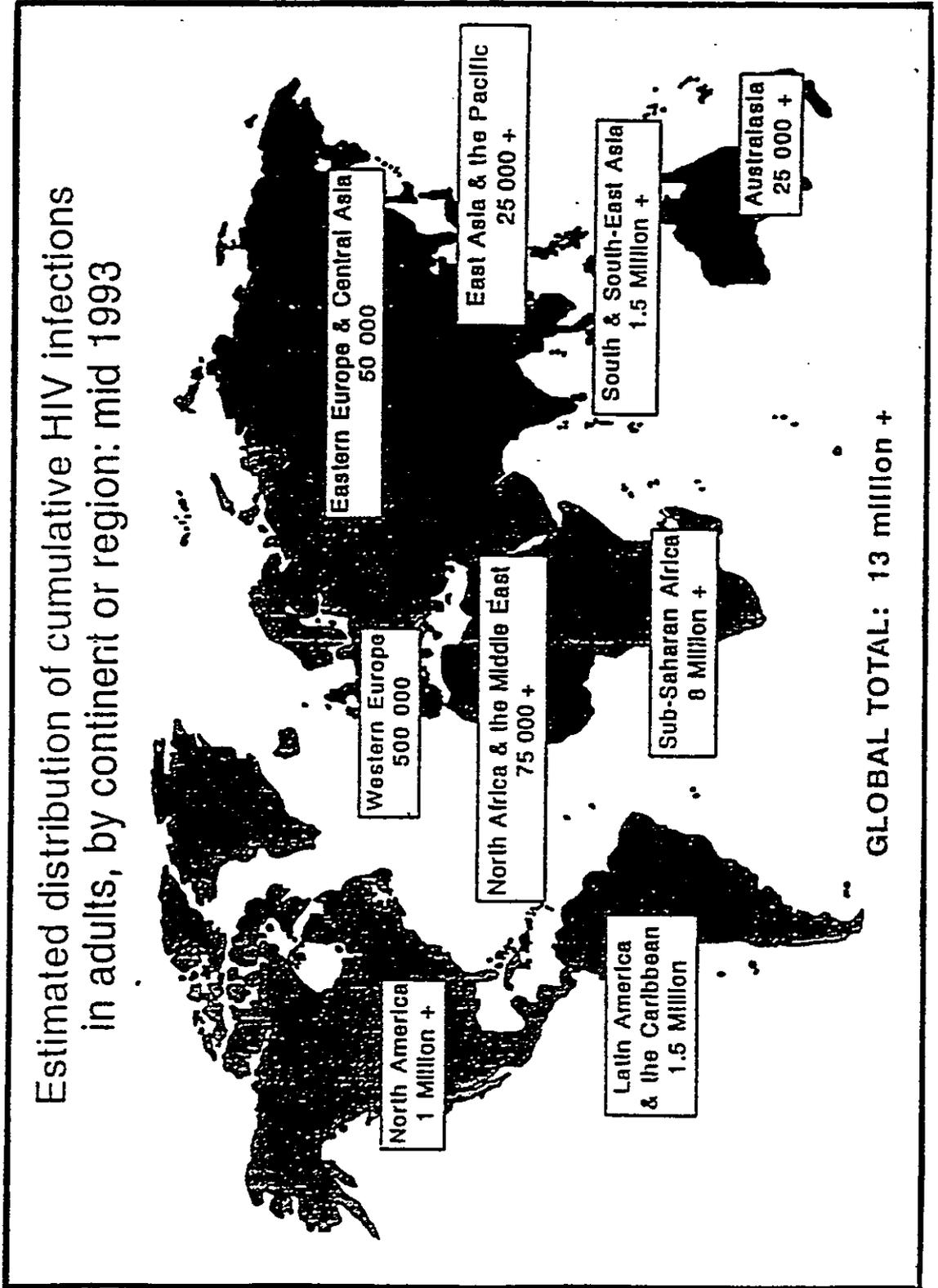


Estimated: > 2 500 000



*Excluding USA

Quadro 1.6 A estimativa das pessoas infectadas pelo HIV, no Mundo distribuídas geograficamente. Fonte: (CNLCS, 1993c, p 17).



Através do quadro (1.6) verificamos que, no momento, a região do globo com maior estimativa de disseminação da doença é a África Austral com mais de 8 milhões de pessoas infectadas. Encontramos ainda e sensivelmente com 1,5 milhões de casos estimados a América Latina e Caraíbas, igual número no Sul e Sudeste Asiático, mais de 1 milhão na América do Norte, seguindo-se a Europa Ocidental com 500 000. O Norte de África, Europa de Leste, Austrália e Ásia (com excepção da parte Sul e Sudeste), tem uma incidência bastante menor desta doença.

"As doenças sexualmente transmitidas são conhecidas por estarem relacionadas com os factores sócio-económicos e a disrupção da sociedade "(Piot & Holmes, 1988) em (Zwi & Cabral 1992, p. 201). Como já foi atrás referido, a Sida levanta problemas psicossociais, muito específicos, que reflectem as culturas dos povos, pois verificamos que a Sida se tem propagado por comportamentos diferentes conforme a área do globo que atinge. Se na América do Norte a disseminação se iniciou pela homossexualidade, na África e Tailândia, por exemplo foi através da prostituição (Mapping sexual lifestyles, 1992).

Ao englobarmos na análise os casos de Sida provenientes de regiões como a África, Ásia e América do Sul, concluímos que 70% dos casos de Sida actuais no Mundo, são atribuíveis à heterossexualidade (Bárbara, 1992), pois nestas regiões altamente infectadas o predomínio da contaminação é essencialmente heterossexual.

Reconhecemos que a evolução da doença e as características quanto à sua transmissão sexual levantam graves problemas, que, na sua globalidade conduzem à resposta discriminatória pelas pessoas saudáveis. Contudo, temos que por de parte os julgamentos morais universais, penetrar na cultura de cada povo, e de cada indivíduo, para compreender o fenómeno numa perspectiva mais personalizada.

2. Aspectos Socioculturais, Neuropsiquiátricos e Psicológicos, na Sida

2.1. Aspectos socioculturais e suas implicações

2.1.1 Nasce o estigma

Com os dados obtidos pela evolução da Sida numa perspectiva histórica, estava criado o estigma em torno da doença, que afectava inicialmente grupos sociais já por si rejeitados pela própria sociedade, como são os homossexuais e os toxicodependentes.

As repercussões da doença Sida no mundo, e as características dos principais grupos infectados, suscitaram de imediato uma resposta da sociedade aos comportamentos, social e moralmente, julgados como desviantes.

Essa resposta foi essencialmente discriminatória e culpabilizadora para a maioria das pessoas afectadas. Se até aí os referidos grupos já eram muitas vezes marginalizados com a introdução da doença, a sociedade passava a admitir que esses indivíduos tinham agora um "castigo" pelos seus comportamentos de transgressão à norma. Uma prova disso é a opinião pública sobre a Sida nos EUA, em que metade dos americanos afirmou: "most people with AIDS have only themselves to blame" (Gallup poll, July 10, 1987) em (Herek & Glunt, 1988; p. 887) e que "in general, it's people's own fault if they get AIDS" (Gallup poll October 23, 1987) em (Herek & Glunt, 1988; p. 887).

No meio científico no ano de 1987 o nome inicialmente proposto para a Sida por Shilts foi de GRID "Gay-Related Immune Deficiency" (Herek &

Glunt,1988), isto significa que a própria comunidade científica reforçava a ideia da exclusividade da doença aos homossexuais.

Um editorial do Southern Medical Journal, escrito por Fletcher, dizia que uma das soluções óbvias para a Sida era a conversão dos homossexuais em heterossexuais (Cassens, 1985). Numa conferência Internacional sobre Sida, em Estocolmo, em 1988, concluiu-se que o risco de contaminação estava directamente em relação com o número de parceiros sexuais (Alleaume, 1988). Recordamos que essa é uma característica frequentemente associada aos homossexuais (Prost & Vincent, 1991; D. Miller & Green 1985).

Quanto aos aspectos sociais e culturais, é importante reflectir-se sobre a situação geral de Sida e comportamentos implícitos. Nesta problemática encontramos duas situações diferentes mas de interacção recíproca: as implicações psicológicas dos familiares e sociedade nos indivíduos já infectados, e o impacto da Sida nos diferentes meios socio-culturais. Se a primeira vai influenciar os problemas psicológicos dos indivíduos infectados, decorrentes das reacções da sociedade e cultura onde aqueles estão inseridos, a outra reflecte em maior grau, uma análise das alterações do comportamento da humanidade provocada pelo conhecimento da doença Sida no Mundo.

2.1.2. Implicações psicológicas da sociedade, dos familiares e técnicos de saúde, nas pessoas afectadas.

As implicações da reacção social à Sida são muitas. Ao ser transmitida uma mensagem latente que se a pessoa não pertence aos principais grupos de risco está à partida imune, deve ter contribuído para uma maior disseminação da doença. Consequentemente as pessoas afectas

de Sida passam a ser consideradas vítimas "culposas" do seu estatuto, pois se não tivessem este ou aquele comportamento desviante não estariam certamente doentes.

A sociedade ao admitir a culpabilidade das pessoas na sua própria doença, admite também que é legítimo ignorá-las ou pior ainda distanciar-se delas, pois a doença é contagiosa e mortal. O impacto da Sida no mundo, originou em algumas pessoas seronegativas o aparecimento de algumas patologias específicas. Nomeadamente há casos descritos na literatura de hipocondria (Frolkis, 1986; Goldmeier, 1987), chegando mesmo a falar-se em homofobia (Holland & Tross, 1985), relacionados, respectivamente, com o medo de virem a adquirir a referida enfermidade e com a aversão em relação aos indivíduos portadores do HIV. Recentemente, Lewes (1992) concordantemente também refere a existência de inúmeros casos psiquiátricos de homofobia.

Westerman e Davidson (1993) fizeram um estudo em 80 estudantes adolescentes do ensino secundário e constataram a presença de atitudes homofóbicas em vários. Essas atitudes revelaram-se especialmente contra homossexuais masculinos, donde os portadores de tal postura acabavam sendo mais susceptíveis de se envolver em sexo não protegido, pois continuavam a acreditar que a Sida é uma doença exclusiva de homossexuais.

Um outro estudo referido por Anderson (1992) efectuado com estudantes universitários, sobre as suas atitudes com doentes com Sida, demonstra que relativamente a esses doentes, a população estudantil atribui uma maior culpabilização aos homossexuais seropositivos do que aos heterossexuais, na contracção da enfermidade.

Como consequência, e numa escalada gradual, instala-se um pouco a revolta social contra estes doentes, pois eles além do perigo de infecção

que representam, significam uma grande sobrecarga financeira para a sociedade em geral.

As consequências dessa atitude social, reflectem-se em diversas questões de natureza prática e ética nas pessoas afectadas.

Começou a marginalização no emprego, sendo os doentes despedidos ou reformados prematuramente dos seus postos de trabalho (Christ & Wiener, 1988; Salisbury, 1986). A perda do emprego reflectia, além de uma limitação financeira, uma limitação no campo do relacionamento interpessoal com os colegas de trabalho (Christ & Wiener, 1988). Goldmeier (1987) cita um estudo conduzido por Vass (1986) na Inglaterra onde foram entrevistados 267 pessoas aleatoriamente escolhidas entre a população geral e em que 70% afirmaram que tentariam manter uma certa distância no emprego das pessoas infectadas com o HIV.

As companhias seguradoras começam a impôr medidas severas, restringindo ou mesmo rescindindo contratos previamente estabelecidos com os portadores do vírus, recusando-se, mesmo, a celebrar novos contratos sem que as pessoas se submetessem aos testes laboratoriais de pesquisa de anticorpos HIV (Christ & Wiener, 1988).

A discriminação cresceu de tal forma, envolvendo até crianças hemofílicas contaminadas que acabavam, por influência dos pais ou educadores de seus pares, por ser irradicadas das escolas e privadas do contacto com as outras crianças (Holland & Tross, 1985), (2).

Num âmbito mais alargado, no trabalho e no lazer, a população sadia manifesta claramente os seus receios de convivência com pessoas infectadas, optando, infelizmente na maioria das vezes, por um afastamento e discriminação.

Uma possível explicação para todo este procedimento da comunidade deve-se em parte, à exploração sensacionalista dos meios de

Comunicação Social potencializada por um grande cepticismo relativamente aos avanços da Ciência que não tinha progredido o suficiente para conseguir tranquilizar a população geral, relativamente aos riscos reais de transmissão.

2.1.2.1 Implicações psicológicas dos familiares

Para um bom entendimento dos efeitos socio-culturais nos indivíduos seropositivos, iremos abordar seguidamente alguns problemas mais comumente sentidos pelos seus familiares e amigos chegados que se reflecte inevitavelmente naqueles.

Para os familiares do doente verifica-se que, muitas vezes, são sobrecarregados com a notícia simultânea da doença do seu familiar, e do comportamento de risco que esteve na gênese da Sida (Blaney & Piccola, 1987). Tomar conhecimento desse facto pode gerar na família directa a sensação de ter sido traída, o que provoca um sentimento de raiva, dirigida ao elemento doente, ou então um sentimento de culpa por não o ter conseguido orientar convenientemente. Se a família entra em crise, só a muito custo partilhará os seus sentimentos e emoções, dos quais, na maior parte das vezes se sente envergonhada, procurando escondê-los dos parentes mais afastados ou dos amigos (Dilley & Forstein 1990).

Os sentimentos ambivalentes para com o paciente com Sida, são universalmente sentidos pelos seus parceiros e familiares (D. Miller & Green, 1985; Christ & Wiener, 1988). Se estes, em acompanhamento psicológico, não os conseguem exteriorizar, é necessário primeiramente assegurar-lhes a naturalidade desses sentimentos, propiciando-lhes a maneira mais correcta para lidar com eles sem detrimento da própria saúde psicológica e mental (D. Miller, 1988a).

Os familiares e em especial os parceiros sexuais de doentes com Sida necessitam muitas vezes de um acompanhamento psicológico. O medo de perder a pessoa com quem se tem um relacionamento afectivo profundo, é reforçado com o medo de o próprio ficar contaminado (Costa, Ouakinins & Figueira, 1989; D. Miller, Green & McCreaner, 1986). De acordo com Ancelle, (1992), a percentagem de mulheres que se tem contaminado quando o parceiro sexual é seropositivo é de 35%, enquanto que para os homens a situação inversa atinge uma percentagem muito menor (15,9%).

Além desses problemas iniciais, o futuro próximo não parece também encorajador. Ter consciência de dever cooperar nos cuidados com o paciente, saber que há alteração na vida sexual, quando esta está presente, sentir-se só nas actividades e responsabilidades sociais, constituem problemas difíceis de resolver. Os afazeres domésticos e profissionais e financeiros passam a ser unilaterais, exigindo dessa ou dessas pessoas um esforço transcendente, (Dilley & Forstein, 1990; D. Miller et al. 1986; D. Miller, 1988b) Consequentemente não é invulgar a ruptura das relações amorosas por separações ou divórcios.

2.1.2.2 Implicações psicológicas dos Técnicos de Saúde.

Outro grupo da sociedade que pode reagir à Sida, é composto pelos técnicos de saúde. Estes profissionais que lidam com os pacientes contaminados pelo HIV sofrem alguns problemas específicos que por sua vez se vão reflectir na relação com a pessoa seropositiva.

Para começar, sendo a Sida uma doença fatal que atinge uma faixa etária relativamente jovem (< 45 anos) confronta os técnicos de saúde com um sentimento de impotência face à morte e gerador de frustração (Blaney & Piccola, 1987; M. Cohen & Weisman, 1986; Dilley & Forstein, 1990; Faulstich,

1987; Holland & Tross, 1985). Esta enfermidade é ainda caracterizada por uma rápida e impressionante deteriorização física e psíquica, originando respostas emocionais de tristeza ou mesmo revolta, por parte de quem tem que acompanhar de perto as pessoas afectadas (Blaney & Piccola, 1987; Holland & Tross, 1985). Esses sentimentos são agravados pela ignorância do que esta patologia representa ainda no meio médico-científico, devido, fundamentalmente, ao facto de ser muito recente.

Por outro lado, a circunstância da doença ser contagiosa, por via sanguínea e pelas secreções sexuais, representa um risco acrescido para estes profissionais, mesmo seguindo as directrizes da OMS, pois os cuidados médicos ou de enfermagem envolvem, muitas vezes, actos em que esse perigo é mais eminente (M. Cohen & Weisman, 1986; Faulstich, 1987; Holland & Tross, 1985). Searle (1987) refere que o medo de contágio tem sido detectado também entre os dentistas britânicos, chegando 42% deles a declarar que se recusariam a tratar pessoas HIV positivas mesmo contra a ética vigente do país.

Um artigo de Bredfeldt, Dardeau, Wesley, Vaughan e Beth (1991) ao examinar as atitudes dos médicos de família face à Sida numa amostra nacional nos E.U.A., concluiu que 62,9% dos médicos achavam-se no direito de recusar assistência média a enfermos HIV positivos.

Para finalizar esta problemática, tem-se constatado alguma frequência de homofobia entre os técnicos de saúde, provocada pela origem da doença (Goldmeier, 1987; Holland & Tross, 1985), embora também se tenha verificado alguma relutância ao tratamento de toxicodependentes HIV positivos (M. Cohen & Weisman, 1986; Goldmeier, 1987; Holland & Tross, 1985), chegando mesmo a ser considerados segundo M. Cohen e Weisman (1986) e Costa et al. (1989), os pacientes mais indesejáveis e difíceis.

Salisbury (1986) sustenta que os técnicos de saúde que lidam com pacientes com Sida estão em grande risco de contraírem um esgotamento (Burnout). As razões apontadas são o medo de contágio (com as extremas precauções que têm que tomar), medo da morte e a idade jovem da população atingida, com a impressionante deteriorização física e psicológica progressiva.

Algumas vezes os profissionais de saúde são também eles alvo de alguma apreensão por parte da comunidade, da qual têm também que se proteger para não serem discriminados por tratarem os infectados de HIV (Salisbury, 1986). Bredfeld et al. (1991), no estudo anteriormente referido, afirmam que 40,2% da amostra dos médicos de família nos E.U.A. acha que perderiam clientela se os seus doentes soubessem que tratavam também doentes com Sida.

Os familiares e amigos mais directamente envolvidos, o pessoal de assistência médica e técnica que lidam com estes doentes, têm, portanto, as suas emoções, valores e sentimentos em jogo. Se mais raramente existe uma compreensão total e disponibilidade de ajuda, noutros casos pode haver revolta, afastamento e excessivas precauções pela proximidade com que lidam com os portadores de Sida. Todo o afastamento físico e evitação repercute-se, obviamente, num afastamento psicológico, gerador de tensões nos indivíduos afectados, ainda mais marginalizados agora que são "um foco de infecção".

Pelo que foi exposto, o facto dos técnicos de saúde poderem sentir ou manifestar atitudes negativas para com as pessoas HIV positivas, assume uma grande importância, sobretudo quando Wadland e Gleeson (1991) sustentam que o médico de família tem uma posição única, capaz de orientar e reduzir o impacto psicossocial negativo nos seropositivos ao vírus da Sida, nos amigos e familiares destes.

Quanto aos aspectos psicossociais, verificamos que o paciente pode sofrer psicologicamente com muitos dos problemas inevitáveis já referidos anteriormente, mas não podíamos deixar de citar algumas implicações práticas quando ocorre a supressão desse suporte social e que se traduzem, essencialmente, por um sentimento de frustração a vários níveis, como a perda de emprego, de suporte financeiro e do suporte relacional e afectivo.

2.1.2.3 As implicações do conhecimento da Sida no Mundo nos comportamentos preventivos dos vários comportamentos de risco.

A influência do aparecimento da Sida tem gerado algumas alterações comportamentais na sociedade. Através de vários estudos já realizados, procuraremos detectar essas alterações nos principais grupos atingidos: Homossexuais, toxicod dependentes e heterossexuais. A razão de apresentarmos a sub-divisão em "grupos de risco" deve-se ao facto desta estar presente em quase toda a literatura anglo saxónica existente sobre o assunto.

Dos vários trabalhos prospectivos que foram feitos em homens homossexuais sobre as alterações de comportamento, quanto à adaptação na prevenção à Sida, um dos primeiros é referido por Riesenber g (1986) .O mesmo autor menciona que num estudo longitudinal, efectuado numa clínica em Denver, nos USA, ao longo de três anos consecutivos, a população homossexual observada reduziu entre 40 a 50% o número de parceiros. 41% dessa população tinha a clara percepção de haver mudado os seus comportamentos em função da Sida.

Os resultados obtidos por Martin (1987) foram ainda mais animadores. Este autor investigou 745 homossexuais masculinos, na cidade de Nova Iorque, avaliando o número de parceiros, práticas sexuais e o uso

do preservativo, antes e depois de se saber da epidemia. Os resultados obtidos foram satisfatórios em relação a todas as variáveis observadas, com excepção da abstinência sexual em que não houve alteração. Observou-se uma redução de 78% no número de parceiros sexuais, 70% de declínio na troca de fluidos durante o relacionamento sexual e um aumento de 1,5% para 20% no uso do preservativo.

Ainda segundo Dilley e Forstein (1990), outras investigações foram conduzidas por Mckusick et al. em São Francisco, e em Chicago por Ostrow et al., que demonstraram nos homossexuais masculinos, e apesar de metodologias diferentes, uma unanimidade nos resultados obtidos, apontando claramente para uma diminuição significativa na actividade sexual, número de parceiros e práticas sexuais condicionantes de um maior risco de transmissão do HIV.

Stall , Coates e Colleen (1988) fizeram um trabalho de revisão sobre a maioria de estudos efectuados nos Estados Unidos até essa data, não encontrando muita uniformidade de resultados entre as diversas populações testadas. No entanto, procuraram ver as correlações entre actividade sexual de risco e vários factores como: ter conhecimento das orientações das organizações de saúde(condição necessária mas não suficiente) e uso de álcool ou drogas durante o contacto sexual. A Eficácia Pessoal "Personal Efficacy" englobando outros factores como competências sociais, suporte dos seus pares e auto-estima parece ser a mais correlacionada, sendo os indivíduos que apresentavam "scores" mais altos de "personal efficacy" os que praticavam o sexo seguro, (Stall et al. 1988).

O facto de começar a notar-se uma alteração aos hábitos comportamentais nesta população, justifica a diminuição de casos de Sida entre os homossexuais, evidenciada na primeira parte deste capítulo no ponto 1.4.

As primeiras pesquisas sobre o que se passava no seio dos toxicodependentes conduzem a resultados um pouco mais controversos. Há mudanças de comportamento mais subtil, sobretudo no que respeita ao partilhar de seringas, e parece ser um grupo mais difícil de alterar devido às suas características implícitas. É de salientar que a droga é um jogo com a morte, e a Sida não é vista tão seriamente como nos outros grupos de indivíduos. O desejo da própria droga depois de a ter em seu poder dificulta, por exemplo, a espera da aquisição de seringas novas e estéreis, (Des Jarlais, Friedman & Hopkins, 1985). Segundo os mesmos autores, não se tinham, por exemplo nesse ano, dados que apontassem para uma redução na partilha de seringas.

Mas, além do problema da partilha de seringas, acontece com frequência nos indivíduos que costumam injectar-se em grupo, haver também associada uma promiscuidade sexual. Além disso, a prostituição está muitas vezes presente, como recurso financeiro no desespero da aquisição da droga. Verificamos assim, que, independentemente dos riscos implícitos quando se drogam (partilha de seringas) esta população tem outro tipo de actividades que implica outro tipo de riscos para a transmissão via sexual da Sida.

Um artigo de Des Jarlais e Friedman (1988), sugere que progressivamente tem havido mudanças comportamentais dos toxicodependentes, contrariamente às expectativas, sobretudo no que respeita a partilha de seringas. No entanto uma publicação de Connors (1992) sobre uma pesquisa efectuada sobre toxicómanos feita no terreno e em centros de tratamento para a toxicodependência, afirma exactamente o contrário. Segundo o autor, o uso da droga modifica a percepção de risco dos comportamentos, e portanto não é de esperar que os toxicodependentes

parem de partilhar as seringas. Sobretudo porque esse procedimento implica correr outro tipo de riscos dentro da sub-cultura toxicodependente.

A observação das alterações comportamentais nos toxicodependentes, não deve ser só dirigida à partilha de seringas, mas também às medidas preventivas que são assumidas no comportamento sexual. Sobre esta problemática, os mesmos autores referem um estudo de Friedman et al. (1987) entre toxicodependentes em tratamento com metadona e constataram alteração no comportamento do uso de seringas em 54% deles contra 14% no que respeita ao comportamento sexual.

Kleinman et al. (1987) citados também por Des Jarlais e Friedman (1988), referem outro estudo entre toxicodependentes na cidade de Nova Iorque, mas contrariamente ao estudo anterior, esta população toxicodependente não estava em tratamento de desintoxicação. Os resultados desse estudo apontam para 31% de mudanças de comportamento sexual e 41% de mudanças no uso de seringas.

Ainda um estudo de Watters (1987) em (Des Jarlais & Friedman 1988), realizado em São Francisco, evidenciou alterações comportamentais na prática de sexo seguro em 15% e 67% de alterações no que respeita a utilização de agulhas estéreis.

De acordo com Des Jarlais e Friedman (1988), o estudo de Edimburg (Robertson et al. em publicação) apesar de detectar alterações comportamentais de toxicodependentes na prática de sexo seguro, antes e depois de saberem que a Sida existe, mostra que essas diferenças não são estatisticamente significativas.

Ainda relativamente à vida sexual do toxicodependente um estudo de Carranza e Monclús (1989), referido em Sopena (1992), questionou 61 heroinómanos seropositivos sobre a intenção de informarem o parceiro sexual do seu estado, dos quais 48% disseram que não. Esta situação

levanta outros problemas inclusivamente éticos relativamente aos técnicos de Saúde. A este propósito Bredfeldt et al. (1991) afirmam que a maioria dos médicos de família informaria o parceiro sexual de uma pessoa HIV positiva, mesmo contra a sua vontade.

Todos os estudos referidos não apresentam dados pormenorizados quanto à metodologia e amostra, para que possamos tirar conclusões definitivas. Reforçamos, ainda, que essas mudanças comportamentais observadas não são evidentes e podem explicar não haver consequentemente uma diminuição de casos de Sida entre os toxicómanos na Europa e em Portugal (cf. quadro 1.1, 1.2 e 1.3), donde o vasto leque de comportamentos de risco associados à toxicodependência necessita de mais investigação.

Relativamente à transmissão heterossexual poucos estudos tem sido levados a cabo. Um dos primeiros trabalhos de revisão sobre a investigação nesta área foi efectuada por Riesenber (1986). Este autor aponta para algumas conclusões interessantes sobre um trabalho de Cohn realizado com 2092 pessoas numa clínica para doenças sexualmente transmissíveis, em Denver, nos EUA. Verificou que houve diminuição estatisticamente significativa no número de parceiros sexuais, entre a população homossexual, que constituía 30,7% da amostra, diferença essa não registada na população heterossexual masculina ou feminina que constituíam respectivamente 45,7% e 23,6% da amostra.

Embora não disponhamos de todos os dados necessários, uma das críticas que pode ser feita a este trabalho é que o número de parceiros sexuais na população homossexual é normalmente muito superior à população heterossexual e portanto a redução de parceiros poder apresentar-se mais evidente no primeiro grupo.

Reinisch et al. (1988) tentaram analisar algumas características do relacionamento sexual humano através de variáveis que são consideradas comportamentos de risco (relacionamento extra-conjugal e relacionamento sexual com prostitutas). Baseados em 6 estudos sobre sexo extraconjugal estimam que 37% dos maridos tiveram pelo menos um parceiro/a sexual fora do casamento e os mesmos autores, baseados em 9 estudos, estimaram que 29% das mulheres tiveram pelo menos uma relação extra-conjugal. Relativamente ao uso da prostituição, 33% dos homens já tinham tido pelo menos uma experiência com uma mulher prostituta.

Em Portugal foi conduzido um estudo por Amaro, Teles e Dantas em 1991, (3) relativamente à mesma problemática das relações extra-conjugais, junto de uma amostra de 771 indivíduos na cidade de Lisboa. Cerca de vinte e oito por cento dos homens admite ter tido relacionamento sexual fora do casamento, comparativamente a 8,9% das mulheres. É importante acrescentar que os parceiros interrogados quanto à percepção da infidelidade dos seus conjugues não é coincidente com a infidelidade real. Assim sendo, somente 14,9% (contra os 27,7% reais) das mulheres admitia que o seu marido pudesse ter uma relação extraconjugal, e somente 3,3% dos homens (contra os 8,9% reais) admitia a infidelidade da parceira.

Quando questionados sobre a possibilidade de estarem em risco de contraírem Sida, 67,4% dos inquiridos menores de 21 anos e 73,5% dos maiores de 21 anos afirmam não estar em risco. Quanto às mudanças efectuadas devido ao conhecimento da Sida, somente 13,2% dos menores de 21 anos e, 13,8% dos maiores de 21 anos afirmam ter mudado o comportamento face ao conhecimento da Sida.

Por último, uma conclusão importante deste estudo é que dois terços dos adultos maiores que 21 anos experimentaram pelo menos um dos seguintes comportamentos de risco: Relações extra-conjugais, relações

sexuais sem preservativo, relações sexuais com parceiros cujo passado sexual desconhecem, dois ou mais parceiros sexuais, relações homossexuais, relações sexuais com prostitutas ou bissexuais durante o último ano.

As conclusões que podemos tirar é que o grupo dos heterossexuais tem menos percepção de vir a adquirir a doença, mesmo tendo conhecimento dos comportamentos de risco. Por outro lado, as mudanças no seu padrão comportamental para reduzir as probabilidades de transmissão e contágio também não registam até ao momento alterações evidentes.

2.2. Aspectos neuropsiquiátricos e orgânicos

Além de todas as repercussões socioculturais mencionadas inerentes ao facto de se ter adquirido uma doença fatal e infecciosa com características particulares, encontramos na Sida problemas neuropsiquiátricos decorrentes da penetração do vírus do SNC. Tross et al., em (Faulstich, 1987), estimam que 50% destes pacientes venham a desenvolver problemas de origem orgânica neuropsiquiátrica. Num outro estudo, efectuado por Perry e Tross, 65,4% dos pacientes manifestaram "organic mental syndrome" (Salisbury, 1986). Nesta categoria incluem-se principalmente, o estado de demência, o delirium, as mudanças de personalidade e as psicoses.

Hanscom e Horton (1991) também referem que o complexo demencial afecta a maioria das pessoas com Sida e Greenwood (1991) afirma que o estado demencial ocorre aproximadamente em 60% dos doentes com Sida.

As encefalites são outra forma comum de manifestações de alterações neuropsiquiátricas que podem provocar uma variada sintomatológica incluindo demência.

Além de encefalites, como afecção viral, existe também a possibilidade de toxoplasmose, entre outras (Holand & Tross, 1985).

A avaliação destes problemas neuro-psiquiátricos é muito difícil porque os sinais iniciais de perturbação orgânica são semelhantes aos da depressão. Entre eles: apatia, faltas de líbido, esquecimento, dificuldades de atenção e concentração. A depressão reactiva, que eventualmente surge quando se tem conhecimento de se ter SIDA, é um processo natural de reacção psicológica o qual muitas vezes é descurado e confundido com o comprometimento real e orgânico.

Encontramos na literatura referências que indicam não haver diferenças estatisticamente significativas entre populações homossexuais HIV positivas e negativas quanto à presença de perturbações neuropsicológicas (E.N. Miller, Satz, & Visscher, 1991). Concordantemente com as conclusões do estudo anterior, Dunbar, Perdices, Grunseit e Cooper (1992) sustentam não serem detectadas alterações entre o mesmo tipo de populações referidas, com excepção de uma dimensão avaliada por estes autores e que se refere a problemas neuromotores. Essa diferença quanto aos aspectos neuromotores foi também encontrada por Bornstein, Nasrallah, Para e Whitacre (1992) e além dessa, a memória verbal registou também diferenças sendo os homossexuais seropositivos, aqueles que tiveram o pior desempenho. Este último estudo não é coincidente com os dois primeiros ao concluir que os HIV positivos apresentam duas vezes mais problemas de dificuldades neurocomportamentais, que o grupo seronegativo e que entre 10% a 20% dos seropositivos assintomáticos manifestam dificuldades neuropsicológicas que afectam a rotina do dia a dia.

No entanto, não podemos deixar de referir que muitas variáveis podem interferir com a avaliação neuropsicológica e que o primeiro estudo citado (E.N. Miller et al. 1991), refere não ter encontrado diferenças significativas entre os grupos testados quanto à idade, educação e coeficiente de inteligência, o que significa uma melhor uniformidade da amostra para possíveis conclusões.

Perkins, Davidson, Leserman e Liao (1993) detectaram alterações na personalidade em 33% dum grupo constituído por homossexuais seropositivos, quando comparado com outro grupo de homossexuais seronegativos cuja percentagem correspondeu somente a 15%.

Os resultados de outros estudos com populações toxicodependentes apontam para a não existência de diferenças quanto aos aspectos neuropsicológicos relativos à função cognitiva, entre populações toxicómanas seropositivas e negativas (Cappa, Truong, Vangi & Vignolo 1992; Pakesch, Loimer, Grunberg & Pfersmann 1992), havendo contudo diferenças entre os HIV negativos e os doentes com Sida (Cappa et al. 1992). O estudo de Pakesch et al. (1992), comparou ainda os toxicodependentes do grupo HIV positivos e do Grupo HIV negativos com um grupo de controlo constituído por 50 pessoas saudáveis, tendo registado diferenças entre cada um dos grupos com o grupo de controlo. Esta observação faz levantar a hipótese de que as alterações observadas nesta população toxicodependente, não são devidas à seropositividade mas à longa exposição dos efeitos da droga. Concordantemente com essa hipótese, Ragazzoni Grippio, Ghidini e Schiavone (1993) encontraram alterações electrofisiológicas em toxicodependentes seropositivos e seronegativos sensivelmente com a mesma percentagem, quando comparados com uma população não toxicodependente, o que sugere a influência do efeito tóxico da droga.

Embora haja várias referências na literatura quanto à temática, o material de avaliação tem sido diversificado. Há necessidade de uma uniformização dos testes de avaliação neuropsicológica para que os resultados possam ser mais facilmente comparados. Esses instrumentos começaram a ser desenvolvidos por uma equipe de investigadores (Maj, D'Elia, Satz e Janssen (1993), de modo que possam ser aplicados tendo em conta a minimização dos aspectos socio-culturais. Os primeiros estudos pilotos com a aplicação desses dois instrumentos(Who/UCLA Auditory Verbal Learning e Test and Color Trails 1 & 2) foram realizados na Alemanha, Itália, Zaire e Tailândia. Os resultados foram encorajadores, pois os instrumentos mostraram-se sensíveis à avaliação da função cognitiva, independentemente das diferenças culturais.

É importante ainda salientar-se que a Sida se manifesta muitas vezes organicamente por patologias que à partida assumem uma dimensão chocante ou repulsiva, como por exemplo as manchas cutâneas do sarcoma de Kaposi e as candidíases orais. O grande emagrecimento, chegando o doente adulto a atingir pesos corporais infantis é facto conhecido da maioria das pessoas seropositivas, em parte pela projecção que a comunicação social tem feito da enfermidade. Verificamos assim que as características orgânicas da Sida são também uma agravante aos mecanismos de "coping" e às reacções psicológicas das pessoas quando sabem ser portadoras do HIV.

2.3 Aspectos Psicológicos dos Seropositivos ao Vírus da Sida

Se cada ser humano tem a sua individualidade própria, é provável que se encontrem reacções diversas quando da informação da sua seropositividade. No entanto, a reacção da pessoa não vai depender

unicamente de si própria, e os aspectos psicossociais já referidos, bem como os aspectos neuropsiquiátricos e orgânicos, vão também influenciar as reacções psicológicas e o mecanismo de adaptação à nova condição de vida.

2.3.1.A influência da pré-morbididade psicológica

As manifestações psicológicas, mais frequentemente encontradas, quando da notícia da seropositividade podem ser exarcebadas pela personalidade pré-mórbida da pessoa infectada. Holland e Tross (1985), sustentam que "Presence of a personality disorder, as in intravenous drug abusers, or of a previous major psychiatric disorder, is more apt to result in severe psychological symptoms and a maladaptive response to the stresses of illness." e também, de acordo com Seidl e Goebel (1986), "premorbid depressive or hypochondriacal personality predicted a poor psychological response for homosexual men finding out they are HIV - antibody positive" (Goldmeier, 1987, p.233).

Suportando as afirmações anteriores Blaney e Piccola (1987, p. 32) afirmam "The single best predictor of the mental health of a person diagnosed with Aids is probably the mental health of that person prior the onset of disease". Fauchère (1992, p.66) vai ainda mais longe ao afirmar que : "Na realidade, a epidemia atinge muitas vezes uma população marginal em que a morbilidade psiquiátrica é mais elevada do que na população média."

Os estudos já referidos na secção anterior (e.g. Pakesch et al. 1992; Ragazzoni et al. 1993) vêm adverter que a droga pode induzir alterações, independentemente do estatuto da seropositividade. Ainda Franke, Jager, Thomann e Beyer (1992) sustentam que as mulheres toxicodependentes HIV positivas evidenciam mais problemas psicológicos que as mulheres

seropositivas infectadas por outras vias. Catalan, Klimes, Day e Garrod (1992) ao avaliarem a prevalência dos problemas psicossociais em homossexuais seropositivos, concluíram que a morbidade psicológica está associada entre outros factores com doenças psiquiátricas prévias e sintomas da doença Sida.

Ao analisarmos os grupos mais atingidos pela enfermidade verificamos que alguns aspectos psicológicos característicos da população homossexual ou toxicodependente (independentemente de serem seropositivos), são de um modo geral diferentes, por exemplo duma população heterossexual não toxicodependente (Guerra, 1989).

Os homossexuais masculinos, na sua maioria não assumem a sua orientação sexual, sobretudo na cultura portuguesa. Encontramos na literatura que estes indivíduos aparentam mais problemas psicológicos que a população em geral com tendência à depressão (Limentani, 1979).

Não nos cabe julgar estes indivíduos, mas fala-se de facto que, numa interpretação subjectiva do fenómeno, poderia ser entendido como a marginalização que aqueles sofrem por parte da sociedade.

Na Grécia e Roma antigas, o relacionamento homossexual era aceite como prática normal, e na Nova Guiné a homossexualidade masculina é até estimulada antes dum casamento heterossexual, sob pena de anormalidade se não se tiver essa experiência prévia (Ford & Beach, 1951 em E.S. Miller & Weitz, 1979). Neste caso as pessoas marginalizadas seriam os heterossexuais masculinos sem experiência homossexual.

O homem é um ser social e gosta de ser reconhecido, respeitado e aceite. O homossexual é muito susceptível e sensível ao relacionamento humano e, assim, pode sofrer a sua não aceitação total.

Em sintonia com o que foi exposto, Dilley e Forstein, (1990; p.636-637), afirmam que " os homens homossexuais que são diagnosticados com o

vírus HIV podem experimentar sentimentos negativos relativos à homossexualidade, quer pelas próprias atitudes, quer por mensagens reais ou imaginárias vindas dos outros". Finalmente, podem ocorrer pensamentos suicidas, especialmente para aqueles que tem pouco suporte social. Na literatura sobre Sida, encontramos a descrição de 3 casos, de homossexuais alcoólicos, que afirmam tentar contrair a Sida como forma de suicídio, talvez repercutindo um sentimento de culpa associado ao estilo de vida que levam, interpretando a doença como um "castigo" a comportamentos desviantes, e propagar a doença depois de a adquirirem, provavelmente como vingança social ou estigma que vivem (Flavin , Frankin & Frances, 1986).

Na literatura sobre o toxicodependente o que encontramos é a predominância de " desvios psicopáticos" os quais se manifestam na maioria das vezes por egocentrismo exagerado, ausência de sentimento de culpa, vergonha, escrúpulo, e dificuldades de envolvimento emocional entre outras, (Dias, 1980; Kanner,1982). As características salientadas não facilitam a adaptação e intervenção face à enfermidade, nomeadamente, o fraco envolvimento emocional, que pode explicar a falta de suporte social, o egocentrismo exagerado e a ausência de escrúpulos que podem diminuir as medidas de prevenção sexual na disseminação da Sida.

Concluimos, assim, que as reacções psicológicas à informação da seropositividade são atribuíveis a uma interrelação de aspectos característicos desta enfermidade e que reúne os problemas psicossociais, os problemas neuropsiquiátricos e a personalidade (incluindo a pré-mórbidade) dos indivíduos afectos.

2.3.2. Perturbações psicológicas reactivas ao estado de seropositividade

Depois de analisarmos vários aspectos que podem influenciar as perturbações psicológicas que surgem no contexto da Sida, procura-se uma perspectiva de integração de todos esses factores.

A Sida é uma doença que apresenta vivências semelhantes a outras doenças fatais (Blaney & Piccola, 1987; Faulstich, 1987; Holand & Tross 1985; Whiteford & Csernansky, 1986). Apresenta também outros aspectos peculiares gravosos: particularidades da doença, (sendo altamente debilitante e esteticamente repulsiva), ser contagiante e ter uma origem sobre a transmissão (sobretudo sexual) que levanta possibilidades de consequentes estigmatizações sociais.

Ao ser informado do seu estatuto seropositivo, após um estado inicial de choque, a incerteza que governará a vida dessa pessoa será a situação mais presente (Dilley et al. 1985; Faulstich, 1987; Holland & Tross, 1985; D. Miller, 1988a, 1988b; Salisbury, 1986). Basta o facto de saber que se é seropositivo para isso significar alterações de estilo de vida, de planos e mesmo de rotina de dia-dia. A notícia da seropositividade provoca um processo de luto inerente ao facto de se saber que não se é mais saudável, Goldmeier (1987, p 232) escreveu a este propósito: "Bereavement means going through a mourning process for a loss." ... " The bereavement process begins when the patient suspects his diagnose".

À incerteza de poder ou não ter, num futuro mais próximo, a doença, e todas as implicações inerentes, é acrescida da ansiedade, decorrente da consciência de limitações várias. Entre elas, podemos referir, na esfera da sexualidade: o relacionamento sexual, sempre sujeito ao uso de preservativos ou outras formas de satisfação orgásmica, e o condicionamento do direito à procriação, pois sabe-se que a transmissão vertical ao feto tem 50% de probabilidades de ocorrer por uma mãe HIV positiva, não se tendo a certeza dessa percentagem relativamente ao pai (Costa et al. 1989).

A ansiedade de poder contrair a doença e ter uma morte prematura e dolorosa é também outra faceta negativa adicional. A ansiedade pode manifestar-se através de sintomas diversos, como a agitação, a insónia, a taquicardia, a anorexia, ataques de pânico, e outros, (Faulstich,1987; D. Miller,1988b).

Além destes parâmetros, estas pessoas sofrem o medo de outras limitações físicas devido à incerteza de uma progressão da doença, e futuro duvidoso económica, social e afectivamente (D. Miller, 1988a, 1988b). No que respeita o estabelecimento ou manutenção de um relacionamento afectivo, os indivíduos portadores do vírus questionam-se do seu direito de "estragar" a vida daquele que amam podendo ser eles próprios a tomar a iniciativa de um afastamento ou evitar a abertura a qualquer tipo de envolvimento emocional amoroso (D. Miller,1988b). Mas no caso de eles próprios quererem manter um relacionamento afectivo pode dar-se o caso de serem rejeitados pelos seus parceiros ou amigos mais íntimos, que se afastam, por se sentirem também incapazes de lidar com a situação.

Verificamos assim que, a negação, o medo, a revolta, o sentimento de culpa, a ansiedade e seguidamente a depressão são manifestações comuns deste quadro inicial, (Christ & Wiener, 1988; Davis, 1991; Faulstich 1987; D. Miller,1988a, 1988b;).

A influência das características do grupo de pertença, nas reacções à seropositividade, são referidas por Costa et al. (1989) numa experiência com 72 pacientes do Hospital Santa Maria em Lisboa. Se as reacções se prevêm, por um lado, semelhantes ao enfrentar o mesmo obstáculo (Sida), e se as diferenças individuais também são importantes, por outro lado, não são os únicos factores a interferir na reacção da pessoa como já salientamos anteriormente.

Da amostra total referida por Costa et al. (1989), 49%, foi constituída por homossexuais masculinos. Nestes indivíduos, há uma reacção paradigmática caracterizada pela sensação catastrófica do conhecimento do seu estado, um desespero e depressão marcantes, sendo o maior medo, o da degradação da imagem corporal e perda da auto-imagem. Esse terror é mesmo superior ao medo da doença em si, e da morte propriamente dita.

O grupo dos toxicodependentes era constituído por 25% dos infectados. Neste grupo, "A sua forma de reagir à doença parece modulada por traços psicopáticos da personalidade prévia, aparentemente protectores em relação ao desenvolvimento de sintomas da linha anglo-depressiva. Pelo contrário assiste-se, por regra, a um aumento de condutas impulsivas com passagem ao acto" (Costa et al. 1989, p. 269). Há, no entanto, alguns casos em que a seropositividade serve para uma evolução positiva, parecendo suscitar uma mudança de valores que faz os toxicómanos recorrerem à contenção do abuso das drogas.

Nos heterossexuais (21% da amostra) não se encontraram linhas comuns, havendo diversas situações, mas mais vulgarmente surgia uma preocupação com a conotação que lhes pode ser atribuída como "grupo de risco" e uma agressividade dirigida ao elemento que julgam ter sido o causador intencional da contaminação. Os hemofílicos (6% da amostra), sujeitos já a uma prévia doença crónica, suportam de maneira mais natural "mais uma doença", havendo esporadicamente uma grande revolta de serem outra vez vítimas de um destino cruel, para o qual não contribuiram.

Podemos concluir que as perturbações psicológicas, que surgem mais frequentemente nos seropositivos, têm uma série de factores que as explicam. Sabemos, no entanto, que nem todas as pessoas se defrontam com a panóplia completa dos problemas mencionados. Procuramos, pois,

transmitir uma visão mais globalizante das referências comuns na literatura sobre este problema.

3. A importância da atitude psicológica na gestão da doença e sua relação com a imunologia.

A problemática da Sida é, portanto, vasta e multidisciplinar, pela constante interação de factores que pressupõe.

Mas a Sida é por excelência uma doença que ataca o sistema imunológico do ser humano. A etiologia é ainda pouco conhecida, e apesar da identificação do vírus, e das principais vias de transmissão, desconhecem-se ainda as razões porque uns indivíduos são mais susceptíveis que outros de a contraírem, bem como depois da contaminação uns se mantem assintomáticos por longos períodos (10 anos ou mais) e outros evoluem rapidamente para a enfermidade. Deste ponto de vista, há ainda algumas considerações relevantes sobre a possível interferência da atitude psicológica no percurso da doença.

O stress e as emoções, têm sido estudados desde William James pelas alterações fisiológicas que produzem. Entre as alterações fisiológicas detectadas, relacionadas com o stress e as emoções, podem mencionar-se, a activação do sistema simpático adreno-medular, e hipotálamo-pituitária-adrenocortical, (Asterita, 1985; Cannon & de la Paz, 1911; Frankenhauser, 1983; Henry & Stephens, 1977; Levine & Ursin, 1980; Selye, 1956) em O'Leary (1990).

Vários estudos continuam a ser realizados com o intuito de descobrir a importância da atitude psicológica face à vida no seu percurso. Actualmente, admite-se que várias doenças orgânicas sofrem a interferência

de factores psicológicos, da personalidade e da capacidade de "coping" da pessoa na sua evolução (Dubos, 1965; Shukla, Solomon & Doshi, 1979) em (O' Leary, A. 1990). As úlceras duodenais são exemplo claro que o stress pode desencadear uma maior secreção gástrica que tornará as mucosas mais sensíveis dando origem a úlceras.

Encontramos referências na literatura sobre a influência de factores psicológicos nas doenças cardiovasculares (Meichenbaum, 1983; Pereira, 1980), alérgicas ou em doenças cancerígenas (Teixeira, 1991). Uma personalidade tipo A com base em certos critérios, como a urgência temporal, agressividade reprimida e competitividade, é um tipo de personalidade mais propensa a acidentes cardio-vasculares (Meichenbaum, 1983). Admite-se que um tipo de personalidade, como o citado, viverá mais em stress e sofrerá com maior frequência as alterações fisiológicas normais de resposta ao stress (alterações de tensão arterial, frequência cardíaca, respiração etc.), contribuindo deste modo para a debilidade do seu sistema cardiovascular.

O raciocínio desta introdução conduz-nos ao campo complexo do sistema imunológico e possíveis interferências na sua actividade.

Investigações feitas com doentes cancerosos, doenças auto-imunes e doenças infecciosas mostram uma associação directa entre os processos psicológicos, o sistema imunológico e a doença (Coe & Levine; Jemmott & Locke, 1984) em (O'Leary, 1990). O stress pode influenciar a imunidade, quer através da inervação directa do Sistema Nervoso Central e sistema imunológico (nervos terminando em tecidos linfoides) quer através da libertação de hormonas, como catecolaminas, epinefrina e noroepinefrina segregadas pela medula adrenal, cortisol segregada pelo cortex adrenal, a hormona de crescimento e prolactina pela pituitária e os opiáceos como a beta endorfina, libertados pelo cérebro, (S. Cohen & Williamson, 1991, p. 7). Se a evidência dessa associação é irrefutável, os parâmetros que a definem,

ou seja as previsões para determinado padrão psicológico, não são de modo algum concordantes. Os efeitos do stress podem ter repercussões diametralmente opostas, diminuindo ou aumentando a produção de anticorpos, (Neveu, 1989). Por outro lado se as alterações hormonais são quase instantâneas, as repercussões no sistema imunológico demoram dias ou semanas para ocorrerem, donde concluímos, que um stress momentâneo, produzido por um susto, pode provocar alterações fisiológicas e hormonais com poucas repercussões futuras a nível imunológico, o que já não ocorrerá provavelmente com um stress prolongado (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988).

Procuraremos de seguida, fazer um parêntesis explicativo da bioquímica - que intervêm nas reacções do stress com o sistema imunológico. Vários autores abordam esta problemática (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988); (O'Leary, 1990) e, de acordo com Borysenko(1984), segundo Carlos Lopes Pires(1986), o sistema imunológico tem subjacente um controle genético. Esse controle é efectuado por linfócitos que reagem a elementos estranhos, como os vírus que penetram no organismo.

No entanto o Sistema Imunológico é regulado também pelo hipotálamo, S.N.C. e S.N.A. É importante entender que o hipotálamo pode estimular ou deprimir o nosso sistema imunológico, influenciado pelo S.N.C. e S.N.A. Sob uma ameaça produzem-se alterações no S.N.C., sistema límbico e hipotálamo, o que provoca respostas neuroendócrinas com libertação de catecolaminas e corticosteroides, nomeadamente. A libertação destas substâncias afecta o Sistema Imunológico, inibindo a função linfocitária e sua poliferação no combate ao agente ameaçador.

A comunicação entre o sistema nervoso e sistema imunológico pode ser desencadeada pelo stress, actuando no eixo hipotálamo-hipófise-supra renal, (Neveu, 1989)

Um ponto interessante a adicionar à questão da imunologia versus Sida é o facto de pessoas adictas a opiáceos exógenos, como a heroína, apresentarem uma resposta de linfócitos reduzida à mitogénese, têm menos helper T cells, e apresentam fagocitose pobre das células polimorfonucleares, (Morley et al. 1987 em O'Leary, 1990). O facto de ser toxicodpendente colocará a pessoa ainda em maior risco de contrair a doença?

Alguns estudos, citados por Kiecolt-Glaser e Glaser (1988) relacionaram a função imunológica com eventos específicos na vida das pessoas estudadas, nomeadamente, a realização de exames escolares (Glaser, et al 1986), a separação e o divórcio (Kiecolt-Glaser, Fisher et al. 1987), bem como o luto nos relacionamentos conjugais (Bartrop et al. 1977) e a qualidade da relação conjugal (Baum et al. 1982), verificando-se nessas amostras uma diminuição da eficácia de resposta imunológica de várias formas (pobre proliferação linfocitária, alterações de funções endócrinas, etc).

Embora não se possa afirmar que a Sida se desenvolva "psicologicamente", pois há um vírus que realmente contaminará a pessoa, o estado deficitário ou debilitado de um organismo em stress pode favorecer a penetração de qualquer vírus e (não só o da Sida) por redução de defesas do sistema imunológico do indivíduo.

Sabemos que a pessoa afecta de Sida fica, ao longo da doença, cada vez com menos defesas e pode mesmo padecer de uma infecção banal que não se manifestaria com a mesma intensidade num indivíduo com o seu sistema imunológico saudável. Se essas pessoas, à partida debilitadas, sofrerem influência acrescida de stress, podemos levantar a hipótese que a situação orgânica se poderá agravar, e a evolução para uma fase terminal de Sida ser mais rápida. Encontramos alguma evidência destas conclusões na literatura sobre a temática.

LaPerriere, Antoni, Schneiderman e Ironson (1990) analisou o impacto do exercício físico através de (ginástica aeróbica) simultaneamente à notificação dos resultados dos testes HIV numa população homossexual. Os indivíduos do grupo experimental permaneceram no programa de exercício por 5 semanas e foram avaliados quanto à resposta imunológica três dias antes da informação dos resultados do teste, e uma semana após a notificação. Esta população foi então comparada com outra seropositiva que não tinha sido submetida ao programa de exercício prévio e que funcionou como grupo de controlo. Este grupo de controlo quando comparado com o grupo que tinha praticado exercício evidenciou mais depressão, maior ansiedade e um decréscimo de Natural Killer Cells. No grupo experimental não se evidenciaram diferenças entre os seropositivos e os seronegativos que se tinham submetido ao teste do HIV.

Antoni, Laperriere, Schneiderman e Fletcher (1991) conduziram um estudo com 56 homossexuais antes e depois de tomarem conhecimento do resultado ao teste ao HIV a que se tinham submetido. Antes de saberem o resultado do teste ambos os indivíduos seropositivos e seronegativos evidenciaram supressão de "Natural Killer Cells". Depois da notificação os sujeitos seronegativos deixaram de apresentar diminuição da resposta imunológica, sugerindo assim que a expectativa dos resultados os afectou mas que depois da informação, o sistema reencontrou o seu equilíbrio. Ambos os grupos foram sujeitos a um programa de exercício durante 10 semanas ao fim das quais foram reavaliados quanto aos parâmetros imunológicos. Concluíram que a utilização de estratégias adequadas para lidar com o stress aumentou significativamente o número de células CD4 para ambos os grupos, no entanto, o grupo seronegativo apresentou ainda melhores resultados.

Todos estes resultados são condizentes com as conclusões de Goodkin, Blaney, Feaster e Fletcher (1992) que sustentam que sobretudo o "active coping" pode actuar, dificultando ou impedindo a diminuição da função de "Natural Killer Cell".

Assim sendo, constatamos a importância de suporte psicológico para com estes indivíduos que sobretudo no caso da Sida ficam sujeitos a sucessivas reinfecções virais. Já há casos descritos de pacientes com Sida que atingem uma sobrevivência não esperada. Será que a sua atitude psicológica pode ajudar a retardar o processo do enfraquecimento do sistema imunológico?

As situações previstas como causadoras de stress e, conseqüentemente, enfraquecedoras da função imunológica, citadas por Kiecolt-Glaser e Glaser (1988), podem ser no caso dos seropositivos mais intensamente vividas devido ao estigma que os cerca, como já foi explorado nos aspectos biopsicossociais da Sida. Nomeadamente separação, luto e qualidade conjugal são situações que frequentemente atingem os indivíduos afectados.

Se até aqui as perspectivas de intervenção psicológica eram vitais no minimizar do sofrimento humano, assumem agora uma outra dimensão numa perspectiva de Psicologia e Saúde, com alteração de estilos de vida e comportamento mais benéficas ao bem-estar humano numa perspectiva bio-psico-social.

Considerações Finais

Procurámos neste capítulo transmitir o impacto que a Sida teve na sociedade, e enfatizar simultaneamente os aspectos mais importantes caracterizadores desta patologia quer do ponto de vista epidemiológico, quer

do ponto de vista evolutivo. Verificamos que a progressão da doença tem sido grande, atingindo nos anos 90 proporções epidémicas.

Ao situarmos a problemática, realçamos as implicações sociais, culturais, morais, biológicas e psicológicas que fazem parte de cada ser humano em contacto com esta enfermidade. As considerações básicas sobre imunologia reforçam ainda mais a importância desses aspectos psicológicos. Pelas características gerais da doença, e devido aos problemas que a maioria da população afectada de Sida encontra, é de prever uma maior exposição ao stress prolongado, fruto dos problemas socio-culturais, dos problemas inerentes à doença, e das características psicológicas da maioria dos doentes. Constatamos, assim, que, neste caso específico, as implicações psicológicas têm uma importância proporcional à gravidade da doença.

Procurámos, em suma, transmitir as inquietações que a Sida provocou, nos vários estratos bio-psico-sociais, para, no próximo capítulo, iniciarmos uma revisão da literatura psicológica que contribui para entender os mecanismos psicológicos do ser humano na adaptação à doença.

O estudo aprofundado desta problemática reflecte a necessidade premente que existe em intervir psicológica e socialmente para diminuir a progressão da enfermidade, por um lado, e minimizar o sofrimento psicológico das pessoas já afectadas, por outro.

Notas de fim de capítulo

(1) Para um aprofundamento completo ver: Farthing et al. (1988; p.100.) e Pina (1992; p.18-32).

(2) Em Portugal o célebre caso de Fronteira, no Alentejo, sustenta esta discriminação no nosso país. Progama televisivo 27/1/93

(3) Trabalho não publicado, apresentado no VII International Conference on AIDS). É ainda de salientar que o estudo não é dirigido à população heterossexual especificamente, mas é um estudo sobre comportamentos sexuais de uma amostra aleatória dos habitantes de Lisboa, mas que envolve uma parte significativa de casais heterossexuais.

Capítulo 2

A transição entre o normal e o patológico e a função da homeostasia: Contribuições da Corrente Fenomenológico -Existencial- Humanista

Considerações introdutórias

No capítulo anterior analisámos o impacto biopsicossocial da Sida nos indivíduos afectados, para iniciarmos neste capítulo, uma reflexão psicológica dos modelos teóricos existentes que facultam o entendimento da diversidade de comportamentos e atitudes que surgem na pessoa afectada por uma doença.

Verificando, através de uma recolha bibliográfica, que no campo da psicologia há poucas referências teóricas que abordem uma psicologia da doença física, necessitamos de adaptar de entre vários paradigmas existentes os constructos para elaborarmos o nosso modelo interpretativo da psicologia da doença relativamente à Sida.

Começaremos por desenvolver reflexões sobre saúde e doença num enquadramento do normal e patológico segundo vários autores, relevando a importância das flutuações homeostáticas na perpetuação do sistema de auto-regulação dos seres humanos. A quebra da homeostasia é atribuída ao conceito de crise, que será explorado segundo a perspectiva de René Thom (1983).

Seguidamente abordaremos os principais teóricos da corrente humanista existencial que encaram uma ameaça à existência, como um facto inevitável que gera uma ruptura nos mecanismos de auto-regulação



dos seres humanos, podendo conduzir a uma reorganização positiva dos mecanismos psicológicos através do conceito geral de auto-actualização.

Interpretamos a doença como uma situação ameaçadora à vida, e neste contexto, faremos a revisão de algumas teorias inseridas na corrente humanista, onde salientaremos: Kurt Goldstein, Carl Rogers, Abraham Maslow, Rollo May e Viktor Frankl. Finalizaremos com uma integração dos conceitos principais que estas correntes suscitaram.

2.1. A concepção biopsicossocial da saúde

Actualmente OMS, propõe como definição para saúde "um estado de completo bem estar físico, mental e social e não à mera ausencia de enfermidade" (Negreiros, 1988; p. 14,).

Constatamos assim uma conscientização de que o Homem é um ser bio-psico-social. Esta concepção pode ser definida como a integração dos três sistemas biológico, psíquico e social da pessoa humana. Salienta-se que estão interrelacionados, e que uma alteração que surja num dos sistemas afectará os outros dois. O sistema biológico definido pelas funções anatomo-fisiológicas e bioquímicas, o sistema psíquico dominado pela racionalidade que caracteriza o ser humano, bem como a emotividade e o conjunto das experiências sensoriais da história do indivíduo e o sistema social a integração do indivíduo na sua vida de relação, na família, na sociedade e na comunidade.

Goldstein foi um dos precursores ao sustentar que se uma parte do corpo sofre alguma alteração todo o corpo (biológico, psíquico e social) reage e não só parte dele. Goldstein dá-nos uma visão global do ser humano integrado no seu ambiente donde a doença quer física quer psicológica quer social é vista como afectando o indivíduo na sua globalidade.

"La maladie est comme la santé un phénomène qui implique la totalité de l'organisme et son environnement" (Goldstein, 1933 em Agra 1986; p. 269).

Verificamos, no entanto que a emergência deste conceito de saúde dentro deste paradigma biopsicossocial não foi sempre aceite pela ciência ao longo da História.

2.2 Concepções do Normal e do Patológico

A reflexão sobre o Normal e Patológico é baseada essencialmente em Canguilhem, e Agra, reflexão essa, histórico epistemológica que é essencial para uma tese que trata o fenómeno da doença.

Canguilhem (1975) procura aprofundar os conceitos de normal e patológico numa perspectiva de evolução histórica, debruçando-se primeiro nas reflexões de Claude Bernard e caminhando para as suas interpretações finais baseado essencialmente em Goldstein.

Para Claude Bernard o estado patológico traduz uma variação quantitativa de um estado normal, verificando que saúde e doença não são objectos diferentes mas sim variações de um mesmo (Canguilhem, 1975; p. 119). Encontramos a explicação de doença traduzida pelo quantitativo da própria terminologia médica prefixos Hiper, Hipo classificando algumas doenças, como por exemplo hipertirodismo ou hipotiroidismo definindo "doenças" da glândula tiróide. O normal na perspectiva de Claude Bernard seria o mais comumente encontrado na maioria das pessoas em relação a determinados fenómenos e tudo o que representasse um desvio dessa "normalidade" seria considerado "patológico". Verifica-se, no entanto, que, quer no campo da medicina, quer no campo da psicologia, as idiossincrasias individuais sobretudo acrescidas da influência do meio (factores geográficos,

climáticos, culturais e outros) tem actualmente uma grande importância no que pode determinar um estado patológico.

Goldstein, abandona um pouco os aspectos quantitativos, para deixar emergir as propriedades qualitativas ao estudo do patológico. Esta reflexão de Goldstein faz-nos entender que a comparação de determinados fenómenos entre indivíduos pode-nos induzir em erro, pois acima de tudo temos que considerar o que é normal para cada pessoa, individualmente.

Admitamos a título ilustrativo, a temperatura do corpo humano para a qual a medida mais comum é 37°C. Como sabemos, há indivíduos que normalmente apresentam temperaturas habituais de 35,5 ou 36 ou 36,5 sem que isso represente uma ameaça ao seu bom funcionamento biopsicossocial.

A definição de doença ou patologia deve portanto começar "de la notion d'être individuel" (Canguilhem, 1975; p. 121) ou seja "La frontière entre le normal et le pathologique est imprecise pour les individus multiples considérés simultanément mais elle est parfaitement précise pour un seul et même individu considéré successivement." (Canguilhem, 1975; p. 119) donde sugere que "Il faut donc commencer d'abord par comprendre le phénomène pathologique comme révèlent une structure individuelle modifiée" (Canguilhem, 1975; p. 120). Esta constatação de Canguilhem é importante, pois reflecte a evolução na história pessoal de cada indivíduo para entendermos a sua transição entre normal e o patológico.

Ao partirmos da concepção que a patologia tem que ser interpretada pelas alterações que surgem no próprio indivíduo, analisaremos o que significam essas "alterações".

A introdução de acontecimentos exteriores ou mesmo de distúrbios fisiológicos na pessoa vão fazê-la reagir. Esta reacção no estado patológico resulta na manutenção da rigidez das normas de vida que o indivíduo tinha

até então. Não há procura de adaptação e os mecanismos prévios não são agora adequados para manterem o equilíbrio do próprio indivíduo no meio em que está inserido. "Ce qui est normal, pour être normatif dans les conditions données, peut devenir pathologique dans une autre situation, s'il se maintient identique à soi" (Canguilhem, 1975; p. 119) Verificamos assim que estar doente torna-se na incapacidade do indivíduo formular as suas próprias normas de vida limitando-se a repetir as que tinha no seu repertório.

"Le malade est malade pour ne pouvoir admettre qu'une norme. Pour employer une expression qui nous a déjà beaucoup servi, le malade n'est pas anormal par absence de norme, mais par incapacité d'être normatif" (Canguilhem, 1975; p.122).

Donde Agra, ao interpretar o pensamento de Canguilhem sobre o Normal e do Patológico no paradigma biopsicossocial, define o Normal (normalidade) como "La normalité est changement, adaptation au changement, croissance, normativité, invention de normes d'existence, créativité" (Agra ,1986; p. 271).

"Être sain c'est non seulement être normal dans une situation donnée, mais être aussi normatif, dans cette situation e dans autres situations éventuelles. Ce qui caractérise la santé c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles"(Canguilhem, 1975; p.130)

Entre o estado de doença e o estado de saúde emerge a possibilidade de o indivíduo instituir novas normas, criar uma nova ordem, donde se conclui: "La maladie ne va pas vers l'impossibilité absolue de vie mais vers l'incapacité de vivre autrement, de changer la vie". (Agra,1986; p. 268.)

Goldstein também refere que os seres vivos exprimem o seu instinto de conservação impedindo situações que possam gerar reacções

catastróficas. Este instinto de conservação apresenta-se no entanto na pessoa saudável secundarizado pela busca da sua realização natural, que implica obviamente correr riscos, aceitar reacções catastróficas (Canguilhem, 1975; p. 132). Para Goldstein, "le comportement ordonné caractéristique de la santé n'a aucun rapport avec ce qui est statique et rigidement déterminé. (Agra, 1986 p. 270).

A doença em si não transforma o homem em doente, e a doença pode inclusivamente, segundo Canguilhem, ser uma experiência de inovação positiva e não somente um aspecto diminutivo ou multiplicativo (Canguilhem, 1975; p. 122). "Redevenir sain malgré l'existence d'une sequelles fonctionnelle ne va jamais sans une perte d'essence de l'organisme et sans une réapparition simultanée d'un ordre à quoi correspond une nouvelle norme individuelle"(Agra, 1986; p.269)

Concluindo, para Agra, Goldstein e Canguilhem a patologia (doença) é determinada por uma rigidez instalada no indivíduo em que não há evidência de criatividade e em que não há mecanismos de adaptação por alterações de regras pré-existentes para o sujeito, seja ela biológica, psicológica ou social.

A definição de saúde pode ser dada traduzindo livremente: (Agra, 1986; p.273) "saúde reside no equilíbrio entre as possibilidades e as necessidades, os impulsos e as forças vitais e as realizações dos actos que o indivíduo manifesta nas suas interacções com o seu meio."

Observamos que saúde não pode ser vista como um mecanismo estático, mas que a saúde procura um reequilíbrio constante entre o eu e o meio que vive, através de novas formas adaptativas. Esta ideia é suportada por Menezes, (1978; p 117) quando cita Berthet "a saúde exige do indivíduo adaptação, a mais perfeita possível às transformações e instâncias da vida moderna".

Doença, por outro lado expressa a luta pela manutenção da homeostasia com o objectivo de evitar reacções catastróficas, tendo subjacente o "medo" que impele o indivíduo a repetir as suas normas habituais que o tinham mantido longe das mesmas reacções catastróficas mas que agora deixam de ser eficazes devido às alterações surgidas na relação indivíduo-meio.

2.3 A ruptura da homeostasia e a emergência do conceito de crise.

"Saúde e doença formam um continuum reversível em que se transita de uma para a outra. São por vezes territórios contíguos ou sobreponíveis."
(Cortesão,1985, p. 16)

A partir da frase anteriormente citada de Cortesão iremos reflectir sobre o Normal e o Patológico questionando-nos como se transita da patologia para o estado normal do indivíduo.

Admitimos que o indivíduo vive num estado de homeostasia ou equilíbrio que ao longo da vida vai sofrendo pequenas quebras ou rupturas e atribuímos às situações de crise essa descontinuidade que obriga o indivíduo a reencontrar de novo esse equilíbrio. Goldstein admite o instinto de conservação de forma semelhante à homeostasia. No entanto, afirma que o homem saudável não luta pela sua manutenção homeostática mas pelo encontro de formas superiores de equilíbrio mesmo que isso signifique correr o risco de ficar doente .

Crise não é sinónimo de doença pois o termo crise vem do grego "Krisis" que significa decisão (Agra, 1986). A etiologia da palavra crise

transmite assim uma energia motivadora com a qual concordamos, que irá gerar comportamentos e reacções diversas.

Não é a crise que gera a patologia pois a crise pode induzir alterações normais ou patológicas. A crise pode gerar estados patológicos a partir do momento em que não havendo criatividade, ou alterações de normas existentes, o indivíduo se vê confrontado com uma situação diferente para a qual não sabe reagir de outra maneira senão a qual já estava habituado. A crise por sua vez pode ser benéfica, quando estimula a novas formas de organização superiores.

Embora não seja dedicado ao Normal e ao Patológico, as teorizações de René Thom sobre a teoria das catástrofes exploram o conceito de crise que vai indirectamente reforçar no sentido que temos vindo a desenvolver sobre o entendimento do Normal e do Patológico.

A teoria das catástrofes, não é uma teoria no sentido usual, mas sim, na perspectiva do autor, uma metodologia. Partindo do velho princípio de Platão, em que as ideias precedem as coisas, Thom admite as ideias como estruturas matemáticas. "Toute la "philosophie" de la théorie des catastrophes,...s'agit d'une théorie herméneutique qui s'efforce, face à n'importe quelle donnée expérimentale, de construire l'object mathématique le plus simple que puisse l'engendrer"(Thom, 1983; p.66)

Catástrofe e crise são conceitos diferentes embora interligados, em que a crise precede normalmente a catástrofe, sendo mesmo um prenúncio desta. Thom diferencia estes dois conceitos assim: "Une catastrophe (au sens le plus large du terme) est un phénomène bien visible, une discontinuité observable... La crise, elle, peut être latente, sournoise. Très souvent, elle ne se manifeste qu'a travers une perturbation quantitative (et non pas qualitative) d'un processus de régulation: pensons, par exemple, à une crise économique liée à l'inflation..." (Thom, 1983; pp. 116-117)A catástrofe por

sua vez implicaria apresentar uma descontinuidade bem visível que se traduziria por alterações morfológicas e estruturais. (Caldas de Almeida, 1985; p. 310)

Esta simples diferenciação está no entanto incompleta para uma definição correcta de CRISE. Thom salienta: "...Une définition formelle de "crise" n'est pas à rechercher obligatoirement au niveau morphologique; et on ne peut réduire de façon hâtive la "crise" à un simple signe précurseur d'une catastrophe. En revanche, la "crise" doit être définie à un autre niveau, celui de la subjectivité... En somme, est un "crise" "tout sujet" dont l'état qui se manifeste par un affaiblissement- apparemment sans cause - de ses mécanismes de régulation est perçu par le sujet lui-même comme une menace à son existence". (Thom, 1983; p. 117).

Constatamos assim a grande influência que a crise tem no processo de homeostasia ou auto-regulação de um ser vivo. "Chez un être vivant, une crise doit toujours être rapportée à un défaut de ses mécanismes de régulation. L'analyse de la constitution du schéma de régulation d'un animal montre que ces défauts sont inévitables, dans la mesure où ils dépendent de contraintes de nature topologique (ou morphologique)" (Thom, 1983; p. 119)

Thom evidencia a biologia e refere a crise compreendida como tal, a seres vivos *superiores* que possam *compreender* o verdadeiro significado de ameaça à sua existência.

Neste contexto, a crise tem um papel importante no desequilíbrio que pode engendrar na auto-regulação, mas por outro lado esse desequilíbrio não é de todo negativo, podendo gerar mudanças no indivíduo que são muitas vezes de carácter evolutivo.

Maslow (1970), sustenta que a manutenção da homeostasia pode não conduzir o indivíduo à evolução constante (auto-actualização).

"To Goldstein, an individual whose chief goal is merely to maintain his

level of adjustment is manifesting a sign of illness ...self-experience or self-realization is the ultimate motive in states of health"(Frankl, 1978; p. 52).

Vemos assim que a perpetuação infinita da homeostasia não é mais que um processo neurótico na visão destes autores. O desenvolver da auto-actualização e das potencialidades, a mudança, a criatividade o evoluir provocado pelo desequilíbrio, é vital à saúde de qualquer ser humano. Caso contrário há uma estagnação que mantém o indivíduo sempre inalterável, e embora possa manter-se num estado "homeostático" não significa de modo nenhum "saúde" como foi entendida na primeira parte do capítulo. A crise conduz-nos portanto à integração desordem e ordem e criatividade e hábitos. A ordem e desordem deixam de ser assim aspectos independentes para da sua relação surgir a organização. Se verdade é que a organização pode surgir de uma entropia inicial, nem sempre a entropia origina a organização podendo encaminhar-se para uma maior desorganização.

René Thom também constata essa evidencia quando diz: "Enfin, le développement "normal" lui-même comporte des étapes "indeterminés" qui engendrent des crises, lesquelles sont normalement franchies ... La crise est donc inévitable et, en général bénéfique: elle peut en effect faire prendre conscience par le sujet de ses propres limites et le pousser à un "retrait stratégique" lui permettant de temporiser et de mieux se réadapter à son propre "milieu"(Thom ,1983; p.119)

Sucintamente, a sua teoria podia ser descrita segundo as suas próprias palavras da seguinte maneira: "Dans la théorie des catastrophes, ... on s'efforce de décrire les discontinuités qui peuvent se présenter dans l'évolution globale d'un système. Intuitivement, on admet que l'évolution globale d'un système se présente comme une succession d'évolutions continues, séparés par des sautes brusques de nature qualitativement différente. Pour chaque type d'évolution continue, subsiste, en principe, une

modélisation de type différentiel classique: mais les sauts font en sorte que l'on passe d'un système différentiel à un autre. La donnée de la théorie des catastrophes apparaît alors comme une sorte de "paquet" de systèmes différentiels qui sont en nombre fini dans la meilleure des hypothèses. Donc, le point représentatif "saute" d'une évolution continue décrite par un autre système d'équations différentielles à une autre évolution continue décrite par un autre système et, dans certains cas, on ne peut même pas exclure qu'un nombre fini de systèmes ne sois pas suffisant pour décrire la situation tout entière. Voilà brièvement, le schéma global de la théorie.(Thom,1983; p. 60).

Este pequeno resumo da sua teoria leva-nos ainda um pouco mais longe a outras perspectivas importantes fora do campo do humanismo entrando no campo da sistémica.

Recorrendo à caixa negra, tradicionalmente usada para explicar os sistemas. Esta caixa não é mais que um sistema fechado ao meio que só por ele comunica através de inputs (entradas) e outputs(saídas).

A teoria dos sistemas tem no entanto um problema ainda sem resolução e que consiste "Quelles que soient les données initiales, et l'histoire des entrées successives introduites antérieurement dans la boîte noir, le nuage de points tends vers une situation asymptotique indépendante de la stratégie suivie dans la choix des entrées." Thom (1983, p. 61) Isto significa que se na maioria dos casos umas entradas determinadas tenderão segundo uma probabilidade grande a apresentar saídas semelhantes, há casos em que a distribuição dos pontos é completamente diferente o que nos poderia ajudar a decifrar a estrutura interna do sistema. O estudo destes casos excepcionais interpretando os mecanismos internos do sistema, evidencia o método da teoria das catástrofes.

As implicações de Thom para o modelo vão ser abordadas posteriormente ao longo deste trabalho

2.4 Contributos da Corrente Humanista à compreensão da doença como ameaça à existência de Vida

"A tendência humanista é de incrementação dos valores quando estimula e movimenta a descoberta e a criatividade, no confronto entre os conhecimentos ancestrais e hodiernos e o novo conhecimento" (Cortesão, 1985; p. 6).

A filosofia básica desta corrente é considerar o homem único com uma capacidade consciente, de ser livre nas suas opções, descobrindo o seu sentido ou significado de vida e aceitando a sua finitude ou morte, bem como a ansiedade como um elemento decorrente dessa conscientização. O homem move-se assim numa perspectiva de crescimento e evolução, desenvolvendo os seus potenciais, enfatizando-se, no entanto, a vivência do momento presente. O homem é capaz de estar só e também em relação com os outros.

2.4.1 O Movimento Humanista- Existencial e seus pressupostos

"Existentialism is an attitude which accepts man as always becoming, which means potentially in crisis"(May em Kirschenbaum & Henderson 1990; p.234)

Há vários pressupostos oriundos deste movimento que vão ser explorados por vários autores desta corrente.

Estes pressupostos lidam essencialmente com a postura do ser humano no Mundo e o lugar que aí ocupam com a sua especificidade e unicidade por um lado e como seres de relação por outro.

Neste contexto, há vivências semelhantes para todo os seres humanos devido ao confronto com a mortalidade subjacente a todos. O confronto com a morte é portanto consciente, embora não constantemente presente no psiquismo de cada um.

2.4.1.1 O significado de Ansiedade

O significado de ansiedade fornece a consciência da finitude da vida, e pode parecer um aspecto negativo na vida humana. No entanto este conceito é bipolar pois é imprescindível à motivação para a mudança, e para a evolução, sendo assim necessário e positivo à realização humana. A postura existencial, atribuí à finitude da vida uma consequência imediata que se traduz pela ênfase da vivência plena do presente. Frankl (1978) remete assim à consciência da finitude a conscientização simultânea de um período de tempo disponível para que o homem cumpra os seus planos de vida, que segundo ele não seria possível se fosse imortal porque esses planos poderiam ser sempre protelados. May (1976; p.34) por outro lado salienta a importância da ansiedade mas noutra perspectiva, para ele a ansiedade é definida como "a reacção básica do ser humano a um perigo que ameaça a sua existência, ou um valor que ele identifica com a sua existência".

No seu livro "meaning of anxiety (1950) salientava que a ansiedade longe de ser só um fenómeno negativo representa uma resposta do indivíduo a uma ameaça com repercussão também social e que poderia eventualmente ajudar o indivíduo a viver uma vida mais enriquecedora. Como redescobrir o Self ? como vencer essa ansiedade? O testemunho

peçoal de May que contraíu tuberculose quando escrevia o seu livro sobre ansiedade, e que pode viver, experimentar o que significa "a ameaça do não ser" numa época em que não havia ainda tratamentos eficazes contra a tuberculose (May, 1969) . "...it was a valuable experience to face death, for in the experience I learned to face life " (May em Kirschenbaum e Henderson 1990; p. 230). Na obra, sobre a ansiedade, salienta a importancia do homem ser "Único" porque luta para descobrir um propósito na vida e cria valores que o incitem a viver. Quando o indivíduo não tem esses objectivos então é como Simone de Beauvoir afirma num dos seus livros "A vida ocupa-se tanto em perpetuar-se como em ultrapassar-se"..."caso se limite a conservar-se então a vida é apenas não morrer, e a existência humana não pode ser distinguida de qualquer absurdo vegetal. (May,1976; p. 116). Neste contexto, a ansiedade existêncial pode surgir do sentimento de culpa quando se falha conscientemente o desenvolvimento dos potenciais (Corey,1977).

O que verificamos pela interpretação que May faz da ansiedade é que sem ela a motivação para mudar seria diminuta (Corey, 1977), ou seja o indivíduo nunca poderia evoluir, crescer etc.

May(1969) vai mais longe aq afirmar que a atitude extrema de evitar a ansiedade é em si patológica, (neurótica) e que o crescimento e a criatividade exigem pelo menos temporariamente a recusa da busca de sensações securizantes e consequentemente um certo nível de ansiedade. Kierkgard já tinha reflectido sobre a temática, chegando a afirmar que: "Aventurar-se causa ansiedade, mas deixar de arriscar-se é perder a si mesmo... E aventurar-se no sentido mais elevado é precisamente tomar consciência de si próprio"(May,1976; p.6).

A interpretação da ansiedade surge no Humanismo-Existencial numa perspectiva diferente mas não é o único conceito importante à possível mudança. O indivíduo confrontado com a ansiedade vai então reagir e uma

reacção saudável envolve também a busca do sentido ou significado de vida.

2.4.1.2 O sentido de vida

A busca de valores que incitem o homem a viver é referida por vários autores entre eles Frankl (1978) e May (1976).

Sobre este ponto Frankl construiu mesmo a sua perspectiva de intervenção psicológica que tem o nome de Logoterapia (logo = sentido) ou seja, a terapia pelo sentido partindo do pressuposto que "o homem nunca pode ser poupado a se enfrentar com a sua condição humana que inclui a tríade trágica: sofrimento - falibilidade e morte..

Cabe a cada indivíduo procurar o sentido da sua existência e aceitar a responsabilidade da escolha tomada. Frankl, definiu o seu sentido da sua vida, através da fé religiosa, responsabilidade para com os outros e valorização dos seus potenciais.

Toda a pessoa tem que entender o destino humano o qual implica o sofrimento e a morte. O trabalho criativo e o amor pelos outros são valores supremos, que podem ajudar a resolver essa fatalidade humana.

2.4.1.3 Liberdade, responsabilidade e consciência

Para se lutar pelo desenvolvimento dos potenciais, é necessário que o ser humano tenha liberdade, responsabilidade e consciência. May, de formação prévia psicanalítica, apresenta ainda na sua obra, reminiscências dessa formação. Explicita a luta necessária contra a mãe na tentativa de independência (May, 1976). Cita Orestes e Édipo reconhecendo a importância do corte umbilical, para seguidamente poder haver liberdade de escolha. Caso contrário a vida é prisão relativamente à "sua incapacidade de amar, trabalhar e seguir uma vocação" (May, 1976; p. 112).

Concordantemente com Maslow, Frankl e Goldstein conclui "a luta para tornar-se uma pessoa **ocorre no íntimo da própria pessoa.**" (May, 1976; p.113).

A questão da liberdade lida portanto com a postura do homem e a sua capacidade de discernimento e intervenção no seu próprio destino. "...when nothing else has meaning there is still the basic freedom, namely the freedom to choose the attitude one takes toward one' fate" (May, 1969; pp. 41-42) Ter possibilidades de escolha, sem saber contudo qual será o desfecho das suas opções pode gerar ansiedade.

May, define então a liberdade "como a capacidade do homem contribuir para a sua evolução. É a aptidão para nos amoldarmos. Liberdade é o outro aspecto da auto-consciência: se não tivermos auto-consciência de nós mesmos seremos impelidos pelo instinto, ou pela marcha automática da história, como as abelhas ou os mastodontes...Por outro lado a auto-consciência dá-nos aptidão para nos afastarmos da rígida cadeia de estímulos e reacções, fazer uma pausa e assim avaliar, decidir qual será a nossa resposta." (May, 1976; p. 134)

Os três pressupostos existenciais, liberdade, responsabilidade e consciência, são ainda interpretados por Rollo May, relativamente à tuberculose, nas reacções observadas nas pessoas com essa doença, (May,1976). (1)

May subdividiu em 3 categorias distintas, as reacções das pessoas a essa doença. Segundo este autor: "Algumas desistem literalmente chamando a morte." Outras fazem o que delas se espera, mas ressentem-se continuamente contra o facto de que a "natureza" ou "Deus", lhes mandou aquela doença e, embora exteriormente obedeçam, interiormente rebelam-se contra as regras... permanecem perpetuamente num determinado estágio, marcando passo. "Outros usam o fator cruelmente determinista de estarem

doentes como novo meio de conhecer a si mesmos... e enfrentam um fato sèriamente determinista com a liberdade" e acabando por saír mais integrados como pessoas da doença (May, 1976; p. 136).

A liberdade consciente implica assim responsabilidades e uma preponderância da capacidade de decisão interior do homem. Esta capacidade de orientação interior pode parecer condenar o homem ao isolamento, mas a corrente Humanista-Existencial procura a resolução da dicotomia necessidade de orientação interior e necessidade de relacionamento.

2.4.1.4 Necessidade de orientação Interior e Necessidade de relacionamento

Constatamos assim a importância da pessoa ser o seu centro ou seja ser a partir de si própria e não de influências exteriores que organiza o desenvolvimento dos seus potenciais. No entanto como sustenta Frankl (1978) a liberdade de escolha é limitada pela própria natureza fisiológica, psicológica e sociológica.

O homem encontra assim sentido na vida a partir daquilo que realiza, das experiências que tem, e do convívio com os outros. Atinge-se o sentido de vida, através do nosso trabalho criativo (que damos à vida), pela nossa experiência (o que recebemos da vida) e a aceitação do destino que não pode ser alterado.

Nesta perspectiva há um certo paradoxo no que respeita à orientação interior e ao relacionamento com os outros seres humanos. Por um lado o ser humano tem que descobrir o seu caminho, o seu sentido ou seja libertar-se de influências exteriores nas suas decisões que só assim serão com liberdade e responsabilidade. Por outro lado verificamos a importância que o apreço dos relacionamentos significativos tem no percurso humano. A

integração do paradoxo só é conseguida a partir do momento que em que a relação é estabelecida sendo cada ser humano capaz de ser o que realmente é nessa relação, ou seja, a pessoa recusa privar-se de "ser" com o objectivo de conquistar um lugar significativo num relacionamento. A coragem de ser é o ponto central na conquista pelo respeito das decisões de cada pessoa.

Tendo em consideração a introdução dos pressupostos referidos, esta corrente evolui para a integração final dos mesmos, que pode ser resumida no conceito de auto-actualização. Do ponto de vista histórico este termo surgiu com Kurt Goldstein, embora fosse posteriormente desenvolvido por outros autores sendo Maslow, a figura mais representativa.

Abordaremos seguidamente os três teóricos que aprofundam melhor o conceito de auto-actualização: Goldstein, Carl Rogers e Maslow

2.4.2 A teoria Fenomenológica - Organísmica de Kurt Goldstein

Goldstein é essencialmente um holista que estabeleceu a teoria organísmica. Esta teoria engloba três conceitos chaves que são Auto-actualização, o processo de Equalização e a Concordância com o meio ambiente.

Introduziu o conceito de auto-actualização na sua teoria, sendo mais tarde explorado por outros humanistas. Este conceito central implica no fundo as movimentações do organismo humano para a sua realização, e desenvolvimento das suas potencialidades (2).

Goldstein salienta que o organismo são e normal é aquele no qual a tendência à auto-actualização actua a partir do interior do indivíduo- sobrepondo-se aos problemas que surgem na luta com o

mundo-não como produto de ansiedade, mas sim pelo prazer da conquista" em (Hall& Lindzey, 1973; p.339).

A pessoa considerada auto-actualizada saudável é capaz de aceitar o risco como parte integrante da sua vida sem que este se torne em "medo " bloqueador, ou seja, é capaz de utilizar a ansiedade decorrente do risco a favor do crescimento pessoal.

Segundo Goldstein a pessoa saudável apresenta algumas características como a espontaneidade, a criatividade e a capacidade genuína de auto-expressão (Freedman,Kaplan & Sadock, 1977).

As concepções de saúde e doença de Goldstein são também explicadas a partir do conceito de auto-actualização em cuja diferença reside nos objectivos a que cada pessoa se propõe na sua busca constante. Neste contexto, a pessoa doente sente todo o seu organismo ameaçado, procurando manter-se no mesmo estado em que se encontrava antes, podendo meramente "sobreviver ", sentindo-se isolada e respondendo às ameaças ou compulsivamente, regredindo a formas comportamentais mais primitivas, ou reduzindo os seus interesses e actividades.

Encontramos através da auto-actualização um esboço para saúde e doença onde neste último caso a auto-actualização não se manifestaria.

Goldstein era neuropsiquiatra e começou por investigar lesões cerebrais e seus efeitos em soldados feridos na cabeça durante a primeira Guerra Mundial. No seu livro "After-effects of brain injuries", 1942, expõe conclusões da observação de cerca de 2000 casos de indivíduos que tinham sofrido lesões cerebrais e se tornavam demasiado rígidos não sendo capazes de criar outras alternativas para solucionar os seus problemas, refugiando-se nos hábitos e rotina e sendo incapazes de alterá-los. Estudou essencialmente o raciocínio abstracto e começou por detectar que as lesões não provocavam alterações (lineares causais) mas sim balançavam o

equilíbrio do organismo. Constatções mais simples como o desconforto provocado pela fome ou frio que afectam não somente o estômago ou a sensibilidade térmica, mas também outras funções como por exemplo o rendimento intelectual, confirmando que o organismo reage como um todo. (Hall & Lindzey, 1973; p. 344). Estas constatações seriam explicadas pelo processo de equalização.

Neste contexto, o processo de equalização é a capacidade do organismo se auto-organizar (utilizando o termo actual sugerido por (Agra,1986) depois de um estado de tensão ou desequilíbrio retomando depois a homeostasia. A homeostasia da pessoa saudável é alcançada pela redistribuição da energia pelo organismo e não somente pela descarga de tensão. Por esse motivo é que "o princípio de equalização explica a consistência e a ordenação do comportamento, apesar da influência dos estímulos perturbadores" (Hall & Lindzey, 1973; p. 337)

Observamos normalmente uma auto-regulação no próprio corpo humano e na ecologia. Por exemplo, o indivíduo movimenta-se para saciar a fome, para aprender, para se proteger num estado de privação das necessidades respectivas. Maslow vai posteriormente desenvolver a sua teoria da motivação tendo em conta essas constatações.

Goldstein dá portanto relevo à personalidade do indivíduo (factores interiores) mas também atribui importância aos factores exteriores do ambiente (socio-cultural-ambiental) podendo estes afectar o equilíbrio do organismo.

A concordância com o meio ambiente é outro aspecto importante da teoria organísmica que aceita que o ambiente pode influenciar positivamente ou negativamente mas acha que o indivíduo normalmente procura encontrar o ambiente apropriado ao seu desenvolvimento.

Goldstein, embora sem desenvolver, aceitou que o ser humano

através da sua evolução desde a infância à idade adulta vai tendo uma série de capacidades próprias à sua maturação, também estas susceptíveis de interferir no processo de equalização.

Resumindo, a teoria holista de Goldstein considera a aplicação dos princípios da gestalt ao estudo do organismo total e nunca análise das suas partes. O indivíduo tem que ser estudado como um todo.

2.4.3 A terapia Centrada

Carl Rogers

Rogers, foi um proeminente humanista da actualidade. No seu último livro confessa a evolução de alguns aspectos da sua teoria, da sua vida profissional e mesmo da sua vida pessoal.

"I have moved a long way from some of the beliefs with which I started: That man was essentially evil, that professionally he was best treated as an object, that help was based on expertise, that expert could advise, manipulate and mold the individual to produce the desired result." (Rogers, 1980; p. 43)

Desde essa primeira postura em que considerava o ser humano como um objecto, Rogers evoluiu muito até num estágio final considerar a pessoa como um ser humano único, tendo em si as potencialidades para se desenvolver e evoluir e não um cliente que precisa do papel do terapeuta para "receitar," prescrevendo alternativas para o seu desenvolvimento.

A evolução do seu pensamento repercutiu-se também no nome atribuído à sua corrente de intervenção. Se inicialmente lhe chamou "client-centered- approach", posteriormente alterou-o para "person-centered approach", onde se manifesta a preocupação pela condição de ser humano, enquanto pessoa, acima de tudo.

O clima que Rogers aponta para que as transformações desejáveis possam ocorrer nos indivíduos pode ser resumido assim:

"On the basis of my experience I have found that if I can help bring about a climate marked by genuineness, prizing, and understanding, then exciting things happen. Persons and groups in such a climate move away from rigidity and toward flexibility, away from static living toward process living, away from dependence toward **autonomy**, away from defensiveness toward **self-acceptance**, away from predictable toward unpredictable **creativity**. They exhibit living proof of an actualizing tendency.(Rogers, 1980; p. 43-44)

O clima de genuidade, e empatia acrescido de uma escuta atenta desprovida de julgamentos é favorável às mudanças no desenvolver constante de todos os seres humanos. Assim, a aceitação incondicional no relacionamento terapêutico, é um dos factores principais para que o indivíduo se sinta livre para explorar os seus potenciais e conseqüentemente possa evoluir.

A teoria de Rogers baseia-se no princípio que o homem é bom, e atribui à cultura e sociedade o aparecimento das "más" tendências a que ele chama "evil". Todo o homem possui uma tendência actualizante, conceito idêntico à auto-actualização defendida por outros teóricos da mesma corrente humanista. Sublinhemos nesta perspectiva, algumas características desta tendencia actualizante:

"In human beings, too, there is a natural tendency toward a more complex and complete development. The term that has most often been used for this is the "actualizing tendency", and it is present in all living organisms. This tendency is operative at all times. Indeed, only the presence or absence of this vital directional process enables us to tell whether a given organism is alive or dead" (Rogers, 1980; p. 118). Segundo o autor esta tendência está

presente em todos os organismos vivos e movimenta-os para uma realização construtiva dentro das suas potencialidades. Esta potente tendência construtiva é a base da terapia centrada na pessoa (Rogers, 1980)

Rogers chama-nos atenção para o facto desta tendência actualizante estar presente em todos os seres humanos e esta, como motivação básica do organismo inclui as aspirações próprias daquele indivíduo único. Não resulta pois em terapia querer-se estimular aspectos novos, diferentes dos motivos que o próprio indivíduo tem, mas sim, procurar estimular o clima apropriado em que essa pessoa possa sentir-se livre, para explorar as potencialidades que já tem, embora não ainda desenvolvidas. Este aspecto evidencia a importancia de uma **orientação interior** de cada sujeito preponderante sobre influências exteriores, como podemos observar pelo extracto seguinte: "I have discovered that the Stanford Research Institute (1973) has completed a study in which it estimates that 45 million Americans are committed to "a way of living that reflects these inner convictions: first that is better to have things on a human scale; second that it is better to live frugally, to conserve, recycle , not waste; and third that the **inner life**, rather than externals, is central" (Mitchell, 1977 em Rogers, 1980; p. 77)

Concordantemente com Maslow, Rogers também evidencia a importância da satisfação de algumas necessidades para que o desenvolvimento da tendência actualizante se poder concretizar.

"Thus, to me it is meaningful to say that the substratum of all motivation is the organismic tendency toward fulfillment. This tendency may express itself in the widest range of behaviors and in response to a wide variety of needs. To be sure, certain basic wants must be at least. The need for exploration of and producing change in the environment, the need for play and for self-exploration - all of these and many others behaviors are expressions of the actualizing tendency" (Rogers, 1980; p.123).

É interessante verificarmos que esta tendência procura desenvolver-se constantemente caminhando de formas mais simples para as mais complexas na mesma pessoa, e segundo Rogers esta tendência é mesmo extensível a todo o universo quando ele afirma:

"We are tapping into a tendency which permeates all of organic life - a tendency to become all the complexity of which the organism is capable. And on a even larger scale, I believe we are tuning in to a potent creative tendency which has formed our universe, from the smallest snow flake to the largest galaxy, from the lowly amoeba to the most sensitive and gifted person (Rogers, 1980; p. 134).

O conceito de crise evidenciado na introdução deste capítulo, é reformulado por Rogers que contudo, não utiliza a palavra frequentemente.

Ele reconhece a quebra de mecanismos homeostáticos como mudança benéfica, e característica da própria vida. "The processe of change is life. I realize that if I were stable and steady and static, I would be living dead. So I accepted confusion and uncertainty and fear and emotional highs and lows because they are the price I willingly pay for a flowing, perplexing exciting life." (Rogers, 1980; p.89.)

Rogers, salienta também duas tendências que segundo ele tem adquirido cada vez mais importância. Uma é tendência actualizante, característica da vida orgânica, a outra é a tendência formativa no universo total. A partir destas duas tendências é que o autor explica os pressupostos da terapia centrada. (Rogers, 1980; p.114)

Esses pressupostos atribuem ao ser humano vários recursos de auto-compreensão e alteração do auto-conceito, atitudes básicas e comportamento auto-dirigido. Estes recursos podem ser utilizados desde que se propicie um clima relacional facilitador à sua manifestação (Rogers, 1980; 115). A este propósito Rogers, referencia Buber quando este sustenta que o

processo de cura pode ser obtido através do encontro.(Rogers, 1980; p. 175) Esse "encontro", significa a existência empática de outro ser humano que compreenda e aceite incondicionalmente essa pessoa que precisa de ajuda.

Rogers não nega a existência da entropia e admite-a. "Physical scientists up to now have focused primarily on "entropy" the tendency toward deterioration, or disorder."(Rogers, 1980; p.124) Reconhece a sua presença por exemplo, no próprio envelhecimento humano, no qual a deteriorização vai sendo cada vez mais marcante até surgir a morte.

No entanto a tendencia oposta "syntropy" apontada pelo biólogo Prémio Nobel Szent-Gyorergergy (Rogers, 1980) também está presente em todo o universo e nos seres humanos que evoluíram. A sintropia representa uma tendência à ordenação e complexidade das formas mais simples para as mais complexas. Esta tendência também não pode ser negada pelos conhecimentos actuais da propria evolução do universo, e do ser humano. Esta tendência é que explica a evolução desde a forma embrionária humana no seio materno até ao ser humano adulto.

Daqui concluímos que: "The universe is always buiding and creating as well as deteriorating. This process is evident in the human being, too." (Rogers, 1980; p. 126).

Rogers também menciona o trabalho do químico e filósofo Ilya Prigogine como tendo influência na sua recente evolução. Prigogine tenta responder que a partir da entropia se geram ordens e complexidades superiores nos sistemas.

Prigogine provou matematicamente que o mundo orgânico é probabilístico em vez de somente determinístico, sendo essa constatação válida para todos os sistemas abertos nos quais há trocas de energia com o meio, no qual naturalmente se inclui o ser humano (Rogers, 1980).

Resumidamente, quanto mais complexa é a estrutura do sistema seja

ele químico ou humano mais energia se gasta para manter a complexidade. Como já foi dito a homeostasia não é constante e as "perturbações" como Prigogine lhes chama "vão ser ampliadas por as conexões do sistema, que vão alterar o sistema surgindo novas formas mais complexas e coerentes que antes, tendo agora mais potencial para provocar mudanças" (Rogers, 1980; p. 131)

É de salientar que a mudança é normalmente brusca e envolvendo vários factores que actuam uns sobre os outros. Segundo Rogers é esse o fenómeno que observamos em alguns processos psicoterapêuticos. "It gives support to the value of fully recognizing and expressing one's feelings - positive or negative- thus permitting the full perturbation of the system." Prigogine conclui ainda que a capacidade de transcendência está tanto mais presente quanto mais complexo o sistema é, contribuindo as suas partes para a sua reorganização (Rogers, 1980; p. 132).

Essas teorizações de Prigogine são portanto muito válidas e podem ser interpretadas dentro das Ciências Humanas, considerando o ser humano como um sistema aberto e complexo.

A importante contribuição de Rogers foi, apesar da ênfase no conceito de "tendência formativa", aceitar que, quer o ser humano quer o universo, têm tendência à ordem por um lado e à desordem por outro, admitindo-as simultaneamente. Ou seja, por outras palavras, se por um lado o ser humano se vai deteriorando (envelhecendo) por outro ele também se vai aperfeiçoando e evoluindo para formas mais complexas. A evolução da humanidade ao longo da História, evidencia a essa evolução pelo aumento dos conhecimentos e cultura desde a pré-história até à actualidade.

May também esboça uma perspectiva de integração de forças opostas como Rogers, em que as forças opostas principais são o Bem e o Mal. Dentro deste contexto May afirma que: " The daimonic is the urge in

every being to affirm himself., assert himself, perpetuate and increase itself...[the reverse side of the same affirmation] is what empowers our creativity" (May, 1969, em Kirschenbaum & Henderson 1990; p.240). Se esta força que May chama "Daimonic " está integrada na personalidade dos seres humanos, dará origem a processos constructivos e à criatividade, (semelhante à tendência actualizante de Rogers) mas se não estiver integrada pode tornar-se em violenta paranoia resultando dela, actividades destrutivas. Daqui concluímos que "Daimonic" pode se explorado unilateralmente e dar origem ao "Demonic "(May, em Kirschenbaum & Henderson, 1990; p.240).

2.4.4 Abraham Maslow - Integração da Motivação e auto-actualização

Maslow desenvolveu toda a sua teoria tendo com o base o conceito de auto-actualização, explorado primeiramente por Goldstein e depois complementado por Maslow através da pirâmide das necessidades. Tendo-se debruçado sobre a motivação iremos ver aspectos pertinentes sobre a temática que nos dão contribuições importantes.

Aceita que as motivações são múltiplas, e é raro um acto ou desejo consciente ter por trás uma só motivação.

Maslow atribui alguma importância às necessidades básicas para a motivação e fala-nos dos estados de privação que, de certa maneira, impulsionam o indivíduo a movimentar-se numa pirâmide de necessidades normalmente hierárquica. A importância de algumas necessidades básicas estarem asseguradas despoleta a emergência de outras necessidades.

No que respeita ainda à motivação, Maslow dá um certo realce aos fins a que se destinam determinados motivos em vez dos meios para atingi-

los. Exemplos que nos vem da antropologia mostram-nos que ser um bom guerreiro ou ser culto, podem ser comparados em termos de fins a que se destinam, sendo vistos como uma motivação para que sejam respeitados nas sociedades em que estão inseridos. Os comportamentos (meios) aqui não podem ser comparados, porém os fins a que se destinam podem.

Uma das críticas deste autor sobre o estudo da psicologia em geral e da motivação em particular que parece extremamente importante, é reconhecer que a maioria das investigações feitas neste domínio foram efectuadas em pessoas desajustadas e com problemas psicológicos. Neste contexto critica Freud que só estudou a psicologia do Homem "Anormal" depois com base nesse estudo procurou especular o que se aprendeu através desses indivíduos para o homem "sadio".

Maslow contrariamente ao exposto, propõe como "tema de discussão e investigação a utilização de bons exemplos ou seja exemplos superiores elegidos como amostras biológicas para estudar as capacidades superiores da espécie humana" (Maslow, 1990; p.24). Neste contexto procurou estudar indivíduos que ele considerou como realmente saudáveis psicologicamente e pessoas que contribuíram de alguma forma para o bem-estar da humanidade. "The motivational life of neurotic suffers should, even in the principle, be rejected as a paradigm for healthy motivation."... "we must turn our attention to heathy men and women as well" (Maslow, 1970; p.14).

Entre as pessoas estudadas refere como dois dos objectos do seu estudo as personalidades de Ruth Benedict e de Max Wertheimer, além de várias figuras históricas de eminência mundial (Maslow,1990). Através da investigação constatou que apesar dos diferentes tipos de pessoas estudados havia várias semelhanças que lhe permitiram suportar a sua teoria da auto-actualização.

Maslow esboça assim uma hierarquia de necessidades que a priori

se apresenta com uma certa ordem de emergência das mais inferiores para as mais superiores mas que apesar da existência dessa ordem pré-estabelecida salienta que podem haver exceções as quais iremos mencionar no decorrer deste capítulo.

Embora não se pretenda uma explicação linear de aparecimento de necessidades superiores, sabemos que as próprias motivações do indivíduo são também fruto das reais possibilidades de sucesso em atingir os objectivos e nesta dinâmica encontramos também uma influência social marcada sendo as motivações influenciadas pela classe social e diferentes culturas.

Abordaremos seguidamente a clássica pirâmide das necessidades deste autor para justificarmos o que significa atingir o topo dessa pirâmide na caracterização do que significa ser uma pessoa auto-actualizada.

Necessidades fisiológicas, são portanto as necessidades mais urgentes e imprescindíveis à vida como por exemplo: alimentação, água, oxigenio, sexo, estas estariam na base da pirâmide e sem as quais saciadas a um nível mínimo o indivíduo não se moviementaria para as necessidades seguintes.

Maslow fala-nos que a privação fisiológica intensa pode tornar-se como obsessão impedindo o aparecimento de outras motivações. "If all needs are insatisfied, and the organism is then dominated by the physiological needs, all other needs may become simply nonexistent or be pushed into the background."..." The urge to write poetry, the desire to acquire an automobile, the interest in American history, the desire for a new pair of shoes are, in extreme case forgotten or become of secondary importance" (Maslow,1970; p. 16). Entende-se assim as necessidades fisiológicas como a base da referida pirâmide como Maslow a delimita. Ao procuramos uma

explicação para a maneira como estas necessidades são satisfeitas, não encontramos uma justificação satisfatória pois encontramos várias variáveis como."The needs that are usually taken as the starting point for motivation theory are the so-called physiological drives. Two lines of research make it necessary to revise our customary notions about these needs: first the development of the concept of homeostasis and second, the finding that appetites (preferential choices among foods) are fairly efficient indication of actual needs or lacks in the body."(Maslow ,1970; p. 15) Por outro lado, é também muitas vezes observado o desejo de satisfação de necessidades fisiológicas como o comer, ou o sexo quando no fundo encontramos uma deslocação das reais necessidades do indivíduo que não serão fisiológicas mas sim por exemplo de segurança, de amor, ou auto-estima. Egan, (1976) relaciona as necessidades de Maslow com a expressão de emoções refere assim uma classificação das necessidades em 3 tipos : D style, M style e B style. O primeiro tipo prende-se com as necessidades em carência, D significa deficiência e portanto não pode mover-se numa perspectiva de crescimento pois falta-lhe o essencial como alimentação, segurança etc. Para este tipo de pessoas a expressão emocional é um problema, e normalmente são irresponsáveis, perdem o controle com facilidade e são imprevisíveis. O B style (B significa BEING) reflete a pessoa auto-actualizada, que segue as suas aspirações e potenciais. Exemplificando, a expressão de amor neste tipo de pessoas é muito diferente do tipo carente do D style, o amor não é possessivo ou ciumento mas sim altruísta. No que respeita as emoções não se pode dizer que sejam pessoas emotivas mas antes sensíveis capazes de experimentar emoções fortes de amor, esperança, paz, curiosidade mas também raiva, dúvida etc.

Egan (1976) acrescenta ainda o M style, M para "maintainance" baseando -se no fundo aquilo que Maslow chama "Psychopatology of the

average" representa as pessoas medianas com as emoções sob controle ou seja neutras que acham que as grandes emoções só acontecem aos outros e "realizam-se" através de novelas e filmes românticos. São pessoas que embora não estejam em carência não conseguem movimentar-se para B style porque gastam toda a energia para continuar a gerir a vida que tem, os valores que adquiriram e que muitas vezes nem sabem como, atingindo assim uma plataforma ou plateau da qual não saem e que começa a ser fonte de insatisfação e desânimo. Esta referência representa um esforço não saudável pela manutenção da homeostasia, e relutância à mudança. Esta sub-divisão das "meta-needs" fornece uma tentativa de interpretação a privação de algumas necessidades nomeadamente fome e sexo. Essa interpretação prende-se com a qualidade e não com a quantidade a que o indivíduo está sujeito. Exemplificando, a fome pode ser realmente fome de qualquer tipo de alimento, ou pode por seu turno ser selectiva e ter-se fome de uma guloseima ou de algo que agrada, mas não ser fome na verdadeira acepção da palavra. Por outro lado vemos também, que pode não haver realmente privação e mesmo assim o indivíduo não se movimenta para necessidades superiores o que pode em parte ser explicado por o tipo proposto por Egan numa sistematização M style que personifica a "Psychopathology of the average" e que constitui o que Maslow classifica como uma excepção às necessidades básicas.

Necessidade de segurança:

Segurança, estabilidade, protecção, não sentir medo ou ansiedade e ter necessidade de uma certa ordem, leis etc são os conceitos básicos que esta necessidade implica. Esta necessidade traduz-se muitas vezes, na vida prática, de uma forma camuflada em que o indivíduo sente necessidade de uma conta poupança, seguros de vida, saúde etc. Maslow chama a atenção

para a apreciação da neurose obsessiva compulsiva como a forma extrema desta necessidade de segurança. Igualmente há uma chamada de atenção para o facto de a ciência, a religião e a própria filosofia serem motivadas por esta necessidade de segurança.

Necessidade de amor, afeição e sentimento de pertença :

Esta necessidade envolve a importância de dar e receber afeição, no relacionamento humano. Pelo mecanismo de funcionamento destas necessidades poderíamos dizer "grosso modo" que quando uma necessidade é alcançada é seguidamente ultrapassada. À luz da interpretação de Egan para a teoria de Maslow, podemos no entanto constatar que nem sempre assim acontece. Uma alusão especial, excepção, portanto a esta necessidade é que nos indivíduos privados de amor em tenra idade, esta necessidade pode não estar presente.

Necessidade de Estima:

Esta necessidade engloba, com efeito, duas formas de estima: auto-estima e reconhecimento dos outros. A primeira implica o ser humano sentir-se competente, adequado e confiante, a segunda implica o reconhecimento pelos outros, o status, o prestígio, atenção etc. decorrentes dessa competência.

É importante salientar que Maslow constatou em alguns indivíduos, que a necessidade de estima precedia em ordem de aparecimento a necessidade de amor o que é interpretado mais como auto-asserção (auto-conceito) em vez de auto-estima propriamente dita. (Maslow,1970; p.26)

Necessidade de auto-actualização:

Maslow especificou esta necessidade "What humans *can* be, they

must be. They must be true to their own nature. This need we may call Self-actualization" (Maslow ,1970; p. 22).

Esta necessidade surge no topo da pirâmide de Maslow como tendo ultrapassado de forma significativa todas as outras necessidades inferiores.

Além destas necessidade Maslow salienta também que o ser humano possui normalmente necessidades básicas cognitivas e necessidades estéticas. As primeiras direccionam o indivíduo para saber, compreender os fenomenos, a atracção para o desconhecido, misterioso e para o caótico e as segundas atraem o indivíduo para o que é belo, bonito, harmonioso.

Outras excepções referidas por Maslow, (1970; p.26) incluem o sacrifício voluntário de necessidades básicas em favor de necessidades mais elevadas o que poder-se-ia citar como exemplo dieta em favor de estética. Por outro lado há um reconhecimento que nem todos os comportamentos tem como estímulo desejos ou necessidades.

As pessoas auto-actualizadas são aquelas em que a necessidade de auto-actualização está muito evidente e apresentam portanto características bem definidas as quais passaremos a referir:

1. Uma percepção acurada e real do mundo que o rodeia.
2. Aceitação do eu e dos outros e do mundo como ele é.
3. Espontaneidade no comportamento e na vida interior.
4. Maior concentração nos problemas que no seu eu.
5. Necessidade de privacidade e solidão podendo confiar nos seu próprios recursos e potenciais.
6. Autonomia sendo relativamente independente a satisfações exteriores como a aceitação e a popularidade.

7. Originalidade na apreciação de coisas simples e dos seres humanos ou da natureza.
 8. Capacidade de experimentar profundas experiências místicas.
 9. Identificação com a espécie humana.
 10. Capacidade de experimentar profundo envolvimento emocional com algumas pessoas.
 11. Atitudes e valores democráticos.
 12. Capacidade de distinguir entre meios e fins.
 13. Capacidade de senso de humor em relação à condição humana e não contra algum indivíduo em particular.
 14. Capacidade de criatividade.
 15. Capacidade de resistir às pressões culturais.
- (Maslow, 1970).

Estas características, necessitam no entanto ser comentadas dentro da interpretação que Maslow lhes atribui.

Em primeiro lugar, uma pessoa auto-actualizada tem uma percepção acurada e real do mundo que a rodeia. Neste contexto uma pessoa nessas circunstâncias é capaz de avaliar bem as situações com que se depara na sua vida. Os seus julgamentos são normalmente correctos e desprovidos de preconceitos, obtendo uma leitura correcta da realidade porque não projectam os seus medos, as suas expectativas ou os seus estereótipos, não porque não os possam ter, mas porque estão conscientes do que é real e objectivo e do que faz parte do seu próprio mundo.

A segunda característica representa uma capacidade de auto-aceitação, onde não está presente a culpa, a vergonha, mas o reconhecimento de que é permitido não se ser perfeito. Aceitam assim a sua natureza sem haver uma tendência a lamentações, como aceitam que as pedras são duras, ou as árvores são verdes. Sobre isto Maslow refere que

"This is of course not the same as resignation, but resignation too can be observed in our subjects, especially in the face of illness and death" (Maslow, 1970; p. 131). Ao aceitarem-se a si próprios aceitam também os outros com a sua natureza própria e admitem a diferença.

Sobre a espontaneidade a pessoa auto-actualizada evidencia uma naturalidade própria do seu comportamento sem que isso signifique que tenha que ser anti-convencional. Podem não concordar com muitos rituais às vezes impostos pela sociedade mas são capazes de os aceitar para não magoar os outros que os valorizam tanto. Quando estão em relação com as pessoas mais íntimas, deixam então essa espontaneidade brotar mais naturalmente. Maslow verificou ainda que a espontaneidade evidente no comportamento deve estar ainda mais presente na vida interior destas pessoas.

A quarta característica reflecte uma maior concentração nos problemas que são exteriores a si próprio do que uma concentração no seu próprio ego. Com esta característica estas pessoas tem uma tendência a voltar-se para fora delas a sentir que tem responsabilidade para com os outros no cumprimento de uma missão, sobre a qual se sentem obrigados a cumprir, não sendo necessário que a escolhessem Maslow (1970). Posteriormente, Maslow (1990) continuou a realçar que as pessoas auto-actualizadas participam sem excepção em causas exteriores aos seus interesses pessoais e que funcionam como uma vocação. Apresentam um certo distanciamento das coisas que lhes permite uma visão mais geral como diz o autor: "they seem never to get so close the trees that they fail to see the forest" Maslow, 1970; 134). Esta postura transmite ainda uma certa tranquilidade.

A necessidade de solidão advém da capacidade que tem de não se sentirem incomodados por ela, e tirarem inclusivamente proveito da solitude.

A razão principal é porque confiam em si próprios para a resolução dos problemas prioritariamente, não necessitando dos outros, mas não significando que não sejam capazes de serem verdadeiros amigos na relação humana. Por outras palavras na relação interpessoal oferecem-se como são, são eles próprios não procurando através do relacionamento busca de afeição ou apreço.

Através da vivência da solidão conseguem exactamente uma grande autonomia, que é independente das aprovações exteriores. Justifica-se porque as pessoas nestas circunstâncias movem-se por uma necessidade de crescimento e não por uma necessidade de privação de outras necessidades anteriores como estima, reconhecimento etc.

A sétima característica reflecte a capacidade de apreciar vezes sem conta, a beleza de um pôr-do-sol, o perfume das flores, ou o convívio agradável com os amigos, tendo repetidamente prazer e através do qual se descobrem muitas vezes coisas novas. Dão valor a coisas simples que na maioria das vezes passam despercebidas a uma pessoa não auto-actualizada. Nesse último caso o valor só é dado quando por qualquer razão a pessoa é privada de desfrutar dessa situação.

A capacidade de experimentar profundas experiências místicas, não tem neste contexto, o sentido teológico ou sobrenatural. Este tipo de sensação pode advir de várias situações desde que haja "loss of self or transcendence of it" Maslow, 1970; p. 138), donde a mera concentração na resolução de um problema pode propiciar este tipo de experiência.

Verificou uma profunda identificação com a espécie humana traduzida por um sentimento de pertença a uma família alargada que é a humanidade. Consequentemente uma profunda vontade de ajudar a todos os seres humanos e envolvimento no seu bem-estar. Por outras palavras podemos concluir que existe nestas pessoas um sentimento de

solidariedade.

Relativamente à décima característica mencionada, essas pessoas são capazes de profundo envolvimento emocional, contudo é de salientar que o círculo de amizades é normalmente restrito pois há uma escolha mais cuidada o que facilita a existência de pessoas também auto-actualizadas nas suas relações e portanto a reciprocidade de uma profunda amizade. No que respeita a experiência amorosa, discuti-la-emos separadamente porque Maslow lhe atribuí grande relevo quando presente nas pessoas auto-actualizadas.

As atitudes e valores democráticos estão presentes em todas as pessoas auto-actualizadas investigadas. "They can be and are friendly with anyone of suitable character regardless of their class, education, political belief, race or color. As a matter of fact it often seems as if they are not even aware of these differences..." Maslow, 1970; p. 139). Demonstram assim um sentido de humildade e são capazes de aprender com pessoas que poderiam ser consideradas "inferiores". Evidenciam em suma um grande respeito pelos seres humanos. Ainda é de referir que valores como o bem ou o mal são facilmente detectáveis por essas pessoas, não tendo dúvidas no julgamento de situações que envolvam esses valores.

Ao serem capazes de discernir entre meios e fins claramente assumem uma postura que evidencia uma integração sinérgica dos dois conceitos. Por outras palavras, para atingir determinados fins eles podem tirar proveito dos meios que tem que utilizar para atingir esses fins, ou seja gostar de fazer, de trabalhar para atingir esse fim, deixando os meios de ser um instrumento rotineiro ou um mero trampolim aos fins a atingir.

A 13ª característica reflecte assim a capacidade de humor deste tipo de pessoas, que se centra numa crítica à humanidade ou a eles próprios mas nunca sob a forma de humor sarcástico ou dirigido a pessoas em

condições de inferioridade. Maslow afirma que uma forma exemplar deste tipo de humor é caracterizada por um antigo presidente dos EUA - Lincoln. Segundo o autor a forma de humor deste presidente nunca feriu as susceptibilidades de ninguém.

A penúltima característica será abordada separadamente pois sobre a criatividade Maslow dedicou muito do seu trabalho.

Por último, a capacidade de resistir a pressões sociais, traduz o reforço de características anteriores referidas na 5ª e na 6ª características. As pessoas auto-actualizadas não se deixam influenciar por modas, ou culturas, dir-se-ia que são pessoas clássicas na sua maneira de vestir não adoptando as últimas novidades da moda. Procuram acima de tudo sentirem-se bem como elas próprias numa adaptação à sociedade que não se pode considerar saudável na perspectiva deste autor.

As pessoas auto-actualizadas apresentam ainda uma característica particular salientada por Maslow que as define e que se prende com a resolução de dicotomias. Para começar, Maslow reconhece como Rogers, uma tendência à organização por um lado e à desorganização por outro, quando afirma: "Nor do you know what to make of the fact that the organism has simultaneously a tendency to inertia, laziness, and least effort and *also* a need for activity, stimulation, and excitement."(Maslow, 1970; p. 16)

Explicitando, nas pessoas auto-actualizadas torna-se difícil por vezes dissociar conceitos antagónicos como egoísmo e altruísmo pois parece haver uma integração destes conceitos para o próprio equilíbrio da pessoa que se traduziria como o próprio Maslow refere *self-love* ou seja *healthy selfishness* na perspectiva de Fromm, (Maslow, 1970; p. 162). Estes conceitos antagónicos são extensíveis à dimensão humana destes indivíduos e deixa de haver barreiras na vivência destas pessoas separando por exemplo trabalho e prazer, materialismo e espiritualismo. "It may be thought of as pure

gratification, pure expression, pure elation. But since it is "in the world," it represents a kind of fusion of the Freudian "pleasure principle and "reality principle" (Maslow,1970; pp. 163-164).

Há ainda uma ausência de medo como já o referia Goldstein (c.f. ponto 2.4.2.) e o indivíduo deixa-se levar pelos instintos sem temer vivê-los numa auto-aceitação sentida que atribui uma dimensão transcendental que pode significar o "peak experience". "One aspect of the "peak experience" is a complete, though momentary loss of fear, anxiety, inhibition, defense and control, a giving up of renunciation, delay and restraint. The fear of disintegration and dissolution, the fear of being overwhelmed by the "instincts", the fear of death and of insanity, the fear of giving in the unbridled pleasure and emotion, all tend to disappear or go into abeyance for the time being. This, too implies a greater openness of perception since fears distorts" (Maslow, 1970; p . 163).

Amor e Criatividade

Para a pessoa auto-actualizada, o amor e a criatividade assumem uma dimensão diferente que para a maioria dos indivíduos, vejamos separadamente esses dois conceitos.

No que se refere a amor este deixa de ter a conotação ciumenta e possessiva é um amor mais altruísta em que o parceiro não é controlado por este e ao mesmo tempo não se espera que aja segundo a sua vontade. Este aspecto característico na relação amorosa é decorrente das características 2ª, 5ª e 10ª anteriormente comentadas. Por outro lado o amor auto-actualizado caracteriza-se por uma honestidade grande capaz de deixar cair as fachadas o que significa que se permite ao parceiro conhecer suas fraquezas físicas, psicológicas sendo simultaneamente espontâneo e auto-expressivo. O que

pressupõe uma capacidade de autonomia e espontaneidade. Amor e sexo estão na maioria das vezes associadas neste tipo de pessoas embora se reconheça que são conceitos perfeitamente dissociáveis. Uma observação importante feita por Maslow que nos ajuda a compreender a importância do tópico na temática abordada é que paradoxalmente a realização sexual pode ser tão grande que é simultaneamente de muita e nenhuma importância. Por outras palavras não é uma preocupação para estas pessoas e normalmente a qualidade prepondera sobre a quantidade verificando-se também a ausência de tabus e de preconceitos na sua relação. Acrescenta ainda a esta dimensão a possibilidade de experiência mística através da vivência da experiência sensual intensa.

Criatividade

Maslow (1990; p. 83) levanta-nos a questão da identificação da criatividade com saúde e auto-actualização, quando afirma: "Tengo la impresión de que el concepto de creatividad y el de persona sana, autorrealizadora y plenamente humana están cada vez más cerca el uno del otro y quizá resulten ser lo mismo" Maslow (1990) distingue dois níveis de criatividade que são importantes para entendermos o seu papel no caso de presença de auto-actualização. A criatividade primária é a criatividade que surge "inspiração" em que as ideias não tem ainda forma de concretização e podem emergir durante o sono por exemplo, e que muitas vezes não chegam a ser concluídas. A criatividade secundária traduz a fase do processo de elaboração e conclusão da inspiração da criatividade primária. Verificamos assim que o segundo tipo pressupõe outras capacidades que a criatividade primária não exige. Para se concretizar um projecto criativo é

necessário obstinação, paciência, e capacidade de trabalho (Maslow, 1990). Quando presentes os dois tipos de criatividade então estamos face à criatividade integrada.

Observamos que a criatividade secundária é aquela que pode ser constatada por grandes feitos, Obras de arte, romances, descobertas etc. Pode inclusivamente estar presente sem a criatividade primária, no caso em que a inspiração foi aproveitada de outros e concretizada posteriormente pelo próprio.

A criatividade primária pode muitas vezes passar despercebida, por não serem notáveis os seus resultados. É o caso da criatividade infantil, ou a criatividade das mulheres sem profissão tantas vezes manifestada, e não reconhecida exactamente por aquela razão. Por este motivo Maslow teve a necessidade de distinguir entre "special talent creativeness" de "self-actualizing creativeness". Se o primeiro tipo reflecte um feito reconhecido universalmente o segundo irradia da pessoa nas coisas mais simples do seu dia a dia tornando mesmo as tarefas rotineiras em actividades criadoras.

No que respeita a criatividade como característica de um estágio de auto-actualização, pode ser tão forte em casos excepcionais, que pode aparecer apesar da falha de satisfação básica de algumas necessidades inferiores. (Maslow, 1970) A explicação é dada porque a pessoa está de tal maneira absorvida pelo seu produto criativo que perde o passado e vive só o presente esquecendo mesmo outras necessidades.

Mas a criatividade pressupõe uma libertação total do indivíduo, de modas, de tendências, de convenções ou de hábitos, sendo capazes de aceitar sem medo, o escândalo, por exemplo. Significa ter-se a coragem de tirar as máscaras e de ser ele próprio e de renunciar por exemplo à aprovação dos outros ou à popularidade.

A criatividade como tal exige praticamente todas as outras

características da pessoa auto-actualizada e por isso é tão importante ao próprio conceito de auto-actualização e podem parecer sobreponíveis. Neste sentido, a criatividade tende a unificar a pessoa e a exigir espontaneidade, expressividade e singularidade. Segundo Maslow, (1990) a criatividade assim definida, está em relação directa com a saúde psicológica ou psiquiátrica. A criatividade surge quando não há barreiras ou bloqueios e o indivíduo está livre.

Nos obsessivos compulsivos a criatividade está reprimida para não se exporem à desordem e ao perigo. É a busca securizante que não deixa emergir essa qualidade. Goldstein também já tinha demonstrado que pessoas não saudáveis tinham ausência de criatividade, o que não é exactamente a mesma coisa de admitir criatividade e saúde como homónimas.

Por outro lado, Maslow considera a tendência criativa uma condição necessária mas não suficiente ao estado de saúde porque, por exemplo, alguns artistas essencialmente criativos como Van Gogh não podem ser considerados saudáveis, na perspectiva que este teórico lhe atribui, " de serem capazes de explorar as potencialidades e prosseguirem na busca da auto-actualização na acepção de Maslow (1970; pp. 158-167).

Concluimos que na maioria dos casos criatividade e saúde psicológica são sinónimos. Mas a definição de criatividade nessa perspectiva é muito mais englobante e não pode ser resumida à capacidade de inspiração criadora, ou ao produto que daí advenha.

Vemos assim que um dos primeiros passos de Maslow é renunciar que saúde e talento ou génio e productividade são sinónimos.

Por outro lado é também sublinhado o facto de que nem só as pessoas que têm um produto criativo para a humanidade serem auto-actualizadas. Ao aceitarmos isso estaríamos a negar a criatividade auto-

actualizante a muitas pessoas sem background científico ou artístico e que demonstra essa qualidade na vivência do dia a dia. No que respeita a criatividade como elemento da auto-actualização a sua importância é essencialmente atribuída à personalidade criadora do indivíduo e não ao produto consequente. O paradoxo da criatividade é assim desfeito com as diferentes definições de criatividade propostas pelo autor, patente no extracto seguinte. "And since self-actualizer or health must ultimately be defined as the coming to pass of the fullest humanness, or as BEING of the person, it is as if self-actualizing creativity were almost synonymous with or a sine qua non aspect of, ...essential humanness" (Maslow,1970; p. 167)

Na perspectiva de Maslow, pessoa saudável é sinónimo de auto-actualizada. Pessoas saudáveis parecem tirar bom proveito mesmo de experiências traumatizantes, tragédias, doenças etc. (Maslow,1970; p. 177) Entende-se de novo na perspectiva de Maslow saudável como sinónimo de self-actualizer. "Many therapists, including this writer, have felt a need for a diagnostic instrument which gives the new patient a measurement of his current level of positive health or self-actulization" Shostrom (1965; p.207).

Sáude não é no entanto sinónimo de "normal" atribuindo à palavra normal o significado de mais comum, convencional,cultural ou social: " The word *normal* often is used as an unconscious synonym for *traditional* or *habitual* or *conventional*, and is usually meant to cloak the tradition in approval."(Maslow, 1970; p. 112.) Como o próprio autor sustenta, esse conceito de normalidade obedece assim a variações que são de natureza cultural, regional, religiosa e histórica. Neste contexto Maslow concorda com Canguilhem ao negar a concepção do normal e patológico por aquilo que é mais comumente encontrado numa população.

Considerações finais

As teorias expostas apresentam um determinado número de características comuns, pertinentes a esta investigação. Procuraremos dar uma visão eclética dos seus conceitos fulcrais.

Se saúde passa a ser entendida no paradigma biopsicossocial, este aspecto por si só não é suficiente para a sua definição. Goldstein, Canguilhem, e Agra transmitiram ao conceito de saúde uma relação dinâmica do reencontro do equilíbrio numa adaptação constante entre o meio e o indivíduo, equilíbrio esse baseado numa perspectiva individual do sujeito e numa variação de aspectos qualitativos.

Reanaliseemos primeiramente o conceito de **crise**, na definição proposta por René Thom. Os teóricos da corrente humanista abordados não se referem explicitamente à "crise". No entanto, Maslow, Goldstein e Rogers referem-na latentemente, ao mencionar a sua imediata consequência, que é o desequilíbrio da auto-regulação ou processo homeostático dos seres humanos, constatação essa que vem ao encontro da própria definição dada por René Thom na primeira parte deste capítulo. May e Frankl admitem que a movimentação dos indivíduos para o desenvolver dos seus potenciais surge da confrontação do indivíduo com a perspectiva de ameaça à sua existência, o que significa que a conscientização da finitude, introduz a "crise".

De acordo com os autores citados, a conscientização do significado da crise introduz uma desordem (entropia) que desequilibra a homeostasia em que o sistema se encontra, e é sentida como uma ameaça a este. O desequilíbrio homeostático não é sinónimo de doença porque doença é, na perspectiva de Maslow, Allport e Goldstein, o dispêndio de energia na manutenção de uma homeostasia infundada sem perspectiva de mudança, necessária à evolução.

Daqui concluímos que a crise é necessária para quebrar a **homeostasia**, e só com a quebra de homeostasia é que se pode evoluir para formas mais complexas de organização. Mas se a crise, pode provocar mudanças evolutivas também pode provocar involutivas. Neste último caso, como Goldstein sustenta pode haver regressão a comportamentos anteriores, ou tentativa de alívio de tensão pelos mecanismos habituais, que já não funcionam mas onde não há evidência de criatividade - o organismo está doente podendo reagir catastroficamente. A concepção de doença segundo Agra e Canguilhem suportam o pensamento de Goldstein (Ver neste capítulo, ponto 2.2). Que factores podemos então apontar como indicadores na resolução positiva de uma crise? ou seja a definição de um organismo saudável?

A criatividade é apontada unanimemente, como um factor relevante, para um estado de saúde, Agra, Canguilhem , Goldstein (vide ponto 2.2,)Rogers (vide ponto 2.4.3). e Frankl e May, (vide ponto 2.4.1), sendo ainda parte integrante da auto-actualização segundo Maslow, Godstein e Rogers. Agra sustenta ainda que a criatividade, numa perspectiva de mudança, evolução, é característica básica de Normatividade do potencial humano em se reorganizar .

No entanto Maslow salientou que a criatividade embora condição necessária não é suficiente para significar saúde. Concordamos com este pressuposto e encontramos outras dimensões que nos parecem importantes estarem associadas para que o indivíduo seja saudável.

Outro indicador é **o significado de vida** ou sentido de vida como necessidade superior que está presente nos seres humanos. Isto significa que cada pessoa tem implicitamente uma missão na sua vida de desenvolver ao máximo os seu potenciais, (c.f. May e Frankl ponto 2.4.1.). Por outras palavras, outros autores como Goldstein também a mencionam

quando afirmam que os indivíduos movimentam-se procurando uma harmonia entre as suas aspirações e o meio com o fim de auto-actualizar.

Além deste indicador, a **orientação interior** como predominante sobre influências exteriores ambientais ou sociais (vide Goldstein, Rogers, May e Maslow) caracteriza uma outra dimensão da resolução positiva da crise ou seja a luta pela auto-actualização, orientada pelo próprio indivíduo e não pela influência de terceiros. Todos os autores salientam a tendência permanente à homeostasia como sinónimo de doença, e hábitos como procura de segurança para evitar as mudanças temidas e normalmente sentidas por falta de confiança na sua orientação interior. A instituição de novas normas emergentes do próprio sujeito segundo Agra, Goldstein e Canguilhem, são imprescindíveis à capacidade do indivíduo ser saudável o que por outras palavras se traduz a uma associação de criatividade e esta dimensão a que nos referimos como Orientação interior.

Finalmente a **dimensão existencial** encara o homem como um ser bom, único, ocupando um lugar no Universo (May, Frankl, Rogers). Aceita a finitude de vida como inevitável ao estatuto da vida em que a conscientização dessa finitude pode fornecer um estímulo a novos comportamentos e atitudes Frankl, May, Maslow, Rogers. A visão paradoxal de através da conscientização da finitude humana se poder saber "viver melhor" é uma perspectiva de integração de dicotomias que também é abordada para outros parâmetros como bem-mal, (Rogers) e (May), inactividade-acção, egoísmo-altruismo (Maslow,) e ordem-desordem, (Agra) donde incluiremos nesta dimensão existencial toda e qualquer capacidade que se prenda com a integração satisfatórias de dicotomias.

Concluimos assim que os factores influentes na resolução positiva da crise que emergiram por uma reflexão de todos estes teóricos se exprime pelas seguintes dimensões: criatividade, sentido de vida, orientação interior

e dimensão existencial.

Estas dimensões conduzem-nos a uma reformulação do conceito de **auto-actualização** que pressupõe também o aceitar consciente da finitude humana.

Os conceitos de saúde e doença, podem então ser analisados através da auto-actualização (Goldstein, Maslow) tendencia actualizante (Rogers). Donde a auto-actualização seria ainda sinónimo de saúde.

Admitindo assim que crise pode ter várias definições e características neste capítulo iniciou-se a sua reflexão, que será aprofundada nas suas diversas vertentes, no capítulo seguinte: A crise na Biografia .

Notas de fim de capítulo

(1) A reflexão sobre as reacções dos doentes tuberculosos em sanatório, foi efectuada por este autor quando ele próprio contraíu essa doença e esteve internado, podendo simultaneamente observar e vivenciar essa problemática.

(2) O termo original é "self-actualization" traduzido normalmente por auto-realização, optamos no entanto por utilizar o termo auto-actualização pois este transmite mais enfaticamente a noção de continuidade implícita ao desenvolver das potencialidades do indivíduo.

Capítulo 3

A crise na Biografia

Considerações Introdutórias

O capítulo anterior focou algumas teorias psicológicas que admitem que o homem se movimenta para o desenvolvimento dos seus potenciais e que essa movimentação se faz partindo do contexto de crise, entendendo esta na definição proposta por René Thom.

Neste capítulo, tendo por base a crise no seu sentido lato, discutiremos modelos que integram a crise na sua dinâmica. Começaremos pela psicologia de desenvolvimento, numa perspectiva de ciclo vital que termina com a morte para entendermos as transições de vida como tipo de crises na história da pessoa. Seguidamente discutiremos alguns modelos psicológicos que se debruçam especificamente sobre os aspectos psicológicos na patologia orgânica em geral e depois em particular com a psicologia da morte e do luto. A psicologia da morte e do luto tem sido exploradas por vários autores, tendo na maioria das vezes subjacentes paradigmas teóricos que se enquadram na perspectiva desenvolvimental do ciclo vital dos seres humanos, fechando assim este ciclo.

3.1. Crise versus transição de vida ao longo do ciclo vital da pessoa

3.1.1. Perspectivas de desenvolvimento do ciclo vital.

Faremos, em primeiro lugar, uma análise sucinta das perspectivas desenvolvimentais do ciclo vital pois este paradigma repercute-se nas teorizações sobre a psicologia da morte sendo a morte vista com o fim deste ciclo. Constata-se uma certa semelhança de vivências em geriatria e nos doentes terminais, como se o processo fosse idêntico apenas em tempos diferentes, (idades e períodos).

A vida de cada indivíduo é influenciada quer pelos acontecimentos que caracterizam o período de história que se vive, quer pela idade cronológica ou fase do ciclo vital que o indivíduo atravessa. Os acontecimentos na vida das pessoas dependem também do grupo social, e esta terceira dimensão estabelece a interligação do momento histórico e do ciclo vital dos sujeitos. Destes três momentos (histórico, ciclo vital, social) depende o destino de cada ser humano.

Encontramos na literatura várias abordagens ao desenvolvimento do ciclo vital, (Piaget, Erikson, Sigmund Freud, Anna Freud, Sullivan, Jung, Kolberg, Neugarten, Vaillant, Brim e Kagan entre outros). Se para alguns autores o desenvolvimento humano termina com a entrada na idade adulta, para outros como Jung e Erikson o crescimento do indivíduo não termina no fim da adolescência mas é contínuo até ao fim do ciclo de vida, pois o indivíduo está sempre sujeito a situações de crise- transição que o obrigam a tomar novos rumos, que se repercutem em novas atitudes, comportamentos e estabelecimento de novos relacionamentos. Esta é aliás, uma das

principais constatações apontadas por Schlossberg (1981), no que respeita a Psicologia do Desenvolvimento.

No que se refere aos acontecimentos na vida do indivíduo e às consequências que estes podem ter na vida do sujeito Neugarten, propõe uma classificação das teorias em três grandes grupos (Neugarten, 1977) :

1. baseados nas idiossincrasias individuais.
2. baseados em estádios ou fases de vida
3. baseados na idade cronológica

Como exemplos do primeiro grupo, encontramos a perspectiva de Neugarten (1977) que sustenta que o percurso na vida de cada ser humano, inclui sempre situações imprevisíveis pelo que uma explicação ou predição é impossível em termos de estádios.

Na perspectiva de Neugarten, as mudanças sociais que vão surgindo com o evoluir da História, alteram o ritmo e a idade própria para o acontecimento de determinados eventos. Viveu-se uma época em que os casamentos eram efectuados em muito jovens, o que veio prolongar a dificuldade da manutenção dos casamentos por mais anos que o habitual; por outro lado, a situação da mulher trabalhadora também gerou mudanças no seio do lar, tendo-se registado um aumento de 6 para 40% de mulheres com emprego com idades entre os 14 e os 24 anos de 1890 até 1970 (Neugarten, 1977) . As pessoas mudam com a idade pois há um acumular de experiências não sendo correcto atribuir essas mudanças somente a factores sociais e históricos. A adaptação do sujeito a determinadas tarefas pode não estar só relacionada com as mudanças de personalidade devidas à idade.

No segundo grupo encontramos a perspectiva de Lowenthal que enfatiza os estádios da vida dos indivíduos baseados em acontecimentos importantes, casamentos, nascimento do primeiro filho, primeiro emprego,

primeiro luto etc. Esta autor sustenta que a idade e a variabilidade individual, não são os factores determinantes. O estudo dos indivíduos é baseado no "Life-span developmental approach" definida por Brim e Kagan (1980) como : " an emergent intellectual movement, responsive to the possibility of change, currently trying to select its major premises, to gather new facts, and to conceptualize the developmental span without using chronological ages categories" (citado em Schlossberg, 1981; p 4). Os estádios não são pré-determinados como na teoria de Erikson, nem estão vinculados à idade cronológica.

Daniel Levinson (1977) é um exemplo do terceiro grupo acima mencionado como sendo um dos mais conhecidos teóricos que através de investigação não encontrou diferenças significativas nas idades dos indivíduos que atravessavam determinadas fases do seu ciclo vital, desmentindo, na sua perspectiva, a ideia que cada indivíduo tem o seu ritmo próprio de crescimento (Schlossberg, N., 1981).

O trabalho de Daniel Levinson reflecte uma síntese do trabalho de Erikson, bem como o conceito de individualização e ideias dialéticas de Carl Jung. A dicotomia e bipolarização características da teoria de personalidade de Jung estão patentes nos escritos de Levinson.

Para D.J. Levinson, Darrow, Klein, M.G. Levinson & McKee (1977) o conceito de transição desenvolvimental é muito importante e é definido como: "a turning point or boundary between to periods of greater stability."(D.Levinson et al. 1977; p. 57). Neste contexto, os autores referidos admitem que o desenvolvimento humano adulto alterna entre dois períodos "Structure-Building" de natureza estável e "Structure Changing" que seriam de transição. Esta última ocuparia três quartos do tempo de um período estável, sendo a partir daí que as mudanças ocorreriam. D. Levinson (1979) em Wrightsman (1988) afirma que não estuda a psicologia do

desenvolvimento mas sim a estrutura de vida dos indivíduos encontrando relações entre idade e desenvolvimento dessa estrutura de vida. A Life structure não é permanente e não dura normalmente mais de 7 ou 8 anos, sendo os períodos de transição os indicadores de mudança de uma estrutura para outra. "Life structure" é definida por Daniel Levinson como "a concepção de vida naquele momento temporal" Caracteriza o que é importante para o sujeito naquele momento, do que sente falta e em que investe energia. Como iremos observar o conceito de transição é usado no mesmo sentido que Erikson utiliza crise, como um período de transição caracterizado por uma vulnerabilidade pessoal e capacidade para mudar.

De acordo com D.J. Levinson et al. (1978) em Wrightsman, (1988) existem quatro polaridades no homem de meia idade e uma vez que o objecto de estudo da nossa investigação se situa nessa faixa etária apresentamos seguidamente um esboço dessas dicotomias que, como vimos no capítulo anterior (Rogers, May, Agra, Maslow), também se apresentam integradas neste autor.

1. Ligação- separação que se traduz pela necessidade de relacionamentos próximos e ao mesmo tempo do preservar da individualidade do sujeito.

2. Destruição-criação -reconhecimento da existência de instintos destrutivos, bem como da criatividade na resolução de problemas.

3. Masculino - feminino - repercutem os conceitos de Jung de Anima e Animus

4. Jovem - velho a importância de se sentir jovem para sentir a morte mais longínqua.

A integração seria obtida com o lado jovem fornecendo dinamismo, alegria, curiosidade e o lado velho maturidade, tolerância e sabedoria

3.1.1.1 A perspectiva desenvolvimental de Erik Erikson

Estudando nós a doença e a morte consequente, não é possível desintegrar estes aspectos do próprio ciclo de vida de todos os seres humanos. Como já referimos, abordaremos a perspectiva de Erik Erikson pois na nossa opinião é a que mais contribuições dá ao ver o desenvolvimento humano como uma resolução de crises sucessivas, como o demonstra a sua teoria "Growth and Crisis of the Healthy Personality".

Erikson atribui ao despoletar da crise o papel importante de fazer o indivíduo crescer e ultrapassar cada uma das 8 idades do homem, identificadas. Para este autor, cada idade tem as suas características e a crise que as desencadeia também tem as suas características próprias. "Each stage becomes a *crisis* because incipient growth and awareness in a significant part function goes together with a shift in instinctual energy and yet causes specific vulnerability in that part..." (Erikson, 1980; p. 56) " Each successive step, then, is a potencial crisis because of a radical *change in perspective*". (Erikson, 1980; p. 57).

Um dos aspectos importantes é que Erikson sustenta que um estágio de desenvolvimento que não seja completado com sucesso terá repercussões futuras nas etapas seguintes.

Recordando os estadios psicossociais ou seja as 8 idades do homem:

1. Basic trust vs. basic mistrust- Confiança básica vs. desconfiança

Esta fase abrange normalmente o primeiro ano de vida e é nela que se estabelece a confiança com a mãe ou com a sua substituta.

2. Autonomia vs. Shame , doubt - Autonomia vs. Vergonha e Dúvida

Fase compreendida entre os 2 e 3 anos é caracterizada pela aprendizagem do controlo dos esfíncteres, e conseqüente vergonha na incapacidade de os controlar.

3. Initiative vs. Guilt. - Iniciativa vs. culpa

4 -5 anos conflito com o progenitor do mesmo sexo que pode conduzir a culpa- (semelhança ao complexo de Édipo de Freud, e salienta-se a formação prévia psicanalítica do autor)

4. Industry vs. Inferiority Indústria vs. inferioridade

Neste período compreendido entre os 6 e os 12 anos há a interiorização dos aspectos culturais, e é a fase em que recebem a instrução fundamental. "sense of technological ethos of a culture develops at this time" (Erikson 1985; p. 260)

5. Identity vs. role confusion- Identidade e confusão de papel

Abrange a puberdade entre 13 e 18 anos em que há a adaptação às alterações físicas. Nesta fase surge a identidade sexual e a busca de novos valores.

6. Intimacy vs. isolation - Intimidade e Isolamento

O jovem adulto entre os 19 e os 25 anos experimenta um ou mais relacionamentos íntimos e é nesta fase que normalmente constitui família. como diz Erikson o jovem experimenta "to lose and find oneself in another"

7. Generativity vs. stagnation. Generatividade vs. estagnação

É a fase entre 25 e 40 anos e que normalmente se caracteriza pela educação dos filhos, criatividade empregue para o próprio desenvolvimento



pessoal e na profissão, que quando não atingida satisfatoriamente, provoca a estagnação.

8. Ego integrity vs. despair -Integridade do ego vs. desespero

Integra os estádios prévios. Caracteriza-se pelo medo da morte desespero de ver o tempo escasso para um novo recomeçar.- caracteriza a crise da meia idade, pelas questões: Que fiz eu pela minha vida ? Pela humanidade?

Das 8 idades do homem, é de realçar a extrema importancia das duas últimas. No nosso trabalho de novo evidenciamos que o objecto de estudo se situa sobretudo na faixa etária da Generatividade versus Estagnação, e as características desta etapa relacionam-se com os conceitos de criatividade e desenvolvimento já abordados no capítulo anterior. "... the concept generativity is meant to include such more popular synonyms as productivity and creativity, which, however, cannot replace it." (Erikson, 1985; p. 267)

Por outro lado, as vivências características da Integridade do Ego versus Desespero podem ser semelhantes nos nossos sujeitos não pela idade cronológica mas pelo processo de uma morte antecipada fruto da doença.

Relativamente ao último estágio, criticamos um certo pessimismo por parte do autor, como se de repente todo o processo dinâmico do desenvolvimento do indivíduo ficasse estático, não havendo um crescimento contínuo até à morte mas sim uma fase prévia de estagnação de aguardar o fim do ciclo vital. Uma possível justificação para esta posição, pode dever-se, às alterações que têm ocorrido na humanidade desde a décadas de 50-60, período em que Erikson formulou esta teoria. Por exemplo a longevidade média é actualmente superior, nos últimos anos tem-se constatado uma

reconstrução de casamentos já em fase da vida mais avançada e também das carreiras profissionais através de especializações e reciclagens constantes.

Um dos aspectos importantes da teoria de Erikson é que abrange a vida desde o nascimento à morte, através do ciclo vital. De novo salientamos essa importância vendo o doente com Sida, ou o seropositivo num processo de morte mais próximo do que seria de prever pela idade real.

De formação psicanalítica, Erikson, salienta a importância das fases iniciais da vida ao bom funcionamento posterior das outras fases. Igualmente sustenta que um estágio de desenvolvimento que não seja cumprido com sucesso poderá influenciar negativamente as idades seguintes.

3.1.1.2 A Perspectiva de Carl Jung

Jung, foi discípulo de Freud, tendo tido uma formação psicanalítica. Realçaremos as contribuições de Jung para a psicologia desenvolvimental sobretudo nas grandes repercussões que esta teve nos estudos de teóricos posteriores como Levinson, por exemplo.

Jung, baseou-se no princípio da entropia para descrever a dinâmica da personalidade do ser humano. Como ao longo desta dissertação podemos constatar, vários são os autores de diversas proveniências paradigmáticas que comungam deste conceito (vide cap 2). O objectivo máximo do desenvolvimento psíquico é portanto a realização do self, que será atingido através do equilíbrio ou homeostasia alcançado pela distribuição de energia aos vários sistemas que constituem o psiquismo.

Mas também este autor realça a necessidade de se irem produzindo pequenos desequilíbrios na distribuição de energia porque caso contrário um estado de perfeito equilíbrio faz enfraquecer e parar o sistema. É

interessante notarmos que quanto ao dispêndio de energia Jung atribui-lhe essencialmente duas funções. Uma de manutenção da vida e espécie, (correspondente às necessidades fisiológicas que Maslow propõe); outra dirigida para as actividades culturais e espirituais, e que será o excedente da energia gasta na primeira função, o que significa que segundo a perspectiva deste autor quanto mais satisfeito o indivíduo estiver biologicamente mais energia terá para dispendir nas actividades culturais e espirituais, que segundo ele são as mais elevadas. (Hall & Lindzey, 1973)

A estrutura da Personalidade é formada por vários sistemas, Ego, Inconsciente individual, Inconsciente colectivo e Arquétipos. A Persona, Anima e Animus, e a Sombra são os arquétipos principais. O Ego é o fulcro da personalidade e reúne todas as percepções conscientes. O Inconsciente individual é a coletânea de experiências reprimidas, ignoradas ou insuficientes para serem retidas no consciente do indivíduo. O Inconsciente colectivo reúne os traços principais, as memórias da evolução da humanidade e dos seres vivos, que passaram de geração em geração desde o princípio do Mundo. Este Inconsciente colectivo explicaria por exemplo o medo de calamidades naturais, porque estas teriam sido perpetuados e transmitidos através dos tempos. Incluem ainda outros conceitos básicos como o Anima e Animus, lados feminino no homem e masculino nas mulheres, explicáveis pela convivência do homem com a mulher ao longo de gerações e que permitiu a aquisição de características masculinas na mulher e femininas no homem. A Sombra reuniria os arquétipos do lado animal do homem e do lado demoníaco. A persona é a máscara que o indivíduo usa para desempenhar os papéis que a sociedade lhe atribui.

Jung parte do pressuposto que o homem está sempre a progredir ou a tentar fazê-lo de formas mais elementares de desenvolvimento para formas mais complexas. Não propõe estágios de desenvolvimento como o seu

mestre Freud, mas começa por reconhecer o aparecimento do desenvolvimento sexual por volta dos cinco anos culminando a sua força na adolescência.

Ao entrar na fase adulta o ser humano descobre a sua vocação e normalmente constitui família. Por volta dos trinta anos começam a despontar mais os interesses culturais e uma desvalorização progressiva dos interesses biológicos, que na meia-idade transforma o homem num ser mais espiritual. Caminha-se para um processo de individuação que traduz a tendência da personalidade em se definir numa unidade estável, e que se vai traduzir pela procura da realização do self.

3.2. Conceitos de Crise- Transição e Adaptação

Como já foi explorado no capítulo anterior, a crise é vista como uma quebra da homeostasia em que o indivíduo se encontrava. Esta visão de crise, no entanto, repercute obrigatoriamente para alguns autores, uma situação dramática. Outros teóricos tem-se preocupado com quebras de homeostasia que não repercutam necessariamente as situações dramáticas como acidentes, doenças perdas de emprego etc. Surgiram, assim, outros conceitos mais globalizantes como o de "Transição psicossocial" proposto por Parkes(1971) em Schlossberg (1981), e que inclui a crise no conceito primitivo, mas engloba também a ocorrência de eventos considerados não dramáticos (primeiro emprego, casamento, nascimento de um filho, por exemplo) bem como a ausência de eventos esperados, como a expectativa duma promoção no emprego não alcançada.

A catalogação de eventos em dramáticos ou não dramáticos repercute a noção de "normalidade" encarada como mais comum na sociedade em

que estes são vividos, no entanto sabemos que um casamento considerado "normalmente" evento não dramático pode ser vivido pelo próprio dramaticamente, bem como o falecimento de um parente que normalmente é considerado dramático pode ser vivido como um alívio a uma situação de sofrimento prolongado, sendo vivido como não dramático.

Para Parkes "Transição psicossocial" é portanto mais abrangente pois diz respeito a toda e qualquer alteração na homeostasia que o indivíduo está, incluindo acontecimentos normais esperados na vida de um ser humano em relação. Este conceito aproxima-se da posição de Thom no que respeita a crise pois vai reflectir essencialmente o que esse acontecimento significa na vida desse sujeito "único."

Os termos utilizados "crise" e "transição psicossocial" são ainda interpretados por Weiss(1976) em Schlossberg (1981). Segundo aquele autor a crise é uma situação de duração limitada na qual o indivíduo utiliza todos os seus recursos para a resolver. Se a crise termina em mudança então surge o estado de transição, que é um período de adaptação, caracterizado por alterações pessoais e relacionais. A transição termina numa nova organização e nova identidade ou numa situação em défice. Esta sub-divisão entre crise e transição feita por Weiss na nossa perspectiva apenas delimita a crise ao período de choque inicial de reacção.

Este preâmbulo é importante ao discutirmos outras orientações teóricas que procuram interpretar as consequências das transições, pois o mesmo acontecimento vivido por duas pessoas distintas pode gerar atitudes psicológicas diversificadas. Observamos que na maioria dos casos uma crise vai gerar uma alteração que não significa necessariamente ser pior que a anterior. No entanto, no momento em que surge essa necessidade de mudança, o indivíduo atravessa uma fase de uma certa perturbação psicológica, que quebra o processo de equilíbrio, mas que em contrapartida

poderá conduzi-lo a mudanças mais complexas. Na perspectiva de Parkes, (1971) em (Wrightsmann, 1988), uma transição psicossocial requer o abandono de uma série de pressupostos prévios e o desenvolvimento de novas estratégias que permitam ao indivíduo cooperar com as alterações da sua vida.

Segundo Moos e Tsu, (1976) em Schlossberg (1981; p 61) " a transition may provide both: an opportunity for psychological growth and a danger of psychological deterioration".

3.3. O Modelo de Nancy Schlossberg

O modelo proposto por Schlossberg (1981) procura identificar os factores que procuram explicar a adaptação do indivíduo, às situações de transição de vida, entendendo esta transição na perspectiva de definição de Parkes atrás referida.

É um modelo complexo que engloba 3 factores abrangendo várias variáveis cada, e foi escolhido pela influência que teve no desenrolar do modelo que por nós será proposto como explicativo da adaptação à condição de seropositividade, nos indivíduos afectados.

O primeiro destes factores é definido pelas **características da própria transição.**

Nas características da própria transição é feita uma análise, em primeiro lugar, do tipo de transição, se esta se repercute em ganho ou perda. Aqui encontramos como exemplo de ganho o casamento e de perda um divórcio. Note-se que esta classificação de transição de ganho ou perda não implicam obrigatoriamente numa resposta da mesma categoria pois uma situação de ganho ou perda pode gerar sentimentos positivos ou negativos verificando-se que normalmente qualquer situação se traduz pela presença

de ambos. Como exemplo disso analisemos o nascimento do primeiro filho que sendo à priori uma transição de ganho, reflectindo a alegria de se ser pai ou mãe, pode repercutir também um sentimento de perda de liberdade, de dificuldades de conciliação profissional, da vida a dois como casal etc.

A fonte geradora do estado de transição é outra variável importante, atribuindo-se às transições advindas da orientação interior do sujeito mais facilmente adaptativas que as geradas por acontecimentos exteriores como é o caso da doença. O "timing" que procura definir a altura apropriada para o aparecimento desta transição é enfatizado pela autora, sendo na sua perspectiva mais fácil a adaptação quando essa situação de transição é adequada.

O "timing" é definido numa perspectiva social, e cada indivíduo estipula o relógio social para o acontecimento de determinados eventos. Se o casamento pode ser normalmente esperado na casa dos 20, bem como o primeiro emprego, certamente que a reforma não é esperada antes dos 60. A morte é assim adiada e admitimos que no caso da seropositividade ela vai ser pensada antes da altura prevista.

Ainda na mesma categoria, o facto da transição ser brusca ou lenta também pode influenciar os mecanismos de adaptação, atribuindo-se aos casos de transição brusca um período de choque inicial, para o qual o indivíduo não teve tempo de pensar em estratégias para lidar com a situação.

Por último, encontramos a duração da transição como factor importante na sua adaptação. De acordo com Schlossberg (1981) das 3 situações possíveis: permanente, temporária ou incerta, esta última, representa a maior fonte de sentimentos negativos e de stress. Segundo a autora: "To have an illness whose cause and prognosis is uncertain may be more stressful and unsettling than to know for sure that one has a terminal

disease." (Schlossberg, 1981; p. 9). Este aspecto é extremamente importante pois a seropositividade reproduz em grande escala uma incerteza. Incerteza provocada por ser uma doença nova da qual pouco se sabe; incógnita sobre o tempo que se mantem o estatuto de seropositividade sem passar a doente propriamente dito, incerteza ainda relativamente ao tipo de afecções a que o indivíduo vai estar sujeito, sabendo-se que há formas muito mais dolorosas e traumatizantes da manifestação da doença que outras.

O segundo factor do modelo em discussão reflecte as **características do meio circundante pré- e pós transição.**

Neste factor são exploradas 3 variáveis: suporte dos sistemas interpessoais, suportes institucionais e meio físico. É interessante verificar que no suporte dos sistemas interpessoais não é só analisado o suporte social que se recebe mas sim o suporte social que se pode efectivamente dar, sendo esta dádiva considerada como uma fonte de competências de adaptação. Dimsdale, sustenta que o desejo de ajudar um amigo ou familiar a sobreviver foi um estratégia de coping observada em colegas nos campos de concentração (Dimsdale, 1975, citado em Schlossberg, 1981).

O suporte institucional é toda a forma de suporte social advinda de organizações institucionalizadas. A importância desta sub-divisão feita pela autora só reflecte uma preocupação de sistematização do modelo, incluindo-se nesta as organizações políticas, religiosas ou de grupos de suporte. Recordemos aqui que no caso de Sida e Seropositividade, dado o afastamento muitas vezes de familiares e amigos, o maior suporte social advém daquela mesma fonte.

Por último, a influencia do meio, entendendo este como local de habitação, conforto, facilidades de deslocação, ou até o clima onde a pessoa habita pode ter bastante importância nos mecanismos de adaptação.

Especialmente no contexto de doença física, Moos e Tsu (1977) afirmam: "The physical environment of a hospital, with its unfamiliar sights and sounds and bustle of activity, or of special areas like intensive care units, can further upset patients already trying to deal with a distressing illness." Brammer e Abrego, (1981), (1).

As características individuais constitui o terceiro e último factor presente neste modelo, abrangendo variáveis como competências psicossociais idade, sexo, saúde, estatuto socioeconómico, orientação dos valores (value orientations) e experiência prévia com situações de transição semelhantes. Das variáveis referidas, exploraremos somente a orientação de valores, pois nem todas as variáveis apresentam igual peso na adaptação sendo a referida a que demonstra maior relevância e maior interesse para a presente investigação.

A categoria "Orientação de valores" foi analisada neste modelo, tendo em consideração uma investigação feita por Thurnher em 1975, em que os sujeitos tinham que responder à pergunta " Qual é o seu maior propósito na vida?" Desta investigação resultou uma tipologia que engloba 7 parâmetros essenciais, desde a ambição socioeconómica, expressão interpessoal, aspectos filosóficos e religiosos, a importância do hedonismo, serviços prestados à sociedade, e por último a auto-actualização. A presença de valores relacionada com a adaptação em situações de transição é assim dependente da concretização dos objectivos estabelecidos.

Segundo a nossa perspectiva, a auto-actualização tal como foi definida (no capítulo anterior) é a dimensão que melhor traduz uma forma de adaptação positiva, englobando equilibradamente os restantes parâmetros do factor características pessoais.

3.4 Teorizações Psicológicas Relativamente à Doença, Morte e Luto

3.4.1. Modelos aplicáveis na situação de Doença

Sob este título trataremos de contributos teóricos ao entendimento dos aspectos psicológicos que acompanham a doença física.

3.4.1.1 O Contributo de Balint

As correntes dinâmicas atribuem à energia psíquica, às forças irracionais e às experiências de infância a determinação dos comportamentos actuais. Neste paradigma, aceita-se a explicação intrapsíquica, e admite-se também os mecanismos de defesa do ego para lidar com a ansiedade, e os motivos inconscientes como produtores de comportamentos.

Dentro da linha dinâmica, mas já um pouco distanciada dos princípios freudianos desenvolveu-se recentemente a teoria das relações objectais dentro da qual se situam autores como Melanie Klein e Balint. Nestas teorias já há uma atribuição maior ao campo social havendo um deslocamento da energia inicialmente concentrada só no sistema intrapsíquico, com uma valorização grande do relacionamento estabelecido nos primeiros tempos de vida com a mãe.

Michael Balint dedicou muito da sua obra ao estudo da relação médico doente. Este autor sustenta grande parte da sua teoria em dois conceitos explicativos que são: A Zona da criatividade e o Basic Fault em (Caldas, 1985; p. 326). Este último conceito, surge através do estudo de casos observados por Balint traduzindo um desfazamento (no período inicial

de vida) entre os cuidados prestados pela pessoa que cuida do bebé e as próprias necessidades só em parte reversível na idade adulta. Explica, assim, que a regressão é uma constante em situações de doença física. Para algumas pessoas, a doença oferece-lhes uma boa ocasião de justificarem um estilo de vida próprio que pode implicar ganhos secundários. A regressão é assim representada não só a nível intrapsíquico mas também a nível interpessoal.

A zona da criatividade é um dos conceitos indispensáveis na teoria de Balint pois é através dela que vai tentar solucionar os conflitos neuróticos ou depressivos, procurando a harmonia sentida nos primeiros meses de vida (Caldas, 1985; 325-326).

Balint salienta assim a importância do indivíduo **criar algo do seu interior** que pode ser expresso de várias maneiras: cientificamente, artisticamente, filosoficamente etc.

A criatividade, como diz Balint, surge inevitavelmente do caos, da desordem para se encontrar a ordem - a descoberta que vai transmitir a paz. Balint afirma-nos assim que face à doença 2 situações surgem: organização da doença positiva ou negativa, ou a cura.

3.4.1.2 A teoria de Caplan

Caplan (1980) apresenta uma teoria da crise baseada nas perspectivas teóricas de Erik Erikson e Lindemann podendo no entanto, ser aplicada à doença física.

No seu modelo conceptual para a prevenção primária, ele prevê a existência de dois tipos de factores: ambientais e pessoais. Os factores pessoais podem ainda ser subdividida em três. A primeira que segundo Caplan (1980; p.43) os epidemiologistas chamam "factores do hospedeiro"

que inclui atributos não manipuláveis que fazem parte do destino individual do ser humano como o sexo, a idade, grupo étnico e classe sócio-económica. O segundo grupo de factores inclui "atributos tais como a força geral do ego, a habilidade para a solução de problemas e a capacidade para tolerar a angústia e a frustração, é habitualmente fixo, mas pode ter sido modificado no passado, mediante a alteração da experiência do indivíduo ou dos seus pais." (Caplan, 1980; p.43). Por último os factores cromossômicos que se encontram na fronteira entre os factores do hospedeiro e os factores do segundo grupo.

Assim como Erikson vê no desenvolvimento uma sucessão de crises que farão emergir as idades diferentes do homem com as suas necessidades próprias, para Caplan também o desenvolvimento e crescimento do ser humano necessita de suprimentos contínuos adequados ao seu estágio de desenvolvimento. Esses suprimentos tem que ser doseados pois tanto a escassez como o excesso os tornam prejudiciais.

Três tipos de suprimentos são identificados: a) Suprimentos físicos que englobam alimentação, habitação, estimulação sensorial. b) Suprimentos psico-sociais incluindo o desenvolvimento afectivo-intelectual da pessoa na família, membros significativos e comunidade em suma a satisfação das necessidades interpessoais e, por último; c) Suprimentos socio-culturais da sociedade e cultura em que o indivíduo está inserido. Estes suprimentos influenciam directa e indirectamente os psicossociais, e os físicos e existe uma interrelação dinâmica das três variáveis com o indivíduo.

Constatamos algumas semelhanças entre os suprimentos e as necessidades da pirâmide de Maslow que já foi explorada em profundidade no capítulo anterior

Para Caplan a crise vai influenciar a capacidade do indivíduo na

resolução das situações por ela provocadas, o que pode por um lado significar um amadurecimento maior e evolução ou, por outro lado, uma limitação nas estratégias de "coping". Esta leitura da crise é também implícita ao pensamento de Rogers, May, Maslow e Frankl (c.f. Capítulo 2).

Caplan, segundo (Caldas, 1985) reconhece então que o ser humano vive normalmente em equilíbrio, apesar de poderem surgir pequenas flutuações na homeostasia que o próprio organismo se encarrega de autorregular, através dos mecanismos a que está habituado. Mas como no caso da crise essas perturbações são mais intensas, as reacções normalmente utilizadas não são satisfatórias para reencontrar o equilíbrio, conduzindo a uma maior elevação da tensão. Surge então o empenhamento total do próprio em descobrir novas formas adaptativas que podem ser mais apropriadas ou não para a solução dos problemas. Esta é a fase decisiva na evolução da crise, culminando em ruptura e desorganização caso os mecanismos não sejam adequados às necessidades individuais, e psicossociais da pessoa, ou pelo contrário desencadeando novas formas adaptativas das quais o indivíduo sairá mais integrado.

Na nossa opinião, a resolução positiva da crise deve-se essencialmente à capacidade criadora do sujeito na reformulação e combinação de estratégias prévias, bem como à emergência de outras. Este pressuposto está em sintonia com as conclusões de Agra, May, Maslow e Rogers (c.f. Capítulo 2)

Resumindo as etapas na resolução da crise são as seguintes

1. usar o mesmo repertório de respostas
2. Insucesso e conseqüente elevação de tensão
3. Empenhamento total na resolução dos problemas onde pode aparecer o uso da criatividade
4. Resolução da crise com duas alternativas - satisfatória organizada

ou ruptura e desorganização.

Caplan, no entanto enfatiza os aspectos psicossociais e culturais como muito importantes na sequência das etapas apontadas, destacando a influência dos familiares, amigos e pessoal técnico. Para o autor, as pessoas significativas com as quais o sujeito em crise se relaciona são vitais como forma de suporte, do mesmo modo que o são outras pessoas que representem a satisfação de necessidades de dependência e autoridade (Caplan, 1964 em Caldas, 1985). Essa forma de suporte pode então ajudar o indivíduo a superar com sucesso a crise ou, por outro lado, dificultar a adaptação à nova situação imposta, pois segundo Caplan (1980; p.63) "...em períodos de crise, um indivíduo é ainda mais dependente do que de costume de suas relações pessoais, quer estas aumentem o peso dos seus problemas ou o ajudem ativamente a encontrar uma saída satisfatória para as suas dificuldades".

Alguns factores independentes, podem, no entanto, afectar a resolução da crise como por exemplo os problemas pessoais e as patologias prévias.

Verificamos que Caplan prevê etapas sequenciais para um mesmo sujeito até encontrar a saída da crise, em situações extremas organização - desorganização, não realçando situações intermediárias entre os dois extremos.

Ao analisarmos esta teoria damos conta que essas etapas partem de uma desorganização inicial (com a introdução da crise), e encaminham-se para uma maior organização ou desorganização total.

3.4.1.3 O Modelo de Rudolph Moos

Para Moos (1986) a doença é uma crise. Há três factores que influenciam a reacção inicial do indivíduo à crise; factores pessoais ; factores relativos à crise e; factores sociais e ambientais

1. Factores pessoais e demográficos- Nesta série de factores, Moos salienta que, a idade, o sexo, o grupo étnico a que se pertence, o estatuto socioeconómico, bem como a maturidade emocional, a força do ego, a autoconfiança, e os compromissos filosóficos ou religiosos são factores que ajudam a definir ou interpretar a crise, bem como a resolvê-la. Em suma, estes factores representam as características definidoras do sujeito.

2. Factores relativos à crise. Nesta categoria Moos refere Rees quanto à identificação de 4 tipos de eventos: Biológicos (como a doença e a morte) pessoais ou psicológicos (como casar ou divorciar) Físicos e /ou ambientais (como ter sido vítima de um incêndio) ou Socio-culturais - (como adoptar uma criança), (Moos, 1986; p.21). As características da própria transição feitas por Schlossberg traduzem uma sistematização do que Moos sustenta nessa categoria, razão pela qual não especificaremos mais.

3. Factores sociais e ambientais-As formas de apoio social, podem assim facilitar ou dificultar a tarefa de adaptação às crises. O homem é um ser de relação e como tal será influenciado também pelo meio onde se encontra. A este propósito Moos afirma "The human environment encompasses the relationships of individuals and their families and the support and expectations of the wider community"(Moos, 1986; p. 22).

Os factores descritos vão influenciar a interrelação da percepção

cognitiva correcta da doença, dos mecanismos de adaptação e saída da crise.

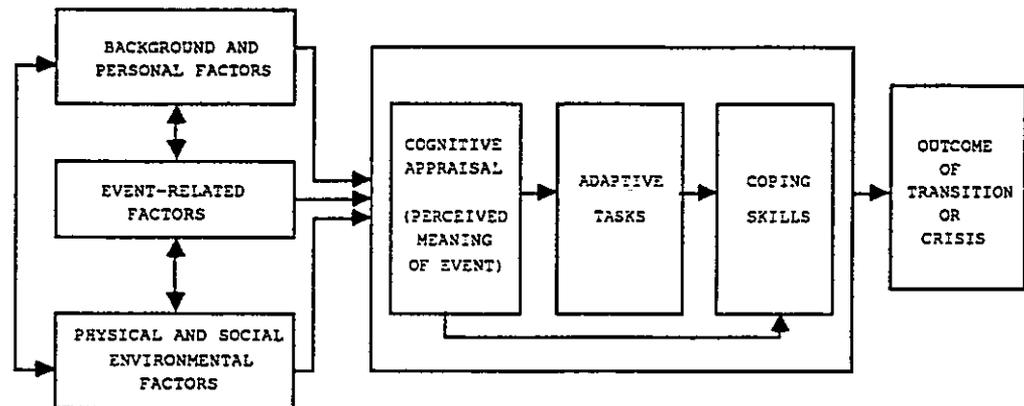
Segundo Moos, até ao momento, a maioria dos estudos efectuados centram-se nas repercussões negativas da crise, havendo poucos estudos que se debrucem sobre eventuais efeitos positivos que a crise possa originar.

Como já foi referido, o aparecimento da crise pode fazer surgir novas alternativas que por seu lado se tornam positivas. Moos, relata o caso de um professor de psicologia que ficou paraplégico e que paradoxalmente afirmou ter sido: "the best thing that ever happened to me." (Moos, 1986; p. 3). O paradoxo desta afirmação foi justificada pelo próprio como o tendo obrigado a encarar a vida com outros olhos mais humanos, a entender uma relação de humildade em que teve que aceitar ajuda, e a partir desse momento em que ele ficou limitado, a entender o verdadeiro significado do amor.

Moos, apresenta portanto uma visão mais optimista da crise, em que reconhece que apesar de acontecimentos bastante dramáticos, se pode ter uma resolução da crise positiva, que significa crescimento para o próprio sujeito e para o meio a que este pertence.

Moos, admite assim, que, depois do período inicial de choque que se segue ao aparecimento da crise no qual há um embotamento emocional que impede o indivíduo de ver claramente a realidade que o cerca, há uma fase seguinte que vai ser um despertar lento para a conscientização dessa realidade e das suas implicações para a vida do indivíduo.

O esquema do modelo de Moos em pormenor:



A conceptual model for understanding life crises and transitions

(Moos R, 1986; p.20)

Este autor enfatiza a existência de 5 tarefas de adaptação à crise que por sua vez pressupõem a existência de competências específicas para serem bem executadas.

As tarefas de adaptação, segundo Moos, são:

1. Compreensão do significado da situação para a pessoa.

Esta tarefa surge depois da resolução do estado de choque e embotamento emocional característica da crise, em que a pessoa vai tentar entender as repercussões e também atribuir um significado aceitável e intelectualmente compreensível da situação.

2. Confronto com a realidade e resposta a requisitos exteriores.

A crise normalmente exige uma resposta pronta às consequências

imediatas. Por exemplo, numa situação de incêndio, é necessário tentar arranjar provisoriamente um lugar para instalar a família, ou ainda providenciar os preparativos para o funeral de alguém que já faleceu.

3. Manutenção do relacionamento com familiares e amigos que podem ajudar a ultrapassar a crise.

Esta tarefa é muitas vezes difícil de ser alcançada, porque as pessoas em crise tem frequentemente tendência a fechar os relacionamentos existentes e a não permitirem a interferência de outras pessoas qualificadas para dar ajuda. Existem crises que pela sua natureza favorecem um descredito na confiança das relações humanas (como é o caso de divórcio). Outras em que a melhor ajuda poderia ser dada por instituições especializadas em lidar com o mesmo tipo de situações, como por exemplo, os técnicos de saúde em situações de doença física.

É de realçar que, dependendo do tipo de crise, os familiares muito chegados e amigos próximos podem ter dificuldade em colaborar porque eles próprios se encontram em situação de crise(Moos,1986; p. 22).

4. Manutenção de um certo equilíbrio emocional por ser capaz de lidar com os sentimentos de inadequação provocados pela crise.

Para Moos, a manutenção do equilíbrio é praticamente atribuída à esperança que se pode alimentar mesmo em situações muito limitadas. O autor exemplifica que os prisioneiros de guerra sobrevivem com mais facilidade se tem esperança de fugir ou de serem libertados.

Em caso de doenças graves como a Sida a esperança da descoberta de uma cura ou de medicamentos mais poderosos pode ajudar a manter o equilíbrio emocional da pessoa que é muitas vezes perdido com sentimentos de culpa ou de revolta.

5. Preservar uma auto-imagem satisfatória e sentimento de competência e de domínio sobre a situação.

Esta tarefa traduz a auto-confiança sentida de ser capaz de dominar a situação de crise. Provoca normalmente uma mudança de valores e de comportamentos que surgem em decorrência da crise, a que Moos chama "Identity crisis". Relata também a necessidade de ajudar outros a ultrapassar crises semelhantes, como as vítimas de violação que se oferecem como voluntários/as para centros de atendimento a outras pessoas violadas.

Relativamente às competências "Coping Skills" para lidar com a situação Moos, sub-divide-a em três categorias: "Appraisal-focused coping", "Problem-focused coping", "Emotion-focused coping," cada uma delas englobando várias estratégias.

1. Appraisal-focused coping (qual o significado da crise?)

1.1 Logical analysis and mental preparation (análise lógica e mentalização)

1.2 Cognitive redefinition- (Redefinição cognitiva)

1.3 Cognitive avoidance or denial. (negação ou evitação)

A primeira destas categorias, procura compreender e encontrar um significado para a crise. Inclui 3 etapas, em que na primeira procura fazer uma análise lógica da situação, incluindo uma preparação mental. Por outras palavras, subdivide-se a crise em pequenas parcelas com que se possa lidar em vez de enfrentar a situação na sua globalidade. Este processo vai permitindo também uma preparação mental para as parcelas subsequentes para as quais o indivíduo se vai orientando.

A redefinição cognitiva é a segunda das etapas, em que se vai procurar encontrar alguma consequência positiva, quando mais não seja

pensar que podia ainda ter sido pior.

Na terceira, negação ou evitação, são considerados os mecanismos de defesa para reduzir o stress. Tem contudo o benefício do tempo ganho pela pessoa, em equilíbrio, para que se prepare para enfrentar a crise completamente. Há um "timing" necessário para se alcançar o verdadeiro entendimento do significado da crise, negando o acontecimento ou evitando-o preenche-se muitas vezes esse "timing".

2. Problem-focused coping (quais as consequências, o que fazer?)

2.1 seeking information and support (procura de informação e suporte).

2.2 Taking problem-solving action (tentar resolver os problemas).

2.3 identifying alternative rewards (identificar alternativas que sejam compensadoras).

As competências centradas no problema, analisam as consequências e procuram encontrar soluções possíveis.

Uma dessas competências é procurar de informação e suporte. A Informação relevante para o tipo de crise, pode ser assim encontrada junto de profissionais ou através de leitura de bibliografia sobre o assunto. Este tipo de competências é muitas vezes usado em combinação com a primeira categoria de análise lógica, pela subdivisão parcelar dos problemas. Uma outra competência é através do suporte social de familiares, amigos ou pessoal especializado, "Persons who keep their feelings "bottled up" or withdraw from social interaction cut themselves off from help of this type" (Moos, 1986; p. 16) Há, no entanto, um equilíbrio necessário a estabelecer entre o conforto advindo desse suporte e capacidade de resolução dos problemas; por si só. Suporte deve ser mesmo suporte e não uma alternativa à solução pessoal dos problemas.

A segunda competência tenta resolver os problemas, há um empenhamento de acção voltada para o reorganizar, ou o reconstruir da perda sofrida pela crise.

A terceira competência procura identificar alternativas compensadoras, não sendo dirigidas directamente para a crise, mas para actividades necessárias consequentes. A mulher que perde o marido e que tem necessidade de procurar um emprego para a subsistência da família, descobre assim uma outra forma de realização. Outra forma, já várias vezes mencionada neste trabalho, é o prazer de ajudar outras pessoas atravessando crises idênticas.

3. Emotion-focused coping (manutenção do equilíbrio emocional)

3.1 Affective regulation (controle emocional)

3.2 Emotional discharge (descarga emocional)

3.3 Resigned acceptance (aceitação e resignação)

As últimas competências prendem-se com a gestão do equilíbrio emocional e a manutenção de esperança.

O controle emocional manifesta-se quando as pessoas mantem a calma face a eventos catastróficos, como através de um processo de dessensibilização sistemática em que se vão expondo gradualmente e lidando com pequenas partes dos problemas.

A descarga emocional é outra alternativa que comportamentalmente se pode manifestar por chorar, manifestar a sua revolta contra a indivíduos que tentam ser prestáveis, fumar ou beber em demasia etc. A descarga emocional normalmente oscila com o controle emocional.

Por último, a aceitação e resignação, quando se aceitam os factos como imutáveis, como frutos de um destino, não significando no entanto, que

não se envolvam em actividades para solucionar os problemas.

As competências relatadas, são as que Moos encontrou mais frequentemente. Salientamos ainda que não são usadas exclusivamente ou independentemente havendo quase sempre uma associação de várias.

Neste modelo, as capacidades individuais são muito importantes, bem como as várias formas de Suporte.

3.4.2. Psicologia da Morte e do luto

O problema da doença Sida, obriga-nos a analisar as características psicológicas do processo da morte e luto, porque a Sida é vista por muitos autores como uma doença semelhante a outras doenças fatais como o cancro (Dilley et al., 1985; Faulstich, 1987; Frierson, 1987; Gameiro, 1988; Kubler-Ross, 1989; Miller, & Green 1985; Nichols, 1985).

Morte e luto são duas situações diferentes porém interligadas, no seu processo natural. Tem-se observado que o processo de morrer e o processo de ver morrer um ente querido são muito semelhantes. O Luto e Morte são portanto muitas vezes analisados simultanea e comparativamente pelos seus autores. Começaremos pela *perspectiva do morrer*, ou seja a *psicologia do doente terminal* entendendo este como "todo o ser humano portador de doença grave, seja ela qual for, que terá um período de vida encurtado, fruto dessa doença, encontrando-se numa fase em que não se prevê de modo algum uma recuperação". Salientamos ainda que há autores apologistas da mesma vivência das fases para ambos doente terminal e familiares e que a única diferença residiria, na perspectiva de Milheiro, (1988) em que os familiares encontrariam como fase final o luto em vez da morte. O luto só terminaria quando o morto pode ser encarado como era com todo o realismo

e quando se consegue recordar as virtudes e os defeitos desse ente querido sem culpabilidade (Milheiro, 1988).

Há vários estudos que analisam as consequências biopsicológicas da vivência do luto de um ente querido. A perda de uma pessoa amada está relacionada com aumento de depressão, doença física e até uma maior vulnerabilidade à morte, (Stroebe & Stroebe , 1983) citados por Wrightsman (1988) e (Bartrop et al. 1977 em Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Este tipo de constatações tem sido explicado através de três teorias: Role Theory, Stress Theory e Interpersonal Protection Theory, (Wrightsman,1988) estando estas duas últimas relacionadas com os conceitos sobre imunologia já discutidos no primeiro capítulo.

3.4.2.1 A Psicologia do Doente Terminal

O processo de morrer tem sido investigado por vários autores, sendo Elizabeth Kubler-Ross uma das pessoas que mais se debruçou sobre esta temática. O seu trabalho de investigação não foi orientado através de análises estatísticas mas sim através de entrevistas a centenas de pacientes em estado terminal, citando vários exemplos, das suas observações, sendo por isso bastante contestada como teoria científica em textos por Kastembaum (Schaie & Geiwitz, 1982). Contrariamente ao que afirma Kastembaum, na nossa opinião o trabalho de Kubler-Ross é de extrema importância pois procura instigar a mudança que se faz sentir hoje em dia no campo das ciências humanas e sociais com abordagens que privilegiam os métodos qualitativos sobre os quantitativos, dando uma visão mais aprofundada dos verdadeiros sentimentos e vivências dos indivíduos estudados. A autora privilegia desta forma o estudo de casos excepcionais

desmistificando por vezes o dramatismo de situações que se afiguram como meramente transições de perda, e aceita cada indivíduo como ser único reforçando uma posição humanista, o que aliás facilita concomitantemente a possibilidade de intervenção psicológica.

Kubler-Ross, identificou 5 estádios que antecedem a morte como presentes na maioria das pessoas por ela entrevistada. Ela própria no entanto enfatizou que nem todas as pessoas atravessam esses 5 estádios, que podem ser vivenciados 2 ou 3 estádios concomitantemente e que nem sempre a ordem das fases é a ordem sequencial que ela sustenta.

Cada um dos estágios caracteriza uma atitude que o paciente assume. O primeiro é **Negação**. Nesta fase, o indivíduo não reconhece a sua terminalidade e continua a afirmar para si próprio que esse facto não é verdade, que está bem, desprezando alguns dos sintomas que eventualmente apresenta, sendo esta atitude muitas vezes, também reforçada por familiares e amigos que assumem e vivenciam a mesma atitude. A morte é um tabu, evita-se falar sobre ela.

Revolta, é o segundo destes estádios. A revolta surge contra tudo e contra todos. Há uma angústia muito grande, intensamente vivida, em que o indivíduo se pergunta porque foi ele atingido e não outra pessoa. Surgem dificuldades de cooperação com o pessoal médico e com a família. Esta fase pode, no entanto, ser impulsionadora a uma luta contra a morte e como afirma Peterson "Anger can be a valuable experience a way of integrating death with one's life" (Peterson, 1980) em (Schaie & Geiwitz, 1982; p. 422).

Contracto Mágico ou Negociação, tradução adoptada por Milheiro, (1988), para o termo inglês "Bargaining". São os pactos de crença entre os vários deuses de diversos credos, ou o diabo. Os pacientes expressam o desejo de viver até que o filho se case... até ao próximo aniversário... etc.

É interessante salientar que relativamente à morte de doentes terminais, certas pesquisas observam um aumento na taxa de mortalidade após aniversários como se os doentes fossem capazes de fazer um esforço de sobreviver até essa data. (Philips 1973; Philips & Feldman, 1973) em (Schaie & Geiwitz, 1982).

Depressão é o estágio que normalmente se segue. Aqui a morte é percebida como inevitável, surge uma certa apatia, sendo a fase mais provável para a ocorrência de suicídios quando todos os mecanismos de defesa são desmoronados.

Aceitação é o estágio final nesta perspectiva de Kubler-Ross. Não pode ser visto como um estágio alegre mas também não é um estágio triste, é uma necessidade de morrer fisiologicamente quando psicologicamente todo o processo já foi vivido e não há mais resistências à morte.

O estadiamento de Kubler-Ross face à perspectiva de morte tem sido confirmado por muitos (Milheiro, 1988; Nichols, 1985) e contestado por outros, (Schneidman, 1974) em (Schaie & Geiwitz, 1982).

A única atitude que aparece consistentemente referida na literatura, para estes doentes, é a depressão segundo Schultz e Alderman, (1974) em (Schaie & Geiwitz, 1982).

Edwin Shneidman, é outro nome de destaque na tanatologia. Este autor adoptando outra abordagem metodológica, encontrou nos pacientes investigados, não uma sucessão de fases mas uma alternância entre as duas fases propostas por Kubler-Ross, negação e aceitação. Os indivíduos oscilariam entre esses dois extremos sendo a conscientização do morrer advinda do equilíbrio dessas duas dimensões, em proporções diferentes (Schaie & Geiwitz, 1982).

3.4.2.2 A Psicologia do Luto

A psicologia do luto vai-se ocupar principalmente dos problemas psicológicos sofridos por os familiares de uma pessoa em estado terminal, no entanto os termos ingleses "Bereavment", e "Grief"; são por vezes extensíveis não só ao caso de morte, mas ao sentimento de perda, donde a quebra de um relacionamento afectivo, a perda de saúde, são exemplos que poderiam ser incluídos no seu sentido lato.

A teoria da vinculação de John Bowlby está intimamente relacionada com a noção de perda. Para Bowlby há uma necessidade de segurança sentida quando se estabelecem laços afectivos e esta necessidade pode ser comparada com o conceito de Trust proposto por Erikson ou com a necessidade de segurança proposto por Maslow. O Luto ou seja Grief é a perda desse sentimento de ligação, é a falta de segurança sofrida. Este tipo de observações tem sido constatadas na vida dos seres humanos mas também na vida de animais (Worden, 1983). Existe uma reacção inicial que parece de natureza instintiva que se repercute em agressividade e que depois, nos seres humanos, adquire expressões psicológicas mais elaboradas.

O psiquiatra George Engel (1961) em (Worden, 1983) compara (psicologicamente) um processo de luto de uma pessoa querida, a uma doença física que exija recuperação como traumatismos físicos graves. Para este autor o indivíduo passa de um estado de bem-estar físico-psicológico para um de "doença" que exige um timing para o restabelecimento da cura com a possibilidade eventual da permanência de sequelas.

Engel propõe assim quatro tarefas para que o luto seja ultrapassado e ao fazê-lo salienta que nem todas as pessoas cumprirão essas tarefas assim como no processo analógico de cura em situação de doença nem todas as

peessoas recuperam completamente. Há semelhanças neste processo de luto com a psicologia do desenvolvimento em que a passagem para fases ou etapas posteriores mais evoluídas exigem a realização prévia de outras tarefas. No entanto o autor salienta que não existe uma ordem pre-determinada rígida, mas apenas uma ordem sequencial lógica.

Uma das tarefas iniciais seria sofrer a negação dessa dor e ultrapassar a negação, enfrentando a realidade. A segunda etapa seria experimentar a dor da perda, senti-la, vivê-la, não a negando, pois só assim poderá ser ultrapassada, caso contrário permanece como um problema não resolvido. A terceira tarefa seria a adaptação ao meio sem a presença da pessoa querida. Esta tarefa quando completada com sucesso pode reverter em benefícios pessoais para o sobrevivente, pela descoberta de capacidades que nunca tinham sido utilizadas. Por último a quarta fase termina quando a pessoa é capaz de investir a energia que tinha no objecto perdido em outro novo objecto e na sua vida.

Erich Lindemann (1944), em (Worden, 1983) foi uma das primeiras pessoas que se debruçou sobre o estudo das reacções ao luto. Trabalhando com os familiares de 500 pessoas mortas num incêndio observou enquanto as acompanhava, uma série de reacções mais comuns na maioria das pessoas. Há uma tentativa de distinguir o luto normal do luto patológico pois o primeiro não apresenta complicações de outras patologias associadas. O seu estudo sendo um dos pioneiros apresentou algumas falhas como a falta de registo de tempo entre as entrevistas aos familiares e a morte das suas vítimas, bem como a duração ou frequência das entrevistas. No entanto, a maioria das suas conclusões continua a ser suportada pelas investigações posteriores. Segundo Lindemann as características do luto normal são essencialmente cinco: perturbações físicas de vários tipos, preocupação com a imagem da pessoa falecida, sentimento de culpa associado à pessoa ou

circunstancias da morte, reacções de hostilidade, e inabilidade para funcionar como antes da perda (Worden, 1983).

O processo de luto apresenta segundo outros autores outras manifestações que se podem confundir nomeadamente com a depressão. Se a depressão pode ocorrer seguidamente à perda é um facto, mas distinguir onde termina o luto normal que inclui um estado depressivo e onde começa uma depressão propriamente dita é talvez mais evidenciada pela perda de auto-estima, que caracteriza esta última.

O processo de luto, no seu sentido restrito (perda de uma pessoa querida) é também influenciado por vários determinantes segundo Parkes (Worden, 1983).

São seis as categorias que parecem ser as mais evidentes onde se podem englobar várias situações mais específicas.

1. Quem era a pessoa que faleceu? Nesta categoria avalia-se se se tratava de uma pessoa idosa por exemplo um avó ou se pelo contrário um pai ou um irmão ou um esposo. Como podemos deduzir, teremos alguns indicadores mas não suficientes para prever as reacções ao luto por essa pessoa, porque o parentesco pode traduzir pouco face ao envolvimento emocional das pessoas implicadas.

2. A segunda categoria procura avaliar exactamente o tipo de ligação afectiva existente entre essas pessoas e se haveria ou não ambivalência de sentimentos (recordamos aqui que no caso da Sida pode não haver parentesco directo e haver ligação muito forte como parceiros homossexuais, ou ambivalência da família devido ao facto de poder ter sido toxicodependentes ou homossexuais).

Por outro lado a implicação da perda afectiva sofrida, na necessidade

de segurança do indivíduo. A pessoa falecida podia ser muito querida afectivamente e além disso ser um marco de segurança na vida da pessoa. Suponhamos os pais que morrem deixando os filhos em tenra idade é uma situação dramática afectivamente e que pode ser agravada por dificuldades económicas, ou pela incerteza de quem serão os tutores como consequência do seu falecimento.

3. A maneira de morrer é outro aspecto importante para levar em consideração. Se a morte foi por doença prolongada, se foi súbita ou de acidente, ou ainda por suicídio ou homicídio, induzirá o indivíduo a expressões diferentes do seu luto.

4. Antecedentes de problemas psicológicos, principalmente de depressão é um mau indicador para o processo natural de luto. A maneira como tem atravessado as crises prévias do seu ciclo vital ajudam a entender e predizer o comportamento presente face a uma situação mais catastrófica.

5. As variantes da personalidade de cada um são também factores que entram em jogo nas reacções a ter quando numa situação de luto.

6. Por último as variantes sociais são também importantes neste contexto o background social e religioso e étnico tem as suas implicações na aceitação e manifestações do luto. As diversas religiões e suas crenças podem também facultar ou dificultar o período de luto.

Parkes sofreu influencia da teoria de Bowlby, e também ele sustenta que é imprescindível sofrer a dor da perda para poder ser ultrapassada, caso contrário só há prolongamento do luto.

Spikes e C. M. Parkes oferecem duas perspectivas de fases propostas

para as situações de luto.

Spikes (1980) em (Schaie & Geiwitz, 1982) menciona 3 estádios encontrados para a fase de luto : A primeira abrange a negação e revolta. A segunda inclui a depressão e a terceira a aceitação e reajustamento.

Estes estádios correspondem aos especificados anteriormente por Kubler-Ross, donde não procederemos à sua caracterização.

Sobre a mesma problemática os estádios de Parks(1975) em (Goldmeier, 1987) podem ser sumarizados em: alarme, conscientização (desde a negação à aceitação), revolta e culpa, busca de saúde, identificação com a perda, sentimento de perda, luto patológico, aceitação e resignação. Não exploraremos aqui estes estádios pois eles serão analisados especificamente para a Sida, no capítulo seguinte numa análise feita por Goldmeier (1987).

Concluindo, a Psicologia do Luto apresenta características semelhantes ao doente terminal encontrando-se essencialmente três dimensões essenciais em todas as teorias: **negação, depressão aceitação.**

A introdução neste capítulo de algumas considerações sobre a psicologia do doente terminal e a psicologia do luto é de extrema importancia na problemática da seropositividade. Encontramos na literatura sobre a Sida, referencias sobre a vivência de luto antecedentes ou concomitantes à vivência das fases do doente terminal nos portadores de HIV. Porquê ?

Em primeiro lugar a introdução da seropositividade não significa doença, mas significa introdução de uma transição de vida que repercute o sentimento de perda em vários domínios. Essa sensação de perda, vai-se sentir a nível profissional e social bem como afectivamente devido ao facto do vírus ser contagioso. Mas não bastante, a sensação de perda, pode

inclusive ser estendida a luto real, com o falecimento de parceiros ou companheiros destes indivíduos. Recordemos a transmissão mais frequente da Sida: sexual e contaminação sanguínea, o que nos dá uma visão de sentimento de pertença a grupos: homossexuais, toxicodependentes e também hemofílicos, havendo nestes grupos uma maior probabilidade de perda de amigos pela mesma enfermidade já em fase mais adiantada, dificultando ainda mais todo o processo de adaptação.

Por último, mesmo que o luto real não seja vivido, é de esperar a vivência de fases de luto por perda do anterior estado de seronegatividade para seropositividade, bem como vivências de sentimentos e atitudes que caracterizam uma doença terminal com o instalar da sintomatologia da Sida.

Considerações finais:

Neste capítulo, abordamos algumas perspectivas teóricas desenvolvimentais, que contribuem necessariamente de alguma forma ao entendimento das vivências dos indivíduos atravessando crises para o seu amadurecimento. As perspectivas teóricas de morte e luto procuraram dar uma visão complementar da problemática em situação de perda ou de doença terminal concluindo a crise na biografia.

O conceito de crise proposto por René Thom foi englobado neste capítulo no conceito de transição de vida segundo Parkes, conceito este mais abrangente a todo o tipo de descontinuidades na homeostasia do indivíduo, tendo sempre presente o significado individual que essa transição acarreta para o indivíduo.

Partindo dessa reformulação do conceito de crise analisaram-se

alguns modelos que interpretam a adaptação humana às transições de vida do sujeito.

Todos estes teóricos atribuem ao meio, (entendendo este como fazendo parte de todo e qualquer apoio social), um papel maior na resolução das crises, que a maioria dos teóricos referidos no capítulo anterior.

Os modelos psicodinâmicos enfatizaram os conflitos intrapsíquicos, e as defesas do ego. Recentemente mais explorado foi o relacionamento nos primeiros meses de vida com influência decisiva na resolução de crises provocadas pela introdução da doença, como aponta Balint.

Nancy Schlossberg, por exemplo, explicou a adaptação dos seres humanos à transição através de três características: as características próprias da transição, as características do meio pré e pós transição e as características individuais. Caplan, que propôs o doseamento de três suprimentos na resolução das crises, atribuiu a dois desses suprimentos a importância do suporte social. Esses suprimentos são os psicossociais e os socioculturais. Moos entre os três factores principais que estabeleceu para a saída de crise também ressaltou os factores socioculturais como sendo um deles. Salienta ainda as formas de suporte dos familiares, amigos e profissionais que podem ajudar a solucionar a crise, no entanto, enfatiza as características individuais como principais atribuindo ao Suporte Social, unicamente uma estrutura de apoio ao indivíduo.

No capítulo anterior encontramos a emergência da auto-actualização como indicador de saúde, ou mesmo sinónimo. Esse conceito muito abrangente também inclui indirectamente o suporte social que a pessoa apresenta, tanto o que recebe, como o que dá, traduzindo uma adaptação ao meio em que está inserida. No entanto, foi ao longo deste capítulo que o suporte social, assumiu um estatuto de maior destaque.

Admitimos que as reacções da pessoa a transições de vida vão

depender essencialmente da capacidade de auto-actualização, mas que vários graus de adaptação podem ser determinados tendo em conta a interrelação das duas variáveis (Auto-actualização e Suporte Social). Essa interrelação dá assim origem a outro conceito que é o de auto-organização proposto por Agra, baseado em Prigogine e é através deste conceito que estabeleceremos o nosso modelo explicativo da doença no capítulo seguinte.

Nota de fim de capítulo

(1) Sobre doentes terminais e influência do meio hospitalar ver Guerra, M.P. (1991a)

Capítulo 4

As Interrelações da Teoria com a análise dos problemas específicos na Sida

Considerações introdutórias

Ao longo deste trabalho de investigação discutiram-se os aspectos biopsicossociais específicos à Sida, (c.f. capítulo 1) bem como foi feita uma revisão das teorias psicológicas que ajudam a interpretar o problema da introdução de uma crise, seja ela provocada por fases de desenvolvimento e maturação do homem, ou por situações inevitáveis envolvendo mudanças bruscas na rotina do dia a dia do indivíduo, como desastres, doença ou perdas afectivas, sociais e económicas marcantes. (c.f. capítulos 2 e 3).

Neste capítulo sub-dividido em 3 momentos, procura-se, em primeiro lugar, sistematizar e ordenar as atitudes encontradas na Sida, em segundo lugar associar a importância de todos os aspectos teóricos à situação de crise nos indivíduos seropositivos (ou já com manifestações da doença Sida,) realçando o modelo de Schlossberg., e o de Goldmeier para, num terceiro momento, fundamentar e explicar o modelo por nós proposto, como explicativo da adaptação do ser humano à condição de seropositivo.

4.1. As atitudes encontradas no Seropositivo

4.1.1 Atitudes face à informação da seropositividade

Na maioria dos estudos sobre a Sida, não encontramos discriminação entre as reacções psicológicas sofridas por indivíduos seropositivos já com manifestações clínicas da doença, com ARCs ou seropositivos assintomáticos, embora, como já foi referido, essas 3 situações são diferentes do ponto de vista médico(c.f.capítulo 1) repercutindo-se também a nível psicológico.

Abordaremos indiferentemente essas reacções psicológicas apresentadas, pela frequência com que vários autores as apontam, mas procuraremos discriminá-las sempre que haja referências, tendo o cuidado de as integrar num contexto temporal que parece estar presente em qualquer situação de crise.

Para que possa haver uma reacção a qualquer tipo de crise é necessário que esta possa em primeiro lugar, ser compreendida no verdadeiro significado de ameaça à sua existência como nos diz René Thom (c.f.capítulo 2) ou Moos (c.f.capítulo3).

Perante qualquer situação inesperada, o estado de choque associado à negação é muito comum. Indiscutivelmente, encontramos como linha de partida essas duas atitudes que podem, no entanto, manifestar-se por problemas emocionais e comportamentos muito diversos (Blaney & Piccola, 1987; Davis, 1991; Goldmeier, 1987; Miller, 1988a, 1988b; Nichols 1985; Whiteford & Csernansky, 1986).

Quanto à expressão emocional decorrente do estado de choque, Miller, (1988a,1988b) salienta a preponderância da confusão de ideias, onde o desespero, a raiva contra o pessoal médico e pessoas afectivamente

próximas, o medo da dor, e da morte, são as manifestações mais comuns dessa labilidade. No que respeita aos comportamentos, os mais comuns são os episódios de choro, o distanciamento das pessoas amigas e afectivamente ligadas, a raiva e irritabilidade, quer verbal quer física, dirigida a qualquer pessoa. A negação é normalmente o primeiro mecanismo de "coping" a aparecer: ("isto não é verdade, enganaram-se, não é possível estar a suceder-me,") etc. e repercute-se comportamentalmente por um ignorar de conselhos médicos, e manutenção do estilo de vida, (Miller, 1988a, 1988b). Há ainda a referenciar casos de pacientes com Sida que ao invés de manifestarem o mecanismo de negação, referem um alívio em saber finalmente a causa do estado de saúde debilitante que os afligia há algum tempo sem causa aparente, mas que logo a seguir aparecem com síndromes de ansiedade ou depressão (Miller, 1988a, 1988b; Whiteford & Csernansky, 1986).

Mas o que acontece depois do choque inicial? Depois dessa reacção, que é comum a qualquer situação dramática e inesperada de vida, é que podemos começar a observar de uma forma mais estruturada, os problemas psicológicos decorrentes, reforçados pelo conhecimento de uma informação e conscientização do que representa o seu estado de seropositivo.

Como reacções ao diagnóstico da seropositividade ou Sida, encontramos unanimemente manifestações de ansiedade, depressão e pensamentos suicidas. (Alleaume, 1988; Beckett & Shenson 1993; Blaney & Piccola, 1987; Cohen & Weisman, 1986; Dilley et al. 1985; Faulstich, 1987; Goldmeier, 1987; Holland & Tross, 1985; Miller, 1988a, 1988b; Tross & Hirsch, 1988; Whiteford & Csernansky 1986).

As manifestações de ansiedade, depressão e ideação suicida são assim interpretadas, exploradas e exemplificadas, na literatura enfatizando factores diferentes, apesar dum reconhecimento da supremacia da sua

interligação entre eles e destes com a introdução externa da crise - saber da seropositividade. Embora não se encontre unanimemente uma categorização dos factores que interagem na adaptação psicológica que estes doentes manifestam, 3 factores são identificados como essenciais: Factores médicos ou orgânicos, factores psicológicos, factores socioculturais (Blaney & Piccola, 1987; Holland & Tross, 1985; Whiteford & Csernansky, 1986).

Os Factores Psicológicos, são os que, na sua essência, advêm da personalidade do indivíduo, e dos mecanismos de competências que possui. A personalidade pré-mórbida tem aqui um papel importante, bem como a presença prévia de perturbações psicológicas.

Os Factores socioculturais reflectem o meio em que o indivíduo vive. O tipo de estatuto social, económico e cultural que essa pessoa tem, os familiares, amigos e conhecidos que lhe fornecem ou não suporte, a eficácia do acolhimento médico ou terapêutico, e a integração ou não em grupos de suporte. Resumindo traduzem o suporte social de que o indivíduo dispõe.

Por último os Factores médicos ou orgânicos, incluem a presença ou não de sintomatologia, e formas de manifestação da doença havendo segundo vários autores, formas mais debilitantes e traumáticas que outras. Estes factores podem ainda envolver afecções do Sistema Nervoso Central ou outras formas de manifestações neurológicas. Estes factores são mais evidentes com a evolução da enfermidade.

Contudo, à excepção de Miller (1988b), Kubler Ross, (1989) Tiblier, Walker e Rolland (1989), Goldmeier (1987) Costa et al. (1989) e Vila-Real (1992) poucos autores apontam para outras manifestações psicológicas que revelem um novo reorganizar do indivíduo com reacções positivas.

No âmbito dos factores psicológicos ou seja, de ordem pessoal, a premorbididade do ajustamento psicológico e existência de patologias psiquiátricas prévias, são responsáveis por uma reacção psicológica mais

negativa (Fauchère, 1992; Goldmeier, 1987; Holand & Tross, 1985; Whiteford & Csernansky 1986)

Como exemplo desse pior ajustamento psicológico, provocado por distúrbios emocionais prévios, Blaney e Piccola (1987) referem pacientes que continuam um relacionamento sexual sem precauções, bem como a utilização de drogas, em atitudes de negação e raiva. Alleaume (1988) também refere que as reacções psicológicas à informação do estado de seropositividade advêm essencialmente de características de personalidade.

Nos factores socioculturais ou de suporte social, a ausência de apoios afectivos e sociais, discriminação sofrida por poder ser homossexual ou toxicod dependente, são também mencionados por vários autores. Para Cohen e Weisman (1986, p. 245) "Many persons with Aids have been given overt and covert messages by employers, families and communities that they are unwanted" Do mesmo modo Ostrow et al. salientam "Absence of somebody to talk to" also correlates with high levels of anxiety, depression or lassitude."(Ostrow et al. 1986) em (Goldmeier 1987; p.232).

A presença de Suporte Social nas pessoas seropositivas é de extrema importância. Segundo Kurdek e Sieski (1990), a sua investigação é coincidente com os estudos efectuados por Wolcott et al. (1986), Namir, Fawzy e Gottlib, (1987) e Zich e Temoshok, (1987) em pessoas com Sida, que evidenciam uma associação entre o bem-estar psicológico e um suporte social satisfatório.

Nos factores orgânicos, o tipo de manifestação de Sida e conseqüente qualidade de vida dos indivíduos contaminados pode, na perspectiva de Blaney e Piccola (1987), ser predictivo no tipo de ajustamento psicológico. Nestes factores orgânicos encontramos o tipo de patologias manifestadas, (pois a Sida apresenta-se por inúmeros sintomas e quadros clínicos, sendo uns mais graves e debilitantes que outros) e a manifestação

ou não de sintomatologia neurológica e psiquiátrica unicamente dependente da penetração do vírus no Sistema Nervoso ou tecido cerebral (e.g., abscessos cerebrais, toxoplasmose (Farthing et al. 1988) etc. referenciados no cap I.

4.1.2 Tipos de atitudes:

Conforme os tipos de atitudes referidas, na literatura classificamos as mesmas em: indiferentes, negativas e positivas, as quais procuraremos analisar seguidamente.

As atitudes de indiferença, repercutem um mecanismo de negação prolongado, que se pode manter nos seropositivos assintomáticos por algum tempo e são referidas por alguns autores (e.g. Abrams et al. 1986; Blaney & Piccola 1987). Estas traduzem-se, de um modo geral, pela manutenção do mesmo tipo de vida e sem demonstração de sintomas de stress após saberem o seu estado de seropositividade. Esta forma de manifestação de negação tem a vantagem de propiciar um espaço de tempo (sem ansiedade) para que o indivíduo se prepare para enfrentar seguidamente as consequências da infecção. Abrams et al. (1986) referem que pacientes que tenham uma doença terminal e que utilizem o mecanismo de negação baixam o nível de ansiedade e parecem sobreviver muito mais tempo. Brammer e Abrego (1981) referem que o mecanismo de negação na resolução de transições de vida, tem a função de aliviarem o sofrimento, e de permitirem um esforço prematuro de adaptação. Lazarus (1979), referido por Brammer e Abrego (1981), ao investigar os mecanismos de cooperação com o Stress, concluiu que a negação tem uma função de reduzir o mesmo e particularmente de manter o estado de saúde.

É de salientar contudo que o mecanismo de negação pode ter como consequências outras atitudes que não as de indiferença. Blaney e Piccola (1987) sugerem que a negação associada à raiva (anger) pode produzir comportamentos de promiscuidade e abuso de drogas. No entanto, também sustenta que esse tipo de reacção é mais comum em indivíduos com história de perturbações emocionais.

As atitudes negativas são referidas numa fase de choque pela maioria dos autores, (Goldmeier, 1987; Miller, 1988a, 1988 b; Nichols, 1985; Salisbury, 1986; Whiteford & Csernansky 1986). No entanto, a fixação na predominância das atitudes negativas aparece realçada nos autores que acreditam essencialmente na personalidade pré-mórbida do indivíduo. Nesse contexto, prevêem mais problemas nos homossexuais e toxicodependentes. A falta de suporte social, muito referida na Sida provocada pela estigmatização da doença, devido às características específicas desta enfermidade, é interpretada como um castigo aos comportamentos desviantes (Alleaume, 1988; Cohen & Weisman, 1986; Dilley et al. 1985; Faulstich, 1987; Holand & Tross, 1985; Tross et al. 1988).

São vastos e mais frequentes os exemplos de atitudes negativas. Tais atitudes são caracterizadas por altos níveis de ansiedade e depressão, originando comportamentos auto-destrutivos como uso indiscriminado de álcool ou outras drogas, ideação suicida, agressão a terceiros através de relacionamentos sexuais sem precauções, agressões verbais ou físicas contra familiares, amigos e pessoal médico. Os comportamentos desviantes podem dar ainda origem a sentimentos de culpa que são expressos por "Withdrawn" afastamento ou isolamento, ou então revolta contra a falta de suporte social, (Tiblier et al 1989).

As atitudes positivas são essencialmente referidas por autores (Blaney & Piccola, 1987; Costa et al. 1989; Dilley & Forstein, 1990; Kubler-Ross, 1989; Miller, 1988b; Tiblier et al., 1989) que salientam que apesar de reacções negativas iniciais que caracterizam um estado de choque, seguido de um período de luto, (pelo introjectar do que significa ser seropositivo) a aceitação desse estatuto pode conduzir a mudanças positivas na vida e estilo de vida desses indivíduos. Tiblier et al. (1989; p. 109), a este propósito afirmam: "Seropositivity may result for some, in a life of more conscious meaning. ...Motivated to reevaluate life, persons may come to a new and deeper understanding of themselves and of their partners and families, and find ways to ensure that the life that remains will be well spent."

Como exemplos de atitudes positivas, refiram-se a preocupação da qualidade de vida sobre a quantidade de vida, e a descoberta de actividades altruístas, actuantes como mecanismo de coping, referidas por por Moos (1986), Viktor Frankl (1978) e por Dimsdale, (1976) em (Schlossberg 1981). Sobre a presença de altruísmo nas pessoas seropositivas encontramos referências em Abrams, et al. (1986) e em Goldmeier(1987) o qual menciona a fundação de organizações humanitárias por seropositivos homossexuais com o fim de apoiar outras pessoas também HIV positivas. A mudança de estilo de vida para uma forma mais saudável, por vezes levada até ao fanatismo, repercute-se no abandono de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, e no praticar de actividades desportivas (Tiblier et al. 1989).

Costa et al. (1989), refere que no Hospital de Santa Maria em Lisboa, verificou que para muitos toxicodependentes o facto de se saberem seropositivos tem sido um factor evolutivo positivo, instigador de uma procura de desintoxicação com fim de reencontrar os planos que estavam esquecidos.

Concluindo, dir-se-ia que a maioria dos pacientes começam por apresentar uma atitude negativa (normal) por saberem o seu estado e que seguidamente encontramos uma bifurcação: pacientes que encontram uma evolução positiva e outros que se fixam na revolta piorando cada vez mais as atitudes negativas ao ponto de porem em risco a vida de terceiros. Como salienta Blaney: "In many ways, Aids presents the individual with a personal/ existencial challenge to which he may respond with a depressive reaction and with concomitant symptomology, or with an awakened sense of purpose and rededication to life. Some persons with AIDS, for example, react to their diagnosis by becoming politically active or involved with AIDS service organizations, channeling their grief into productive activities and care for others"(Blaney & Piccola, 1987).

É ainda de salientar a opinião mais otimista de Dilley e Forstein (1990; p. 637) "Despite the múltiple psychological and interpersonal changes required in adapting to the news that one is seropositive, it should also be emphasized that most people learn to cope quite well with this information." Esta perspectiva reconhece que, apesar da seropositividade, o ser humano pode adaptar-se relativamente bem e com mais frequência do que afirmam a maioria dos autores.

4.2. As atitudes e suas interrelações com as teorias apresentadas

Chegamos ao ponto em que entendemos que há varios tipos de atitudes manifestadas, quando da informação do estado da seropositividade. Parece igualmente claro, que à partida há um leque diversificado de atitudes

que os indivíduos podem assumir, sendo estas dependentes de inúmeros factores.

A primeira consideração importante que podemos deduzir pelo exposto anteriormente, é que a reacção inicial é sempre negativa, com excepção dos casos de negação intensa (atitudes de indiferença) que posteriormente desencadeiam essas mesmas reacções negativas. Este momento é comparável com a introdução de uma crise, como afirma René Thom, Caplan, e outros autores (vide cap. 2 e 3) quando salientam que nesse momento há a ruptura da homeostasia.

Transpondo a problemática da situação de crise para esta investigação encontramos a ruptura, com a introdução do conhecimento do estatuto de seropositivo.

Encontramos-nos agora no ponto de bifurcação, anteriormente referido, em que alguns indivíduos tentarão resolver a crise de uma maneira satisfatória, e outros caminharão para uma total desintegração, representando estes, as posições extremas dos efeitos da crise.

Nichols (1985) procurou uma integração das diversificadas vivências do indivíduo afecto de Sida identificando 4 estádios para a Sida.

No estádio inicial, a negação é o mecanismo que primeiro se estabelece seguido de emoções de choque, culpa, medo, tristeza. Neste estado interpreta-se o drama de, além de se saber estar doente, ter que assumir publicamente perante a sociedade e família papéis como o de homossexual ou toxicod dependente.

Num estádio intermédio, a culpa, ou auto-piedade começam a ser marcantes podendo associar-se ansiedade. A revolta com tentação para agredir os outros através de um relacionamento sexual sem precauções ou a auto-destruição, com tendências suicidas pode também estar presente.

O terceiro estágio, surge com a aceitação da doença e a procura de viver mais qualitativamente do que quantitativamente.

O quarto estágio é já um estado pré-terminal em que os doentes já estão numa fase de profunda dependência devido às perturbações físicas ou psíquicas, provocadas pela doença aceitando a morte como um alívio daquela situação.

Só as características psicológicas dos dois primeiros estádios é que são encontradas genericamente em toda a revisão bibliográfica efectuada sobre a temática. Curiosamente, poucas referencias apontam para outras manifestações psicológicas que possam ser enquadradas nas características a que se referem o 3º e 4º estádios, sugeridos por Nichols. É ainda de salientar que o estágio inicial e intermédio repercutem mais as atitudes negativas e o terceiro estágio reflecte, por outro lado, as atitudes positivas.

Em primeiro lugar os autores que, como Alleaume (1988), Holand e Tross, (1985), Faulstich (1987), Cohen e Weisman, (1986), Dilley et al. (1985), Tross e Hirsch, (1988), só referem atitudes negativas, sugere-nos a hipótese de terem fixado o seu estudo unicamente em indivíduos em fases iniciais de reacção à seropositividade, pois não há referência a parâmetros temporais. Miller, (1988b) é a única referência encontrada que afirma, que apesar de não haver um período de tempo unânime para as reacções iniciais, estas oscilam normalmente entre dias a meses, considerando-se 3 meses um tempo razoável para a conscientização do significado de seropositividade.

Por outro lado, a perspectiva evolutiva das etapas sugeridas para doentes terminais como Kubler-Ross(1989) Nichols(1985) e outros, não nos garante a passagem efectiva por todos os estádios, no que se refere a doentes com Sida. Como afirma Miller " ...It is thought that all patients are likely to pass through all the stages. The picture seen by us in patients with

AIDS, has however been much more variable. There is no sign that all patients with AIDS necessarily pass through all these stages." (Miller & Green, 1985, p.275)

Surge então outra interrogação: Que características apresentam os indivíduos que conseguem transformar experiências traumatizantes em vivências gratificantes?

Todas as teorias expostas no capítulo anterior e no início deste capítulo procuram explicar porque razão face a uma situação de crise ou transição podemos encontrar atitudes positivas ou negativas. Apesar de todas elas referirem encontrar as duas situações, procuraremos fazer a leitura da situação concreta da Sida à luz dessas teorias.

As etapas sequenciais sugeridas para os doentes terminais, podem ser não somente interligadas com perspectivas desenvolvimentais no sentido restrito do termo, mas também com outras perspectivas que incluam mudança e transição.

Numa perspectiva desenvolvimental do ciclo vital, entendemos essa evolução ou involução segundo Erikson pela ênfase dada pelo autor às fases de crescimento humano como crises que evoluem para um aperfeiçoamento do homem ou para uma deterioração. As 8 idades do homem explicam a sua teoria: o ser humano é confrontado com um problema de crescimento, como por exemplo a aprendizagem do controlo dos esfíncteres e duas situações extremas são decorrentes do confronto com essa situação que dão o nome a essa 2ª idade: Autonomia, se a criança ultrapassa, com sucesso, essa aprendizagem; vergonha quando se dá a incapacidade do controlo, repercutindo-se esses resultados nas etapas seguintes.

Também numa perspectiva de estádios mas diferenciando-se de Erikson, por estes não serem pré-determinados, é a teoria de Lowenthal. Além desta teoria, Neugarten e Vaillant explicam as atitudes e comportamentos manifestados consequentes a estados de transição em função das particularidades que caracterizam cada indivíduo, quando por outro lado, como propõe Levinson essa explicação é atribuída às vivências características de cada idade cronológica que todos os indivíduos atravessam.

As correntes psicodinâmicas actuais, atribuem já alguma importância ao campo social do indivíduo não sendo o comportamento deste unicamente dependente de forças intrapsíquicas. Assim sendo, as reacções positivas ou negativas à Sida, à luz desta corrente, seriam provenientes do passado psicológico do indivíduo, e também influenciadas pelo momento social que este vive.

No contexto do que foi explorado sobre aspectos socio-culturais da Sida (c.f. capítulo 1), verificamos que a sociedade de um modo geral não tem reagido favoravelmente aos indivíduos infectados culpabilizando-os na maioria das vezes, o mesmo se passando no ciclo social mais restrito (familiar, amigos íntimos). As atitudes positivas surgindo nestes indivíduos seriam assim explicadas de um modo geral por o indivíduo ter uma boa adaptação psicológica face às experiências anteriores de vida e associado a um apoio (embora não muito comum) do campo social.

Uma das fundamentações da teoria psicodinâmica de Balint refere a Zona da criatividade, como sendo um conceito explicativo através do qual o indivíduo resolve os seus conflitos neuróticos ou depressivos (com repercussão de atitudes positivas) tentando reencontrar a harmonia dos primeiros meses de vida e que actua através da capacidade de criar algo do



seu interior. Enquanto que as atitudes negativas são explicadas pelo mesmo autor através do "Basic Fault" dando origem a estados de regressão.

Ainda na linha psicodinâmica, James Strain (1985), sugere uma lista de categorias de "stress" sofridas pelo indivíduo doente (Guerra, 1991a). A ameaça à integridade narcísica enunciada, tem sido verificada por vários autores principalmente no grupo de homossexuais. As desfigurações físicas são frequentes com o progredir da doença (Farthing et al., 1988; Frierson & Lippman, 1987) e o confronto com essa situação leva os indivíduos a apresentarem medo das alterações corporais (Costa et al. 1989; Frierson & Lippman, 1987) e a adoptarem comportamentos de evitação, chegando ao ponto de se recusarem ver-se ao espelho (Christ & Wiener, 1988). Além da deterioração da imagem física aparecem também alterações da imagem de si, e da auto estima (Alleaume, 1988). O stress relacionado com a perda da integridade narcísica, o medo da separação e de perda de amor, perda de controlo (Abrams et al. 1986) a culpa e medo de vingança estão muito presentes na pessoa afectada de Sida, pelas características que já expusemos anteriormente.

Outros Modelos aplicáveis à situação de Doença

A teoria de Caplan aponta para outra visão na problemática da resolução da crise. Se o indivíduo começa por responder à crise com os seus mecanismos habituais, a tensão inevitavelmente surge se atinge o insucesso. Essa elevação de tensão pode ser vista em paralelo com o aparecimento da ansiedade e depressão características no pós-choque, (da informação da seropositividade). Consequentemente, o indivíduo, nesta fase, vai reunir todas as estratégias possíveis para resolver a crise. Pode então utilizar com sucesso outros recursos nos quais, a criatividade desempenha normalmente

um papel importante; caso contrário, se as estratégias utilizadas não são adequadas, o resultado será a desorganização total do sujeito.

Caplan, salienta, numa perspectiva desenvolvimental, que o ser humano precisa de um doseamento certo (nem a mais nem a menos) dos suprimentos físicos, psico-sociais e socioculturais, e que destes depende a capacidade de resolver a crise. No entanto, também aponta para problemas pessoais e patologias prévias como sendo factores independentes que podem interferir com a resolução da crise. Esta visão foi também expressa por Holand e Tross, (1985), Whiteford e Csernansky (1986), Goldmeier(1987), Blaney e Piccola(1987) e Alleaume(1988) que igualmente referem que as reacções psicológicas à informação do estado de seropositividade advêm essencialmente de características de personalidade e personalidade pré-mórbida.

Rudolph Moos, vendo a doença como uma crise salienta além da importância dos factores pessoais, e dos aspectos socioculturais, referida por Caplan, os factores específicos à doença como influentes na percepção da doença, e nos mecanismos de adaptação a esta.

Relativamente à Sida encontramos, entre outras, referências concordantes em: Blaney e Piccola (1987), Abrahams et al. (1986), Dilley et al. (1985), Nichols (1985), que atribuem grande importância aos factores específicos à doença como cruciais no desenrolar das reacções de resposta à informação da contaminação.

As perspectivas da corrente humanista salientam a não estagnação do homem mas sim uma constante evolução traduzida pelo desenvolvimento dos seus potenciais, partindo do seu interior e influenciado pelo meio circundante. A criatividade é enfatizada por vários autores da corrente humanista como Viktor Frankl, Carl Rogers e Maslow (vide cap 2)

como um requisito importante na luta contra a estagnação homeostática e para a evolução do ser humano. Encontramos em algumas pessoas afectas de Sida formas variadas de criatividade que se manifestam na sua maneira de lidar com a situação. Como relata Peter, um doente com Sida "Life has genuinely become more interesting. It's funny really, but sex has somehow been put in perspective. It takes time, but I like the change and all the new things in my life that there was no time for before."(Miller, 1988b, p.48). Max, outro doente, também afirma que: "(...) Unlike some, I don't feel deprived by safer sex - in fact the opposite. I celebrate safe sex as an opportunity for me to continue to express myself as a sexual being. At the same time, I can explore the wonders of intimacy and the many non-sexual elements of my identity...Besides, it's fun. (Miller, 1988b; p.48.)

Pelo exposto, observamos que a criatividade não deve ser por si só, o único factor presente que consegue uma leitura positiva sobre situações aparentemente tão negativas. Concordantemente, Maslow salienta que a criatividade é uma condição necessária mas não suficiente para se ser "sadio". O termo "sadio" utilizado por Maslow, é, no entanto, sinónimo de "auto-actualizado" (Maslow, 1970; p.67) do qual a criatividade faz parte. Surge então a importancia da auto-actualização, ou tendência auto-actualizante, que inclui a criatividade, e outras dimensões, que iremos abordar seguidamente.

A auto-actualização já foi significativamente explorada no capítulo 2 - quer na perspectiva dos humanistas em geral, quer de Maslow em particular. Retomemos esse conceito na interpretação do excerto seguinte de um paciente com Sida: "Gostaria de dizer uma coisa a cada pessoa. A minha mensagem a toda a gente seria para viver, crescer a cada dia, não ter medo de correr riscos, aproveitar a vida e permitir que as coisas aconteçam. Nos meus dias tive muito de medo de viver e pouca auto-confiança. Isto impediu-

me de explorar mais a fundo o meu potencial como ser humano. Acho que enquanto estamos vivos somos chamados a crescer e arriscar. Sem riscos não há crescimento." (Kubler-Ross,1989; p.161.)

As elações fruto da aprendizagem deste paciente reflectem uma preocupação espontânea, com o desenvolvimento dos potenciais, e crescimento constante dos seres humanos, sem medo de correr riscos (1) além de uma manifestação pessoal de responsabilização face à humanidade.

A teoria humanista fornece-nos a esperança de o indivíduo encontrar o seu sentido de vida, mesmo face ao mais catastrófico evento (2) . Por outro lado, o indivíduo ser capaz de se orientar por si mesmo, sendo mais independente de aprovações exteriores, também aparece enfatizado pela maior parte dos teóricos e bem explicitado nos últimos escritos de Carl Rogers, (3), onde é bem patente a própria evolução do autor. A sua contribuição com "a tendência formativa" não só pertence ao ser humano mas é extensível a todo o Universo onde procura integrar ordem e desordem aproximando-se das teorias sistémicas e de perspectivas como a de Agra(1986).

A aceitação de uma morte prematura pode ser interpretada como um período de tempo previsível do qual o indivíduo dispõe para cumprir os seus planos de vida, pois como afirma Pacheco (1989; p 192): "A finitude da vida não lhe retira o sentido. Pelo contrário, pode trazer-lhe sentido: se a vida não fosse finita tudo seria procrastinado não haveria necessidade de agir, de escolher, de decidir, por isso mesmo, nenhuma responsabilidade teria razão". (Pacheco, 1989, pag.192)

Segundo Frankl, (c.f. capítulo 2) todo o indivíduo tem que ter em mente que o sofrimento e morte fazem parte da condição do ser humano, e que só através do sentido de vida é que se pode encontrar a felicidade. Rollo

May explica que a ansiedade do ser humano resulta exactamente de ser confrontado com um perigo que ameaça a sua existência. Que soluções encontramos nestes autores para a saída dessa "crise"? Se May refere que o homem é "único" por ser capaz de encontrar um propósito de vida, com a criação de valores que o incitem a viver, também Frankl refere a mesma ideia, através do sentido de vida que pode ser atingido, e do nosso trabalho criativo, pelas contribuições que damos à vida, pelo que recebemos desta e pela aceitação do destino que não pode ser alterado. A condição de seropositividade no momento actual não pode ser revertida, mas pode no entanto ser encaminhada de uma forma construtiva.

Também Rogers nos fala da tendência actualizante que segundo ele está presente em todos os seres humanos, sendo fruto da sua orientação interior que deve desabrochar por ela própria.

O que verificamos pelo que foi dito é que as correntes humanistas acreditam mais no homem e na sua capacidade de evolução e progressão no desenvolvimento de potenciais, não sendo um mero espectador, vítima das circunstâncias que o rodeiam. Se vários factores podem actuar, ajudando ou dificultando, na evolução do ser humano, cabe a este a sua maior opção de escolha e capacidade de mudança, que pode despontar em qualquer momento.

4.2.1 O modelo de Schlossberg e suas interrelações com a problemática da seropositividade.

Este modelo é o que melhor integra a problemática da Seropositividade entendida como uma transição psicossocial de vida. Recordando as características da transição, a conversão em seropositivo

pode ser entendida como uma transição de perda, provocada por uma fonte exterior, não dependendo da própria vontade do sujeito, em que o "timing" é normalmente antecipado, pois os indivíduos afectos são na sua maioria jovens adultos entre os 25-49 anos (Christ & Wiener, 1988). A perspectiva da morte é assim reflectida décadas antes do previsto, num ciclo de vida normal. Por outro lado, se na maioria das vezes o diagnóstico não é esperado, ora porque são testados porque os parceiros foram já diagnosticados, ou porque assumindo eles comportamentos de risco decidem fazer a análise, há outras situações em que a presença de sintomas é anterior ao diagnóstico. Nessas situações poderá ocorrer uma adaptação mais lenta a essa informação.

Se uma ruptura brusca pode dificultar mais a adaptação, a incerteza do prognóstico é sem dúvida um factor crucial, altamente gerador de stress e de difícil adaptação (Schlossberg, 1981). Não podemos esquecer que este último aspecto é referido por vários autores (Dilley et al. 1985; Miller, 1988a, 1988b; Salisbury, 1986), como um grande obstáculo no caso da seropositividade, pois o facto de se estar contaminado não garante a presença da doença num futuro próximo. É imprevisível o tempo que o indivíduo ficará assintomático, pois além da doença ser muito recente não se tem detectado uma unanimidade no prognóstico das pessoas infectadas.

Os indivíduos seropositivos tanto quando se sabe até ao momento, podem começar logo a apresentar sintomas e morrerem no prazo de 2 ou 3 anos, como podem ser portadores durante 10 anos sem apresentarem manifestações da doença. Psicologicamente, a incerteza pode ser pior que a própria certeza de uma doença terminal, como já referimos atrás.

Se a adopção de atitudes de negação se instalar nestes indivíduos pode por um lado, ter efeitos de mecanismo de "coping" mas, por outro, pode também ser prejudicial ao repercutir-se em ausência de cuidados na contaminação. Medicamente, pelo facto de um indivíduo já estar contaminado

não significa que: "já não tem nada a perder". Curiosamente, por o que tem sido investigado neste tipo de enfermidade, novos contactos via sexual ou sanguínea com outros indivíduos portadores podem agravar, ou fazer instalar a própria doença (Miller,1988b).

A ausência de suporte social tem sido observada por vários autores, especialmente em toxicodependentes e homossexuais (Blaney & Piccola, 1987; Cohen & Weisman, 1986; Dilley et al. 1985; Holland & Tross, 1985; Salisbury, 1986). Embora, quase todos os indivíduos com doenças que implicam ameaça de vida se confrontem com um medo de abandono social, no caso de cancro, por exemplo, a situação não é tão marcante, e normalmente há um envolvimento de suporte dos familiares e amigos, o que raramente ocorre na Sida, (Christ & Wiener,1988).

A rejeição sofrida por os indivíduos que são HIV positivos ou mesmo os que já estão com a Sida declarada, é sofrida não só por parte de familiares e amigos mais chegados, mas extensível à vida profissional, na qual são quase sempre despedidos ou reformados prematuramente, não tanto porque a doença seja impeditiva numa fase inicial, mas para que não possam contagiar os colegas. Este procedimento não sendo ético-legal é frequentemente vivenciado.

A ausência de emprego, e quebra de relacionamentos afectivos tem também as suas consequências a nível económico e no prestígio social, havendo uma falta de suporte extensível por vezes às instituições e ao meio circundante (mudanças de habitação, por exemplo). Como nos refere Schlossberg (1981) o processo de suporte social destes indivíduos surge muitas vezes de grupos por eles próprios organizados. Verificamos, assim, que a influencia do suporte social no caso da Sida pode ser transformada de uma forma satisfatória em dar esse mesmo suporte em vez de recebê-lo somente.

Por último, as características pessoais assumem grande importância no processo adaptativo dos indivíduos à seropositividade. Se a auto-actualização é realçada no modelo de Schlossberg (1981) é por nós vista como exclusiva nas características pessoais, pois o conceito por nós adoptado de auto-actualização sendo baseado no de Maslow é mais abrangente (e não só restrito à orientação de valores expressa), incluindo muitas outras dimensões, como se procurará demonstrar mais adiante.

4.2.2 Os estádios de (perda e privação) segundo Goldmeier

Goldmeier (1987) adaptou os estádios propostos por Parkes, ao processo de perda, "bereavement" sentido pela maioria dos homossexuais contaminados pelo HIV. Identificou assim 8 estádios que são mais frequentemente encontrados, salientando também, como Kubler-Ross, que não são uma verdade universal para todos os indivíduos.

O primeiro é o **estado de choque**, já referido inúmeras vezes por outros autores, que se segue à informação da seropositividade, podendo apresentar diversos distúrbios, como os relacionados com o sono ou falta de controlo dos seus comportamentos e atitudes. O segundo estadio é representado por **atitudes de negação** e seguidamente a **culpa, revolta e medo** aparecem, caracterizando esta terceira fase, a culpa (relembramos que se trata unicamente de homossexuais e que podem sentir inapropiada a sua orientação sexual). O quarto estágio refere o aparecimento de "**novo estilo de vida**" com comportamentos de prevenção que procura o equilíbrio entre a negação e aceitação gradual do seu estatuto, como também foi observado para doentes terminais por Schneidman (Schaie K. & Geiwitz, 1982). O quinto estágio é referido como **altruísmo**. Neste fase, devido à

identificação com o sentimento de perda há a procura de afiliação com indivíduos em situações semelhantes. Encontramos este conceito referido como mecanismo de "coping "em Schlossberg, em Viktor Frankl e em Moos (c.f. capítulos 2 e 3). Em sexto lugar, nesta sequência de fases surge a **tristeza**, com o introjectar do sentimento de perda marcante muitas vezes a todos os níveis, pessoal, social, económico, profissional etc. Seguidamente **aceitação e resignação**, quando o processo de "bereavement " (sentido do luto vivido às perdas sofridas) foi ultrapassado, reaparece o sentimento de paz. Finalizando surge o **aconselhamento terminal** quando o indivíduo se encontra mais perto da morte, e em que quer exprimir ainda consciente as suas últimas vontades. O autor refere que esta fase deve ser introduzida cedo pelo pessoal médico e de assistência psicológica, antes que o indivíduo passe a uma situação de confusão de ideias, comum com o evoluir desta patologia.

4.3. Um Modelo de Adaptação à Seropositividade: Pressupostos teóricos

A fundamentação e explicação do modelo proposto começa por interpretar o conhecimento da seropositividade, como uma transição psicossocial de vida negativa, (c.f. capítulo 3) ou como uma crise no seu sentido de evento dramático, perturbador da homeostasia, (em que o indivíduo se encontrava antes). Este pressuposto não significa que a saída de crise tenha que ser necessariamente negativa ou dramática.

Reconhecemos que a introdução da notícia, gera um estado inicial de choque, como foi referenciado por vários autores (Blaney & Piccola, 1987; Goldmeier, 1987; Miller, 1988a 1988b; Nichols, 1985; Whiteford, &

Csernansky 1986). Essa notícia, bem como os vectores referidos no capítulo anterior que caracterizam cada caso individual, podem influenciar o estado de choque e o desenrolar posterior das atitudes e comportamentos, mas levantamos a hipótese que a expressão das suas características próprias de personalidade, é o factor mais importante.

Após a introjecção do que significa ser seropositivo, bem como as implicações próprias no ciclo de vida daquele indivíduo, que essa alteração acarreta, poder-se-á viver um período transitório de luto a essa perda, (4) que na nossa perspectiva, será influenciado principalmente, pelas características individuais mas influenciado também pelo suporte social. Entendemos que suporte social englobará todas as formas de apoio desde os relacionamentos íntimos, familiares, institucionais, económicos e ambientais que o indivíduo tem ou não ao seu dispôr.

Reforçamos a ideia, na nossa perspectiva, que as características individuais serão as mais fortes nestas vivências, pois aceitamos a visão humanista da força que o indivíduo tem, para mesmo face aos mais catastróficos eventos, encontrar um significado de vida, baseado na sua orientação interior. Vamos mais longe ainda, ao levantarmos a hipótese que a introdução dessa crise pode fazer despoletar uma nova visão e o rencontrar de um sentido à sua existência, previamente latente.

Brammer e Abrego (1981) no artigo sobre estratégias de intervenção em transições, enfatizam a importância de "Search for meaning" num contexto existencial, afirmando mesmo, referenciando Fabry (1980), que a logoterapia oferece pistas de intervenção nessa perspectiva.

Encontramos diferenças entre a adaptação à transição, no sentido meramente adaptativo e auto-actualização decorrente do processo de adaptação à mudança induzida pela transição, (Hopson, 1981).

Frears e Schreider(1981) também integram a motivação para o crescimento, pelo desenvolvimento dos potenciais no seu modelo de resolução do luto (grief). Segundo os autores : "it incorporates phases that include self-actualization and transfusional awareness as a part of grief process" (Frears & Schreider 1981; p. 342). Verificamos que as três últimas referências acrescentam uma nova dimensão à última fase sugerida nos modelos de análise às transições, que se traduz normalmente por uma aceitação pacífica ou resignação. Este facto é reconhecer que a transição negativa pode suscitar não só uma mera adaptação pacífica sem revolta, como uma possibilidade de crescimento traduzida por o conceito de auto-actualização que vimos a enfatizar desde o segundo capítulo.

Se a revisão bibliográfica (pesquisa efectuada por Psyclit) aponta face à seropositividade para uma maior frequência de perturbações ao invés de adaptação em termos quantitativos, justificada em parte pelas características implícitas a esta doença (c. f. capítulos 1 e 3) não podemos esquecer que há também referências a adaptações positivas, e que o estudo destas pode revelar aspectos da organização interior do indivíduo(c. f. capítulo 2). Também Maslow refere a importancia de se estudarem os casos excepcionais, em vez de só procurarmos explicar o porquê de inadaptações psicológicas (c.f. capítulo 2) e Moos também salienta esse mesmo aspecto(c.f. capítulo 3).

Metodologicamente vários obstáculos se levantam, pois é mais fácil investigar e acompanhar quem está em situação de ajuda, (por exemplo acompanhamento psiquiátrico) do que descobrir as pessoas que sofrendo essas crises as resolveram por si próprias.

Se é inegável a interferência de vários aspectos cruciais, como o desenrolar da doença, a presença de relacionamentos afectivos fortes, entre outros, na nossa perspectiva estes parâmetros são relegados para segundo

plano pois atribuímos ao homem e à sua orientação interior, ao seu sentido de vida e à criatividade os meios para encontrar uma saída para a crise.

Um dos aspectos mais importantes continuando a salientar a personalidade pré-crise como um factor de evolução positiva, é a visão humanista da possibilidade de mudança e evolução com o desenvolvimento dos potenciais, bem como uma visão desenvolvimental numa perspectiva de crescimento. Este é um dos principais pressupostos que caracteriza o presente modelo, pois se negássemos que a quebra da homeostasia pode conduzir a formas superiores de evolução ficaríamos estagnados à partida com as características iniciais que o indivíduo tinha, prevendo só saídas de crise catastróficas e mais desorganizadoras que o estado inicial.

Pelo que já foi exposto nos capítulos anteriores, a mudança pode ser influenciada por diversos factores, embora uma análise qualitativa mais cuidada de relatos de pacientes que sofreram transições psicossociais dramáticas, revela que a presença de outros factores exteriores, como o suporte social e condições do próprio evento, aparecem secundarizados a características que envolvem o que definimos como tendência auto-actualizante ou auto-actualização.

4.3.1 A Importância da auto-actualização

A tendência auto-actualizante reflecte o conceito de auto-actualização na perspectiva de Maslow vide (c.f. capítulo 2 ponto 2.4.4), por nós tematizado em 4 parametros essenciais, que são: **o sentido de vida, orientação interior, vida criativa e dimensão existencial.**

Tivemos oportunidade ao longo desta dissertação de verificar que o **sentido de vida**, ou seja, um propósito, uma razão que faça o indivíduo mover-se e não estagnar foi apontado por vários autores (e.g., Frankl,

Goldstein, Maslow, Rogers). Este mesmo sentido de vida não reflecte só uma satisfação pessoal para atingir determinados objectivos, mas pode reflectir também uma dimensão altruista como foi proposta por Frankl, por Moos e Schlossberg. Esta autora refere-se mesmo ao suporte social que os indivíduos podiam dar, como forma alternativa a receber, e através desta forma ter uma causa que os incentivasse a lutar, apesar da fase de transição de vida a que podiam estar sujeitos.

Em alguns textos sobre a problemática da Sida encontramos que várias organizações e associações ou grupos de suporte foram instituídos por indivíduos contaminados, os quais não buscando só um apoio à sua situação, reflectiam uma preocupação com os restantes indivíduos que sofriam os mesmos problemas, (Blaney & Piccola 1987; Kubler-Ross, 1989; Miller, 1988b).

Orientação interior é referida em vários autores, por vezes utilizando outros conceitos como o de autonomia, proposto por May e Rogers.

Esse conceito exprime a predominância de uma independência relativa a critérios exteriores, culturais, sociais e interpessoais no estabelecimento de valores, e orientação de vida. Este conceito é extremamente importante pois através dele é que justificamos a secundarização dos factores que podem interferir normalmente nas reacções psicológicas à seropositividade.

Verificamos assim que apesar do indivíduo poder estar sem apoios exteriores, ele poderá encontrar no seu íntimo as directrizes a seguir na sua vida, assumindo, com liberdade, as escolhas feitas.

Vida criativa é outro parâmetro por nós escolhido como fundamental na resolução de uma crise. Ser capaz de apresentar várias

leituras para uma mesma situação, ou utilizar os mesmos recursos para os combinar de maneira diferente é referido não só numa perspectiva humanista como a de Maslow, Rogers, Frankl ou May mas também numa perspectiva psicodinâmica como a de Balint, ou desenvolvimental como a de Erikson. Como os modelos de modelos de Caplan e de Moos. O modelo de Schlossberg não refere a criatividade como factor importante, sendo uma das suas lacunas, por nós referida.

Na literatura sobre Sida encontramos formas de adaptação que demonstram criatividade, quer no reajuste satisfatório a uma vida sexual (Miller, 1988b), quer nas actividades de lazer desenvolvidas por esses indivíduos, que se vem frequentemente coartados no exercício da sua profissão, quer pela criação de organizações originais que atendam fins específicos da população alvo.

Não só na literatura referente à Sida, mas também relativamente a outros acontecimentos dramáticos, encontramos exemplos notórios de criatividade emergentes no pós-crise.

Verificamos que situações ameaçadoras podem tornar o indivíduo capaz de improvisar alternativas novas para a resolução dos seus problemas, e que muitas vezes se repercutem numa tendência altruísta de contribuir para a humanidade com a sua criatividade para benefício de pessoas em situações semelhantes.

Por último a dimensão existencial abrange uma série de situações que definem o homem como ser, capaz de interagir harmoniosamente com a humanidade e com o Universo, respeitando os valores dos outros, mas mantendo a liberdade de ser como é, aceitando de forma equilibrada os aspectos dicotómicos da sua personalidade. Como

Maslow sustenta, tal dimensão procura ser uma forma de integração do princípio do prazer e do thanatos de Freud.

4.3.2 A Importância do Suporte Social

A importância do suporte social, foi sublinhada ao longo deste trabalho na sua vertente teórica e especialmente neste capítulo em que vários estudiosos sobre os aspectos psicossociais da sida o apontam como importante à adaptabilidade do sujeito (eg. Kurdek & Sieski, 1990). Infelizmente, dadas as particularidades da doença, esse factor está muitas vezes ausente principalmente no grupo de tóxicodependentes e homossexuais (Blaney & Piccola, 1987; Christ & Wiener, 1988; Cohen & Weisman, 1986; Dilley et al. 1985; Holland e Tross, 1985; Salisbury, 1986) e (Ostrow, 1986 em Goldmeier, 1987).

O suporte social pode ser definido como: "as forças ou factores no meio social que facilitam a sobrevivência dos seres humanos." (Lin, Dean & Ensel, 1986; p. 17). Esta definição não é, no entanto, suficiente para traduzir o conceito em termos de investigação. Duas definições diferentes são propostas por Lin et al.: uma sintética de carácter indutivo e outra dedutiva baseada nas diferentes teorias. A primeira é definida por "perceived or actual instrumental or expressive provisions supplied by the community, social networks, and confiding partners". Vemos aqui 3 linhas mestras no suporte social: a) uma, dada pela comunidade onde o indivíduo está inserido; b) outra, pelas instituições a que o indivíduo pertence e; c) outra pelos relacionamentos íntimos que o indivíduo tem. Do ponto de vista teórico são diversas as perspectivas, conforme os paradigmas subjacentes. No entanto, a visão mais consensual sustenta que "social support can be operationalized as access to and use of strong homophilous ties." (Lin, et al. 1976; p. 28.)

Cobbs por exemplo enfatiza "care", amor estima e obrigação recíproca (Lin, et al. 1986). Kahn também a define como transacções interpessoais que incluem um ou mais dos 3 factores: afeição afirmação e ajuda. Cassel atribui às pessoas mais significativas esse desempenho, enquanto que Kaplan et al. a definem como a satisfação das necessidades básicas (aprovação, estima e auxílio) por parte de outros significativos (Lin, et al. 1986).

A perspectiva de Lin et al. (1986) também dá relevo à expressão do relacionamento com os outros, não só ao conteúdo das interações, como às características relacionais do emissor e receptor, salientando a importância do contexto emocional por parte das pessoas que fornecem e recebem o suporte social. Surge assim uma diferenciação entre o suporte social fornecido por pessoas em que existem laços sociais fortes, daquelas em que esses laços não são tão marcantes. Nesta perspectiva, o suporte social, foi redefinido pelos autores como "access to and use of social resources for the preservation of one's well-being." (Lin et al.1986; p.145).

Adoptamos assim na nossa investigação a definição de apoio social proposta por Lin et al. (1986).

A definição proposta pode ser redefinida em "convoy of social support" segundo Robert Hahn(1975) "the idea that each person moves through the life cycle surrounded by a set of significant others related to him (either) by the giving or receiving of social support" (Schlossberg 1981, p 10) Essa definição abrange também o suporte social que possa ser oferecido em vez de recebido.

4.3.3 O contributo de Candido da Agra

Numa publicação recente "Sujet autopoiétique et transgression" Agra (1990, 1993) propõe uma interpretação para a capacidade de auto-organização do ser humano. Segundo este autor, quatro posições são sugeridas entre o estado de desorganização total e o estado de auto-organização. Estas quatro posições reflectem a interacção de algumas características que passamos a referir em categorias.

Posição ontológica - (categoria 1)

Esta primeira posição é, na perspectiva do autor, a mais primária e reflecte uma incapacidade total de adaptação a uma nova situação imposta. O indivíduo encontra-se fixo, prisioneiro num estado psíquico negativista, sendo própria de indivíduos que vêem o que lhes acontece como resultado de forças exteriores que, dominando-os, não lhes deixa espaço para qualquer acção livre interior capaz de contrariar a determinação externa.

Esta categoria corresponde à posição ontológica expressa por uma atitude fatalista face aos acontecimentos, sentindo-se o indivíduo vítima da sua dependencia e incapaz de a alterar.

Posição Deontológica -Categoria 2

Esta categoria pode bem caracterizar os sujeitos de posição de significação deontológica que consiste em adaptar-se às situações através de critérios e normas exteriores, donde, a extrema importancia, que se torna uma necessidade "sine qua non" do suporte social enquanto critério normativo adaptativo exterior.

Estes indivíduos sentem apoio social e procuram adaptar-se por imitação ou sugestão de terceiros, não criando nada de novo, mas procurando ajustar-se dependendo quase que exclusivamente do apoio exterior. As pessoas que podem ser classificadas nesta categoria não se baseiam essencialmente nelas próprias, o que significa que a auto-actualização não é muito evidente, o que também se repercute na ausência de criatividade. As pessoas incluídas nesta categoria fazem normalmente o que lhes sugerem, mas não se sentem satisfeitas com si próprias.

Posição Lógica -Categoria 3

A posição de significação lógica, caracterizada por um grande espaço interior preenchido por forças próprias (ou do "próprio") organizadas por uma lógica subjectiva e de liberdade individual face à vida, explica a predominância de auto actualização na organização do sujeito, que determinada por si próprio está menos dependente de meios externos; daí e como correlato, uma menor necessidade de suporte exterior social.

Trata-se de indivíduos que apesar de se sentirem bem não levam em consideração a opinião de terceiros, mesmo as orientações médicas. Podem ou não seguir as regras de prevenção, trabalhar ou não trabalhar de acordo com a procura individual de uma melhor qualidade de vida psicológica.

Posição teleológica -Categoria 4

A funcionalidade do sistema psíquico do sujeito teleológico proposto por Agra repercute também as características atrás referidas "La fonction du systeme psychique consiste à donner un destin une signification à son

substrat biologique et à son super strate socioculturel. Le propre du système psychique c'est de donner un destin à son destin à travers une psycho-autopoiésis" (Agra, 1990)

Colocados em antípodas de Posição 1, estes indivíduos são anti-fatalistas: em vez de se deixarem dominar pelos sentimentos passivos do destino tornam-se activos desde o interior de si próprios de tal forma que a sua grande auto-actualização transborda para fora de si, para o social que por esse facto é para eles menos um suporte, que um espaço de criatividade, existindo activa e criativamente no interior e no exterior de si estão criadas as condições para uma menor depressão, pois que a vida assim perspectivada é positividade, apesar do acontecimento negativo.

As considerações teóricas de Candido Agra, enquadram-se num racional fenomenológico e humanista, caminhando para um referendo sistémico, como aliás verificamos noutros autores como nomeadamente Rogers.

4.4 A adaptação do seropositivo - Modelo teórico da Auto-organização

O nosso modelo, surgiu essencialmente da proposta teórica de Candido da Agra à auto-organização.

"La vie est evolution créatrice; interaction entre vie subjective (individu) et vie sociale (milieu). Le nouveau référant du normal et du pathologique est la vie subjective de l'individu et ses rapports avec son entourage.(Agra 1986, p. 499)".

Como já frisamos, a auto-actualização na concepção de Maslow é um indicador muito importante para determinar a adaptação de uma pessoa à

seropositividade. Maslow através da pirâmide das necessidades também salienta indirectamente o suporte social como imprescindível às características de auto-actualização. Nomeadamente quando fala no primeiro extracto de necessidades fisiológicas em que a parte económica está incluída ou quando expõe a necessidade de reconhecimento e estima ou a necessidade de amor. Goldstein, também reconhece como importante para a sua capacidade de auto-actualização o meio onde o indivíduo está inserido, sustentando que apesar disso cada ser humano procura o meio adequado para o seu desenvolvimento. Se os autores humanistas enfatizam as características individuais como as mais marcantes no processo do desenvolvimento humano para a auto-actualização, não deixam de reconhecer a influência do suporte social na determinação de uma total adaptação contínua. Outros autores, sem rejeitar a importancia de dimensão individual, e da própria crise, atribuem à dimensão social uma ponderação superior, (c.f. Caplan, Schossberg,).

O problema com que nos deparamos consiste em avaliar em que graus é que essas duas variáveis nos podem ajudar a determinar a **capacidade de adaptação do sujeito à seropositividade**. Agra propôs 4 posições de vida, sumarizadas neste capítulo, no ponto 4.3.3, que determinam a capacidade auto-organizacional dos indivíduos. A concepção de Candido da Agra, fornece-nos assim, uma nova perspectiva para esta problemática, pois ao analisarmos o seu constructo teórico, verificamos que ele é baseado nas 4 combinações possíveis dos dois factores relevantes à adaptabilidade do sujeito, Auto-actualização e Suporte Social.

A primeira posição reflectirá ausência de auto-actualização e suporte social. A segunda, predominância de suporte social e forma diminuída de auto-actualização (contudo superior à posição 1.). A terceira posição apresentará nível elevado de auto-actualização, (superior às

posições 1 e 2) e um nível de suporte social bastante reduzido, no entanto maior que a posição 1 e menor que a posição 2. A quarta posição, que representa a adaptabilidade por excelência apresenta os níveis mais altos de Suporte Social e auto-actualização

Analisaremos em seguida como é que essas 4 posições podem ser caracterizadas no modelo que vamos expôr, **considerando a auto-organização como a interrelação da auto actualização e do suporte social.**

A posição ontológica - posição 1

Esta posição retrata uma ausência ou diminuta forma de auto-actualização, pois um indivíduo que aceita o destino e os acontecimentos exteriores gratuitamente, significa que não pode possuir um sentido próprio para a sua vida. Há preponderância de forças exteriores, o que significa que o próprio não tem orientação interior, ou seja que não se baseia em si mesmo, e está ausente de criatividade para encontrar novas soluções possíveis aos desafios que lhe são postos. A compreensão da sua dimensão existencial está diminuída e os indivíduos nestas circunstâncias podem sentir um menor apoio social. Tem dificuldade em desenvolver os seus potenciais e apresentam uma visão bastante negativista do mundo. Têm tendência para o isolamento e para a revolta quanto aos factos inalteráveis, assumindo atitudes que limitam as possibilidades de relacionamento interpessoal ou com qualquer estrutura de apoio, sendo mais susceptíveis à depressão. Diríamos que no pós crise o seu sistema se desintegra...

A posição deontológica posição 2

Esta posição é melhor que a anterior em termos de auto-organização, mas mantém a mesma fatalidade do destino e incapacidade

pessoal de resolução; no entanto, procura através do apoio social as respostas aos seus problemas que sente incapaz de resolver. A auto-actualização destes indivíduos é ligeiramente superior ao grupo anterior, mantendo-se baixa a orientação interior e criatividade. O apoio social é a forma por excelência de adaptação sendo plausível sugerir que estes indivíduos irão apresentar altos índices desta forma de suporte. Pessoas nestas circunstâncias, não se questionarão sob a melhor forma adaptativa, procurarão os melhores "conselhos" e tentarão seguir as recomendações que "peritos" lhes indicam. As orientações médicas serão mais facilmente seguidas neste contexto.

Admitimos no entanto, que a auto-actualização é que fornece um maior grau de satisfação pessoal e que a carência desta mesmo com grande suporte social, se repercutirá nas capacidades de adaptação.

A posição Lógica- posição 3

Esta posição que, na nossa opinião, reflecte uma maior capacidade de adaptação do indivíduo, não significa de modo algum uma melhor adaptabilidade em termos de comportamentos cooperantes com o pessoal de saúde e com o suporte social. Por outras palavras, em termos de observação por critérios meramente exteriores, esta posição pode parecer mais desadaptada que a anterior. Ela reflecte, em oposição, os parametros encontrados na categoria anterior. A predominância é grande em auto-actualização e fortemente diminuta no suporte social. Significa assim que estes indivíduos procuram neles próprios as soluções para os conflitos que lhe vão surgir na seropositividade, e que vão ser predominantes sobretudo a criatividade, e a orientação interior como dimensões intrínsecas da auto-actualização. O suporte social, em contrapartida, vai ser muito reduzido, o

que significa que estas pessoas não sentem apoio social e não procuram dá-lo a outros mas se fixam numa posição egoísta lutando por uma melhor adaptação pessoal possível, mesmo que isso signifique o ignorar de recomendações advindas do apoio social. A diminuição do suporte social pode ser provocada, quer por um fechar em si próprio destas pessoas quer por comportamentos demonstrados que repercutem falta de cooperação com o meio circundante.

Posição 4

Define os indivíduos melhor adaptados à sua condição de seropositividade, que reconhecem que o facto de se saberem contaminados introduziu mudanças positivas ao seu estilo de vida, sendo capazes de dar um sentido à sua vida. Estas pessoas evidenciam uma grande capacidade de auto-actualização e distinguem-se assim da posição 2 (eg. Frears & Schreider, 1981; Hopson, 1981).

Os parâmetros que estão subjacentes ao sujeito autopoiético são uma dimensão do sentido de vida bastante desenvolvida, bem como uma orientação interior dominante, sendo altamente criativos e manifestando uma preocupação existencial de solidariedade para com os outros seres humanos.

Embora a predominância seja de um índice de auto-actualização elevado o suporte social está também altamente desenvolvido não só a nível do que sentem receber dos outros, como também da vontade manifesta de o retribuírem, intervindo, assim, na comunidade e sociedade onde estão inseridos.

Dimsdale (1975) em Schlossberg (1981), (c.f. capítulo3) sugere que a adaptação dos indivíduos a situações de transição, pode ser avaliada não só pelo suporte social que sentem receber, mas também pelo suporte social

que podem efectivamente dar a outros. Viktor Frankl (c.f. capítulo 2) também especifica essa mesma constatação como um mecanismo de adaptação a situações de crise.

Concluimos que além destes indivíduos se sentirem bem com eles próprios, emerge neles e só neles, uma dimensão altruísta que não estava presente nos indivíduos pertencentes às outras 3 categorias.

As quatro posições operacionalizadas podem ser postas em paralelo com a interpretação da teoria de Maslow feita por Egan (c.f. capítulo 2). A primeira das posições referidas seria semelhante ao "D Style" caracterizada por uma insuficiência de recursos internos e externos que tornam o indivíduo incapaz de reagir a uma quebra homeostática.

A segunda posição reflectiria a M Style, ou seja aquilo que Maslow chama "Psychopatology of the average" o tipo de pessoas incluída nesta categoria lutam pela perpetuação homeostática recusando qualquer tipo de mudança evolutiva.

A quarta posição caracteriza o B style ou seja o indivíduo em auto-actualização que é representado na perspectiva de Agra no sujeito autopoético.

A terceira posição de Agra fica assim de fora nas interpretações de Egan, mas é referida por Maslow quando este sustenta que muitos artistas não sendo auto-actualizados possuem muitas das características desse estado. A criatividade é a dimensão mais eminente nestes indivíduos (Maslow, 1970) alheios muitas vezes ao meio que os cerca.

4.4.1 Definições operacionais

Ao longo deste trabalho utilizaremos uma nomenclatura que encerra determinadas características no contexto desta investigação as quais definiremos em seguida:

Adaptação à seropositividade-

Adequado funcionamento familiar, social e profissional, ausência de depressão, cooperação com a prevenção da sida, preocupação e ou envolvimento no bem-estar de outros seres humanos.

Toxicodependentes em recuperação - Indivíduos que utilizaram drogas injectáveis por período superior a um ano, e inseridos presentemente num programa de desintoxicação, com intenção de abandonar o uso de drogas. Foram escolhidos vários programas de desintoxicação com orientações teóricas e práticas diferentes.

Auto-actualização -Caracteriza o indivíduo capaz de estar em permanente evolução no desenvolver das suas potencialidades, abrangendo 4 parâmetros imprescindíveis à sua definição: Sentido de Vida (S.V.) Vida Criativa (V.C.) Orientação Interior (O.I.) e Dimensão Existencial (D.E.).

Sentido de Vida - Existência consciente de um propósito ou missão na vida da pessoa, que o faz orientar-se com destino à sua concretização.

Vida Criativa - Caracteriza-se pela presença de indicadores que apontam para uma produção original na vida do quotidiano do indivíduo.

Orientação Interior - É definida pela capacidade do indivíduo dar primazia ao seu julgamento, seus valores e ideais em detrimento da opinião dos outros e da sociedade.

Dimensão Existencial - Caracteriza o pensamento que a vida humana é finita, aceita a ansiedade da morte como um processo natural, e aceita o homem como essencialmente bom e capaz de introjectar conceitos dicotómicos como fazendo parte do seu eu.

4.4.2. As hipóteses do modelo

A introdução da crise que nesta investigação é "o saber consciente da seropositividade" vai provocar alterações que pretendemos estudar, identificando se possível as relações que levam aos 2 extremos depois da crise -A organização e a desorganização. "Quando as perturbações tendem a exceder a capacidade dos mecanismos de regulação, o sistema vive um período de sub-determinação, o que significa que tanto pode desintegrar-se como regredir ou progredir. O sistema entra em crise." (Epstein 1986, citado por Mota-Cardoso et al. 1988)

Verificamos, assim que a mesma situação (seropositividade) pode provocar reacções e experiências bastantes diferentes.

Os indivíduos seropositivos, que apresentam um maior grau de adaptabilidade e aceitação da sua condição, são indivíduos que terão uma tendência auto-actualizante mais desenvolvida que outros indivíduos nas mesmas circunstâncias, que não demonstram a mesma facilidade na adaptação à infecção. Por outro lado, os indivíduos que possuem um suporte social à sua condição de seropositivos e que não se sentem marginalizados por familiares, amigos e sociedade em geral, também tenderão a demonstrar

uma maior adaptação, menos revolta e melhor cooperação com tratamentos e prevenção da Sida e ou envolvimento em actividades que se preocupem de alguma forma com o bem estar de outros seres humanos.

Pretende-se ainda identificar comportamentos/ actividades e sentimentos que caracterizam a maneira construtiva de alguns indivíduos.

Hipótese Geral

Um indivíduo com tendência auto-actualizante e com um bom suporte social reagirá mais construtivamente ao impacto da seropositividade, reunindo as melhores condições de adaptabilidade.

-A adaptação à seropositividade (variável dependente) é função de:

1. variável. Ind. Tendencia auto-actualizante (sentido de vida, vida criativa e orientação interior, Dimensão existencial)
2. variável independente Suporte social

H1. O indivíduo adaptado à seropositividade demonstrará uma auto-actualização grande bem como suporte social, e um bem estar que se manifestará por ausência de depressão e preocupação com os outros, admitindo que a apesar da seropositividade houve mudanças positivas.

H2. O indivíduo menos adaptado terá a auto-actualização e suporte social mais reduzidos, evidenciando um grau de insatisfação e depressão.

H3. O indivíduo moderadamente adaptado apresentará oscilações dos dois parâmetros referidos, com níveis superiores ao da H2 e inferiores ao de H1, contudo sub-divididos em duas categorias sujeitas ao modelo atrás exposto. A categoria que corresponde à posição 2 apresentará suporte

social elevado e baixa actualização e a posição 3 apresentará valores inversos alta actualização e baixo suporte social.

A auto-actualização deverá ser ordenante por ordem crescente da primeira até à quarta posição.

Considerações finais

Neste capítulo, três atitudes foram identificadas no pós crise (saber da seropositividade), atitudes de indiferença, atitudes negativas e atitudes positivas. Constatamos que as primeiras fazem normalmente parte do processo lento de conscientização do verdadeiro significado da crise que depois se ramificarão em positivas ou negativas.

Encontramos na literatura vastas referências às atitudes negativas e poucas referentes às positivas, sabendo que quantitativamente as negativas se manifestam com mais frequência. Procuramos assim identificar os factores que emergiram na manifestação das atitudes positivas.

Da interrelação entre as considerações teóricas com os aspectos específicos da Sida, concluímos que a Auto-Actualização e Suporte Social são os factores essenciais que definem a pessoa adaptada à sua condição de seropositividade.

O nosso modelo interpretativo da adaptação do indivíduo seropositivo, vai assim ser testado em função das hipóteses levantadas. Este modelo enfatiza a interrelação da auto-actualização e do suporte social, e desta interrelação é que nos surge a auto-organização, conceito fulcral das

teorizações de Agra, a partir do qual avaliaremos a adaptação do sujeito seropositivo em quatro categorias.

Salientamos ainda que, por aquilo que foi exposto no modelo, só os indivíduos autopoieticos (categoria 4) é que podem ser considerados adaptados à seropositividade de acordo com a definição operacional proposta, atribuindo-se à categoria 1 a desadaptação e às restantes categorias graus menores de adaptabilidade.

Notas de fim de capítulo

- (1) ver capítulo 1 - Significado da ansiedade - May
- (2) Ver Frankl capítulo 2
- (3) Ver Rogers capítulo 2
- (4) Sobre Spikes ver capítulo 3 e Goldmeier (1987)

Capítulo 5

Os instrumentos de medida - elaboração e avaliação das suas qualidades psicométricas

Considerações Introdutórias

No capítulo anterior, foram levantadas as hipóteses a serem testadas pelo modelo previamente definido.

Neste capítulo, sub-dividido em dois momentos, apresentaremos, no primeiro, o estudo preliminar que antecedeu a investigação e a caracterização e justificação da escolha dos instrumentos de medida adequados ao modelo proposto para a avaliação da adaptação aos indivíduos seropositivos.

No segundo momento, procederemos à avaliação das qualidades psicométricas de dois instrumentos (Escala de Auto-Actualização e Escala de Suporte Social), explicando os procedimentos estatísticos utilizados na validação dos mesmos, sendo também caracterizados os outros instrumentos complementares utilizados na investigação.

5.1. Estudo preliminar

Após uma revisão da literatura constatou-se que a presença de alterações a uma reacção de crise podia não ser necessariamente negativa, mas até positiva (c.f. capítulos 2 e 3).

Na revisão bibliográfica efectuada sobre a mesma temática ligada à Sida encontramos diversas descrições em que a situação dramática da

doença obriga o indivíduo a reorganizar-se podendo mesmo dar origem a formas mais complexas e superiores. Essas vivências podem ser ilustradas com o seguinte excerto de um diário de um doente com Sida numa fase terminal."(...) A minha mais fervorosa esperança é que de alguma maneira eu tenha sido útil. Que a minha vida não tenha sido simplesmente um "vazio", como chegou a ser. Vivi mais e tive mais experiências nos últimos seis meses do que em todos os anos anteriores. Foram experiências maravilhosas e fiz coisas belas. Realmente aprendi muito sobre mim mesmo, mais do que esperava. Sou capaz de misturar tudo isso com fé e coragem porque não há outra alternativa. Preciso manter a confiança, agora que me aproximo da morte. A cada minuto procuro aprender mais sobre mim mesmo, sobre as minhas necessidades. Espero estar a fazer algo por mim mesmo, espero estar a atender essas necessidades, e não apenas a consciencializar-me delas. Apesar de tudo isso me ser benéfico, é como ... uma alucinação. E amor... Nestes seis meses cresci no sentimento de amor por mim mesmo e pelos outros, experiência que jamais teria se não tivesse contraído a Sida. Paradoxalmente, essa doença terminal tem sido a minha maior benção e um grande teste. Que se renova e se repete a cada dia." (Kubler-Ross, 1989; p. 169).

Este é apenas um, entre muitos, dos exemplos dados por Kubler Ross, da influência da seropositividade na mudança operada em alguns dos indivíduos afectados. Além de Kubler Ross também Costa et al. (1989) D. Miller (1988b), Tiblier et al. (1989), Blaney e Piccola (1987) e Vila-Real (1992) relataram mudanças positivas com a introdução da seropositividade (vide cap anterior).

O primeiro passo nesta investigação consistiu, assim, em conduzir entrevistas com indivíduos seropositivos toxicodependentes no sentido de testar as hipóteses levantadas. Este passo metodológico permite ao

investigador entrar em contacto directo com o objecto de estudo, familiarizar-se com ele e ver a melhor forma de o abordar (Poirier, Clapier-Valladon, & Raybaut, 1983).

Segundo Allen Barton e Lazarsfeld, (citados em Grawitz, 1986), os dados qualitativos levantam novos problemas, novas interrelações que a avaliação quantitativa não permite. Num exemplo concreto, o facto de ser ou não homossexual, na problemática da Sida, como aspecto contribuinte para problemas depressivos ou culpabilidade, colocam interrogações que surgem numa análise qualitativa daquela vivência do sujeito como:

- a) Aceitar-se ou não a si próprio naquela situação.
- b) Ter ou não aceitação familiar/social.
- c) Local onde está inserido e discriminação ou não a este grupo específico.

Por outro lado, os dados qualitativos revelam factos que obrigam a reflectir sobre costumes, comportamentos ou até linguagem utilizada pelos sujeitos. Um exemplo disto, é a linguagem típica usada pelos toxicodependentes. Muitas vezes um investigador faz face a uma diversidade de informações que é impossível converter estatisticamente, sendo no entanto, possível através da análise qualitativa, levantar novas e mais precisas hipóteses.

Dirigimo-nos então a um centro de tratamento de toxicodependência na cidade do Porto, com vista a nos serem facultadas entrevistas com toxicodependentes seropositivos.

Foi feito um pedido aos terapeutas, que seguem essas pessoas, que seleccionassem pelos menos dois casos que, na sua perspectiva terapêutica, fossem considerados "antípodas" no que se refere à capacidade de adaptação à seropositividade. Pretendíamos assim, ter um contacto mais



directo com as duas posições extremas de reacção à seropositividade enfatizadas no capítulo anterior(1).

Foram entrevistados 2 indivíduos seropositivos em tratamento no referido centro, os quais preenchiam o requisito de terem conhecimento do seu estatuto de seropositivos há pelo menos três meses (2). Um dos sujeitos do sexo masculino e outro do sexo feminino, pertencendo sensivelmente da mesma faixa etária (35 e 33 anos).

O primeiro caso retrata, segundo o critério dos terapeutas, uma situação em que a introdução da crise gerou uma regressão na capacidade adaptativa dessa pessoa. Tratava-se dum indivíduo do sexo masculino, de 35 anos, casado e pai de um rapaz de 6 anos. Tinha o 6º ano de escolaridade e estava empregado, como vidraceiro.

Encontrava-se em tratamento há algum tempo, vindo a registar melhoras no que se referia ao consumo de drogas e à estabilidade familiar. Assíduo às consultas, negava mais experiências com droga, desde o início do tratamento, e relatava uma compreensão grande da mulher (não toxicod dependente) na evolução do seu caso, vendo no seu filho um estímulo para abandonar definitivamente a toxicod dependência.

Tendo sido diagnosticado há cerca de seis meses como seropositivo ao HIV teve uma reacção negativa, deixando de aparecer por algum tempo às consultas, fechando-se em si próprio, sendo incapaz inicialmente de contar à mulher a sua situação, razão pela qual a evitava.

Na entrevista que me concedeu, apareceu com o seu filho (que estava a seu cargo nesse dia). Pediu-lhe que aguardasse na sala de espera enquanto falava comigo, tendo o cuidado de dizer à criança que : "não demoraria muito e que ficasse ali sentado, que ele vinha já ter com ele".

Aparentava grande ansiedade, não ficando quieto um só instante, repetindo constantemente:" que a vida se tinha desmoronado". Relatava um

enorme pavor de transmitir a doença ao filho e à mulher. Apesar de ter sido informado que, se mantivesse a prevenção sexual com o uso de preservativos no relacionamento conjugal, seria praticamente impossível a transmissão da infecção, fazia muitas perguntas já que via sempre a possibilidade de, involuntariamente, poder contagiar a sua família. Referia que tendo uma criança de seis anos em casa, partilhando o mesmo quarto de banho esta poderia pegar na sua escova de dentes, inadvertidamente, e quem sabe através disso contaminar-se.

Apesar de manter o emprego, ser trabalhador não conseguia ver alternativas viáveis para "poder viver". Questionado sobre os objectivos para a sua vida, dizia que a partir da sua seropositividade os tinha deixado de ter .

O outro caso, era de uma mulher de 33 anos separada, e com o mesmo grau de instrução, e na mesma faixa etária. Era a sua última consulta no Centro, pois tinha decidido ir viver para fora do Porto.

Não tinha profissão fixa e tinha feito um pouco de tudo, sobretudo quando casou e ficou a morar na Holanda. O seu marido era também toxicodependente, de nacionalidade holandesa, tendo-a abandonado quando tomou conhecimento do seu estado de seropositividade.

Não mantinha contactos com a sua família de origem desde que saíu de Portugal, sendo já nessa altura toxicodependente. Viajou por vários países da Europa, até se estabelecer em Amesterdão.

Falava com uma certa mágoa, mas aparentava uma tranquilidade e uma paz interior surpreendente, para quem parecia estar só no Mundo.

Falou então bastante do prazer que sentiu quando foi capaz de deixar definitivamente a droga e reencontrar-se com ela própria.

Nessa altura estabeleceu planos bem definidos para o futuro, os quais julga terem sido provocados pelo facto de saber da seropositividade. Sentindo-se recuperada da toxicodependência, decidiu mudar o seu estilo

de vida, estando de partida para uma pacata aldeia no Norte de Portugal (onde residem uns familiares seus) e espera poder dedicar-se ao cultivo da terra e ao contacto da natureza que só recentemente tinha "descoberto" que apreciava!

Sempre tinha vivido em grandes cidades, com todo o barulho e vida nocturna intensa e, como ela dizia, encontrava-se desligada das coisas mais simples que são dignas de se apreciar, sobretudo o poder ser, finalmente, ela própria com as suas qualidades e os seus defeitos .

Verificámos que a descoberta de novas experiências e uma aprendizagem constante sobre si mesmo, pode ser provocada pela introdução de uma crise, mas por outro lado julgamos requerer algumas características pessoais que possam estar latentes, pois, infelizmente, a vivência de muitos seropositivos não se torna tão positiva como a última descrita.

Observamos através destes dois casos, que, no primeiro, parece haver um certo suporte social, e mesmo assim o indivíduo não consegue encontrar o seu caminho, não havendo evidência de auto-actualização. O próprio indivíduo diz não ter nenhum objectivo para a sua vida. No segundo caso, apesar do diminuto suporte social, houve uma movimentação no sentido de crescimento interior dessa pessoa. Por estes dois relatos, encontramos maneiras diferentes de reagir e curiosamente nenhum deles parece representar as posições extremas, sugeridas pelo modelo teórico já delineado, mas sim as duas posições intermédias do mesmo modelo. É de salientar que no primeiro caso temos indicadores de baixa actualização mas, em contrapartida, uma boa estrutura de apoio social geral (família e terapia). No segundo caso, poucas referências ao suporte social e mais referências à capacidade de decisão interior e exploração de outras actividades que podem propiciar um bem-estar e uma dimensão existencial mais marcante.

5.2.Como investigar as hipóteses.

Para testar as hipóteses dentro do modelo exposto no capítulo anterior, necessitamos sobretudo de instrumentos para avaliar a auto-actualização por um lado e o Suporte Social por outro. É sobretudo através destes dois parâmetros que podemos aferir a capacidade de adaptação do sujeito à sua condição de seropositivo.

Partindo da justificação teórica do que significa ser auto-actualizante, no contexto humanista não só na perspectiva de Maslow mas também de Rogers, Frankl, May foram definidos como parâmetros referenciais a medir:

1. Sentido de Vida (S.V.)
2. Vida Criativa (V,C.)
3. Orientação Interior (O.I)
4. Dimensão Existencial(D.E.)

Esses parâmetros serão avaliados através de uma escala construída especificamente para tal fim.

O Suporte Social será avaliado adaptando a escala "Instrumental-Expressive Social-Support " (Lin, Dean & Ensel, 1986) e testando os indivíduos através desse instrumento.

No entanto, além daquelas duas dimensões, outras se nos apresentam como importantes para testar as hipóteses. A depressão é uma dimensão que nos pode ajudar a verificar a adaptação do sujeito. A colaboração na prevenção da Sida a terceiros deve também ser avaliada, bem como a manutenção das actividades profissionais por ser outro indicador importante na determinação do estilo de vida do sujeito. Além destes parâmetros, deve verificar-se a afiliação a organizações de carácter humanitário que pode ajudar a determinar o empenhamento do sujeito na intervenção social activa característica da adaptabilidade.

Reforçaremos com uma pergunta aberta aos indivíduos seropositivos, onde também procuraremos identificar comportamentos/actividades e sentimentos que caracterizam a maneira construtiva.

5.2.1 Justificação da escolha dos Instrumentos de medida

O primeiro instrumento escolhido visa avaliar a auto-actualização através de 4 dimensões (sentido de vida, vida criativa, orientação interior e dimensão existencial) tendo como referência os pressupostos teóricos que definem um ser auto-actualizado (concepção de Maslow, May, e outros, c.f. capítulo 2). Não havendo uma escala que correspondesse aos objectivos que nos propúnhamos medir, inspirámo-nos num instrumento de medida construído por Shostrom (1965), especialmente para avaliar auto-actualização -"P.O.I. Personal Orientation Inventory." No entanto, quer o conteúdo das perguntas quer o sistema de inventário, com duas alternativas de resposta e com cerca de 150 perguntas, é bastante diferente da escala por nós elaborada, composta por 5 alternativas de escolha para um total, na versão final, de 33 ítems. A presente escala apresenta ainda a vantagem de ser bastante abreviada e de fácil correção.

O segundo instrumento é uma escala destinada a avaliar o suporte social que o indivíduo tem tido nos últimos seis meses. Essa escala, o "Instrumental-Expressive Social-Support Scale", elaborada em 1981 por Lin Dean e Ensel e referida em Lin Dean e Ensel (1986) foi por nós reformulada e adaptada à população portuguesa.

A escolha desta escala deve-se essencialmente ao conteúdo das questões formuladas que é global, abrangendo áreas específicas, constatadas na falta de suporte social, referida por indivíduos seropositivos

ou já com Sida. São exemplos dessas situações: problemas financeiros, problemas de relacionamentos íntimos, relacionamentos afectivos próximos e relacionamentos sociais. A segunda razão prende-se com as análises estatísticas, já efectuadas relativamente a esta escala, as quais apontavam para uma escala com uma fiabilidade e validade bastante aceitáveis.

O terceiro instrumento utilizado foi o Inventário Depressivo de Beck já aferida para a população portuguesa por Vaz Serra e Abreu (1973) e Vaz Serra (1976). A escolha deste instrumento deveu-se, em primeiro lugar, ao facto de permitir uma discriminação entre existência ou não de depressão e possibilitando uma classificação em quatro categorias : inexistência de depressão e três graus de depressão: leve, moderada e grave. Em segundo lugar, por ser um instrumento de auto-preenchimento rápido, com instruções fáceis. O facto de ser um instrumento de auto-preenchimento apresenta a vantagem de avaliar como "*o doente se vê e sente e não como o médico o observa*" (Vaz Serra e Abreu, 1973; p. 625). Esta vantagem tem para esta investigação muito valor, pois pretendemos exactamente colher a auto-avaliação do doente e não a observância de critérios exteriores como aliás já justificamos na exposição do nosso modelo no capítulo anterior.

Tornou-se ainda necessário proceder a uma avaliação qualitativa, complementar aos instrumentos de medida referidos. Essa avaliação qualitativa foi efectuada através de uma pergunta aberta e respectiva análise de conteúdo.

Do ponto de vista desta investigação, interessa-nos, portanto, não somente uma recolha de dados quantitativos em relação a determinadas características psicológicas, mas sim dados qualitativos que nos permitam ver cada indivíduo na sua singularidade própria. Esta metodologia complementar permitirá a identificação dos comportamentos, atitudes e sentimentos que estão subjacentes a uma adaptação à seropositividade.

5.2.2 Caracterização dos instrumentos de medida:

Começaremos por caracterizar os instrumentos de medida que foram utilizados na sua versão final, para justificarmos, mais adiante, os passos que nos conduziram à selecção e apuramento dos itens finais.

5.2.2.1. Escala sobre Auto-actualização.

O instrumento elaborado para medir a auto-actualização abrange, como já referimos, 4 dimensões essenciais: Sentido de vida, Orientação Interior, Vida Criativa e Dimensão Existencial. Duas versões desta escala encontram-se em anexos, depois de várias retificações, fruto dos estudos efectuados. As perguntas foram elaboradas tendo subjacentes os conceitos teóricos que as representam, procurando-se uma formulação clara e acessível a vários níveis de escolaridade mas visando somente uma faixa etária de maiores de 18 anos. A versão final da escala de auto-actualização é composta na sua totalidade por 33 ítems: 9 ítems dedicados ao sentido de vida, 8 ítems à vida criativa, 9 ítems à orientação interior, e 7 ítems à dimensão existencial.

Será atribuída uma cotação de 1 a 5 para cada pergunta. 1. concordo muito, 2. concordo, 3. não tenho a certeza, 4. discordo, 5. discordo muito. Há concordância nos ítems de formulação negativa 1. corresponde a 1 etc. e com cotação convertida para os ítems de formulação positiva, correspondendo o 1 a 5, 2 a 4, 3 a 3, 4 a 2 e 5 a 1.

5.2.2.2 Escala de Suporte Social

A Escala de Suporte Social foi baseada, no "Instrumental-Expressive Social-Support Scale" (Lin et al. 1986). Esta escala, originalmente elaborada na língua inglesa, era constituída por 28 ítems. Os ítems da escala

procuram englobar problemas familiares, econômicos, satisfação profissional, etc. A versão inglesa foi testada, quanto à fidedignidade e validade, pelo coeficiente alfa (Grau de consistência interna) e correlacionados os itens individuais e score total com a depressão, tendo sido também conduzida uma análise factorial. Os resultados deste trabalho serão discutidos em pormenor quando forem apresentados os dados da presente investigação.

A versão portuguesa, é composta somente por 20 itens. Procurou-se fazer uma tradução adaptada à realidade portuguesa, mas mantendo-se sempre a ideia fulcral de cada pergunta, que foi seleccionada para esta escala. Sempre que possível as questões foram traduzidas na integra.

A escala é do tipo Likert, e as cotações são atribuídas de 1 a 5 conforme as alternativas de resposta.

Dado que a escala procura averiguar a frequência com que é importunado pela lista de problemas, 1. terá a cotação 1, 2. a 2, e assim sucessivamente até 5, (resposta que caracteriza a inexistência de problema no item que aborda). Uma pontuação mais alta nesta escala traduzirá um suporte social mais adequado.

5.2.2.3 O Inventário Depressivo de Beck (BDI)

O Inventário Depressivo de Beck é composta por 21 ítems, nos quais o sujeito tem que assinalar, entre as alternativas propostas, a que melhor se lhe aplica presentemente. A correcção efectua-se através de uma grelha com leitura da respectiva pontuação, consoante as alternativas escolhidas pelo inquirido. A soma do total das pontuações oferece um score que nos permite incluir em 4 categorias de depressão: inexistente, leve, moderada e grave (Vaz Serra, 1976)

5.2.2.4. Avaliação Qualitativa

Em função das características do modelo tratava-se de saber se a introdução da seropositividade teria desencadeado algumas mudanças positivas no estilo de vida do sujeito. Essa foi a pergunta aberta, que formulamos em primeiro lugar, para avaliação qualitativa: ("O facto de saber que é seropositivo introduziu com certeza mudanças na sua vida. Acha que apesar disso, houve mudanças que julga serem positivas? Se sim cite algumas.")

As respostas obtidas serão sujeitas a uma análise de conteúdo. Como já referimos anteriormente, a análise qualitativa através da pergunta aberta é complementar às avaliações quantitativas. Através dela, pretendemos reconhecer posturas diferentes dos inquiridos face à introdução da seropositividade. Em primeiro lugar, pretende-se verificar que sujeitos nos respondem negativamente à pergunta, ou não respondem, afirmando claramente que não sentiram mudanças positivas.

Seguidamente, naqueles que respondem afirmativamente, trata-se de identificar no seu discurso o tipo de mudanças positivas relatadas. Será que as mudanças sentidas se repercutem somente a nível pessoal ou haverá outro tipo de mudanças positivas reconhecidas, como a preocupação com a intervenção junto de outras pessoas, que transmite uma atitude altruística?

Além dessa pergunta, foi também questionada a afiliação a organizações com fins humanitários, pois, segundo Blaney e Piccola (1987), é outro mecanismo de adaptação à Seropositividade.

5.2.2.5. Outras questões relevantes:

O questionário global, apesar de anónimo, inclui ainda ítems, que nos permitem recolher dados sócio-demográficos dos sujeitos: idade, sexo, profissão, estado civil, instituição onde foi feito o rastreio, bem como os

comportamentos de risco assumidos anteriores à contaminação e ano da seroconversão.

Procura-se, também, avaliar se os seropositivos fazem a prevenção da propagação da Sida a terceiros, e se mantêm a sua actividade profissional.

-Avaliação quanto às medidas de prevenção à Sida. Foram efectuadas 3 perguntas com 5 alternativas de resposta (sempre ou quase sempre - muitas vezes - algumas vezes, -raramente - nunca). Era atribuída uma cotação máxima de 5 e mínima de 1, sendo a máxima correspondente à presença mais frequente de prevenção. As perguntas eram as seguintes:

- 1 Tenho relações sexuais sempre com a mesma pessoa
- 2 Uso Preservativo no relacionamento sexual com o parceiro
- 3 Recorro à prostituição .

- Por último os indivíduos eram questionados quanto à manutenção de actividade profissional: A pergunta era : "tem trabalhado regularmente" com 5 alternativas: nunca - raramente - algumas vezes -muitas vezes - sempre ou quase sempre. A pontuação varia de 1 a 5 sendo a pontuação mais alta para quem trabalha sempre ou quase sempre.

A versão final do questionário global encontra-se no anexo 3.

5.3. Elaboração da Escala de Auto-actualização

Para elaborar a referida escala procedeu-se a um estudo exploratório inicial através da condução de entrevistas em profundidade, semi-directivas.

As entrevistas semi-directivas podem constituir, independentemente do seu valor qualitativo, uma metodologia de apoio a avaliações

quantitativas (Grawitz, 1986). Procura-se através delas sondar interesses, definir termos conceptuais, verificar se determinados termos são compreendidos unilateralmente.

Nessa perspectiva, 15 sujeitos (na maioria estudantes, de ambos os sexos e com idades entre os 20 e 30 anos) foram questionadas no que respeita o significado das expressões: "sentido de vida", "vida criativa", "orientação interior" e "dimensão existencial". Foram pedidos exemplos de situações, comportamentos e sentimentos que caracterizassem esses conceitos.

Quanto ao termo auto-actualização houve uma certa ambiguidade na sua definição por parte dos inquiridos, no entanto, sub-dividindo essa definição nos 4 parâmetros que a caracterizam, conseguimos formas consensuais traduzindo os termos teóricos que a definem. Assim, Sentido de vida foi definido como sinónimo de "missão", "objectivo máximo", "propósito para viver", "interesse pela vida". Com respeito à Vida criativa, "criatividade" foi o termo mais assinalado, com repercussões nas mais diversas actividades desde o trabalho, ao lazer, à maneira de vestir, à capacidade de ser original, e aparecendo sugestões associadas à ausência de criatividade como gosto pela rotina. A orientação interior suscita a capacidade de auto-suficiência nas decisões a tomar, incompatível com forte influência por terceiros, ou com a pressão social. A dimensão existencial foi talvez a que mais dificilmente reuniu formas consensuais, tendo em vista a sua caracterização. Valores morais não religiosos, democracia, bondade do homem, e a importância do homem como ser único no mundo, foram algumas das definições propostas. A elaboração das perguntas desta categoria viriam a ser baseadas também nos constructos teóricos da corrente humanista, com especial ênfase de Maslow. Das quinze frases que

caracterizam um ser auto-actualizado, (c.f. capítulo 2) procuramos aquelas que melhor traduzem a dimensão existencial.

5.3.1 A validade do conceito

Como já foi amplamente discutido em capítulos anteriores, as dimensões emergentes a testar como sendo fulcrais na auto-actualização, surgiram de um estudo teórico aprofundado sobre a temática. A validade dos itens justifica-se assim teoricamente, pois a elaboração das perguntas prendeu-se inclusivamente com definições categóricas sugeridas por Maslow, como requisitos de auto-actualização e, nessa base, a escala construída procura ser fiel aos conceitos teóricos subjacentes.

O conceito básico de auto-actualização foi sub-dividido nas 4 dimensões centrais que o caracterizam, pois a melhor garantia que temos para cobrir um domínio que pretendemos testar, é sub-dividi-lo em vários sub-domínios e elaborar um número representativo de questões para cada um desses sub-domínios. (Cronbach, 1984; p. 145). Mais literatura foi consultada no que respeita à construção dos itens, seguindo-se orientações básicas para que as escalas elaboradas tenham a maior probabilidade de serem mais rigorosas. Foram utilizadas reformulações que permitem a substituição da ideia negativa, elaborando as questões afirmativamente, para não haver tendência repetitiva nas alternativas de resposta o que poderia induzir em erro a avaliação psicométrica da escala. Contudo, tivemos o cuidado de converter os resultados desses itens, de modo que as pontuações mais altas significam a presença mais acentuada das dimensões a avaliar.

5.3.2 Estudo exploratório, com resposta ao instrumento com reflexão falada.

Elaborou-se uma versão do instrumento (c.f. 2º questionário no anexo 1), que pretende avaliar a Auto-actualização abrangendo as quatro dimensões, com um total de 60 itens, sub-divididos em Sentido de vida (15 itens), Vida Criativa (14 itens), Orientação Interior (16 itens) e Dimensão Existencial (15 itens). Iniciou-se o estudo de reflexão falada, aplicando-se a Escala a 15 indivíduos, sendo 10 estudantes universitários de economia, com idades superiores a 20 anos, (4 do sexo masculino e 6. do sexo feminino), 2 indivíduos do sexo feminino com o 12º ano (26 e 19 anos) e ainda dois professores, um de nível secundário, sexo feminino 44 anos e dois de nível universitário, sexo masculino, 50 anos, e 66 anos.

Foram eliminadas algumas questões com base nos comentários efectuados pelos sujeitos. Assim relativamente à dimensão Sentido de Vida, eliminou-se o item 2.7.a. "Sinto que tiro pouco proveito das minhas capacidades," por ter sido considerada que nos indivíduos mais exigentes há sempre uma procura contínua e a sensação de não se estar a tirar pleno proveito pode induzir em erro. O item 2.11.a. "dedico-me pouco ao meu trabalho" como questão de avaliação de sentido de vida não foi considerada pertinente. Pode haver várias razões de ordem pontual que expliquem a não dedicação ao trabalho e que não sejam antagónicas à existência de um sentido de vida.

Quanto à dimensão da "Vida Criativa" retirou-se o item 2.10.b. "Conseguo expressar amor e afeição de diversas maneiras" - a pergunta era ambígua e podia significar relacionamento sexual, donde sentiram dificuldades de interpretação pouco relacionadas com a criatividade.

Relativamente à Orientação Interior foi eliminado o item 2.3.c. "Confio nos meus próprios recursos e potenciais", pois houve a interpretação de recursos a nível material, financeiro, que não se pretendia. O item 2.11.c. "tenho confiança nas minhas capacidades" foi retirado pois traduzia uma confiança em todas as capacidades, havendo a possibilidade de induzir várias interpretações. Também o item 2.15.c. "Preciso de ter sempre gente à volta pra me dizer o que fazer" foi eliminado pois está formulado de forma muito directa, facultando a possibilidade de falsear a resposta.

Quanto à Dimensão Existencial, somente o item 2.14.d. "Aprecio o belo e os valores estéticos" foi retirado, pois foi respondida igualmente por os 100% não oferecendo valor discriminativo.

Os restantes itens da escala foram mantidos para os estudos subsequentes de validade e fidedignidade.

5.4. Escala de Suporte Social

Escala de Suporte Social "Instrumental-Expressive Social-Support Scale" construída por Lin, Dean e Ensel em 1981 era originalmente constituída por 28 itens (Lin et al. 1986). A nossa preocupação não foi adaptar todos os itens de que a escala originalmente era composta, mas sim reformulá-la e seleccionar os mais adequados aos objectivos da presente investigação.

Os estudos efectuados por Ensel e Woelfel (Lin et al. 1986) revelaram que nem todos os itens que compunham a escala eram os mais representativos da definição de suporte social por eles proposta, com ênfase nas características de presença de laços sociais entre as pessoas que fornecem e recebem o suporte social. Dos 28 itens iniciais, os autores

selecionaram 12, que traduzem mais concretamente uma avaliação mais precisa do suporte social de acordo com a definição por eles proposta. Esses itens foram por nós utilizados, e também seleccionámos outros, que se prendem com situações de controlo exercidas por outras pessoas sobre eles, bem como itens que traduzem problemas financeiros. Por exemplo, não seleccionámos itens que expressavam preocupação com o tempo demasiado ocupado ou demasiadas responsabilidades pois, além dos povos de origem latina terem uma certa tendência a lamentar-se desse tipo, de situação, sem que ela traduza na realidade um problema, os estudos efectuados por Ensel e Woelfel (Lin et al. 1986) revelaram que um agrupamento de perguntas desse tipo que caracterizavam um factor depois da análise factorial, não eram os mais representativos da definição de suporte social inicialmente proposta (Lin et al.1986; p.145-146).

Após uma tradução cuidada dos itens seleccionados da referida escala recorreu-se à mesma metodologia utilizada na escala de auto-actualização submetendo os mesmos indivíduos a um estudo com reflexão falada.

Iniciou-se o estudo de reflexão falada, utilizando-se a mesma amostra atrás referida no ponto 5.3.2. pois a Escala de Suporte Social foi aplicada simultâneamente com a Escala de Auto-actualização. Com base na reflexão falada, não foram eliminados nenhuns itens mas apenas introduzidas pequenas modificações:

Alterou-se na adaptação da escala de apoio social o cabeçário, que originalmente era: "Segue-se uma lista de problemas que as pessoas às vezes tem. Gostaria que assinalasse com que frequência foi incomodado por esses problemas nos últimos seis meses." para "Segue-se uma lista de problemas que as pessoas frequentemente têm. Gostaria que assinalasse com que frequência foi incomodado por esses problemas nos últimos seis

meses." Esta alteração procurou assegurar que não é incomum a presença desses problemas, para que respondessem com franqueza ao maior número de situações que realmente pudessem sentir. Ainda na mesma escala, foi alterada a pergunta " ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que gostaria, "para " Ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer", dado que traduz mais precisamente e no presente a ideia pretendida. Reformulou-se uma pergunta que, por lapso, começava com " Não ter dinheiro suficiente para se governar, substituindo-se pela formulação das restantes perguntas semelhantes : " Ter falta de dinheiro suficiente para se governar" (c.f. anexo 1).

A escala deu assim origem a uma versão abreviada da escala original, a qual foi, posteriormente, sujeita a uma avaliação das suas qualidades psicométricas .

À medida que se utilizou a reflexão falada (com a população de 15 elementos já especificada) para os dois instrumentos citados, procedeu-se à apreciação global das restantes questões do questionário. Manteve-se a totalidade das questões que compunham a nossa primeira versão da escala.

5.5. Procedimentos estatísticos utilizados na validação dos instrumentos e sua justificação

Basicamente são três os objectivos destinados a validar a escala de auto-actualização: 1. apurar a validade dos itens através das correlações dos itens e da validade factorial, e 2. a validade empírica por contraste (referência a um critério) 3. a fidedignidade do instrumento.

A escala de Suporte Social foi sujeita aos mesmos estudos, com excepção de validade empírica por contraste.

Nesta primeira parte discutiremos teoricamente as escolhas dos procedimentos estatísticos que foram utilizados, para depois apresentarmos os resultados dos estudos das escalas separadamente.

5.5.1 A validade do Constructo

Depois da justificação teórica já referida na parte inicial deste capítulo, que também contribui para a validade dos itens, outros dois procedimentos foram escolhidos: correlação dos itens e análise factorial .

5.1.1.1 A validade dos itens - correlações

As correlações entre cada item e o total da escala é um dos procedimentos usados para eliminar itens que não são pertinentes à escala. No entanto, não devem ser eliminados unicamente por essa correlação, mas devem ser cuidadosamente estudados pois podem, por exemplo, precisar apenas de uma reformulação na construção das frases (Cronbach, 1984).

Os itens pertencentes à mesma sub-escala devem também correlacionar-se com os seus pares. Numa bateria, por exemplo pode acontecer que itens de uma sub-escala não se correlacionem com outros itens de outra sub-escala. Normalmente, este procedimento vem associado à análise factorial e devem correlacionar-se os itens dentro de cada factor (Tabachnick & Fidell, 1989).

Quando se utilizam procedimentos estatísticos parte-se de determinadas suposições que o modelo e as condições da sua medição exigem para que estes sejam válidos. Na maioria das vezes temos que

admitir que apenas temos suposições, dada a impossibilidade de satisfazermos todas as exigências (Siegel, 1977, p. 20)

A escolha de procedimentos paramétricos ou não paramétricos é basicamente feita em função do tipo de variáveis que dispomos. Dos quatro tipos de variáveis existentes - Nominais, ordinais, intervalares e de razão, analisamos o tipo de variáveis de que dispomos para podermos escolher os procedimentos estatísticos adequados para o estudo de validade e fiabilidade deste trabalho de investigação.

Dos quatro tipos referidos, os dois primeiros prestam-se à utilização de procedimentos estatísticos não paramétricos, enquanto que, para os 2 últimos, é apropriado o uso de procedimentos paramétricos.

Mantendo presente o tipo de variáveis nesta investigação, a escolha do tipo de coeficiente de correlação é também função dessa classificação.

Dado que as variáveis são ordinais para os dois instrumentos de medida, a utilização do coeficiente do Momento Pearson não seria adequado. Para observarmos a correlação dos itens com itens dentro dos factores e dos itens com o total das escalas, podemos utilizar o rho de Spearman ou o tau de Kendall com o mesmo poder de eficácia, 91%, quando comparado com o Momento de Pearson (Siegel, 1977, p. 251). Este procedimento permite ajudar na selecção dos itens a serem mantidos nas duas escalas (Ferguson, 1981; p. 427). A relação dos itens com o total da escala é o principal critério selectivo nesta etapa (Ferguson, 1981; Anastasi, 1968).

5.5.1.2 A Validade Factorial

A validade de constructo pode ser testada com auxílio da análise factorial. Esta análise tem como objectivo, agrupar em factores as variáveis que mais fortemente se correlacionam entre si. O pressuposto básico é que

correlações altas no mesmo factor estão a medir a mesma coisa (Cronbach, 1984).

Decidimos, pois, utilizar a análise factorial, método dos componentes principais, extractando as raízes maiores que um, pela solução varimax - rotação - ortogonal, que é a mais usada neste tipo de estudo, e de mais fácil interpretação. De realçar que o objectivo deste método consiste em simplificar os factores, aumentando a variância dos scores dentro dos factores entre as variáveis, de modo que, após a extracção, os valores altos são ainda mais aumentados e os mais baixos ainda mais diminuídos."The goal of varimax rotation is to simplify factors by maximizing the variance of the loadings within factors, across variables. The spread in loadings is maximized - loadings that are high after extraction become higher and loadings that are low become lower." (Tabachnick & Fidell, 1989, p. 628)

O tamanho da amostra para submeter a uma análise factorial para que possamos ter resultados fidedignos é sugerido por vários autores. Se uns sugerem 200 como um número razoável, uma regra simples é proposta para ajudar o investigador a procurar amostra de tamanho adequado em função das variáveis: 5 casos para cada variável, (Tabachnick & Fidell, 1989, p. 603). Por outro lado, o número de factores adequados, extraídos dum análise factorial pela solução varimax, componentes principais, para uma amostra grande e com um número de variáveis inferior a 40, deve também estar compreendido entre a divisão por 3 e por 5 do total de variáveis que dispomos (Tabachnick & Fidell, 1989, p. 635). A inclusão dos itens que definem um factor são considerados passíveis de interpretação quando os seus valores (loadings) são iguais ou superiores a 0,30. Comrey em (Tabachnick & Fidell, 1989, p. 640) sugere que valores iguais ou superiores a 0,71 são excelentes, 0,63 muito bons, 0,55 bons, 0,45 razoáveis e 0,32 pobres, sendo a escolha do valor mínimo aceitável determinada pelo

investigador. Todos estes parâmetros foram tomados em consideração nos estudos feitos com as escalas que apresentaremos na secção 5.6.

5.5.2. Validade Exterior

A validade exterior pode ser testada de diversas maneiras, sendo uma das mais comuns a validade com referência a um critério. Uma das maneiras de o fazer em testes de personalidade é recorrer a grupos de contraste. "A validação pelo método dos grupos de contraste exige geralmente um critério composto, que reflecte as influências selectivas cumulativas e não controladas do dia a dia."(Anastasi, 1968; p. 129)

O nosso instrumento de medida, utiliza variáveis ordinais, que é uma das variáveis frequentemente usadas em psicologia. (Ferguson, 1981). Este tipo de variável permite ordenar a classificação dos resultados obtidos em relação a um atributo, partindo de uma pontuação mais baixa para mais alta ou vice-versa. Nesta investigação, dispomos de 2 instrumentos de medida, cada um contendo ítems com 5 alternativas, oscilando os seus valores entre 1 e 5 e não havendo resultados intermediários.

O "t test" e a análise de variância são os procedimentos mais utilizados como medidas de significância para uma população em que a distribuição é normal, sendo estes procedimentos paramétricos, adequados a utilizar em variáveis intervalares, e de razão (Ferguson, 1981). No caso de variáveis ordinais, exigindo uma abordagem não-paramétrica o teste da Mediana é um procedimento correspondente adequado, havendo diversas fórmulas que podem ser utilizadas. "A estatística mais adequada para a descrição da tendência central dos valores de uma escala ordinal é a mediana, pois a mediana não é afectada por modificações de quaisquer valores, abaixo ou acima dela, desde que o valor acima e abaixo permaneça

o mesmo...."A Mediana é utilizada para se verificar os dados positivos que se encontram acima dela, e os negativos que se encontram abaixo desta medida de tendência central, para os grupos que se pretendem comparar. A Hipótese nula é que as populações a serem testadas tenham a mesma distribuição.

Uma prova não paramétrica de muita utilidade em psicologia é a prova U de Mann-Whitney, a qual utiliza como base a soma em vez das médias e serve para comprovar se dois grupos independentes foram ou não extraídos da mesma população (Siegel, 1977). A hipótese pode ser ou não direccional, isto é, um grupo tem pontuação mais alta que o outro ou pode ser apenas diferente não se especificando o sentido dessas diferenças. No presente trabalho de investigação a hipótese é direccional.

Quando o tamanho da amostra é grande, mesmo tratando-se de variáveis ordinais, há uma tendência para a distribuição ser normal, o que significa que poderia ser adequado o uso de procedimentos paramétricos para análise estatística no tratamento de dados, desde que fossem respeitados outros parâmetros necessários para o estudo ser válido, ver (Siegel, 1977, p. 20-21). Hoje em dia há uma forte polémica que divide os cientistas do comportamento relativamente ao uso de procedimentos estatísticos paramétricos para escalas ordinais (Boneau, 1971).

No entanto dada toda a polémica e em virtude de termos uma amostra considerada grande, cuja fórmula ($gl = N_1 + N_2 - 2 \geq 30$) é aplicável faremos paralelamente o t test para compararmos os resultados.

5.5.3. A Fidedignidade, fiabilidade ou precisão dos instrumentos

Independentemente do conteúdo que um teste mede, a fidelidade, fidedignidade ou precisão refere-se "à consistência de resultados obtidos pelos mesmos indivíduos em diferentes oportunidades ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes" (Anastasi, 1968; p. 84) a fiabilidade preocupa-se se a medição que esse teste faz obtem sempre os mesmos resultados para aquela população, ou seja se o instrumento mede sempre a mesma coisa.

A fidelidade de um teste pode ser obtida de diversas maneiras sendo bastante comum através do grau de consistência interna, mais vulgarmente conhecido pelo "coeficiente alfa".

Para obtermos o coeficiente alfa de Cronbach há vários procedimentos diferentes susceptíveis de se seguir. Podemos trabalhar a partir das variâncias dos componentes, ou através das variâncias das colunas dos itens. Por outro lado, podemos fazer a precisão das metades, que consiste em dividir o teste em duas partes, normalmente itens pares ou itens impares, e obter o score nas duas metades, comparando-os seguidamente, ou ainda recorrer à utilização de uma das fórmulas de Kuder-Richardson 20 ou 21; ou, ainda, finalmente, através da fórmula de Spearman-Brown.

A escolha da metodologia mais adequada prende-se com as exigências de alguns dos procedimentos, por exemplo o teste das metades não deve ser usado no caso de testes de rapidez (Ferguson, 1981, p. 438)

Outro exemplo são as fórmulas de Kuder-Richardson que não servem no presente trabalho, devido a termos 5 alternativas de resposta nos

dois instrumentos de medida. As referidas fórmulas só são adequadas para testes cujas variáveis são dicotómicas.

Optámos por trabalhar através das variâncias das colunas, pois pareceu-nos a metodologia mais adequada e de mais fácil utilização, com a aplicação da fórmula:

$$a_k = K (1 - d/c) / (K - 1)$$

K= número de itens

d= somatório das colunas das variâncias dos itens

c= variância do score total da escala

(Cronbach, 1984; p.170)

Em resumo, quatro procedimentos foram utilizados para o estudo da Fidelidade e Validade , nas duas escalas:

1. Validade do Constructo pela Análise Factorial
2. Correlação de Kendall item com escala, item com item em cada factor.
3. Validade de Contraste efectuada entre dois grupos, através da prova de Mann-Whitney e o t test.
4. Grau de Consistência Interna através Coeficiente de Alfa.

5.6. Apresentação dos resultados da Validação das Escalas.

5.6. 1. Resultados da Escala de Auto-Actualização

5.6.1.1.Caracterização da amostra geral

A amostra geral era constituída por 200 indivíduos e composta por 3 sub-amostras que mencionaremos seguidamente: normal (144 indivíduos), auto-actualizada (29) e psiquiátrica (27). Aos duzentos indivíduos, foi administrada a Escala de Auto-Actualização. Procurou-se uma amostra geral com representação dos dois sexos, todos com idade superior a 18 anos. Quanto ao nível de escolaridade sub-dividimos em duas categorias as pessoas testadas: a primeira categoria quando referiram um tempo de escolaridade igual ou inferior a 4 anos e a segunda, quando referiam uma escolaridade superior a 4 anos. (Cf. Quadro 5.1)

Quadro 5.1- Amostra Geral

SEXO	N	%	IDADE	N	%	ESCOLAR.	N	%
F	99	49,5	18 - 24	129	64,5	≤ 4 anos	13	6,5
M	101	50,5	>25	71	35,5	> 4 anos	187	93,5

Amostra da População Normal

A população considerada "normal" era constituída por 134 estudantes universitários de várias instituições de ensino da cidade do Porto. Aplicou-se, ainda, o instrumento de medida a uma amostra reduzida de 10 pessoas, pertencentes à freguesia de Lordelo do Ouro - Porto, com idades entre os 30 e 40 anos e cujo nível de escolaridade não excedia os 4 anos, para 9 pessoas, sendo 4 do sexo masculino e 6 do sexo feminino, com o intuito de obter uma amostra para o grupo normal, semelhante em percentagem, no que se refere à escolaridade e idade, às que foram obtidas para os grupos psiquiátrico e auto-actualizado. A amostra era representada por 72 indivíduos do sexo feminino e 72 indivíduos do sexo masculino. (Cf. quadro 5.2)

Quadro 5.2- Amostra da População Normal

SEXO	N	%	IDADE	N	%	ESCOLAR.	N	%
F	72	50	18 - 24	120	83,3	≤ 4 anos	9	6,2
M	72	50	>25	24	16,7	> 4 anos	135	93,8

Amostra da População Auto-actualizada

Esta população foi representada por 29 indivíduos sendo 16 do sexo feminino e 13 do sexo masculino (Cf quadro 5.3). Tal amostra não clínica, foi escolhida através dos seguintes critérios: a) ausência de antecedentes psiquiátricos, b) não utilização de medicamentos psicotrópicos, c) ajustamento profissional e d) demonstração de uma preocupação humanitária. A amostra era constituída por 10 indivíduos, Voluntários da Cruz Vermelha delegação do Porto e 10 indivíduos voluntários da Liga Portuguesa contra o Cancro, cujo nível de escolaridade para a maior parte

da amostra era superior a 4 anos. Optou-se por escolher voluntários deste tipo de organizações, pois, teoricamente, devem constituir um grupo mais auto-actualizado do que uma população sem estas características. Com efeito, trata-se indivíduos, que além do exercício normal das suas profissões se mantêm em regime de voluntariado, trabalhando sem remuneração, demonstrando, assim, uma preocupação humanitária superior. Os restantes 9 indivíduos foram seleccionados por julgamento clínico tendo sido feita a sua selecção por psicólogos, atendendo aos critérios anteriormente citados.

Quadro 5.3 - Amostra da População Auto-actualizada

SEXO	N	%	IDADE	N	%	ESCOLAR.	N	%
F	16	55,1	18 - 24	2	6,9	≤4 anos	2	6,9
M	13	44,8	>25	27	93,1	> 4 anos	27	93,1

Amostra da População Psiquiátrica

A população psiquiátrica era constituída por 27 indivíduos, sendo 16 do sexo masculino e 11 do sexo feminino (cf. quadro 5.4). Tal população foi escolhida em consulta psiquiátrica com diagnósticos de neuroses depressivas ou ansiosas na sua maioria, não tendo sido considerados os indivíduos com diagnósticos de perturbações graves como, por exemplo, a Esquizofrenia. Nesta amostra, 17 indivíduos eram seguidos em ambulatório, no Hospital Magalhães de Lemos, e 10 em consulta psiquiátrica particular, num consultório médico no grande Porto.

Quadro 5.4 - Amostra da População Psiquiátrica

SEXO	N	%	IDADE	N	%	ESCOLAR.	N	%
F	11	40,7	18 - 24	7	25,9	≤ 4 anos	2	7,4
M	16	59,3	>25	20	74,1	> 4 anos	25	92,6

Convirá referir que a especificação da amostra não inclui os questionários das três populações os quais foram eliminados por falta de preenchimento de dados do cabeçário ou por haver mais de 2 itens não respondidos em cada escala. Assim, 6 questionários foram eliminados de um total de 150 iniciais, 1 foi eliminado num total de 30 iniciais e 3 foram eliminados num total de 30 iniciais, respectivamente nas amostras normal, actualizante e psiquiátrica.

5.6.1.2 Validade do constructo

A validade de constructo desta escala foi efectuada por justificação teórica (vide cap 2 e início deste capítulo) e por correlações dos itens dentro de cada dimensão, itens com o total da escala, análise factorial e correlações dos itens com o total da escala e dos itens com itens, dentro de cada factor.

Sendo a escala muito vasta e tendo sido as questões elaboradas por áreas específicas que se esperava no todo medirem a auto-actualização, iniciámos o estudo determinando as correlações entre os itens que constituíam cada sub-escala que teoricamente tínhamos elaborado (sentido de vida, vida criativa, orientação interior, dimensão existencial), com o objectivo de reunir os itens que dentro de cada dimensão melhor a

definissem. Mantivemos para as quatro sub-escalas somente os itens que apresentavam correlações significativas com os restantes itens em cada dimensão, efectuadas pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall.

- Validade da correlação item com a sub-escala respectiva

Apresentamos, seguidamente, os 4 quadros que se referem a cada uma das sub-escalas. De salientar que não incluímos os valores dos itens que já foram eliminados quando da reflexão falada. (Cf 5.5, 5.6, 5.7 e 5.8)

Sentido de Vida

Tendo já eliminado os itens 2.7 a e 2. 11 a pelo estudo de reflexão falada apresentamos no quadro 5.5 os resultados das correlações por postos de Kendall dos restantes itens para a sub-escala de Sentido de Vida. O valor considerado é o valor de Z, cujo valor tem que ser igual ou superior a 1,56 para a probabilidade ser pelo menos igual a 0,05. Apesar de todos os itens se correlacionarem significativamente com o sub-total da escala, a correlação entre os itens não é significativa para todos eles .

Verificamos que não se correlacionam os ítems: 2.2 a, 2.5 a, 2.10 a e 2.15 a, razão pela qual os eliminamos.

Vida Criativa

Nesta sub-escala, o item 2.10b já tinha sido eliminado por reflexão falada.

Todos os itens também se correlacionam com o total significativamente, no entanto os itens 2.1.b, 2.2.b, 2.3.b, 2.4.b. 2.7.b. 2.14.b

foram eliminados por não corresponderem a uma correlação significativa de pelo menos 0,05 com os restantes itens (c.f. quadro 5.6).

Orientação Interior

Esta dimensão, teve três itens eliminados quando da reflexão falada que foram os itens 2.3.c, 2.11.c, 2.15.c. Como podemos observar pelo quadro 5.7, sentimos a necessidade de retirar da referida sub-escala outros três itens (2.1c, 2.6.c, 2.9.c) cujos resultados das correlações com outros itens não eram satisfatórias.

Dimensão Existencial

A esta sub-escala tinha sido retirado o item 2.14.a na primeira análise de reflexão falada. No entanto, constatámos que muitos dos itens não se correlacionavam entre si e eliminamos sete itens, que foram 2.7.d, 2.8.d, 2.9.d, 2.10.d, 2.11.d, 2.12.d, 2.15.d. (c.f. quadro 5.8).

Quadro 5.5 Correlação dos itens da sub-escala Sentido de Vida (S.V.)

	2.1 a	2.2 a	2.3 a	2.4 a	2.5 a	2.6 a	2.7 a	2.8 a	2.9 a	2.10 a	2.11 a	2.12 a	2.13 a	2.14 a	2.15 a
2.1 a															
2.2 a	5,791														
2.3 a	8,304	5,581													
2.4 a	4,643	2,762	6,415												
2.5 a	2,519	2,296	1,798	3,97											
2.6 a	3,137	3,976	3,799	3,452	6,036										
2.7 a															
2.8 a	5,142	4,785	7,745	4,408	0,265	4,819									
2.9 a	5,176	2,128	4,737	3,374	-0,863	2,343	7,424								
2.10 a	5,179	7,169	4,324	6,513	4,79	6,146	5,657	2,293							
2.11 a															
2.12 a	6,416	2,835	6,624	5,31	1,111	4,665	9,36	6,262	4,531						
2.13 a	4,631	1,921	2,457	5,1	2,346	4,427	3,593	4,988	5,439	8,133					
2.14 a	2,945	0,638	4,308	3,196	0,386	4,38	5,937	4,817	2,502	4,555	1,752				
2.15 a	3,063	3,472	2,733	1,327	-4	1,42	5,757	3,649	0,126	4,619	0,91	2,793			
SV	10,444	7,603	10,241	8,617	3,764	8,471	12,696	10,208	9,075	12,037	8,191	7,103	7,435		
TOTAL	7,949	5,502	7,521	8,788	3,193	6,843	8,401	6,997	7,168	9,318	7,014	7,198	4,139		

Quadro 5.6. Correlação dos itens da sub-escala Vida Criativa (V.C.)

	2.1 b	2.2 b	2.3 b	2.4 b	2.5 b	2.6 b	2.7 b	2.8 b	2.9 b	2.10 b	2.11 b	2.12 b	2.13 b	2.14 b
2.1 b	—													
2.2 b	-1,278	—												
2.3 b	4,053	3,029	—											
2.4 b	4,495	0,907	4,013	—										
2.5 b	-0,296	2,552	6,447	1,101	—									
2.6 b	3,334	-1,826	5,512	2,799	4,114	—								
2.7 b	-0,106	2,492	0,546	1,483	1,978	0,199	—							
2.8 b	5,05	1,137	5,312	3,739	4,582	4,887	5,207	—						
2.9 b	3,597	2,828	3,679	1,518	5,835	6,342	3,282	7,666	—					
2.10 b										—				
2.11 b	2,312	0,894	-0,174	1,748	1,317	2,52	1,752	6,972	7,834		—			
2.12 b	5,622	-0,406	6,343	1,475	3,132	6,647	0,747	4,846	6,715		1,597	—		
2.13 b	3,952	-0,553	4,104	2,134	1,736	7,122	1,085	3,935	4,739		4,596	6,938	—	
2.14 b	3,916	0,096	5,916	0,058	3,77	3,055	0,527	2,227	6,476		-2,31	4,9	4,4	—
VC	7,002	5,036	9,402	6,412	8,676	8,004	6,263	10,717	11,249		7,435	9,279	7,645	6,742
TOTAL	4,854	1,641	4,997	4,507	4,377	8,17	3,693	10,57	10,699		8,343	7,6	7,183	5,699

Quadro 5.7 Correlação dos itens da sub-escala Orientação Interior (O.I.)

	2.1 c	2.2 c	2.3 c	2.4 c	2.5 c	2.6 c	2.7 c	2.8 c	2.9 c	2.10 c	2.11 c	2.12 c	2.13 c	2.14 c	2.15 c	2.16 c
2.1 c	—															
2.2 c	2,327	—														
2.3 c	—	—	—													
2.4 c	1,646	7,049	—	—												
2.5 c	0,507	6,015	—	6,289	—											
2.6 c	4,42	5,538	—	7,441	3,179	—										
2.7 c	2,968	3,83	—	1,342	4,373	-0,795	—									
2.8 c	1,076	6,616	—	5,6	4,943	3,165	1,53	—								
2.7 c	-1,03	1,475	—	-1,55	-0,633	-1,319	3,752	2,252	—							
2.10 c	0,907	6,13	—	5,113	5,27	2,934	4,136	4,502	0,0328	—						
2.11 c	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2.12 c	1,223	4,968	—	4,398	4,16	3,966	2,956	3,324	3,792	5,794	—	—	—	—	—	—
2.13 c	2,396	3,72	—	3,93	3,439	3,835	1,616	4,009	3,217	3,62	—	3,692	—	—	—	—
2.14 c	0,727	3,225	—	2,344	1,473	0,797	3,735	3,02	4,741	3,723	—	3,157	7,264	—	—	—
2.15 c	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2.16 c	4,862	2,615	—	2,875	1,895	4,366	2,447	4,302	3,685	1,305	—	4,011	10,031	9,051	—	—
IO	4,933	11,197	—	10,183	8,547	7,748	6,936	8,371	4,964	8,945	—	9,133	8,364	7,419	—	6,835
TOTAL	5,046	8,535	—	7,738	5,219	6,585	4,655	5,143	4,138	5,795	—	6,8	8,93	7,891	—	9,345

Quadro 5.8 Correlação dos itens da sub-escala Dimensão Existencial (D.E.)

	2.1 d	2.2 d	2.3 d	2.4 d	2.5 d	2.6 d	2.7 d	2.8 d	2.9 d	2.10 d	2.11 d	2.12 d	2.13 d	2.14 d	2.15 d
2.1 d															
2.2 d	6,189														
2.3 d	5,901	4,443													
2.4 d	5,993	3,165	4,105												
2.5 d	2,581	1,801	0,676	5,787											
2.6 d	3,708	2,118	2,638	4,724	5,299										
2.7 d	2,264	3,55	3,758	5,094	5,558	4,635									
2.8 d	1,456	3,393	4,421	2,674	-1,5833	2,415	1,631								
2.9 d	1,443	1	-1,454	-0,845	-1,566	1,738	-1,102	1,528							
2.10 d	0,75	-0,822	0,03	-0,991	1,491	-1,425	-0,277	0,885	-1,571						
2.11 d	0,917	4,431	3,235	1,629	2,497	-1,4	2,757	3,312	-2,676	1,142					
2.12 d	3,089	2,627	1,31	6,89	3,449	3,635	3,162	0,153	0,691	-1,957	0,155				
2.13 d	4,147	4,45	4,577	3,958	3,7	5,28	6,052	0,39	-0,809	0,651	-0,398	4,977			
2.14 d															
2.15 d	0,289	4,16	4,336	0,632	0,041	0,934	4,04	3,579	-2,041	1,353	4,995	0,174	0,721		
DE	8,102	8,51	8,167	7,963	6,12	7,768	8,684	7,101	2,468	4,83	5,469	5,704	7,95		7,207
TOTAL	4,958	8,564	6,465	5,055	4,549	4,219	8,726	5,767	0,285	0,588	5,087	4,046	6,249		7,714

Depois deste trabalho parcelar, em que analisámos as correlações dos itens entre si, e seguidamente reaváliamos o valor das questões, retirámos 27 itens do total da escala. Vários manuais de psicometria aconselham, na construção de novos testes psicológicos, a serem formuladas sensivelmente o dobro das perguntas com as quais pretendemos ficar na versão final. Obtivemos assim um resultado dentro desta orientação.

Por questões de ordem prática, a primeira versão da escala apresentava numerações identificáveis para cada dimensão, por as letras **a**, **b**, **c** e **d** sendo numerada independentemente para cada uma delas. Depois de eliminados os itens que não pertenceriam à versão final, optou-se por ordenar os itens de 1 a 33, sem letras que demarcassem a sub-escala a que pertenciam. Para mais fácil identificação relativamente aos itens citados anteriormente, apresentamos a escala onde figura a lista de equivalências da numeração dos itens. Em primeiro lugar, aparece a numeração da versão final e entre parêntesis a numeração original que pode ser consultada (vide anexo 2). Passaremos, a partir de agora a referir os itens que ficaram seleccionados após as correlações efectuadas, com uma ordem sequencial numérica, sem a identificação das letras que caracterizavam a sub-escala.

-Validade de Correlação Item-escala

O segundo passo da validade de constructo constou em efectuar as correlações dos 33 itens seleccionados com o total da escala.

Apresentamos seguidamente o valor de Z das correlações dos 33 itens que compõem a versão final da escala, com o total da mesma obtido pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall.(C.f. Quadro 5.9)

Quadro 5.9- correlações dos 33 itens com o total da escala

itens	Valor de Z pelo Coeficiente de Kendall	itens	Valor de Z pelo Coeficiente de Kendall
1	8,395	18	7,83
2	8,363	19	5,79
3	8,081	20	4,249
4	6,97	21	5,696
5	9,543	22	6,672
6	7,86	23	7,125
7	10,309	24	9,668
8	6,322	25	7,541
9	7,426	26	9,373
10	3,699	27	5,877
11	7,863	28	9,51
12	9,945	29	7,087
13	10,143	30	4,814
14	8,733	31	4,235
15	6,844	32	3,722
16	7,18	33	7,039
17	9,437		

Nota: como a amostra é maior que 10 considera-se o valor de Z em vez do tau de Kendall. Todos os valores de Z superiores a 3,6 correspondem a um valor de p igual ou inferior a 0,0001.

-Validade Factorial

Com esta versão da escala fizemos uma análise factorial da escala geral com os itens apurados .

Considerando que o tamanho da amostra deve depender do número de variáveis a testar, segundo a fórmula previamente citada na secção anterior (Tabachnick & Fidell,1989, p. 603), para os 33 itens, 165 seria um número razoável. Optamos, no entanto, por uma amostra ligeiramente maior, de 200 indivíduos. Aplicou-se à amostra geral (ver quadro 5.1) a versão final da escala e procedeu-se a uma análise factorial dos resultados obtidos pelo método de análise dos componentes principais com transformação ortogonal solução varimax.

Foram extraídos 9 factores com valores próprios (eigenvalue) superior a 1 sendo 57,4 a percentagem de inércia explicada pelos factores retidos. O número de factores adequados, extraídos numa análise factorial, pela solução varimax, componentes principais para uma amostra grande e com um número de variáveis inferior a 40, foi de 9, ficando compreendido entre 6,6 e 11, valores sugeridos na discussão teórica sobre os procedimentos estatísticos (Tabachnick & Fidell, 1989, p. 635).

Após a rotação ortogonal solução varimax observámos a distribuição apresentada no quadro 5.10.

Quadro 5. 10 -Transformação Ortogonal - Solução Varimax

Itens		Fact 1	Fact 2	Fact 3	Fact 4	Fact 5	Fact 6	Fact 7	Fact 8	Fact 9
Sub-Escalas	17	0,658	0,037	0,242	0,009	0,221	0,025	0,063	0,085	0,008
	18	0,615	0,079	0,005	0,085	0,126	-0,08	0,084	0,048	0,177
O.I.	19	0,639	0,078	0,053	0,048	-0,107	-0,064	0,012	-0,086	0,089
	21	0,623	0,077	0,004	0,176	0,037	0,059	-0,07	0,343	-0,25
	22	0,602	0,09	0,149	0,045	-0,059	-0,102	-0,136	-0,134	0,252
	23	0,496	0,189	-0,054	0,069	0,307	0,04	0,094	-0,352	0,155
S.V.	1	0,049	0,691	0,215	0,098	-0,07	-0,02	0,176	0,118	-0,15
	2	0,005	0,700	-0,009	0,031	0,145	0,063	0,294	0,025	0,107
	3	-0,022	0,371	0,146	0,357	0,310	0,218	-0,232	0,068	0,136
	4	0,027	0,492	0,143	0,238	-0,075	0,159	-0,043	-0,425	0,04
	5	0,217	0,648	0,021	-0,028	0,087	0,015	-0,028	0,072	0,307
	6	0,143	0,456	0,025	0,094	0,021	-0,123	0,037	0,508*	0,261
	7	0,307	0,613	-0,053	0,286	0,098	0,143	-0,041	-0,087	0,193
	8	0,048	0,347	0,137	0,668*	-0,087	-0,114	-0,203	0,075	-0,64
V.C.	11	0,127	0,052	0,591	0,112	0,222	0,001	0,174	0,026	-0,07
	15	0,154	-0,32	0,716	0,006	0,195	0,284	-0,057	0,061	-0,047
	16	-0,018	0,046	0,679	0,164	0,101	-0,123	0,138	0,025	0,361
	20	0,278	0,047	0,506	0,193	-0,347	-0,7	-0,198	-0,231	-0,071
O.I.	24	0,151	-0,026	0,071	0,616	0,042	0,033	0,233	0,094	0,419
	25	0,221	-0,083	0,031	0,714	0,126	0,183	0,101	0,008	0,034
	26	-0,01	0,284	0,216	0,567	0,148	0,009	0,301	-0,084	-0,094
V.C.	10	-0,074	-0,015	0,115	0,021	0,741	-0,019	-0,06	0,018	-0,097
	12	0,323	0,184	0,155	0,085	0,568	0,118	-0,035	-0,06	0,058
	13	0,383	0,099	0,232	0,231	0,543	-0,111	0,042	0,076	0,197
	14	0,290	0,307	0,158	0,072	0,324	-0,156	0,089	0,033	0,409*
D.E.	31	-0,169	-0,109	0,125	0,011	-0,047	0,640	0,07	0,244	0,199
	32	0,006	0,006	-0,037	0,047	0,02	0,770	0,039	-0,147	-0,106
	33	-0,019	0,204	0,098	0,164	0,017	0,404	0,162	0,508*	0,004
D.E.	27	-0,055	0,216	0,044	0,152	-0,225	-0,056	0,713	0,014	-0,001
	28	0,301	0,290	0,211	-0,09	0,109	0,022	0,569	0,224	0,125
	29	0,059	0,536*	-0,199	-0,005	0,053	0,039	0,401	0,068	-0,05
	30	-0,257	-0,011	0,155	0,228	0,145	0,322	0,455	-0,203	0,106
	9	0,267	0,172	0,045	0,039	-0,046	0,102	0,011	0,033	0,703
Valores Próprios		6,296	2,706	2,154	1,589	1,388	1,307	1,211	1,161	1,124
Variância Original		19,1%	8,2%	6,5%	4,8%	4,2%	4,0%	3,7%	3,5%	3,4%
Variân. Acumulada		19,1%	27,3%	33,8%	38,6%	42,8%	46,8%	50,5%	54,0%	57,4%
Variân. Explicada		16,8%	17,3%	11%	11,9%	10,3%	8,5%	9,2%	6,8%	8,3%

A inclusão dos itens que definem um factor são considerados passíveis de interpretação quando os seus valores (*loadings*) são iguais ou superiores a 0,30. Apresentaremos, concomitantemente, a correlação de todos os itens que definem cada factor pois em regra este procedimento vem associado à análise factorial, devendo correlacionar-se entre si os itens que definem cada factor (Tabachnick & Fidell, 1989). As correlações foram efectuadas pela Correlação por Postos de Kendall e, atendendo ao tamanho da amostra, considerou-se para interpretação o valor de Z. Esse valor serviu de referência para consultar a tabela A- "Probabilidades Associadas a valores tão extremos quanto os valores observados de Z na distribuição normal." (Siegel, 1977, p.278)

O Factor 1 define a capacidade interior de decisão ou seja a independência do indivíduo face a aprovações exteriores. Os itens com os valores mais baixos neste factor, evidenciam a dependência do indivíduo de aprovações exteriores.

Os itens que definem melhor este factor são: item 17 -(0,658) Fico sempre indeciso na decisão a tomar quando me dão uma opinião contrária à minha, item 18 (0,615)- Fico perturbado quando sou criticado, item 19 (0,639) - Considero-me uma pessoa dependente de aprovações exteriores, item 21(0,623) - Considero-me uma pessoa influenciável, item 22 (0,602)- Em geral preciso que os outros aproveem os meus planos, e item 23-(0,496) Quando me surge um problema de certa importancia só consigo resolvê-lo com auxílio de outros), (C.f quadro 5.11)

Quadro 5.11. Valores de Z obtidos pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall para o Factor 1

	17	18	19	21	22	23
17	-					
18	7,094	-				
19	6,015	6,289	-			
21	6,616	5,6	4,943	-		
22	6,13	5,133	5,27	4,502	-	
23	4,968	4,398	4,16	3,324	5,794	-

Todos os itens se correlacionam entre si com um valor de $p < 0,0005$

O Factor 2 satura positivamente todos os itens da dimensão Sentido de Vida que compõem a escala. Os itens mais representativos são: item 1- (0,691) Tenho interesse pela vida e faço planos, item 2- (0,700) - A minha vida é vivida em vão, item 5- (0,648)- Sinto falta duma missão na vida na qual me empenhe, item 7- (0,613)- Sinto-me pouco realizado como pessoa, item 3- (0,371)- Apesar das contingências procuro seguir um plano coerente de vida interior, item 4- (0,492) - Desenvolvo as potencialidades que tenho, item 6- (0,456) - É impossível viver a vida em termos daquilo que quero fazer, item 8- (0,347)- Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores.

O item 9, "Tenho dificuldade em discernir entre meios e fins para atingir um objectivo", prende-se indirectamente com o sentido de vida já que é uma condição necessária mas não suficiente e aparece com um valor mais alto no factor 9. No entanto também é saturada positivamente por este factor.

O item 29, que avalia a dimensão existencial, aparece aqui com um valor ligeiramente superior neste factor, do que no factor 7, como iremos ver posteriormente, mas como podemos verificar não há correlação com outro

item deste factor donde incluiremos a sua interpretação no factor 7 . (C. f quadro 5.12)

Quadro 5. 12 Valores de Z obtidos pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall para o Factor 2

ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	29
1	-								
2	8,304	-							
3	4,643	6,415	-						
4	5,048	3,799	3,452	-					
5	5,142	7,745	4,408	4,819	-				
6	5,176	4,737	3,374	2,343*	7,424	-			
7	6,416	6,624	5,31	4,665	9,36	6,262	-		
8	4,631	2,457*	5,1	4,427	3,593	4,988	8,133	-	
29	3,579	7,481	4,098	4,289	5,747	5,041	4,361	0,566**	-

Todos os itens se correlacionam entre si com um valor de $p < 0,0005$, com excepção dos assinalados com asterisco. * $p < 0,01$. ** Não há correlação significativa $p = 0,2$

O Factor 3 define a dimensão Vida criativa e traduz o desafio à imaginação, e é definido pelos itens: item 11- (0,591) - Gosto de explorar outros itinerários para os caminhos que percorro habitualmente item 15- (0,716) -Tenho atracção pelo desconhecido e por problemas ainda por resolver item 16-(0,679)- Gosto de ordenar situações confusas.

O item 20- (0,506) - "Tenho capacidade de resistir a pressões sociais", embora elaborado para a dimensão Orientação Interior, também traduz um desafio à criatividade, por ter uma leitura diferente que a maioria das convenções sociais, apresentando neste factor uma saturação elevada, mas sendo ainda saturado positivamente com valores baixos pelos dois factores que definem a dimensão Orientação Interior (C.f quadro 5.13)

Quadro 5. 13

Valores de Z obtidos pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall para o Factor 3

ítems	11	15	16	20
11	-			
15	6,647	-		
16	7,122	6,938	-	
20	1,985*	5,834	3,247	-

Todos os itens se correlacionam entre si com um valor de $p < 0,0007$, exceptuando-se o item 11 com o item 20 , para o qual o valor de $p=0,02$

O Factor 4 caracteriza a Orientação Interior através da evidencia de auto-confiança, responsabilidade e acção. Os itens que o definem são: O item 24- (0,616) - Sou responsável por mim próprio, o item 25- (0,714)- Normalmente luto pelos ideais que considero válidos e o item 26- (0,567) -Apesar das minhas limitações pessoais acredito em mim.

O item 8- (0,668) - "Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores." Esta questão da dimensão Sentido de Vida atinge neste factor um valor superior ao observado no factor 2 onde a sua interpretação nos parece mais apropriada. O conteúdo da questão não é, no entanto, descabido dos parâmetros que definem o presente factor. Correlaciona-se com os restantes itens dos dois factores, donde optámos por incluí-lo no factor 2 (C.f quadro 5.14)

Quadro 5.14 - Valores de Z obtidos pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall para o Factor 4

itens	8	24	25	26
8	-			
24	7,655	-		
25	6,835	7,264	-	
26	6,816	10,031	9,051	-

Todos os itens se correlacionam entre si com um valor de $p < 0,00003$

O Factor 5 avalia a concretização da Vida Criativa no quotidiano, em função do grau em que o indivíduo recorre a actos de repetição e rotina. Os itens que melhor o caracterizam são: o item 10 - (0,741) Na minha profissão (ocupação), gosto de repetir o mesmo tipo de tarefas às quais já estou habituado, item 12 (0,56)- Raramente descubro facetas novas no relacionamento com as pessoas, item 13- (0,543) - Para evitar alternativas, opto pela repetição de tarefas, item 14 (0,324) - Raramente descubro uma solução eficaz para os meus problemas.(C.f quadro 5. 15)

Quadro 5.15 -Valores de Z obtidos pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall para o Factor 5

itens	10	12	13	14
10	-			
12	4,582	-		
13	5,835	7,666	-	
14	1,317*	6,972	7,834	-

Todos os itens se correlacionam entre si com um valor de $p < 0,00003$, com excepção do item 10 com o item 14. * Nessa correlação o valor de $p = 0,09$.

O Factor 6 define a Dimensão Existencial no que respeita valores éticos e morais e o conceito dicotómico da ansiedade de morte. Os três itens representativos deste factor são: item 31 (0,640) -As atitudes e os valores morais são importantes, item 32 (0,770) - Acredito em alguma forma de espiritualidade, item 33 (0,404)- A finitude da vida apesar da ansiedade implícita, dá ao homem uma motivação para encontrar um sentido na sua vida.(C. f quadro 5. 16).

Quadro 5.16 -Valores de Z obtidos pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall para o Factor 6

itens	31	32	33
31	-		
32	5,299	-	
33	3,7*	5,28	-

Todos os itens se correlacionam entre si com um valor de $p < 0,00003$.

Exceptua-se o item 31 com o 33 * Com um valor de $p < 0,0001$

O Factor 7 define, também, a Dimensão Existencial, mas no que respeita à concepção do homem e do mundo. Este factor é saturado positivamente por todos os itens da sub-escala de Dimensão Existencial. Os itens que melhor a definem são o item 27 (0,713) - Identifico-me com a espécie humana, item 28 (0,569) - Tenho uma percepção imprecisa e irreal

do mundo que me rodeia, item 29 (0,401) - O homem é por natureza mau, item 30 (0,455) - Toda a vida humana tem um significado no universo.(C.f quadro 5. 17)

Quadro 5. 17 -Valores de Z obtidos pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall para o Factor 7

itens	27	28	29	30
27	-			
28	6,189	-		
29	5,901	4,443	-	
30	5,993	3,165*	4,105	-

Todos os itens se correlacionam entre si com um valor de $p < 0,00003$

* com um valor de $p < 0,001$

O Factor 8 apenas define 3,5% da variância original e desprezaremos a sua interpretação porque, como podemos observar pelo quadro 5, quer o item 6 quer o item 33, que apresentam as saturações mais elevadas, ambos com o valor de (0,508), estão também saturados com valores razoáveis noutros factores, onde incluímos a sua interpretação. O item 6 apresenta um valor 0,456 no factor 2 que caracteriza a dimensão Sentido de Vida a que pertence. O item 33 apresenta um valor de 0,404 no factor 6 que define os restantes itens da Dimensão Existencial. Como podemos verificar estes dois itens também não se correlacionam com um valor estatisticamente significativo. (c.f quadro 5. 18)

Quadro 5. 18 - Valores de Z obtidos pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall para o Factor 8

itens	6	33
6	-	
33	1.307	-

Valor de $p = 0,09$

O Factor 9 é definido somente pelo item 9 (0,703) - Tenho dificuldade em discernir entre meios e fins para atingir um objectivo, e pelo item 14 (0,409)- Raramente descubro uma solução eficaz para os meus problemas.(C. f. quadro 5. 19)

Quadro 5. 19 - Valores de Z obtidos pelo coeficiente de correlação por postos de Kendall para o Factor 9

itens	9	14
9	-	
14	5.304	-

Os itens correlacionam entre si com um valor de $p < 0,00003$

Este último factor também não é representativo de nenhuma dimensão em especial. Como explica pouca variância não valorizamos a sua interpretação.

5.6.1.3. Influência da idade, sexo e nível de escolaridade

Para este estudo utilizámos, somente, a amostra da população normal constituída por 144 indivíduos, excluindo, portanto, a amostra da população psiquiátrica, bem como a da população auto-actualizada. Apresentaremos quadros com os resultados obtidos sobre a existência ou não de diferenças significativas em relação a sexo, idade, e nível de

escolaridade. No que se refere à idade sub-dividimos em duas classes de 18-24 anos e ≥ 25 , por acharmos que sub-divide os jovens adultos dos adultos propriamente ditos. Quanto à escolaridade subdividiu-se em duas classes uma que reúne os indivíduos com a escolaridade até 4 anos e outra com indivíduos cuja frequência seja superior a 4 anos.

Em virtude da polémica existente, utilizámos dois procedimentos estatísticos, o "t de Student" e a "Prova de Mann-Whitney, como já foi referido no ponto 5.5.2.

Quadro 5.20 - Diferenças na Escala de auto-actualização relativamente à idade

idade	N	Média	Mediana	Mann-Whitney	t de Student
18-24	120	119,08	119,5	Z= -0,166 p \leq 0,43	t= 0,287 0,375<p<0,4
>25	24	118,37	120		

Como se pode observar, no quadro 5.20, o t de Student aplicado aos dois grupos etários, não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos, confirmando-se este resultado com a prova de Mann-Whitney.

No quadro 5.21 descrevem-se as diferenças relativamente ao sexo.

Quadro 5. 21- Diferenças na Escala de auto-actualização relativamente ao sexo

sexo	N	Média	Mediana	Mann-Whitney	t de Student
fem	72	119,34	120	Z= -0,51 p≤ 0,3	t= -0,416 0,1<p<0,375
masc.	72	118,5	118,5		

A probabilidade obtida pelo t de student não demonstra diferenças significativas nos scores da escala obtidos entre os dois sexos.

Para se verificar a probabilidade utilizando a prova de Mann-Whitney sempre que $n_2 > 20$ considera-se o valor de Z em vez de U' consultando-se a tabela para as probabilidades associadas a valores tão extremos quanto os observados de Z na distribuição normal.

Verificamos assim que a prova de Mann-Whitney também suporta as conclusões obtidas pelo t de Student, de que não há diferenças significativas entre os resultados obtidos por os dois sexos.

Quadro 5.22 Diferenças na Escala de auto-actualização relativamente à escolaridade

Escolar	N	Média	Mediana	Mann-Whitney	t de Student
≤ 4 anos	9	103,5	103	Z= -4,265 p< 0,0005	t= -4,648 p<0,0005
> 4 anos	135	119,9	120		

Como pode observar-se pelo quadro anterior, o grau de escolaridade é uma variável que provoca diferenças significativas a um nível igual ou inferior a 0,0005 entre os dois grupos, consoante as habilitações literárias, quer pelo t de Student quer pela prova de Mann-Whitney.

Tendo consciência que não devem tirar-se conclusões com uma amostra tão pequena do grupo com instrução primária, o que necessita de estudos subsequentes, impõe-se, como advertência ao uso desta escala, um nível de escolaridade com pelo menos a frequência do ciclo preparatório. O facto das médias obtidas por o grupo normal de escolaridade igual ou menor que 4 anos ser muito inferior, levanta a hipótese de que a redacção desta escala tenha sido demasiado elaborada para indivíduos com esse nível de escolaridade.

Os resultados da escala não são afectados no que respeita à idade e sexo, exceptuando-se o nível de escolaridade, no qual há diferenças significativas, consoante o grau de escolaridade. No entanto, os estudos subsequentes de validade de contraste não serão afectados por essa diferença, uma vez que, como se pode constatar pelos quadros 5.2, 5.3, 5.4, a percentagem dos níveis de escolaridade menor ou igual a 4 anos, e superior a 4 anos é sensivelmente igual nos 3 grupos (normal, de auto-

actualização e psiquiátrico). A primeira ressalva, relativamente à aplicabilidade desta escala, deve no futuro ser para maiores de 18 anos e com nível de escolaridade que inclua indivíduos com pelo menos a frequência do ciclo preparatório.

5.6.1.4. Validade em grupos contrastantes

Neste estudo, a Escala de Auto-actualização pressupõe, como critério subjacente, que populações diferentes (psiquiátrica, normal e auto-actualizada) a ela submetidas obterão diferenças significativas a um nível de pelo menos 0,05. Levantamos a hipótese que a média dos scores mais baixos deve ser obtida pela população psiquiátrica, e a mais alta pela população auto-actualizada.

Os estudos efectuados baseiam-se, no essencial, na metodologia adaptada por Shostrom (1974) para validar o instrumento elaborado por este autor. Aplicando o P.O.I. (Personal Orientation Inventory), o referido autor encontrou diferenças significativas nos resultados, nos 3 grupos distintos, apresentando-se por ordem crescente: psiquiátricos, normais e auto-actualizados. Os tamanhos das amostras escolhidas por esse investigador foram também diferentes para as três populações: 154 para normais 29 para os psiquiátricos e 34 para os auto-actualizados. Tal tipo de validade foi comprovado por diversos estudos subsequentes os quais reforçam as suas conclusões através de correlações com outros tipos de testes como, por exemplo, o MMPI, EPI, e 16 PF.

No nosso estudo, utilizámos o teste do t para detectar diferenças nos 3 grupos mencionados. Seguem-se quadros ilustrativos dos seus resultados em que comparamos dois grupos de cada vez. Optamos pela mesma metodologia anteriormente utilizada em que também submetemos os resultados à Prova de Mann-Whitney para confirmar os dados obtidos. No

quadro seguinte observamos comparativamente o grupo normal e o grupo auto-actualizado.

Quadro 5. 23. Grupo Normal versus grupo auto-actualizado

Grupo	N	Média	Mediana	Mann-Whitney	t de Student
Normal	144	118,9	120	Z= -2,57 p=0,005	t=-2,9 0,0005<p<0,005
Auto-act.	29	125,5	123		

Através dos resultados da escala obtivemos diferenças altamente significativas entre o grupo dito normal e o auto-actualizado. O valor de p fica assim compreendido entre 0,005 e 0,0005.

O valor de p obtido por esta prova não paramétrica dá-nos um resultado semelhante ao t de Student, sendo o valor de $p= 0,005$.

Observamos, seguidamente, utilizando a mesma metodologia, a comparação do grupo normal com o psiquiátrico (C.f.5.24)

Quadro 5.24- Grupo Normal versus grupo Psiquiátrico

Grupo	N	Média	Mediana	Mann-Whitney	t de Student
Normal	144	118,9	120	Z=5,471 p<0,0005	t=6,287 p<0,0005
Psiquiát.	27	104,63	108		

Entre o grupo normal e psiquiátrico encontraram-se diferenças nos resultados altamente significativos, com valores semelhantes para os dois métodos utilizados (t de Student e Prova de Mann-Whitney).

Quadro 5.25- Grupo Auto-actualizado versus grupo Psiquiátrico

Grupo	N	Média	Mediana	Mann-Whitney	t de Student
auto-act.	29	125,5	123	Z=5,324 p<0,0005	t=7,104 p<0,0005
Psiquiát.	27	104,63	108		

Pode observar-se que, para o grupo Auto-actualizado e para o grupo Psiquiátrico, a diferença é também estatisticamente significativa pelas duas provas efectuadas, com valores excelentes.

5.6.1.5. Fidedignidade ou Precisão

O coeficiente de alfa obtido para a escala geral foi de 0,84, sendo um valor satisfatório e ilustrativo da precisão do instrumento.

Os coeficientes de alfa, conseguidos separadamente para cada uma das sub-escalas, também atingem valores significativos do grau de fiabilidade, sendo o da sub-escala de dimensão existencial o menos satisfatório.

Sub-escala: SV - coeficiente de alfa= 0,76

VC - coeficiente de alfa= 0,70

OI - coeficiente de alfa= 0,72

DE - coeficiente de alfa= 0,58

No quadro 5.26, podem observar-se os resultados das variâncias para cada item que compõem a Escala.

Quadro 5.26 Resultados das variâncias para cada item que compõe a Escala.

ITENS nº	Resultados das colunas (variâncias)
1	0,653
2.	0,996
3	0,476
4	0,603
5.	1,487
6	1,383
7	1,159
8	0,905
9	0,874
10	1,19
11	1,062
12	0,932
13	0,759
14	0,971
15.	0,873
16	0,949
17	1,125
18	1,211
19	1,053
20.	0,603
21	1,063
22.	1,087
23.	0,923
24.	0,454
25.	0,377
26.	0,478
27.	0,627
28	0,894
29	0,874
30	0,553
31	0,573
32	1,262
33	0,703
Somatório	29,132

Variância do score geral =165,73

Escala geral: coeficiente de alfa = 0,849

Sublinhamos que a sub-escala SV (Sentido de Vida) corresponde ao factor 2 da análise factorial, a sub-escala VC (Vida Criativa) corresponde ao factor 3 e 5, a sub-escala OI (Orientação Interior) corresponde aos factores 1 e 4 e a sub-escala DE (Dimensão Existencial) corresponde aos factores 6 e 7.

Consideramos satisfatórios os estudos psicométricos feitos, oferecendo garantias quanto à aplicabilidade da escala desde que respeitados os parametros anteriormente referidos: indivíduos do sexo feminino ou masculino, maiores de 18 anos e com habilitações literárias superiores à frequência do 4º ano de escolaridade.

A escala é discriminatória para as populações propostas: normal, psiquiátrica e auto-actualizada. O coeficiente de alfa de Cronbach, obtido para a escala total é de 0,84 e para as quatro sub-escalas que a compõem, esses coeficientes foram também considerados satisfatórios, facto que indica que o instrumento tem precisão.

5.6.2. Resultados da Escala de Suporte Social

A versão final, composta por 20 itens, foi aplicada a uma amostra de 144 indivíduos, com a qual prosseguimos os estudos de fidedignidade e validade, obtendo resultados que discutiremos ao citar os obtidos por Lin et al. (1986) quando da validação da escala original.

5.6.2.1. Caracterização da amostra

A amostra era constituída por 144 indivíduos, todos maiores de 18 anos, na sua maioria estudantes universitários dos dois primeiros anos de várias instituições de ensino superior da cidade do Porto.

A amostra era assim constituída:

Quadro 5.27 - Amostra da População

Sexo	N	%
Fem	72	50
Masc.	72	50

5.6.2.2 Validade por Correlação item -escala

Como já foi discutido na secção 5.4.5., iniciámos o estudo de validade, verificando as correlações entre cada um dos itens e o total da escala de suporte social .

Como podemos verificar, pelo quadro 5.28. todos os itens se correlacionam com o total da escala, com um valor altamente significativo.

Quadro 5.28 Correlações dos 20 itens com o total da Escala

itens	valor de Z pelo	itens	Valor de Z pelo coeficiente de Kendall
1	5,879	11	7,641
2	8,879	12	7,48
3	6,811	13	8,412
4	5,627	14	3,152
5	8,02	15	8,894
6	8,141	16	8,239
7	5,763	17	6,739
8	4,377	18	4,731
9	7,028	19	9,62
10	7,593	20	6,134

Nota: como a amostra é maior que 10, considera-se o valor de Z em vez do tau de Kendall. Todos os valores de Z superiores a 3,15 correspondem a uma probabilidade igual ou inferior a 0,0008.

Este primeiro estudo significa que todos os itens que compõem a escala estão relacionados com o total do score obtido, o que nos indica que todos os itens são pertinentes e contribuem para a avaliação do suporte social, tal como foi previamente definido. Prosseguimos, assim, com outro estudo de validade factorial.

5.6.2.3 Validade Factorial

Efectuou-se, seguidamente, uma análise factorial por análise dos componentes principais, extraíndo os factores com um eigenvalue superior a um. Analisou-se a rotação ortogonal pela solução varimax.

Verificou-se a existência de 6 factores com um "eigenvalue" superior a 1, prefazendo um total de variância acumulada de 62,1%. A distribuição do itens pelos factores pode ser verificada no quadro 5.29.

Quadro 5.29

Análise Factorial
Rotação Ortogonal - Solução Varimax

Itens	Fact 1	Fact 2	Fact 3	Fact 4	Fact 5	Fact 6
2	0,581	-0,016	0,223	0,095	-0,025	0,422*
3	0,668	0,210	0,036	-0,234	-0,031	0,115
5	0,677	0,169	0,08	0,063	0,89	-0,059
6	0,481	0,099	0,099	0,282	-0,037	0,394*
13	0,819	0,132	-0,016	0,124	0,056	0,029
19	0,572	0,265	0,105	0,381*	0,206	0,226
9	0,161	0,338	0,063	0,15	-0,638	0,28
10	0,211	0,773	0,67*	-0,107	0,072	0,141
16	0,229	0,701	0,143	0,199	-0,07	0,027
17	0,181	0,696	0,091	0,001	0,083	0,093
7	0,039	0,117	0,868	-0,031	0,107	0,084
11	0,099	0,283	0,810	0,018	0,004	0,053
8	0,254	-0,305	0,527	0,366*	-0,19	-0,016
12	-0,04	0,388*	0,215	0,490	-0,178	0,168
14	0,159	0,037	0,091	0,472	0,083	-0,319
18	0,035	-0,053	-0,053	0,774	0,118	0,099
1	-0,017	0,389*	0,376*	0,164	0,647	0,021
20	0,321*	0,249	-0,076	0,248	0,589	0,238
4	0,063	0,072	0,103	-0,087	0,079	0,833
15	0,379*	0,266	-0,027	0,199	-0,186	0,633
Valores Próprios	5,153	1,889	1,613	1,412	1,23	1,104
Variân. Acumulada	25,8%	35,2%	43,3%	50,4%	56,6%	62,1%
Variân. Explicada	24%	20,1%	16,3%	13,8%	11,2%	14,6%

NOTA: Os valores com (*) são os valores mais elevados que aparecem em 2º lugar.

Considera-se que 100 casos seria uma amostra razoável, para um total de 20 perguntas. Optámos, no entanto, por uma amostra de 144 casos.

Recorde-se que, segundo Tabachnick e Fidell (1989) o número de factores extraídos de uma análise factorial deve estar compreendido entre a razão do número de variáveis por 3 e por 5, (Tabachnick & Fidell, 1989). No presente, estudo o número de factores obtidos, que é de 6, está compreendido entre 4 e 6,6 factores, o que sugere um bom resultado, tendo em vista o agrupamento das questões em cada factor que define dimensões importantes dentro do suporte social.

Como já foi referido, a inclusão dos itens que definem um factor são aceitáveis para interpretação, quando os seus valores (loadings) são iguais ou superiores a 0,30.

Interpretaremos, seguidamente, o agrupamento de questões em cada factor.

O Factor 1 apresenta uma saturação de 6 itens, com valores superiores a 0,480 os quais definem o Suporte Socio-afectivo: 2. (0,581) - "Ter falta de um amigo íntimo." 3. (0,668) - "Ter poucas pessoas em quem possa confiar." 5. (0,677) - "Ter poucas pessoas de quem sinta próximo." 6. (0,481) - "Ter falta de alguém que se preocupe com os seus problemas." 13. (0,819) - "Ter poucos amigos íntimos." 19. (0,572) - "Ter falta de alguém que compreenda os seus problemas."

O item 20, " Ter problemas com as pessoas que lhe são próximas", apresenta um valor de 0,321 neste factor, apesar de saturar com um valor mais alto o factor 5.

O Factor 2 é representativo dos itens que avaliam a ausência de controlo exercido pelos outros sobre si próprio, e encontramos 3 itens representativos dessa dimensão: 10. (0,773) - "Sentir-se demasiado controlado pelos outros." 16. (0,701) - "Sentir-se demasiado dependente

dos outros. "17. (0,696) - "Sentir que as outras pessoas interferem com aquilo que quer fazer."

O item 9 (0,338) "Exercer uma actividade profissional pouco satisfatória" Não foi incluído para interpretação deste factor pois o valor registado de 0,338 foi por nós considerado baixo para esta Escala.

O Factor 3 satura positivamente os ítems que se referem ao Suporte Financeiro. Os itens 7 e 11 são os que melhor caracterizam o factor 7. (0,868)-" Ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer." e 11.(0,810) -" Ter falta de dinheiro suficiente para se governar."

O item 8 "ter problemas com as crianças" aparece com um valor mais elevado neste factor, o que significa que os problemas com as crianças podem ser decorrentes da falta de suporte financeiro para as educar, vestir, entreter etc. Verificámos, no entanto, que o mesmo item também aparece, embora com um valor mais baixo, no Suporte Familiar.

O Factor 4 representa o Suporte Familiar, e encontramos neste factor 3 itens que o definem: 12.(0,490) - "Sentir-se insatisfeito com o seu estado civil." 14. (0,472) - "Ter problemas com o conjuge ou ex-conjuge companheiro/a." 18. (0,774) - "Ter, problemas com a família do conjuge, companheiro/a."

O factor 5 é definido por 2 itens o 1 (0,647)- " ter problemas na gestão do dinheiro" e o 20 (0,589) - "Ter problemas com as pessoas que lhe são próximas", os quais aparentemente não definem nenhuma dimensão e, ambos os itens, têm uma saturação elevada noutros factores. É importante salientar que a contribuição da proporção de variância deste factor após a rotação é a mais baixa dos seis factores. De referir no entanto, referir que o item 1 satura, além do factor 3 "falta de suporte financeiro" com um valor mais baixo, o factor 2 que define a ausência de controlo exercido pelos outros sobre si próprio. Podemos, assim, levantar a hipótese que este factor 5

representa dificuldades na gestão financeira (doméstica ou não), provocada por falta de consenso das pessoas envolvidas.

O Factor 6, após rotação ascende a 4º lugar em contribuição de variancia e traduz o Suporte Amoroso. Este factor é representado por 2 ítems: **4.** (0,833) "Ter uma vida sexual pouco satisfatória." e **15.** (0,633) "Ter falta de alguém que lhe demonstre amor e afeição."

Houve saturações secundárias dos itens 2 e 6 que traduzindo na generalidade o Suporte Sócio-afectivo (factor 1) também pode repercutir a um nível mais restrito o Suporte Amoroso.

Neste segundo instrumento não efectuámos a correlação dos itens dentro de cada factor pelo teste de Kendall. Por um lado, porque verificamos que a análise factorial visa esse objectivo de agrupar consoante a correlação existente nos itens de cada factor e, por outro lado, utilizámos esse procedimento para a Escala de auto-actualização que confirmou a maioria dos primeiros resultados.

Comparando os resultados da análise factorial por nós efectuada com a análise factorial efectuada por Ensel e Woelfel em (Lin et al. 1986), quando da construção da escala, verificamos que os nossos factores comportam 19 dos 20 itens da escala, havendo, no entanto, itens que apresentam saturações elevadas em mais que um factor, (1- 2 -8.-20). Nos estudos realizados pelos autores apenas 17 itens são englobados em factores para o total dos 28, verificando-se, mesmo assim, pontualmente o englobar de itens não concordantes com a definição da dimensão atribuída a cada factor. Após três análises factoriais com 3 amostragens, os autores chegaram a um total de 5 factores:

Fact. 1.Excesso de responsabilidades

Fact. 2 Falta de dinheiro

Fact. 3. Insatisfação nos relacionamentos íntimos

Fact. 4 Falta de envolvimento

Fact. 5 Problemas familiares (Lin et al. 1986; p.134-138)

Os autores identificaram, no entanto, os 12 itens mais representativos do suporte social e fizeram uma análise factorial só desses itens representativos, obtendo 3 factores:(Lin et al.1986; p. 146)

1. Problemas com os outros (parentes, "in-law", pessoas próximas)
2. Falta de suporte afectivo próximo -
3. Falta de suporte afectivo intimo ou insatisfação no relacionamento.(3)

Cada um desses três factores corresponde, grosso modo, aos nossos factores 4,1,e 6 que explicam 51% da variancia do total da nossa escala.

5.6.2.4. Fidedignidade ou Precisão

A precisão da escala foi obtida por o coeficiente alfa de Cronbach com um resultado de 0,83. Fizemos ainda um estudo calculando o coeficiente alfa eliminando cada um dos itens e os resultados são bastante satisfatórios quanto à consistencia da escala ver quadro 5.30.

Quadro 5. 30 Resultados dos coeficientes de alfa eliminando cada um dos itens

itens	Var. colunas	coef. alfa eliminando cada item
1	0.893	0,82
2	1,22	0,81
3	1,346	0,82
4	1,816	0,82
5	0,907	0,82
6	1.285	0,81
7	0,985	0,82
8	0,683	0,83
9	1,28	0,82
10	1,259	0,81
11	1,475	0,82
12	1,258	0,83
13	1,273	0,82
14	1,154	0,83
15	1,237	0,82
16	1,081	0,81
17	0,874	0,82
18	0,879	0,83
19	1,133	0,81
20	0,726	0,82

Comparativamente os estudos de fidelidade, referidos por Lin et al. (1986, p.133) em dois estudos, apresentam um coeficiente de alfa de 0,89 e 0,93 respectivamente. Como podemos verificar, são coeficientes superiores aos por nós obtido na escala reformulada, mas que mesmo assim pode ser considerado satisfatório.

5.6.2.5 Influência do sexo nos resultados da Escala de Suporte Social (na presente amostra)

Foi ainda efectuada uma análise para se verificar se havia diferenças significativas consoante o sexo. Como o tamanho desta amostra é também grande, resolvemos testar os resultados com o t de Student, e confirmar, como já justificámos anteriormente, com a Prova de Mann-Whitney.

Seguem-se quadros ilustrativos dos resultados dessas análises

Quadro 5.31 Diferenças na Escala de Suporte Social relativamente ao sexo

sexo	N	Média	D. padrão	Mann-Whitney	t de Student
feminino	72	69,9	10,06	Z= 0,344 p= 0,366	t= 0,509 0,1<p<0,375
masc.	72	69,01	10,87		

Como podemos verificar as médias obtidas para ambos os sexos são praticamente idênticas não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, pelo t de Student ou pela prova de Mann-Whitney. Conforme o estudo feito, a escala pode ser aplicada, indiscriminadamente, a ambos os sexos.

A Escala de Suporte Social obteve bons resultados de validade e fidedignidade na sua versão abreviada, ganhando mais consistência e maior adaptabilidade à população portuguesa. Considerando uma população de maiores de 18 anos, não detectamos diferenças significativas, consoante o

sexo, podendo aquela ser utilizada numa população geral, para medir o conceito conforme definição proposta no contexto teórico.

Considerações finais :

Neste capítulo, definiram-se os principais instrumentos de medida a serem utilizados para se testar o modelo proposto no capítulo anterior.

Justificou-se teoricamente a elaboração da escala de Auto-actualização e a reformulação da Escala de Suporte Social, sendo seguidamente descritos e justificados os procedimentos estatísticos utilizados. Terminamos com a apresentação e discussão dos resultados dos estudos psicométricos das duas escalas, que são os principais instrumentos de avaliação da amostra de indivíduos seropositivos, com o qual este trabalho de investigação prosseguiu.

Consideram-se os instrumentos apurados, desde que respeitados os parâmetros de idade e escolaridade, já referidos.

A Escala de Auto-actualização por nós elaborada, é susceptível de aplicação numa diversidade de situações de avaliação psicológica para adultos.

Não exigindo muitas instruções, e sendo de auto-preenchimento, propicia uma avaliação rápida e fácil, que permitirá ao psicólogo recolher pistas valiosas para a intervenção. Por um lado permite um score total que se mostrou discriminatório entre uma população normal e outra psiquiátrica, por outro lado os scores parciais dos factores que caracterizam a auto-actualização permitem localizar com maior fiabilidade as lacunas pessoais da sua capacidade de auto-actualização que como já verificamos nos capítulos teóricos são fundamentais a um perfeito estado de saúde do ser humano. A futura utilização deste instrumento é extensível aos vários

campos da Psicologia, quer no ramo da saúde, da consulta psicológica, ou mesmo da orientação profissional. A fundamentação da elaboração e os resultados da avaliação das qualidades psicométricas da Escala de Auto-actualização foi publicada, Guerra, (1992a) .

Também julgamos que a Escala de Suporte Social é um instrumento importante, do qual carenciávamos em língua portuguesa. A sua utilidade poderá ser grande no futuro, pois é uma escala simples, de rápido auto-preenchimento e correcção, que nos permite avaliar uma variável tão importante que afecta o comportamento humano em diversas áreas da intervenção psicológica.

Notas de fim de capítulo

(1) ver capítulo anterior- 4.2 .As atitudes e suas interrelações com as teorias apresentadas e 4.4 Modelo explicativo

(2) ver capítulo anterior- idem

(3) É de notar que a caracterização dos factores é feita pelos autores pela negativa, como, por exemplo, "falta de..." ou "Insatisfação". Preferimos, no entanto, denominar os factores pela dimensão que pretendem avaliar. Apesar da formulação negativa das perguntas, a cotação mais alta traduz a melhor forma de suporte e ausência desses problemas.

Capítulo 6

Avaliação do modelo de adaptação do seropositivo

Considerações introdutórias

No capítulo anterior apurámos a versão final dos instrumentos principais a utilizar na investigação (Escala de Auto-actualização e Escala de Suporte Social), bem como definimos os outros instrumentos que pretendem avaliar as restantes dimensões indicadoras de uma boa adaptação à seropositividade. Os outros instrumentos são o Inventário Depressivo de Beck, e uma grelha incluindo questões sobre a Prevenção à Sida, e sobre a manutenção da actividade profissional. Foi, ainda elaborada uma pergunta aberta, de análise qualitativa, que avalia as mudanças positivas observadas pelo sujeito com a introdução da sua seropositividade.

Neste capítulo discutem-se os resultados da aplicação dos instrumentos de medida, anteriormente referidos, numa população seropositiva.

Depois de caracterizar a amostra, prosseguiremos com uma análise global dos dados através dos dois instrumentos de avaliação principais: Auto-actualização e Suporte Social. Pela observação de um "scattergram," que nos fornece a visão conjunta dos resultados obtidos nesses dois instrumentos, observaremos se há evidência da dispersão dos dados pelas quatro categorias sugeridas pelo modelo teórico.

Recordamos que a 1ª categoria deve englobar os dados que registam os valores inferiores nas duas escalas e que traduzem o menor grau de adaptação dos sujeitos face à seropositividade. A 2ª categoria deve

então agrupar os dados ligeiramente superiores na escala de Auto-actualização e com um Suporte Social mais elevado que a 1ª. Na 3ª categoria esperamos encontrar os dados com valores maiores que as duas primeiras, no que respeita à auto-actualização, mas com valores na escala de suporte social superiores à primeira e inferiores à 2ª. Por último, a 4ª categoria, que representa os indivíduos adaptados à seropositividade, englobará os melhores resultados totais nas duas escalas.

Seguidamente serão efectuadas as análises estatísticas confirmatórias das diferenças registadas entre os quatro grupos e a discussão desses resultados.

6.1. Material e Métodos

6.1.1. A Escolha da Amostra

A população alvo foi constituída por indivíduos seropositivos ao vírus HIV, (sem manifestações da doença) de ambos os sexos, e proveniente de vários comportamentos de risco cujo diagnóstico tinha sido feito há mais de três meses. A razão da restrição imposta de três meses sobre a notificação da seropositividade, prende-se com um período de tempo razoável sugerido por D. Miller(1988b) de adaptação e conscientização ao significado da crise. A outra razão de se procurarem pessoas "saudáveis" seropositivas, sem manifestações da doença, é justificada pelo facto de surgirem com muita frequência na instalação da doença, perturbações neuropsiquiátricas, (c.f. capítulo 1) e, em consequência desse facto, podermos ter um factor de erro na avaliação psicológica adaptativa.

Contudo, foram impostas, outras restrições em função da aferição de dois dos instrumentos de medida a utilizar (c.f. capítulo 5). Para isso só foram

seleccionadas pessoas com mais de 18 anos de idade e com, pelo menos, a frequência do ciclo preparatório.

Deparámo-nos com as eventuais dificuldades de qualquer investigação, acrescidas das particularidades que este objecto de estudo envolve.

As principais fontes a que nos dirigimos para encontrar pessoas nas circunstâncias já descritas foram hospitais, centros de tratamento para toxicodependentes, organizações não-governamentais, que dão apoio a seropositivos, e prisões, localizados no Porto, Lisboa e Coimbra.

As respostas ao questionário eram de auto-preenchimento e anónimas. Foi feita uma nota introdutória onde se explicitava a responsabilidade do estudo e onde se pedia a colaboração, garantindo o anonimato aos participantes. Mesmo assim, para se garantir o anonimato, houve vários problemas burocráticos em diversas instituições a que se pediu colaboração. Nomeadamente, um dos maiores problemas em instituições de atendimento a toxicodependentes é que, dependendo das questões éticas por que se regiam, foi-nos dificultada a colaboração em algumas delas. A principal razão é que os terapeutas da instituição não sabiam quais dos seus utentes eram portadores de HIV. Havia uma centralização dessa informação, que não era transmitida pelo poder da instituição, mas somente quando os próprios utentes a relatavam aos seus terapeutas.

Noutras instituições, em que os terapeutas sabiam do estado de seropositividade dos seus utentes, aqueles perguntavam-lhes se estariam dispostos a colaborar numa investigação anónima. Na maioria das vezes acediam, mas recusavam entrevistas pessoais com o investigador. A maioria das instituições, também não aprovava a intervenção pessoal do investigador nestas circunstâncias particulares. Esse facto pôs de parte uma ideia inicial de se complementar o estudo com histórias de vida.

Na impossibilidade de contacto pessoal através de entrevistas complementares optou-se por um questionário, que era demasiado extenso, completado com uma pergunta aberta, sendo este outro factor que dificultou a investigação. Quer os utentes dos centros de tratamento da toxicoddependência, quer os dos hospitais, não dispunham de tempo ou de instalações adequadas para o preenchimento ser feito nas instituições, o que levava os pacientes a pedirem para levar os questionários para preencher em casa, com o intuito de os devolver posteriormente, o que infelizmente não aconteceu numa percentagem apreciável de casos.

Outro problema, acrescido aos já mencionados, é que seropositivos sem manifestação da doença só raramente são assíduos às instituições onde foram rastreados. Nos hospitais é particularmente complexo o processo do follow-up destes indivíduos até que a primeira sintomatologia se manifeste, apesar de haver indicação para consultas de rotina espaçadas. Nos centros de tratamento de toxicoddependência a assiduidade também não é característica, dependendo do processo de evolução da própria desintoxicação.

Entregaram-se os questionários (vide anexo 3) directamente às instituições com instruções (c.f. anexo 4) que, sabendo das restrições impostas, os distribuíram pelos terapeutas que, por sua vez, seleccionaram os utentes para o preenchimento.

Da enorme quantidade de questionários distribuídos por várias instituições poucos foram recolhidos, e alguns dos que foram, apresentavam-se incompletos, razão pela qual não os pudemos aproveitar.

Dos 126 questionários distribuídos, só 44 foram aproveitados. Perderam-se 62 questionários, que nunca foram devolvidos, e 20 foram devolvidos incompletos.

Esses questionários foram aplicados em várias instituições do Porto e Lisboa.

6.1.2. Características da amostra :

A amostra obtida, preenchendo os requisitos previamente determinados, era composta por 44 indivíduos seropositivos ao vírus da Sida. Apresentamos, seguidamente, um quadro ilustrativo das características principais dessa amostra, quanto à idade, sexo, estado civil e comportamento de risco.

Quadro 6.1 Características da amostra

Sexo	N	Comport. de risco	N	E. civil	N	Idade	N
F	5	toxicodep.	35	solteiro/a	30	18-24	12
M	39	sexual	9	casado/a	9	25-35	22
				divorciado/a	3	> 35	9
				viúvo	1	desconhecido	1
				desconhecido	1		
Total	44		44		44		44

6.2. Resultados

Os indivíduos seropositivos da referida amostra foram submetidos ao questionário que englobava: 1. os dados sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, ano da conversão em seropositivo, comportamento de risco e instituição onde foi feita a recolha de dados) foi ainda questionada a eventual afiliação a organizações de carácter humanitário; 2. Pergunta aberta; 3. Questões sobre medidas preventivas assumidas em relação à Sida; 4. Escala de Suporte Social; 5. Escala de Auto-actualização; 6. Questão sobre a manutenção da actividade profissional; 7. Escala Depressiva de Beck. (c.f. anexo 3).

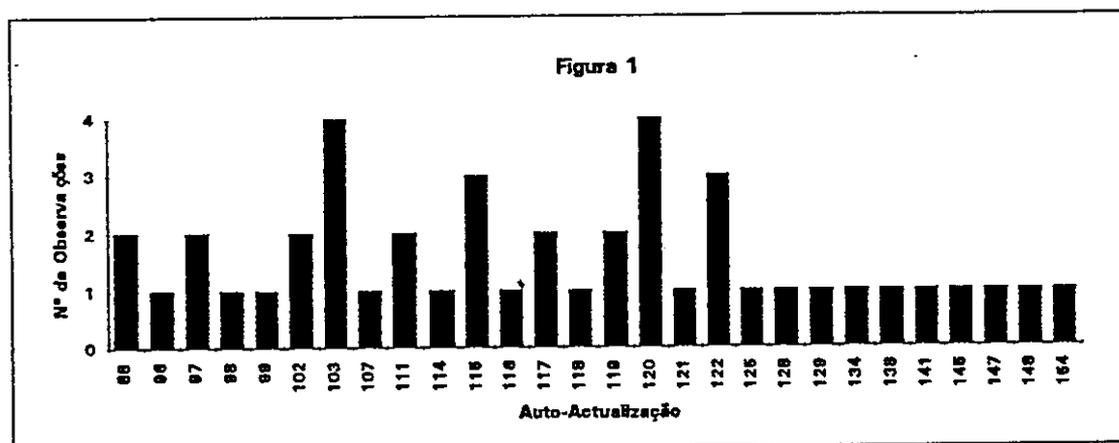
Entre todos os instrumentos já referidos, aqueles que determinámos como principais na avaliação da pessoa seropositiva foram a Escala de Auto-actualização e a Escala de Suporte Social. Pretendemos assim validar, empiricamente, um modelo que estabelece 4 categorias a que correspondem níveis qualitativamente diferentes de capacidade de adaptação.

Como já foi mencionado, ao longo deste trabalho, a Auto-actualização é a variável independente, principal determinante na ordenação das categorias, da 1ª à 4ª. A introdução da pergunta aberta na classificação das categorias é justificada sobretudo pelo contexto que atribuímos à definição de adaptabilidade à seropositividade, já definida no capítulo 4. É imprescindível não somente a observação de sinais exteriores mais comuns de adaptação, em situação de doença, sugeridos na literatura, como, por exemplo, a manutenção de uma vida profissionalmente activa, manutenção dos laços afectivos, ausência de depressão, cooperação com o pessoal médico, (Caldas, 1985; Lume, 1986) mas, sobretudo, o testemunho dos inquiridos que afirmam terem sentido mudanças positivas com a

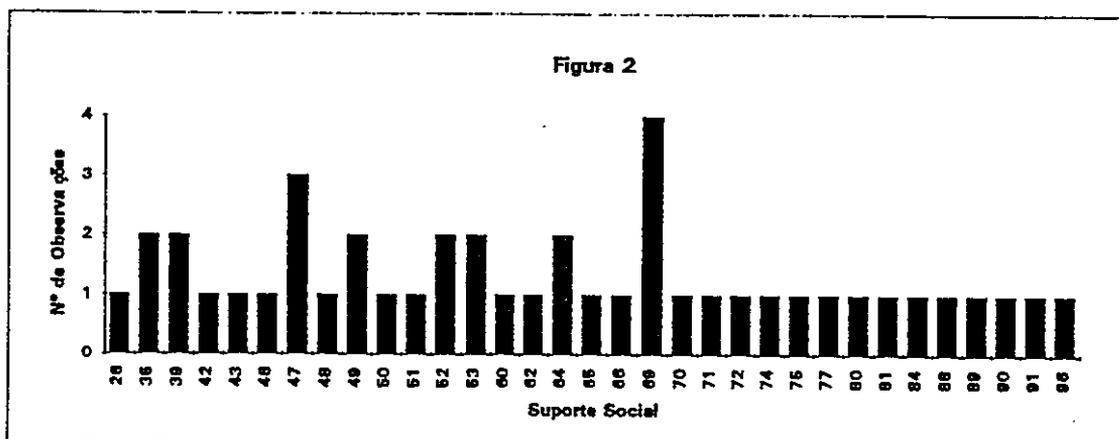
introdução da seropositividade, e em função disso manifestarem expresso desejo de intervenção social.

Apresentamos os resultados brutos da investigação empírica onde aparecem os dados obtidos nas duas escalas, primeiro separadamente, através de histogramas, e depois em conjunto através de um "scattergram". Com este procedimento pretendemos verificar se a distribuição dos dados nos indica a divisão pelas quatro categorias propostas em teoria e que pretendemos testar empiricamente.

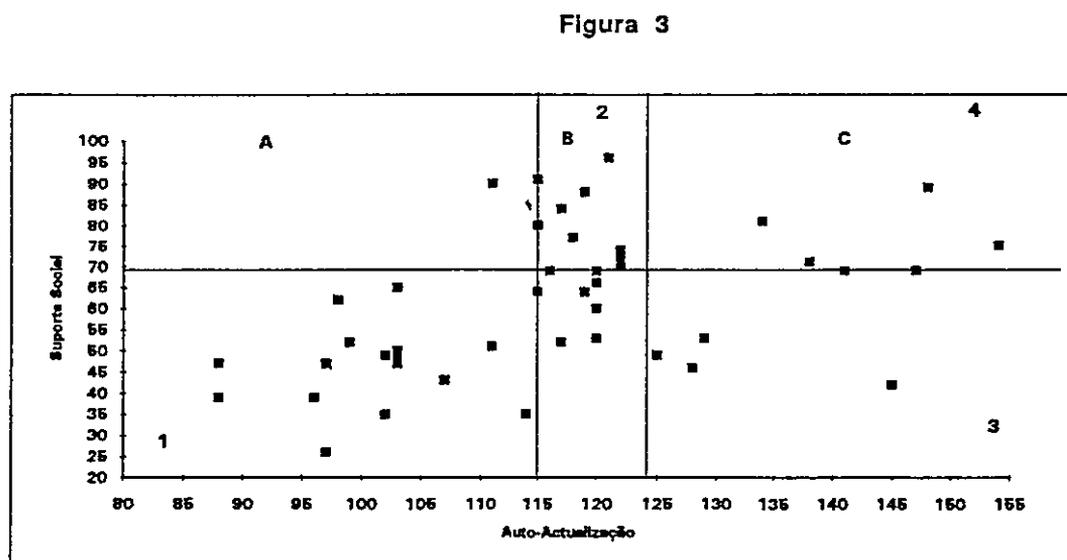
Observamos através da figura 1 que a maioria dos resultados para a primeira escala se situou abaixo de 125, como era de prever, 34 com valores inferiores a 124, e 10 com resultados considerados auto-actualizados (c.f. Capítulo 5) maiores ou igual a 125.



Analisando a figura 2 encontramos para a Escala de Suporte Social resultados inferiores a 69 (média de uma população normal observada em estudo anterior, na avaliação psicométrica da Escala c.f. capítulo 5) em 27 pessoas havendo 17 com valores iguais ou superiores a 69. Saliente-se, no entanto, que, se registaram 4 pessoas com um valor de 69.



Fizemos, em segundo lugar, um "Scategram" dos dados totais, relativos aos resultados das duas escalas Auto-actualização e Suporte Social. (c.f. figura 3).



Através do "Scategram" (c.f. figura 3) observamos que encontramos

um primeiro grupo **A** com valores na Escala de Auto-actualização inferiores a 114, cujos "scores" correspondentes de Suporte Social estavam situados abaixo de 69 com excepção de 1. Este grupo, composto por 17 sujeitos tem como características os "scores" mais baixos registados nas duas escalas e, aparentemente, representa a posição 1, definida teoricamente.

Encontramos depois, um segundo grupo **B** também composto por 17 elementos, cujos valores na Escala de Auto-actualização eram superiores a 114 e inferiores a 125. É também um grande grupo, em que encontrámos como característica, quanto ao Suporte Social, uma tendência para valores superiores aos registados no primeiro grupo, e em que a maioria dos casos se situa igual ou superior a 69, Este grupo parece enquadrar-se na definição teórica proposta no modelo.

Seguidamente detectámos 10 dados que formam o grupo **C**, que representam os questionários com valores superiores a 125 na Escala de Auto-actualização e nos quais observamos uma disparidade entre os valores registados no Suporte Social. Uma observação atenta regista, quanto ao Suporte Social, valores idênticos ao primeiro grupo, em 4 dos inquiridos; 4 inquiridos com valores superiores a 69 e 2 iguais a 69.

Como este terceiro grupo **C** apresentava grande dispersão quanto ao Suporte social, recorreremos então a outra variável testada para verificarmos se pudíamos obter dois sub-grupos distintos, desse 3º grupo heterogéneo. Tal variável foi a pergunta aberta, já referida no capítulo anterior. Essa pergunta associada a um "score" de Auto-actualização superior a 125, só foi respondida positivamente com evidência de intervenção altruísta por 4 indivíduos, entre os 44. Curiosamente, pelos indivíduos cujos scores de Suporte Social se situavam iguais ou superiores a 69. O grupo **C** foi então decomposto nas categorias 3 e 4 (c.f. figura 3).

A avaliação qualitativa referente à pergunta aberta vai ser abordada

em pormenor, no decorrer deste capítulo, depois de apresentarmos os dados quantitativos relativamente aos outros instrumentos de medida, com o objectivo de procurar a confirmação dos resultados.

Verificamos, assim, que, pela observação dos dados gerais, foi possível obter com base na análise da pergunta qualitativa quatro grupos diferentes com características próprias.

Procedemos, pois, à divisão dos grupos, baseando-nos essencialmente em dois critérios: os scores da escala de auto-actualização e resposta à pergunta livre. A primeira sub-divisão foi feita a partir dos questionários que apresentavam scores superiores a 125 na Escala de auto-actualização. Recorde-se que, nos estudos psicométricos da escala de auto-actualização, a média dos scores para se considerar auto-actualizado é de 125 (c.f. capítulo 5).

Esses questionários com cotações superiores a 125 foram classificados na categoria 4, se responderam positivamente à pergunta aberta, (que questionava se tinha sentido mudanças positivas com a introdução da seropositividade) caso contrário ficaram incluídos na categoria 3.

Os restantes questionários cujos scores de auto-actualização eram inferiores a 125 foram subdivididos em duas categorias. (124 score auto-act.-104 score psiquiátrico= 20: 2=10)

Atendendo a que a média da Escala de Auto-actualização para uma população psiquiátrica foi de 104, e para uma população considerada normal foi de 118, (c.f. capítulo 5), partimos do princípio que o grupo mais desajustado (categoria 1) deveria ter os scores mais baixos.

Deste modo, os dados obtidos parecem convergir para que se possa definir a categoria 1 como incluindo todos os questionários que obtiveram um score absoluto inferior a 114. (104 média psiquiátrica+ 10) e a categoria

2 como incluindo todos os questionários com scores compreendidos entre 115 e 124 inclusivé.

Procedemos à análise estatística das diferenças entre os grupos, recorrendo para isso à Prova de Kruskal Wallis, para detectar simultaneamente as diferenças entre os 4 grupos, quanto à Escala de Auto-actualização, Escala de Suporte Social, Inventário Depressivo de Beck, Manutenção da Actividade Profissional, e Prevenção à Sida. A utilização dessa prova não paramétrica é justificada por termos mais de dois grupos com classificações de ordenação. Podemos pois utilizar a fórmula de "Kruskal-Wallis one way analysis of variance" por "ranks" (ordenação) cuja hipótese nula é que os grupos são todos da mesma população. Este tipo de procedimento diz-nos directamente se os grupos são de populações diferentes ou se as diferenças constatadas não passam de diferenças não significativas que podem ser justificadas por variações causais esperadas em amostras aleatórias de uma mesma população (Siegel, 1977).

Os procedimentos são diferentes conforme o tamanho das amostras. O método para determinar a significância do valor observado de H depende do tamanho de K e do tamanho dos grupos, que pode ser diferente entre eles. Como $K=3$ $n_1+n_2+n_3 > 5$, depois dos resultados obtidos pela fórmula, consulta-se a tabela dos valores críticos do qui quadrado com $gl-1=2$, estipulando-se um nível de significancia de 0,05 (Siegel, 1977).

No âmbito desta investigação pretendemos obter quatro grupos distintos em que sejam localizadas as diferenças estatisticamente significativas para as duas Escalas por nós elaboradas. A Escala de Auto-actualização deve ser ordenante, da primeira para a quarta categoria. Esperamos ainda encontrar uma ordenação da média inferior para a superior de SuporteSocial: na categoria 1, categoria 3, categoria 2, categoria 4.

Prosseguiremos, contudo, a uma segunda análise mais pormenorizada em que avaliaremos as diferenças entre cada dois grupos separadamente. Estamos interessados, sobretudo, em detectar as diferenças entre as quatro categorias propostas, observando o que distingue uma da outra. Através deste tipo de análise ser-nos-á possível detectar diferenças mais subtis na categorização dos quatro grupos propostos pelo modelo teórico. Ao efectuarmos esse estudo recorreremos, também, à análise dos factores que compõem os dois instrumentos principais, os 7 factores obtidos na análise factorial da Escala de Auto-actualização que reflectem as quatro dimensões Sentido de Vida, Vida Criativa, Orientação Interior e Dimensão existencial (1) e os factores da Escala de Suporte Social que são: o Suporte Sócio-afectivo, Ausência de Controlo externo, Suporte Familiar, Suporte Financeiro e Suporte Amoroso.

Através dos factores podemos aferir, de entre as dimensões avaliadas pelas escalas, quais as que nos apontam diferenças significativas. Ao utilizar dois grupos, separadamente, recorreremos à Prova de Mann-Whitney, para esse fim (2).

6.2.1 Dados comparativos entre as quatro categorias

Após a divisão dos questionários com base na escala de auto-actualização os questionários que se situaram acima de 125 e que responderam positivamente à pergunta livre, manifestando uma preocupação altruísta, foram englobados na categoria 4, os restantes na categoria 3. Os questionários que se situaram abaixo de 125, foram sub-

divididos em 2 categorias até 114, incluídos na categoria 1, e de 115 a 124, na categoria 2.

Dos 44 questionários aplicados, a distribuição pelas categorias foi a seguinte, no que se refere à Escala de Auto-actualização:

categoria 1 - N= 17	média 101,1	mediana 102
categoria 2 - N= 17	média 118,7	mediana 119
categoria 3 - N= 6	média 134,6	mediana 131,5
categoria 4 - N= 4	média 145,2	mediana 144,5

Quanto à Escala de Suporte Social a distribuição foi a seguinte:

categoria 1 - N= 17	média 48,5	mediana 47
categoria 2 - N= 17	média 72,2	mediana 70
categoria 3 - N= 6	média 56,6	mediana 51
categoria 4 - N= 4	média 76	mediana 73

Estes resultados brutos traduzem as principais diferenças esperadas para os quatro grupos; no entanto iremos analisar estatisticamente estas diferenças.

Começaremos por apresentar os resultados das 4 categorias através da prova de Kruskal Wallis para todas as variáveis principais: Escala de Auto-actualização, Escala de Suporte Social, Inventário Depressivo de Beck, Avaliação da Actividade Profissional e Prevenção à Sida.

6.2. Quadro comparativo entre as 4 categorias quanto à Escala de auto-actualização

Categ.	N	X	Mediana	S	X rank	H	Prob.
1	17	101,2	102	153	9		
2	17	118,7	119	442	26		
						37,7	p<0,001
3	6	134,6	131,5	229	38,1		
4	4	145,2	144,5	166	41,5		

Pela observação do quadro 6.2., verificamos que as 4 categorias se diferenciam entre elas, por ordem crescente dos valores obtidos na escala de auto-actualização da 1^a para a 4^a categoria, com um nível de significância inferior a 0,001. Este facto representa que a sub-divisão da amostra assinala grupos diferenciados quanto a esta variável.

6.3. Quadro comparativo entre as 4 categorias quanto à Escala de Suporte Social

Categ.	N	X	Mediana	S	X rank	H	Prob.
1	17	48,5	47	215	12,64		
2	17	72,2	70	525	30,8		
						20,9	p<0,001
3	6	56,6	51	113	18,9		
4	4	76	73	136,5	34,1		

Constatamos pelos dados apresentados no quadro 6.3 que existem diferenças significativas a um nível inferior a 0,001, na ordenação dos valores registados com a Escala de Suporte Social para as quatro categorias. Contudo, a ordenação não se apresenta da 1ª para a 4ª categoria como para a variável anterior, mas sim pela ordem esperada que é a seguinte: 1ª, 3ª, 2ª e 4ª. O modelo exposto atribuí à categoria 3 uma capacidade grande de autonomia e auto-actualização mas prevê a falta de suporte social, sendo a capacidade adaptativa destes sujeitos inteiramente suportada pelo próprio, sem auxílio exterior.

6.4. Quadro comparativo entre as 4 categorias quanto ao Inventário Depressivo de Beck

Categ.	N	X	Mediana	S	X rank	H	Prob.
1	17	15,7	15	530	31,2		
2	17	8,8	9	315,5	18,5		
						15,3	0,001<p<0,01
3	6	9,1	9,5	114,5	19		
4	4	3,5	1	29,5	7,3		

Através do quadro 6.4 observamos que os resultados obtidos apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto ao BDI para as 4 categorias. A depressividade mais acentuada surge na categoria 1 (médias de depressão leve) e ausência de depressividade na categoria 4 ou seja no sujeito autopoietico. Verificamos que na categoria 2 os "scores" são ligeiramente mais baixos que na categoria 3. Este resultado não era esperado, pois admitiamos que a categoria 3 estaria ainda menos deprimida

que a 2ª, evidenciando uma melhor adaptação. Este facto pode ser explicado, por um lado, pela pequena diferença evidenciada entre os grupos e, por outro, pelos scores obtidos nestes grupos serem ambos baixos e, de acordo com Vaz Serra, já não serem classificados como depressão leve, mas sim como ausente. Concluiríamos, assim, que da amostra de 44 indivíduos submetidos a essa escala só os 17 pertencentes à primeira categoria, que são os mais desadaptados, é que evidenciam sinais de depressão e, mesmo assim, leve.

Segue-se o quadro 6.5 referente à Manutenção da Actividade Profissional

6. 5. Quadro comparativo entre as 4 categorias quanto à Manutenção da actividade Profissional

Categ.	N	X	Mediana	S	X rank	H	Prob.
1	17	2,1	3	340,5	20,0		
2	16*	2,6	3,5	361,5	22,5		
						5,9	p>0,05
3	6	1,3	0	96	16		
4	3*	5	5	105	35		

Nota

* Falta um dado na categoria 2, e outro na categoria 4, porque os 2 sujeitos respectivos referem que não trabalham mas estudam, não assinalando a frequência com que o fazem. Confirmamos esses dados através dos dados socio-demográficos de identificação do questionário dos sujeitos referidos.

Esses dois casos não foram por isso incluídos para efeito de provas estatísticas.

Verificámos (C.f. 6.5) não haver evidência de diferenças entre os grupos, quanto à manutenção da actividade profissional. Esperamos, em análises posteriores só entre dois grupos, detectarmos alguma evidência dessas diferenças, uma vez que a média para a categoria 4 parece significativamente superior.

Por último apresentamos o quadro 6.6 que regista os dados obtidos quanto à manutenção de medidas preventivas à Sida para as 4 categorias.

6.6. Quadro comparativo entre as 4 categorias quanto à Manutenção de Medidas de Prevenção à Sida

Categ.	N	X	Mediana	S	X rank	H	Prob.
1	17	10,8	10	365,5	21,5		
2	17	10,8	11	384	22,5		
						5,5	p > 0,05
3	6	9,3	9,0	99	16,5		
4	4	14,2	14,5	141,5	35,3		

A variável observada de prevenção à Sida, evidenciada no quadro 6.6, também não regista diferenças significativas entre os 4 grupos. Observando atentamente, a categoria 4 apresenta uma média bastante superior às restantes, mas necessitamos de outra análise mais discriminante entre dois grupos para verificarmos se a posição 4 pode ser diferenciada das outras. Por um lado, quer a actividade profissional quer a Prevenção são, na nossa opinião, indicadores exteriores da adaptabilidade do sujeito. O facto duma pessoa poder trabalhar ou não trabalhar não é indicador sobre o

estado psicológico que essa actividade proporciona ao indivíduo. Por outro lado, relativamente à prevenção, segundo o CNLCS (1993a) verifica-se que a maioria das pessoas toxicodependentes contaminadas faz, efectivamente, algum tipo de prevenção. Sendo a nossa amostra maioritariamente constituída por toxicodependentes podemos concluir que a prevenção é praticada com frequência.

Como constatámos pela apresentação global dos quadros anteriores a prova de Kruskal Wallis não nos permite discriminar com rigor as diferenças que podem ser observadas entre uma categoria e a subsequente. Verificámos mesmo que, quanto à actividade profissional e prevenção, não se registaram nenhuma diferença. Considerando o exposto, necessitamos de prosseguir com outras análises estatísticas, utilizando para isso a prova de Mann-Whitney, que é uma prova com maior poder discriminante para dois grupos de dados. Por outro lado, queremos também detectar as principais diferenças registadas, não só quanto ao score total das escalas, mas também quanto aos 7 factores que traduzem dimensões importantes da auto-actualização como o Sentido de Vida (S.V.), Vida Criativa (V.C.), Orientação Interior (O.I.) e Dimensão Existencial (D.E.), pois, através deles, essas diferenças podem assumir outro significado. O mesmo raciocínio é aplicado à Escala de Suporte Social que compreende 5 factores.

6.2.2 Dados comparativos entre a categoria 4 e a categoria 3

Teoricamente, classificámos o Seropositivo Adaptado (pertencente à categoria 4) como o indivíduo que se sente bem consigo próprio e com o meio, mantendo-se activo, fazendo prevenção e procurando intervir na sociedade altruisticamente.

Começaremos por diferenciar a categoria 4 da categoria 3, em que o

primeiro quadro ilustra as diferenças obtidas quanto às variáveis principais, (c.f. 6.7) o segundo apresenta as diferenças quanto aos factores da Escala de Auto-actualização (C.f.6.8) e o terceiro diferencia os factores da Escala de Suporte Social (C.f. 6.9).

6.7. Quadro Comparativo entre as categorias 4 e 3 quanto às variáveis principais

ESCALAS	CAT 4 N=4		CAT 3 N=6		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Auto-Act.	145,2	144,5	134,6	131,5	4	p =0,05
S.Social	76	73	56,6	51	3,5	0,05<P≤0,03
B.D.I.	3,5	1	9,1	9,5	4	p = 0,05
Profissão	5*	5*	1,3	0	1,5	p = 0,01
Prevenção	14,2	14,5	9,3	9	3	p = 0,03

Nota* N= 3

Uma das pessoas refere que não trabalha mas estuda, não mencionando contudo a frequência com que o faz. Esse dado foi confirmado pelos dados socio-demográficos respectivos, razão pela qual não incluiremos na análise estatística

Através do quadro 6.7 observa-se que as diferenças obtidas entre a categoria 4 e 3 são estatisticamente significativas para todas as escalas, a um nível de significância de pelo menos 0,05 (3). Observamos, para a categoria 4, a existência dos "scores" mais altos em todas as escalas, exceptuando-se os scores do Inventário Depressivo de Beck, que são os mais baixos, o que traduz o menor nível de depressão.

6.8 Quadro comparativo entre as categorias 4 e 3 quanto aos factores da Escala de Auto-actualização.

FACTORES AUTO-ACTUAL	CAT 4 N=4		CAT 3 N=6		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Fact. 1 OI	23,7	24	24	23	11	P > 0,05
Fact. 4 OI	14,5	14,5	14,1	15	12	P > 0,05
Fact. 2 SV	37,2	37,5	32,6	33	2,5	0,01 < P ≤ 0,03
Fact. 3 VC	17,5	18	17,1	17	10,5	P > 0,05
Fact. 5 VC	18,5	18,5	14,8	15,5	3	P = 0,03
Fact. 6 DE	14,2	15	11	11	2	P = 0,01
Fact. 7 DE	17	17,5	16,8	17	10	P > 0,05

Através do quadro (6.8) podemos observar que apesar de haver diferenças na escala geral não encontramos diferenças significativas entre todos os factores. São nitidamente marcantes as diferenças para o factor 2 que traduz o sentido de vida do sujeito e que é nitidamente superior na categoria 4, com um nível de significância de pelo menos 0,03. Um dos factores da criatividade, factor 5, questiona situações em que se opta pela manutenção da rotina, sendo que os indivíduos da categoria 4 apresentam

diferenças significativas ($p=0,03$) já que estes têm ainda menos tendência para a rotina que os da categoria 3. Finalmente, com respeito à Dimensão Existencial, traduzida no factor 6, as diferenças também são marcantes entre estas duas categorias. De sublinhar que as perguntas que se prendem com este factor são: a importância de atitudes e valores democráticos, presença de espiritualidade e o aceitar a finitude da vida como uma motivação para encontrar um sentido para a existência.

No que se refere aos outros factores, não encontramos diferenças, particularmente nos factores que definem a Orientação Interior. O que significa que ambas as categorias tem em si próprias o seu ponto interior de referência, independentes de aprovações exteriores.

6.9 Quadro comparativo entre a categorias 4 e 3 quanto aos factores da Escala de Suporte Social.

FACTORES DE S.SOCIAL	CAT4 N=4		CAT3 N=6		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Suporte Socio-Afectivo	23,5	23,5	15,1	16	1,5	$p = 0,01$
Ausencia de Controlo externo	11,5	12	9,8	9,5	7,5	$p > 0,05$
Suporte Familiar	13,7	14	9	9,5	3	$p = 0,03$
Suporte Financeiro	4,7	5	3,3	2	7,5	$p > 0,05$
Suporte Amoroso	7,7	8	6	5,5	5,5	$p > 0,05$

As conclusões que podemos tirar dos resultados mencionados no

quadro (6.9) têm bastante importância, porque apesar da diferença entre o Suporte Social global entre as duas categorias ser significativa (c.f. 6.7), para os 5 factores testados, só encontramos diferenças em dois deles, o que nos permite localizar com mais precisão a lacuna deste tipo de suporte. Verificamos que não há diferenças significativas a nível de S. financeiro, o que ainda evidencia mais as diferenças dos outros factores, pois levanta-nos a possibilidade de serem pertencentes ao mesmo extracto socio-económico. Não detectamos diferenças entre os dois grupos quanto ao Controlo que os outros exercem sobre a vida deles, nem tão pouco quanto ao Suporte Amoroso.

As principais diferenças que nos permitem distinguir as duas categorias situam-se a nível socio-afectivo ou seja o apoio que os indivíduos sentem da sociedade onde estão inseridos e do Suporte Familiar. Verificamos assim que a categoria 4 possui estes dois tipos de apoio e a categoria 3 tem carência deles.

6.2.2.1 Principais diferenças entre as categorias 4 e 3.

As duas categorias são semelhantes quanto à capacidade de orientação interior (C.f.6.8.) que é elevada para ambas e reforçada na escala de Suporte Social no factor que traduz ausência de controlo dos outros sobre eles próprios (C.f. 6.9). Esta dimensão é bastante importante na definição de pessoa auto-actualizada. Quanto à criatividade, um dos factores V.C. 3 que traduz um desafio à imaginação também não regista diferenças significativas(C.f. 6.8) havendo, no entanto, diferenças relativamente ao outro factor V.C.5 que repercute ausência de manutenção de actividades de rotina.

Relativamente às diferenças encontradas, entre as duas categorias, a

categoria 4, ou seja a posição autopoietica, ilustra a melhor forma de adaptabilidade, possuindo estes indivíduos as características pessoais (testadas pela auto-actualização) e a forma de apoio exterior avaliado pela Escala de Suporte Social, mais adequadas. A manutenção da Actividade Profissional e a Prevenção ilustram diferenças entre esta categoria e as restantes. Podemos, no entanto, concluir que o que falta à categoria 3, relativamente à categoria 4, é essencialmente a forma de Suporte Socio-afectivo e Suporte Familiar. Estas duas formas de Suporte Social se forem facultadas poderão influenciar alguns factores da Escala de Auto-actualização que apresentam diferenças entre eles, pois sustentamos que o meio influencia o indivíduo, o que é referido teoricamente por Goldstein, Maslow, Rogers e May (c.f. capítulo 2) Caplan e Moos Schlossberg (c.f. capítulo 3).

Os factores da Escala de Auto-actualização em que se detectaram diferenças são o factor 6 da Dimensão Existencial e o factor 2 do Sentido de Vida. A Dimensão Existencial traduz uma visão mais humanizada que conduz a uma utilização dos potenciais de uma forma mais altruista. É compreensível que os indivíduos que não sentem apoio da sociedade onde estão inseridos tenham menos vontade de nela intervirem para a melhorar e lutem unicamente por uma melhor forma de adaptação pessoal egoísta. A categoria 3 tem muito desenvolvidas as dimensões de Orientação Interior, quer na forma passiva (fact 1) quer activa (fact 4) e a vida criativa (fact 3), que define o desafio à imaginação, sendo os resultados semelhantes à categoria 4. Encontramos, assim, na categoria 4 essa associação do Suporte Social e das características individuais que faz emergir essa forma de intervenção altruista activa. Ao analisarmos posteriormente as respostas à pergunta livre, dadas por estas duas categorias, pretendemos confirmar este pressuposto.

6.2.3 Dados comparativos entre as categorias 4 e 2

Apresentaremos, pela mesma ordem sequencial anterior, os resultados obtidos para as categorias 4 e 2. Iniciaremos, portanto, com um quadro comparativo relativamente às variáveis principais.

6.10. Quadro Comparativo entre as Categorias 4 e 2 quanto às principais variáveis

ESCALAS	CAT 4 N=4		CAT 2 N=17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Auto-Act.	145,2	144,5	118,7	119	0	p = 0,001
Suporte Social	76	73	72,2	70	26	p > 0,05
B.D.I.	3,5	1	8,8	9	11,5	p = 0,05
Profissão	5*	5*	2,6	3,5**	10,5**	p > 0,05
Prevenção	14,2	14,5	10,8	11	14	p = 0,05

* N= 3

**N= 16

Nota

* Falta um dado na categoria 2, e outro na categoria 4 porque os sujeitos respectivos referem que não trabalham mas estudam, não assinalando a frequência com que o fazem. Confirmamos esses dados através dos dados socio-demográficos do questionário dos sujeitos referidos. Esses dois casos não foram por isso incluídos para os efeitos de provas estatísticas, razão pela qual p não é significativo para o valor de U apresentado.

Como podemos observar pelo quadro anterior, as diferenças entre estas duas categorias situam-se na Escala de Auto-actualização, Inventário Depressivo de Beck (BDI), e quanto às medidas preventivas. Embora as medianas sejam superiores para todas as escalas na categoria 4 com

excepção do BDI como é previsível, não se registaram diferenças significativas quanto ao Suporte Social e Manutenção da Actividade Profissional. O facto de não haver diferenças entre essas duas dimensões não é contraditório aos pressupostos do modelo teórico proposto. As principais diferenças residem na auto-actualização, em que o nível de significância é de 0,001, e no BDI e Medidas preventivas ao nível de 0,05.

6.11. Quadro comparativo entre a categoria 4 e 2 quanto aos factores da Escala de Auto-actualização

FACTORES AUTO-ACTUAL.	CAT4 N=4		CAT2 N=17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Fact. 1 OI	23,7	24	20,8	22	11	p=0,025
Fact. 4 OI	14,5	14,5	13	13	9	0,01 < p < 0,025
Fact. 2 SV	37,2	37,5	28,9	28	2	p=0,001
Fact. 3 VC	17,5	18	14,1	14	10	0,01 < p < 0,025
Fact. 5 VC	18,5	18,5	11,8	12	0	p=0,001
Fact. 6 DE	14,2	15	11,5	11	8,5	0,01 < p < 0,025
Fact. 7 DE	17	17,5	15,7	16	23	p > 0,05

Quanto aos factores da Escala de Auto-actualização (C.f. 6.11) encontramos diferenças significativas em todos, com excepção de um factor pertencente à Dimensão Existencial. As diferenças são altamente significativas a pelo menos um nível de 0,02. Sobressai a diferença quanto ao de Sentido de Vida (Factor 2) e Vida Criativa (Factor 5) com nível de 0,001.

6.12. Quadro comparativo entre as categorias 4 e 2 quanto aos factores da Escala de Suporte Social

FACTORES DE S. SOCIAL	CAT 4 N = 4		CAT 2 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Suporte Socio-Afectivo	23,5	23,5	21,8	22	28,5	p > 0,05
Ausência de Controlo externo	11,5	12	10,5	11	28	p > 0,05
Suporte Familiar	13,7	14	11,3	12	13	p = 0,05
Suporte Financeiro	4,7	5	5,4	6	28,5	p > 0,05
Suporte Amoroso	7,7	8	7,1	7	27,5	p > 0,05

Entre todos os factores testados observados no quadro 6.12 só encontramos diferenças num factor que é o que representa o Suporte Familiar. Verificamos assim que a Escala global não é discriminatória para estas duas categorias, mas contudo, há diferenças detectadas quanto ao suporte que a família dos seropositivos testados lhe fornece.

É ainda de salientar que o Suporte Financeiro, apesar de não registar diferenças significativas é superior na categoria 2 que na 4.

6.2.3.1 Principais diferenças entre as categorias 4 e 2.

Entre estas duas categorias, as diferenças obtidas na Escala de Auto-actualização são grandes para o total da Escala e para todos os factores, com excepção do factor 7 que faz parte da Dimensão existencial. Verificamos, assim, que quanto a esse factor, não encontramos diferenças nos dois grupos. Ambos se identificam com a espécie humana partem do princípio que o homem é bom, que cada ser humano tem um significado para o universo, possuem uma percepção acurada e real do mundo que os rodeia. A possibilidade de aumentar a auto-actualização para uma eventual passagem à categoria 4, parece bem mais difícil, pois os indivíduos pertencentes à posição 2 tem um sentido de vida reduzido, pouca orientação interior e manifestam fraca actividade criativa. Observamos que não há diferenças na escala de Suporte Social, e que, quanto aos factores, somente no Suporte Familiar encontramos diferenças. A categoria 2 mantém uma actividade profissional semelhante à categoria 4 onde não se registam diferenças. Concluimos que as principais diferenças entre estas duas categorias residem na auto-actualização, com especial ênfase no que respeita a orientação interior, vida criativa e sentido de vida, dimensões essas essenciais na caracterização da pessoa auto-actualizada.

6.2.4 Dados comparativos entre a categoria 4 e a categoria 1

No quadro seguinte observamos os resultados obtidos entre as categorias 1 e 4 quanto às variáveis principais.

6.13. Quadro Comparativo entre a categorias 4 e a 1 quanto às Variáveis Principais.

ESCALAS	CAT 4 N = 4		CAT 1 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Auto-Act.	145,2	144,5	101,1	102	0	p = 0,001
Suporte Socia	76	73	48,5	47	4	p = 0,01
B.D.I.	3,5	1	15,7	15	4	p = 0,01
Profissão	5*	5*	2,1	3	6	p = 0,025
Prevenção	14,2	14,5	10,8	10	11,5	0,01 < p ≤ 0,02

* N= 3

Através do quadro anterior verificámos que estas duas categorias são diferenciadas através de todos os instrumentos de medida aplicados, com bons níveis de significância.

6.14. Quadro Comparativo entre a categorias 4 e 1 quanto aos factores da Escala de Auto-actualização.

FACTORES AUTO-ACTUAL.	CAT 4 N = 4		CAT 1 N =17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Fact. 1 OI	23,7	24	16,4	16	6	p = 0,01
Fact. 4 OI	14,5	14,5	12,5	13	5	p = 0,01
Fact. 2 SV	37,2	37,5	22,7	24	0	p = 0,001
Fact. 3 VC	17,5	18	13,2	13	6,5	p = 0,01
Fact. 5 VC	18,5	18,5	10,7	12	0	p = 0,001
Fact. 6 DE	14,25	15	10	9	4,5	p = 0,01
Fact. 7 DE	17	17,5	13	13	6	p = 0,01

Estas duas categorias como que representam os pólos opostos entre a adaptação e desadaptação à seropositividade. Verificamos pelo quadro 6.14. que há diferenças em todos os factores e que estas diferenças se registam a um nível de significância de pelo menos 0,01.

6.15. Quadro Comparativo entre a categoria 4 e 1 quanto aos factores da Escala de Suporte Social.

FACTORES DE S. SOCIAL	CAT 4 N = 4		CAT 1 N =17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Suporte Socio-Afectivo	23,5	23,5	13	12	6,5	p = 0,01
Ausência de Controlo externo	11,5	12	8,1	8	13,5	p = 0,05
Suporte Familiar	13,7	14	8,5	9	3	p = 0,01
Suporte Financeiro	4,7	5	3	2	17	p > 0,05
Suporte Amoroso	7,7	8	4,4	5	4	p = 0,01

Como podemos observar, (C.f. 6.15) as diferenças também são marcantes no que se refere aos factores da Escala de Suporte Social, com excepção do factor Suporte Financeiro. O facto de não haver diferenças entre as categorias quanto ao factor Suporte financeiro é, na nossa opinião, favorável, pois demonstra que as amostras das duas categorias tem características socioeconómicas semelhantes. Consequentemente, as grandes diferenças encontradas no total da escala localizam-se nos restantes factores, mais específicos da relação interpessoal.

6.2.4.1 Principais diferenças entre as categorias 4 e 1

Encontrámos diferenças em todas as variáveis testadas, com excepção do suporte financeiro da escala de Suporte Social. Este aspecto reforça ainda mais as diferenças entre todas as variáveis avaliadas. As duas categorias referidas delimitam os extremos entre a desadaptação e

adaptação à seropositividade e definem-se e caracterizam-se pela oposição dos resultados obtidos, quanto à Auto-actualização e Suporte Social, BDI, manutenção do trabalho e Prevenção.

6.2.5 Dados comparativos entre a categorias 3 e 2

Vamos agora diferenciar a categoria 3 da categoria 2, seguindo a mesma sequência previamente utilizada para diferenciar a posição 4 das restantes. O quadro 6.16 compara as categoria 3 e 2 para as variáveis principais.

6.16. Quadro Comparativo entre a categorias 3 e 2 quanto às variáveis principais

ESCALAS	CAT 3 N = 6		CAT 2 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Auto-Act.	134,6	131,5	118,7	119	0	p = 0,001
S.Social	56,6	51	72,2	70	21,5	0,025 < p < 0,05
B.D.I.	9,1	9,5	8,8	9	49	p > 0,05
Profissão	1,3	0	2,6*	3,5*	34	p > 0,05
Prevenção	9,3	9	10,8	11	37	p > 0,05

Nota * N=16

Como podemos observar (C.f. 6.16.) os resultados traduzem que não há diferenças quanto ao BDI, Manutenção de Actividade Profissional e quanto à Prevenção para estes dois grupos. No entanto, é de realçar que, para as duas últimas medidas avaliadas, elas são superiores na categoria 2

não chegando a serem estatisticamente significativas. Estes resultados eram também previsíveis atendendo às características inerentes às categorias em questão.

Quanto à Escala de Auto-actualização a diferença é altamente significativa a um nível de 0,001, sendo superior na categoria 3. Já no que diz respeito à Escala de Suporte Social a diferença é significativa, cabendo à categoria 2 os valores superiores, como esperávamos encontrar, de acordo com o modelo teórico a validar.

6.17. Quadro Comparativo entre a categorias 3 e 2 quanto aos factores da Escala de Auto-actualização.

FACTORES AUTO-ACTUAL	CAT 3 N = 6		CAT 2 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Fact. 1 OI	24	23	20,8	22	25,5	p = 0,05
Fact. 4 OI	14,1	15	13	13	26	p = 0,05
Fact. 2 SV	32,6	33	28,9	28	22	p = 0,025
Fact. 3 VC	17,1	17	14,1	14	18,5	0,01 < p < 0,025
Fact. 5 VC	14,8	15,5	11,8	12	24,5	p = 0,05
Fact. 6 DE	11	11	11,5	11	40	p > 0,05
Fact. 7 DE	16,8	17	15,7	16	40	p > 0,05

Como verificámos através dos dados do quadro anterior as diferenças registam-se em todos os factores com excepção dos dois factores (fact 6 e fact 7) que caracterizam a Dimensão Existencial. São marcantes as diferenças entre as categorias quanto ao Sentido de Vida,(fact 2) Orientação Interior (fact 1 e fact 4) Vida Criativa (fact 3 e fact. 5). Estes dados reforçam a existencia de uma maior capacidade actualizante nos indivíduos pertencentes à categoria 3.

6.18. Quadro Comparativo entre as categorias 3 e 2 quanto aos Factores da Escala de Suporte Social

FACTORES DE S. SOCIAL	CAT 3 N = 6		CAT 2 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Suporte Socio-Afectivo	15,1	16	21,8	22	16	p = 0,025
Ausência de Controlo externo	9,8	9,5	10,5	11	45	p > 0,05
Suporte Familiar	9	9,5	11,3	12	34	p > 0,05
Suporte Financeiro	3,3	2	5,4	6	23,5	p = 0,05
Suporte Amoroso	6	5,5	7,1	7	33,5	p > 0,05

Os dados apresentados no quadro 6.18. retratam bem onde se situam as principais diferenças nesta forma de Suporte. Como verificámos (C.f. 6.16) as diferenças são altamente significativas para a escala global, mas, ao analisarmos por factores, verificamos que, apesar das médias serem superiores sempre na categoria 2, as diferenças estatisticamente significativas só se situam no Suporte Sócio-afectivo e no Suporte

Financeiro, havendo uma diferença mais marcante quanto ao primeiro. Esta constatação evidencia a provável marginalização social sofrida pela posição 3, relativamente à 2.

6.2.5.1 Principais diferenças entre as categorias 3 e 2.

O que separa estas duas categorias é essencialmente a inversão de resultados que encontramos face à Auto-actualização e Suporte Social. A Auto-Actualização está presente na categoria 3 de forma evidente, mas não na categoria 2. Salientamos que as dimensões da Auto-Actualização testadas, onde encontrámos diferenças significativas, são as que definem as capacidades individuais menos sujeitas à influências "externas", o que nos faz levantar a hipótese que a categoria 2 não possui capacidades próprias adequadas apesar de reunir melhores condições de suporte que a posição 3. Ainda, de um modo geral e nomeadamente, no que se refere ao Suporte Financeiro e ao Suporte Socio-afectivo a categoria 2 apresenta melhores resultados que a categoria 3, significando a ausência de apoio social e uma percepção inferior de dificuldades económicas nesta última categoria.

6.2.6. Comparação entre a categoria 3 e 1.

Passamos a apresentar as diferenças dos resultados obtidos entre a categoria 3 e a categoria 1.

6.19. Quadro Comparativo entre as categorias 3 e 1 quanto às variáveis principais

ESCALAS	CAT 3 N = 6		CAT 1 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Auto-Act.	134,6	131,5	101,1	102	0	p = 0,001
S.Social	56,6	51	48,5	47	34,5	p > 0,05
B.D.I.	9,1	9,5	15,7	15	20,5	0,01 < p ≤ 0,02
Profissão	1,3	0	2,1	3	38	p > 0,05
Prevenção	9,3	9	10,8	10	39,5	p > 0,05

Entre estas duas categorias as diferenças observadas nos resultados do quadro 6.19. registam-se a nível da Escala de Auto-actualização, e BDI.

Verificamos, assim, que os sujeitos da categoria 3 são, à partida, mais auto-actualizados e não apresentam scores de depressão. Verificamos, também, que os da categoria 1, apresentam na Escala de Auto-actualização, valores semelhantes aos encontrados para uma população psiquiátrica (4) e quanto ao BDI evidenciam sinais de depressão leve. Não encontramos diferenças quanto ao Suporte Social, Prevenção ou Manutenção de Actividade Profissional. Como já foi referido, as pessoas pertencentes à posição 3 podem apresentar certas peculiaridades, designadamente, escolherem a "sua qualidade de vida" apesar de irem contra as recomendações exteriores sem, no entanto, evidenciarem depressão, como acontece na posição 1.

6.20 Quadro Comparativo entre as categorias 3 e 1 quanto aos factores da Escala de Auto-actualização.

FACTORES AUTO-ACTUAL	CAT 3 N = 6		CAT 1 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Fact. 1 OI	24	23	16,4	16	11	p = 0,01
Fact. 4 OI	14,1	15	12,5	13,0	17,5	p = 0,01
Fact. 2 SV	32,6	33	22,7	24	0,5	p = 0,001
Fact. 3 VC	17,1	17	13,2	13	10	p = 0,01
Fact. 5 VC	14,8	15,5	10,7	12	17,5	p = 0,01
Fact. 6 DE	11	11	10	9	31,5	p > 0,05
Fact. 7 DE	16,8	17	13	13	4,5	p = 0,001

As diferenças detectadas (C.f.6.20) entre os diversos factores são marcantes para todos eles, com excepção do factor 6 da Dimensão Existencial, situando-se todas as diferenças a um nível de significância de pelo menos 0,01.

6.21. Quadro Comparativo entre as categorias 3 e 1 quanto aos factores da Escala de Suporte Social

FACTORES DE S. SOCIAL	CAT 3 N = 6		CAT 1 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Suporte Socio-Afectivo	15,1	16	13	12	31	p > 0,05
Ausência de Controlo externo	9,8	9,5	8,1	8	37	p > 0,05
Suporte Familiar	9	9,5	8,5	9	42	p > 0,05
Suporte Financeiro	3,3	2	3	2	49	p > 0,05
Suporte Amoroso	6	5,5	4,4	5	30,5	p > 0,05

Através do quadro 6.21 verificamos não haver diferenças estatisticamente significativas nos dados de nenhuma das sub-escalas. O Suporte Social não é por si só discriminatório destas duas categorias.

6.2.6.1 Principais diferenças entre as categorias 3 e 1.

O que distingue a categoria 3 da 1, é a presença de auto-actualização na terceira e ausência dela na primeira, bem como o estado depressivo que é patente na posição 1 e não se encontra na posição 3.

Verificamos que os sujeitos pertencentes à categoria 3 sentem-se bem com eles próprios, pois à partida, não evidenciam sinais de depressão e demonstram capacidades pessoais para encontrar uma saída para a crise. Os apoios exteriores são reduzidos para ambas, de apresentação semelhante e sem diferenças estatísticas entre eles. Como também não há

diferenças entre a manutenção da actividade profissional e quanto à prevenção, estes dois grupos nunca podiam ser distinguidos pelos comportamentos exteriores observáveis, que normalmente são apontados como indicadores de adaptação. Queremos, no entanto, salientar, que na nossa opinião a categoria 3 evidencia capacidades bastantes superiores de adaptabilidade, avaliadas pelas características pessoais de auto-actualização. Admitimos, portanto, que se lhes fosse oferecido suporte social poderiam eventualmente melhorar outros indicadores.

6.2.7. Dados comparativos entre as categorias 2 e 1

Por último, apresentamos 3 quadros, também com a mesma ordem sequencial, que nos dão as análises das diferenças entre as categorias 2 e 1.

6.2.2. Quadro Comparativo entre as categorias 2 e 1 quanto às variáveis Principais

ESCALAS	CAT 2 N=17		CAT 1 N=17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Auto-Act.	118,7	119	101,1	102	0	p < 0,001
S. Social	72,2	70	48,5	47	23,5	p < 0,001
B.D.I.	8,8	9	15,7	15	57	p = 0,001
Profissão	2,6*	3,5*	2,1	3	119	p > 0,05
Prevenção	10,8	11	10,8	10	137	p > 0,05

*N= 16

Observamos (C.f. 6.22) diferenças altamente significativas a um nível de 0,001 pelo menos, na Escala de Auto-actualização, Suporte Social e BDI, correspondendo os melhores scores à posição 2. No que respeita à Manutenção da actividade Profissional e à Prevenção, embora as medianas sejam melhores na categoria 2 que na 1, as diferenças não são no entanto, estatisticamente significativas.

6.23 . Quadro Comparativo entre as categorias 2 e 1 quanto aos factores da Escala de Auto-actualização.

FACTORES AUTO-ACTUAL	CAT 2 N = 17		CAT 1 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Fact. 1 OI	20,8	22	16,4	16	U = 63,5	p < 0,01
Fact. 4 OI	13	13	12,5	13	U = 114	p > 0,05
Fact. 2 SV	28,9	28	22,7	24	U = 5	p < 0,001
Fact. 3 VC	14,1	14	13,2	13	U = 107	p > 0,05
Fact. 5 VC	11,8	12	10,7	12	U = 101,5	p > 0,05
Fact. 6 DE	11,5	11	10	9	U = 70	p < 0,01
Fact. 7 DE	15,7	16	13	13	U = 51,5	p < 0,001

Todos os valores registados pela categoria 2 são superiores aos obtidos na 1, (c.f. 6.23); no entanto, não observamos diferenças estatisticamente significativas no Factor 4 que traduz a capacidade de auto-confiança, responsabilidade e acção e integra a dimensão de Orientação

Interior, e os factores 3 e 5, que representam a Vida Criativa do sujeito.

As diferenças observadas são altamente significativas para os restantes factores. No factor 2, Sentido de vida, as diferenças registam-se a um nível de 0,0005. Nos factores 6 e 7, que traduzem a Dimensão Existencial, o nível é de pelo menos 0,02. No Factor 1 as diferenças são altamente significativas a um nível de pelo menos 0,005 Este último factor, que mede a Orientação interior, evidencia a independência do indivíduo em relação às aprovações exteriores nas suas decisões.

Quanto à Orientação interior, os da categoria 2 têm maior capacidade de decisão que os da categoria 1 (factor 1); no entanto, ambos não passam à acção e não tem auto-confiança evidenciado pelo (factor 4).

Concluindo, ambas as categorias não apresentam bons scores nos factores relativos à Vida Criativa (factores 3 e 5).

6.24. Quadro Comparativo entre as categorias 2 e 1 quanto aos factores da Escala de Suporte Social

FACTORES S. SOCIAL	CAT 2 N = 17		CAT 1 N = 17		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Suporte Socio-Afectivo	21,8	22	13	12	U = 34,5	p < 0,001
Ausência de Controlo externo	10,5	11	8,1	8	U = 84,5	p < 0,025
Suporte Familiar	11,3	12	8,5	9	U = 61	p < 0,01
Suporte Financeiro	5,4	6	3	2	U = 54,5	p < 0,001
Suporte Amoroso	7,1	7	4,4	5	U = 36,5	p < 0,001

Relativamente aos valores dos factores desta escala (c.f. Quadro 6.24) encontramos diferenças estatisticamente significativas em todos eles com bons níveis de significância. Todos os valores são superiores na categoria 2 .

6.2.7.1 Principais diferenças entre as categorias 2 e 1.

Estas duas categorias diferenciam-se através de todas as variáveis testadas, com excepção da manutenção da actividade profissional e prevenção. Reconhecemos na posição 2 alguns mecanismos de adaptação, sobretudo provenientes do apoio social, que contribuem, eventualmente, para as diferenças registadas na avaliação através do BDI. Quanto à Auto-actualização, apesar de ser superior na posição 2, não evidencia diferenças quanto à criatividade nem quanto ao factor 4 da Orientação Interior. Este facto sustenta as características da posição 2, em que há uma dependência do exterior para a adaptação por não se possuir criatividade para encontrar novas soluções adaptativas.

6.2.8. Análise qualitativa

Como já referimos anteriormente, a análise qualitativa através da pergunta aberta é complementar às avaliações anteriores e visando os seus objectivos específicos (5). Através dela pretendemos reconhecer atitudes diversificadas dos sujeitos face à introdução da seropositividade.

Faremos, seguidamente, uma análise do conteúdo da pergunta

aberta : *"A seropositividade introduziu com certeza mudanças na sua vida. Acha que apesar disso houve mudanças que julga serem positivas? Se sim, cite algumas"*

Indicaremos, também, nesta análise qualitativa, se existe a afiliação a organizações humanitárias.

Metodologicamente começaremos por transcrever o conteúdo das perguntas, evidenciando as principais características que pretendemos analisar de acordo com os objectivos referidos no capítulo anterior. Começaremos pela análise das pessoas da categoria 4, seguindo-se as categoria 3 e 2 e por último a categoria 1.

Para realçar os aspectos principais da análise do conteúdo apresentado pelos sujeitos que responderam à pergunta, atribuímos alguns sinais para a identificação desses aspectos, no texto por eles escrito. Em primeiro lugar, o simples reconhecimento de mudanças positivas, ou mudanças práticas sugeridas pela introdução da seropositividade serão assinaladas a *itálico*. Esse tipo de mudanças evidencia, na nossa opinião, um estágio mais primário, que expressa, sobretudo, uma competência adquirida pela intervenção social exterior. Não significa, portanto, que essas mudanças tenham surgido de reflexões interiores mais profundas do indivíduo. Em segundo lugar, os principais aspectos do conteúdo que revelam uma maneira positiva de gerir a seropositividade com o reconhecimento de benefícios pessoais decorrentes de uma conscientização humanista-existencial, são apresentados a sublinhado. Finalmente, para diferenciar a evidência de preocupação altruísta, ou intervenção social, a letra do conteúdo é apresentada a **carregado**.

6.2.8.1 Avaliação qualitativa dos sujeitos pertencentes à posição 4 - Autopoiéticos

Transcrevem-se seguidamente, os extractos das respostas à pergunta aberta dadas pelas pessoas classificadas como pertencente à posição autopoiética.

1. "A informação de que o fim poderia estar próximo, *trouxe-me uma maneira de estar na vida , bastante diferente:*

- Viver o dia a dia, com prazer de saber ter sido mais um, e com isso contribuir também para alcançar os meus objectivos.

-Identificar-me com o que faço, o que pretendo, e para onde vou.

-**O poder trabalhar em algo que torne o futuro das pessoas infectadas pelo HIV, não tão dramáticos** como foram os meus primeiros meses de união "conjugal" com o HIV-

- **O dever de alertar para que outros não venham engrossar os números já existentes.**

-tirar maior prazer da convivência com os amigos etc. etc...."

É membro fundador da alternativa positiva, e homossexual.

O primeiro extracto evidencia as dimensões esperadas na análise qualitativa de uma pessoa autopoiética. Há o reconhecimento de mudanças positivas, pressupostos existenciais, e a preocupação altruísta com os outros seres humanos, quer manifestada no próprio extracto, quer quando afirma ser membro fundador de uma associação de apoio a pessoas seropositivas.

2. "Aprendi a valorizar melhor cada dia; aprendi a evitar o stress; a encarar a morte e a tentar compreendê-la e a ultrapassar o medo do desconhecido". **É membro fundador da alternativa positiva e**

homossexual.

A transcrição da pergunta aberta do segundo sujeito evidencia também mudanças nos dois primeiros níveis (benéficas e existenciais). Embora não mencione no texto a preocupação altruísta, refere que é membro **fundador** da mesma associação atrás referida.

3. "**Maior disponibilidade e vontade de ajudar o próximo**" é membro da liga Portuguesa contra a Sida" - contaminação sexual

A transcrição anterior referente ao terceiro sujeito evidencia essencialmente a preocupação altruísta, apesar de não realçar mudanças existenciais, partimos do princípio que a intervenção social é uma mudança que só é registada com ênfase nesta categoria.

4. "**De facto a mudança que considero mais positiva foi operada no modo como me relaciono com os outros e em definitivo com os objectivos de ser e estar vivo. Aprendi a olhar os outros com generosidade, e focalizo o meu dia a dia em tudo o que enriqueça o espírito, isto é procuro viver o mais autenticamente possível.**

É óbvio que não vivo num mar de rosas, no sentido em que sou afectado pela "seropositividade". **Mas tento não tornar essa verdade numa desculpa para a paranóia e conflito com o mundo.**

Em suma, se algo de positivo aconteceu devido à descoberta da minha seropositividade efectivou-se sobretudo no envolvimento com a procura duma maior qualidade de vida... Portanto focalizo sobretudo na procura da beleza da natureza, realizando passeios, na riqueza dos outros, participando em reuniões de modo a não descurar o crescimento dos miúdos e o melhoramento dos adultos. Além disto, trabalho tentando desenvolver qualitativamente a minha empresa, evitando ficar obcecado com

a necessidade de lucro, talvez isto também seja consequência da descoberta da minha finitude."

Este indivíduo, ex-toxicodependente quando questionado se pertencia a alguma organização revelou que participava em vários movimentos espirituais e que se interessava por todos os fins humanitários, mas não é membro de nenhum oficialmente. Na sua redacção preponderam as dimensões esperadas, perspectivas existenciais e altruístas.

Todos os extractos anteriores evidenciam um reconhecimento de benefícios pessoais na linha existencial, decorrentes da sua seropositividade. Em todos há uma manifesta preocupação de intervenção social. Três são membros de associações de apoio à Sida, sendo dois deles **membros fundadores**, o que significa uma acção directa de intervenção social. Havendo ainda maior evidência de preocupação altruísta concreta nas transcrições dos relatos pessoais no 1, 3 e 4.

6.2.8.2 Avaliação Qualitativa dos sujeito pertencentes à posição 3

Dos 6 elementos pertencentes a esta categoria, só 3 responderam a esta pergunta.

1 " *cuidado com seringas e sexo*" não pertence a nenhuma organização.

2.-" *Sim deixei totalmente a droga*" -não pertence a nenhuma organização.

3. "O diagnóstico abriu portas para eu reavaliar toda a minha vida e foi a minha "desculpa" para passar a assumir-me em todos os aspectos que necessitava" É membro da Alternativa Positiva (Associação de Informação e Apoio sobre Sida) e é homossexual.

É de salientar que esta pessoa foi fazendo comentários

complementares ao longo do questionário do tipo: *"uso preservativo, para evitar a recontaminação e não para evitar propagar a outros !!"*. Mais adiante quando questionado na pergunta 20 da escala de auto-actualização "tenho capacidade de resistir a pressões sociais" acrescenta : *" concordo, senão já estava morto!"*

Este tipo de comentários reflecte uma revolta contra o meio e uma postura muito pessoal e egoísta. Diríamos que é um dos protótipos esperados desta posição. Contudo os outros dois sujeitos não evidenciaram claramente os mesmos pressupostos. No primeiro regista-se uma preocupação preventiva e no segundo a recuperação da droga. Da maneira determinista que a frase está apresentada, no segundo caso, pode significar uma grande determinação pessoal, interiorização desse facto conscientemente. Como já foi referido teoricamente esta posição não é de todo característica quanto à postura adaptativa, depende essencialmente da leitura individual do sujeito para o problema. Nesta categoria a amostra inclui um homossexual e os restantes são toxicodependentes.

6.2.8.3 Avaliação Qualitativa dos sujeitos pertencentes à posição 2.

Nesta categoria sete pessoas não responderam. Seguem-se as transcrições das respostas dadas.

1. "Não a vida processa-se normalmente"
2. " **tentar não prejudicar terceiros**"
3. " *Passei a ter mais cuidado de saúde comigo*"
4. "Fez-me ver que havia muita coisa boa na vida de bom e bonito como ter um filho e eu já não podia concretizar derivado ao HIV. *Depois graças à família e à terapia comecei a ter fé em Deus.*"
5. "Atendendo ao problema resolvi ter mais responsabilidade"

6. *"Mais cuidados comigo próprio"*

7- "Transformou muito aspectos da minha vida (ex. maior consciência)"

8- "As mudanças positivas é ter fé que se descubra rapidamente uma vacina"

9- *"Não ter relações com outras parceiras só com a mulher"*

10- "Não tive mudanças positivas. Deixei sim de fazer projectos a longo prazo. Apercebi-me que a vida acaba."

Sete pessoas não respondem e os números 1, 8 e 10 responderam mas negativamente.

No caso número 1 parece evidenciar um mecanismo de negação, mantendo-se numa atitude de indiferença como foi salientado no capítulo 4- no ponto 1.2.

O número 4 começa por reconhecer que poderia ter tido muita coisa boa, mas que é tarde, e enfatiza que o apoio social da família e terapia é que lhe tem valido. Este facto é sustentado no seu resultado na escala de Suporte Social que foi de 84 muito alto relativamente à média.

Houve referência a poucas mudanças e só dois evidenciam mudanças que podem ser compreendidas numa perspectiva humanista existencial. Mesmo assim, dado o teor lacónico, das duas respostas, é difícil concluir o que significa "maior consciência" ou "atendendo ao problema ter mais responsabilidade" pois pode somente significar um maior cuidado quanto às normas de prevenção à Sida ou à saúde. Outro refere uma preocupação em não prejudicar os terceiros que reflecte uma postura mais altruista, contudo, a maioria das respostas centra-se numa preocupação de alteração de situações que podem ser directamente perigosas para o próprio. A existência dessas noções podem ser justificadas pelo grande Suporte Social evidenciado neste grupo, e na interiorização das suas

recomendações.

6.2.8.4 Avaliação Qualitativa dos sujeitos pertencentes à posição 1.

Das 17 pessoas inseridas nesta categoria doze não responderam à pergunta. Seguem-se as cinco respostas obtidas.

1.- *"Sim, mais cuidado com a saúde e tratamento de toxicodependência"*-

2-*"Não houve mudanças positivas"*

3- *"Vontade de abandonar a toxicodependência"*

4-*"Fim das saídas nocturnas, cuidados alimentares"*

5- *"Não notei qualquer mudança positiva"*

Só três pessoas, num total de 17 sujeitos englobados nesta categoria, responderam afirmativamente à pergunta. Constata-se, no entanto, que as respostas emitidas repercutem mudanças primárias com vista ao melhoramento da sua situação, sendo todas elas relacionadas com comportamentos preventivos.

Não encontrámos nesta posição nenhum indício das outras duas vertentes que esta pergunta potencialmente explora

6.2.9 A definição final das 4 categorias na interrelação teórico-prática

6.2.9.1 Posição ontológica - (categoria 1)

Os sujeitos incluídos nesta posição estão desadaptados à condição de seropositivo, manifestada por o maior índice depressivo, medido pelo Inventário Depressivo de Beck. Apresentam o mais baixo score em Auto-actualização, significando que não há desenvolvimento dos seus potenciais

com uma estagnação face à situação de crise induzida pela seropositividade, ou mesmo pré-existente. As dimensões específicas da referida escala, vida criativa, sentido de vida, e orientação interior são as mais marcantes, apresentando estes indivíduos os scores mais baixos. Nesta categoria os sujeitos não revelam evidência de Suporte Social, obtendo também os scores mais baixos da escala, comparativamente às restantes três categorias. Esta posição só se distingue quanto à manutenção da actividade profissional e prevenção, relativamente à posição 4, não havendo diferenças daquela, no que respeita às posições 2 e 3. Não pertencem a associações de carácter humanitário, a maioria não responde à pergunta livre, e quando o fazem (em dois casos) é para afirmar que não sentiram mudanças positivas, havendo ainda três outros sujeitos que referem, como mudanças positivas, alterações nos seus comportamentos preventivos, hábitos alimentares ou de repouso.

6.2.9.2 Posição Deontológica -Categoria 2

Nesta categoria incluímos os indivíduos que apresentam scores ligeiramente mais altos na escala de auto-actualização e com índices muito altos em Suporte Social. Quanto ao BDI (Inventário Depressivo de Beck) apresentam um índice mais baixo que a anterior. Apresentam scores mais altos que a categoria anterior e mais baixos que a seguinte, nas restantes dimensões avaliadas, com excepção do Suporte Social que é, acentuadamente, maior na segunda categoria do que na terceira, como discutiremos posteriormente.

As pessoas classificadas nesta categoria, quando respondem à pergunta livre dão respostas que traduzem a introjecção de recomendações médicas ou sociais, de prevenção à Sida. Só dois casos parecem reflectir alguma reflexão existencial, e outro uma preocupação com outras pessoas.

Mesmo assim, nesta categoria, três pessoas só respondem para confirmarem que não sentiram nenhuma mudança positiva.

Na nossa opinião a categoria 2 tem algumas características que podem ser um falso indicador de adaptabilidade, que só é completado quando verificamos que falta ao sujeito a sua capacidade de decisão interior. Ele pode cumprir o que lhe sugerem, estar menos deprimido comparativamente à categoria 1, sentir apoio social e familiar, mas verificamos que não reconhece melhoria na sua condição de vida.

A posição 2, por outro lado, não se diferencia das restantes quanto à manutenção da actividade profissional e prevenção, com excepção da última, relativamente aos sujeitos autopoieticos (categoria 4).

É interessante salientar que a categoria 2 pode tentar explicar algumas discrepâncias encontradas na investigação sobre adesão ao regime dietético, em doentes em hemodiálise, citados em Caldas de Almeida(1985).

Greenberg (1972), referido por (Caldas de Almeida,1985; p.170-171), fez um estudo avaliativo da adesão ao regime dietético em 18 doentes hemodialisados em função da personalidade dos mesmos. O autor encontrou resultados interessantes em que os doentes que melhor seguiam o regime eram os que curiosamente através do MMPI demonstravam cotações mais elevadas de depressão e hipocondria. Estes resultados são fortemente criticados por Caldas de Almeida, por um lado, pelas conclusões baseadas em apenas 18 casos e, por outro, porque há uma preocupação de explicação linear causal, com a qual também não concordamos.

No entanto esse resultado obtido pode ser interpretado, no nosso modelo, remetendo para a categoria 2 os indivíduos cumpridores de dieta, mas que manifestem mais sintomas depressivos ou hipocondríacos. Estas pessoas procuram seguir todas as indicações médicas e sociais, mas no seu

íntimo não acreditam que aquelas "possam alterar a fatalidade do seu destino de doentes "Os indivíduos da categoria 1 podem recusar-se inclusivamente à diálise, como há casos descritos, e nem sequer entrarem nessa estatística, e os da 4 categoria (autopoiéticos) tem uma probabilidade de serem tão poucos, que não podem diferenciar-se da categoria 2, sem que sejam avaliados outros parâmetros para a categorização. Pode ocorrer que os indivíduos que não sigam a dieta e não estejam deprimidos sejam pertencentes à categorização 3. Há normalmente nestas pessoas uma tendência para só fazerem o que reconhecem ter benefícios imediatos à sua qualidade de vida, o que não significa benefícios para a sua quantidade de vida em qualidade. No entanto, não significa que haja uma padrão uniformizado.

6.2.9.3 Posição Lógica -Categoria 3

Esta categoria caracteriza-se pela apresentação de um score na escala de actualização mais elevado que as categorias anteriores, mas ainda menor que a quarta categoria, com predominância de vida criativa com diferenças estatisticamente significativas em relação aos dois grupos anteriores. Estes indivíduos procuram em si próprios, dar resposta à crise induzida pela seropositividade, tendo Criatividade e Sentido de vida, bem como Orientação interior elevadas. No entanto, relativamente ao Suporte Social o score obtido por eles é muito baixo, o que representa uma característica diferente, que repercute ausência de apoio social. Assim, procuram dentro de si próprios uma adaptação baseada essencialmente na Auto-actualização com marcada criatividade o que parece compensar o seu deficiente Suporte Social. Trata-se de indivíduos que, apesar de se sentirem bem, podem não levar em consideração a opinião de terceiros, ou mesmo as orientações médicas. Podem ou não seguir as regras de prevenção e

trabalhar ou não trabalhar, de acordo com a procura individual de uma melhor qualidade de vida psicológica.

As pessoas classificadas nesta categoria quando respondem à pergunta livre só mostram as mudanças positivas que revertam unicamente em benefícios pessoais. O questionário número 3, referido anteriormente na avaliação qualitativa, demonstra bem a mencionada situação. Tal postura parece transmitir a mensagem de deixar à responsabilidade de cada um a melhor maneira de encarar os factos, sem se preocupar com as pessoas que os rodeiam.

Na categoria 3 o que podemos observar é uma posição em que os indivíduos, objectivamente, podem ser classificados com um índice pior de adaptabilidade, se considerarmos o Suporte Social e a Manutenção de Actividades como indicadores (possuem as médias mais baixas). Parece-nos, no entanto, que, embora aparentemente do ponto de vista social possam parecer mais desajustados que a categoria anterior (mais rebeldes menos cooperantes), procuram (dentro de si mesmo) encontrar as soluções à sua maneira, as quais não coincidem, por vezes, com o senso comum. Interessa, sim, averiguar que o seu score de auto-actualização é mais elevado, o que nos remete para a hipótese de que têm, neles próprios, as soluções para os seus problemas, embora a sua posição seja primariamente fundamentada numa postura egoísta. Por outras palavras, estes indivíduos tem mais capacidades pessoais de adaptabilidade (traduzidas pela auto-actualização) que os indivíduos classificados na posição 1 ou 2.

A posição lógica, tem falta de Dimensão existencial, Sentido de vida e Criatividade activa, relativamente à posição 4, sendo fortemente compensada pelo outro factor de criatividade e pela orientação interior. Relativamente à posição 3, apesar destes indivíduos não serem totalmente auto-actualizantes em todas as dimensões, são-no no score total da Escala.

Têm algumas dimensões muito desenvolvidas, compensando outras. Estas pessoas apresentam criatividade essencialmente primária (ver Maslow cap 2), podendo passar ou não à acção criadora. É uma categoria invulgar e atípica. Parece também remeter-nos para René Thom quando este refere os pontos atípicos da saída da caixa preta (c.f. capítulo 2).

Tal constatação faz-nos pensar em Maslow, quando afirma que há uma série de pessoas que, não sendo Auto-actualizadas na verdadeira acepção do termo, possuem muitas das características necessárias como, por exemplo, a criatividade ou orientação interior. Maslow refere, como exemplos ilustrativos, alguns artistas, como Van Gogh ou Mozart. Sem dúvida que esses artistas também tinham grande criatividade e orientação interior, mas, no entanto, não estavam totalmente inseridos na realidade que os cercava.

Concluindo, esta posição, apesar de ter capacidades adaptativas superiores relativamente às posições 1 e 2, passaria certamente despercebida se não fosse utilizada a Escala de Auto-actualização, podendo ser incluída na categoria 1 se utilizássemos somente os indicadores exteriores de adaptação. Não apresenta, portanto, Suporte Social reconhecido pelo próprio, maior cooperação com a prevenção, nem maior frequência de manutenção da actividade profissional.

6.2.9.4 Posição teleológica - Posição autopoietica -Categoria 4

Pela definição dada de "Adaptação à seropositividade", no capítulo 4, verificamos que só os indivíduos autopoéticos pertencentes à posição teleológica se podem considerar "adaptados à sua seropositividade". Verificamos que uma série de condições observadas isoladamente nas outras 3 categorias, embora necessárias, não são suficientes para concluirmos que os indivíduos estão adaptados no sentido restrito desta

investigação. Este aspecto tem que ser realçado, pois a maioria das investigações sobre a doença tem-se prendido com os comportamentos observados tais como: o cumprimento das orientações médicas, a manutenção do trabalho, das relações familiares e sociais, que sendo indicadores de adaptação, não traduzem a capacidade interior dos indivíduos.

Assim sendo, esta categoria define os indivíduos melhor adaptados à sua condição de seropositividade, que reconhecem que o facto de se saberem seropositivos introduziu mudanças positivas no seu estilo de vida, sendo capazes de dar um novo sentido à existência.

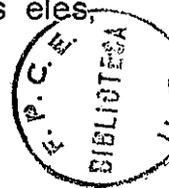
Os parâmetros que estão subjacentes ao sujeito autopoietico puderam ser testados empiricamente, apresentando estes indivíduos a dimensão do sentido de vida bastante desenvolvida, bem como uma orientação interior dominante, sendo também altamente criativos.

Para pertencer a esta categoria as pessoas seleccionadas prioritariamente tinham que ter respondido à pergunta aberta no inquérito, a que toda a amostra foi submetida. *"O facto de saber que é seropositivo introduziu com certeza mudanças na sua vida. Acha que apesar disso, houve mudanças que julga serem positivas? Se sim, cite algumas."*

Por uma análise do conteúdo encontramos as linhas mestras:

1. A seropositividade trouxe algo de positivo
2. Fez-me pensar, reflectir e mudar para melhor
3. Fez-me intervir na sociedade a fim de ajudar outros nas mesmas circunstâncias
4. Pertencer a associações de fins humanitários.

Os indivíduos englobados nesta categoria apresentaram, assim, os melhores resultados em todas as escalas e o menor índice na escala de Beck, com diferenças estatísticas altamente significativas. Todos eles,



trabalham assiduamente, com excepção de um que é estudante, e tomam medidas de prevenção à propagação da Sida a terceiros.

Concluimos dizendo que, além destes indivíduos se sentirem bem com eles próprios, neles, e só neles, emerge uma dimensão altruísta que não estava presente nos indivíduos pertencentes às restantes 3 categorias.

6.2.10. Outras análises

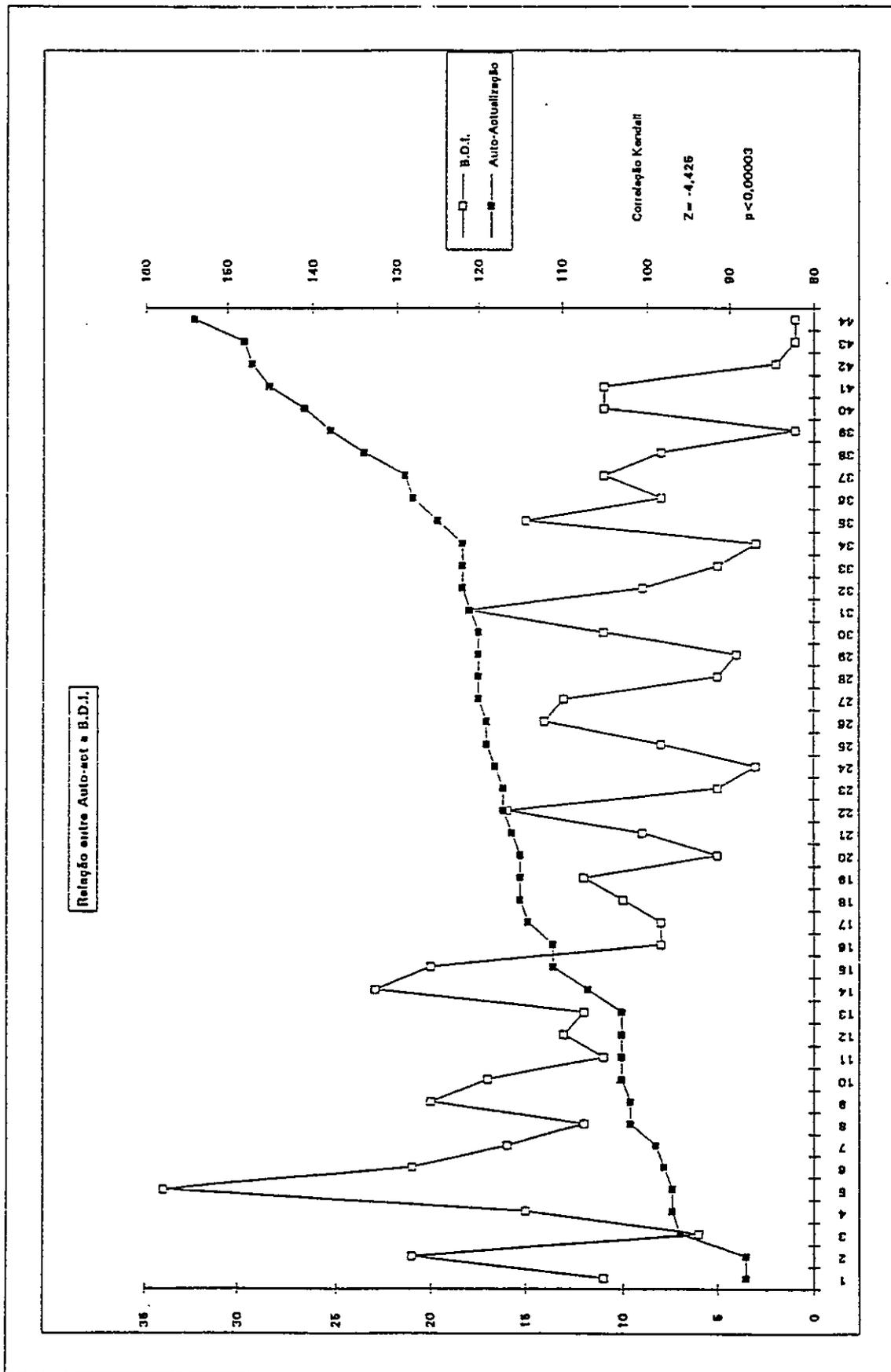
Em função do que foi exposto sentimos a necessidade de fazer diferentes análises de dados, confirmatórias da categorização efectuada

6.2.10.1 A correlação entre o BDI e Escala de Auto-actualização pela Correlação por postos de Kendall

Em primeiro lugar efectuamos para todos os sujeitos a correlação (Correlação por Postos de Kendall) entre os dados gerais obtidos na escala de Auto-actualização e os dados respectivos no Inventário Depressivo de Beck, com o intuito de confirmar que a Auto-actualização é um bom indicador da capacidade adaptativa do sujeito. Assumimos, portanto, que a ausência de depressão traduz uma melhor adaptação do ser humano.

Segue-se uma ilustração da representação de todos os dados obtidos pelos sujeitos em que, num dos eixos, apresentamos os resultados da Escala de Auto-actualização e, no outro, os dados respectivos obtidos pelo Inventário depressivo de Beck. Apresentamos, simultaneamente, os resultados da correlação (c.f. quadro 6.25).

Quadro 6.25

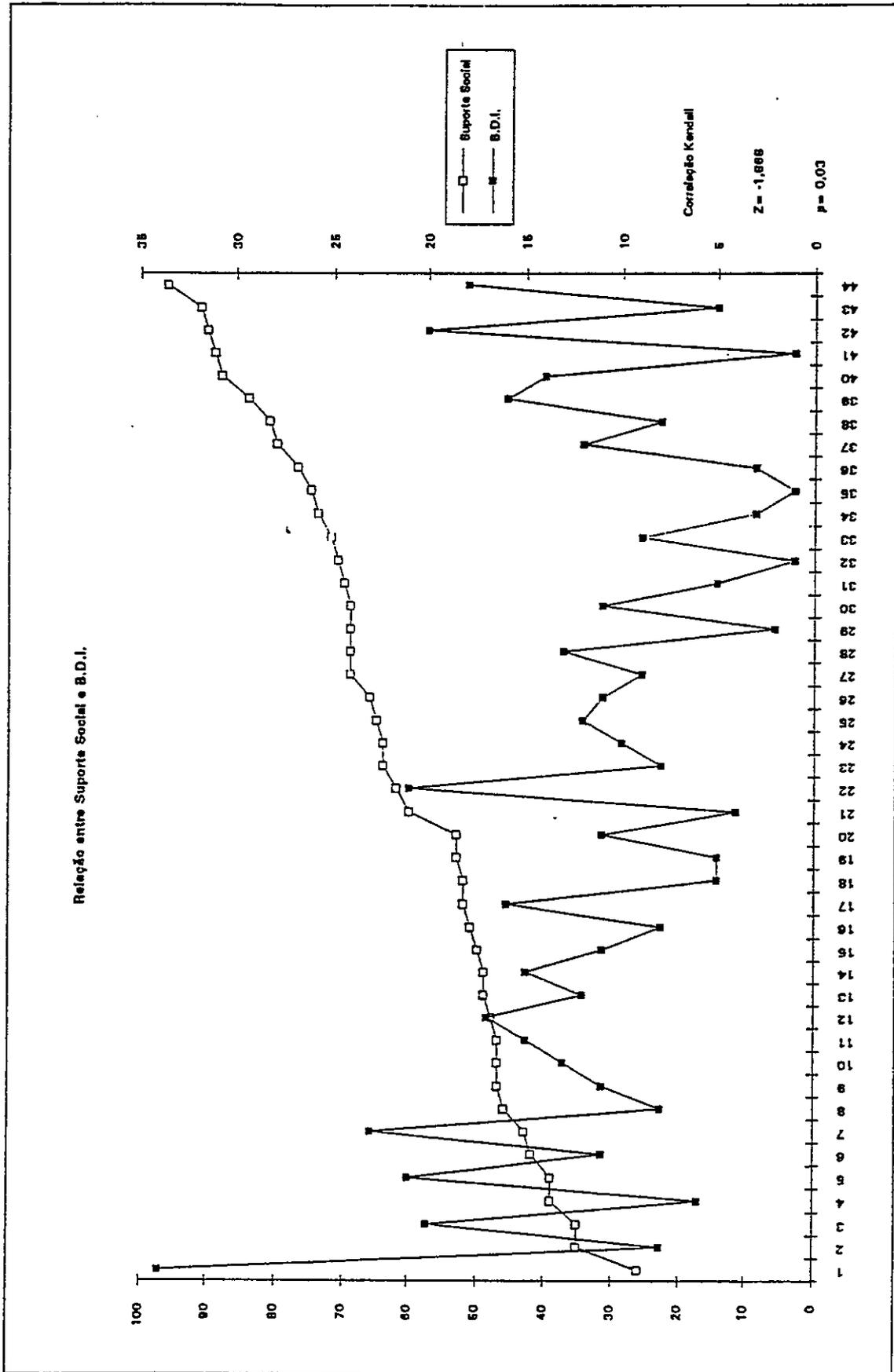


Através do quadro 6.25 obtemos uma visão global de todos os dados, confirmada pela correlação negativa, altamente significativa, entre Auto-actualização e Depressão que reforça claramente a importância que Auto-actualização tem na capacidade de adaptação do sujeito.

6.2.10.2 A correlação entre o BDI e a Escala de Suporte Social pela Correlação por postos de Kendall

O suporte Social também se correlaciona negativamente com a escala depressiva de Beck mas a correlação não é tão significativa como no caso da Auto-actualização (c.f. o quadro 6.26).

Quadro 6.26



Estes dados suportam assim investigações anteriores sobre a influência do Suporte Social no bem-estar do sujeito (c.f. capítulo 4 - 4.1.1)

Sustentando o que foi dito, a capacidade de adaptação do sujeito à seropositividade depende da presença de duas variáveis independentes, a Auto-actualização e o Suporte Social.

6.2.10.3 A amostra dividida em dois grupos baseados em critérios de observação exteriores.

O facto dos dados obtidos relativamente à manutenção da actividade profissional na categoria 2 não registarem diferenças significativas quanto à posição 1 (C.f.6.23) instigou a observação dessa variável simultaneamente com o Suporte Social e BDI. Assim dividimos a amostra obedecendo a uma outra lógica, que traduzisse o grau de adaptação exterior.

Advogamos que esta sub-divisão é a que se tem efectuado com mais frequência nas investigações, pois parte-se do pressuposto que adaptação é a manutenção do estilo de vida precedente e, como tal, a manutenção das relações afectivas, do trabalho e da cooperação com o pessoal médico são as que melhor a representam. Sub-dividimos a amostra em dois grupos. Um que comporta a categoria 1 e a categoria 3, o qual apresenta o score mais baixo em Suporte Social e outro que agrupa as categorias 2 e 4 que revela os scores mais altos. A distinção entre estes dois grandes grupos advem da capacidade destas pessoas receberem e sentirem prioritariamente o apoio social. Assim sendo, as categorias 2 e 4 procuram seguir as orientações sociais de adaptação à Sida, não significando, na categoria 2, que essas pessoas se sintam bem com elas próprias. Segue-se o quadro 6.27, onde se registam os resultados quanto às variáveis referidas.

Quadro 6.27 Quadro Comparativo entre as categorias (1+3) e (2+4) quanto às variáveis principais.

ESCALAS	CAT (1 + 3) N = 23		CAT (2 + 4) N = 21		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
S.Social	50,6	48	73	71	52,5 Z = -4,44	p<0,00003
B.D.I.	14	12	7,8	8	114	p=0,001
Profissão	1,9	2	3*	5*	160,5 Z = -1,57	p= 0,05
Prevenção	10,4	10	11,4	11	118,5 Z = -1,25	p> 0,05

* N= 19

Nesta ordem de raciocínio a manutenção do trabalho foi mais constante no grupo 2 e 4, que no grupo 1 e 3, o que foi confirmado empiricamente com diferenças estatisticamente significativas. A depressão mais acentuada no grupo 1+3 que no 2+4, bem como no Suporte Social, onde as diferenças são altamente significativas (C. f. 6.27).

O facto de não encontrarmos diferenças quanto à prevenção já foi justificado quando apresentamos os primeiros resultados pela Prova de Kruskal Wallis. A prevenção é hoje em dia assumida pela maioria das pessoas toxicodependentes HIV positivas (C.N.L.C.S. 1993a), aceitando nós esse facto independentemente do grau de adaptação do sujeito.

Analizamos seguidamente os factores da Escala de Suporte Social que são ilustrados no quadro seguinte (C.f 6.28).

Quadro 6.28 Diferenças quanto aos factores da Escala de Suporte Social entre as categorias (1+3) e (2+4)

FACTORES S. SOCIAL	CAT (1 + 3) N = 23		CAT (2 + 4) N = 21		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Suporte Socio-Afectivo	14	12	22	22,5	U = 72 Z = -3,967	p < 0,00005
Ausência de Controlo externo	8,4	8,5	10,8	11	U = 142 Z = -2,32	p = 0,01
Suporte Familiar	8,8	9	11,7	12,5	U = 116,5 Z = -2,93	p = 0,0017
Suporte Financeiro	3,3	2	5,2	5,5	U = 119,5 Z = -2,92	p = 0,0018
Suporte Amoroso	5	5	7,1	7	U = 95,5 Z = -3,44	p < 0,0003

Observando o quadro 6.28, que delimita as diferenças nos dois grupos entre os principais factores da Escala de Suporte Social, verificamos que o Suporte amoroso, familiar, socio-afectivo, financeiro e de ausência de controlo externo são mais elevados nos grupos 2 e 4, com diferenças estatisticamente significativas que no grupo 1 e 3. Queremos com isto dizer, que na maioria das investigações efectuadas (eg. Lume), ao avaliar a adaptação do ser humano à condição de doente, as categorizações por nós sugeridas não são discriminadas, sendo a posição 2 e 4 avaliadas conjuntamente. .

Só através da utilização da Auto-actualização dos sujeitos é que podemos discernir as 4 posições, o que é reforçado com a análise qualitativa da pergunta aberta. Pois, teoricamente, pela análise das outras variáveis, podemos observar que na categoria 4 apesar das semelhanças com o grupo

2, encontramos a emergência de outro sentido nas motivações dos próprios sujeitos. Isto significa que, pela observação simples dos que fazem prevenção ou trabalham possa haver essas semelhanças, as motivações que os levam a tomar tais atitudes são totalmente diferentes. A resposta à pergunta livre fornece uma avaliação qualitativa congruente e suportada pelos resultados quantitativos. Estes indicam que, enquanto o Suporte Social é a motivação principal dos sujeitos na categoria 2, pois tem baixos "scores" de Sentido de Vida, Orientação Interior e Vida Criativa (SV, OI e VC), na categoria 4 há o desenvolvimento efectivo dos seus potenciais pela Auto-actualização elevada e também pelos scores superiores nas mesmas dimensões.

6.2.10.4 A amostra dividida em 2 grupos baseados na capacidade pessoal de adaptação.

Partindo do pressuposto que "o homem doente seria aquele que é incapaz de inventar e instituir novas normas" (c.f. Agra capítulo 2), as categorias 1 e 2 traduzem uma incapacidade de criatividade e, de um modo global, pouca capacidade de Auto-actualização. Neste contexto, dividimos a amostra em outros dois grupos, um que engloba as categorias 1 e 2 e outro que inclui as categorias 3 e 4, que representam maior capacidade de Auto-actualização e particularmente Vida Criativa. Esses grupos foram avaliados essencialmente quanto à auto-actualização, BDI e Suporte Social (C.f. 6.29). Dadas as características do grupo (3+4) na sua globalidade, não recorreremos à análise da prevenção e manutenção da actividade profissional, pois não estipulámos essas medidas como necessárias para pertencer à posição 3.

6.29 Quadro Comparativo entre as categorias (1+2) e (3+4) quanto às variáveis principais.

ESCALAS	CAT (1 + 2) N = 34		CAT (3 + 4) N = 10		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Auto-Act.	110	114,5	138,9	139,5	U = 0 Z = -4,76	p < 0,00003
S. Social	60,4	61	64,4	69	U = 145 Z = -0,70	p = 0,24
B.D.I.	12,2	11,5	6,9	8	U = 89 Z = 2,27	p = 0,01

Estas duas categorias não apresentam diferenças quanto ao Suporte Social, donde nunca poderiam ser distinguíveis sem a análise da Auto-actualização. Apresentam diferenças comparativas estatisticamente significativas no que se refere à Auto-actualização, e esta medida é, na nossa opinião, e baseada também no suporte teórico, a que melhor traduz o sujeito e as suas qualidades pessoais de adaptação. Quanto ao BDI também encontrámos diferenças sendo o grupo 1 + 2 mais deprimido que o grupo 3 + 4. Esse agrupamento, que representa mais claramente a postura teórica do modelo, pode ser analisado quanto às variáveis, que julgamos mais pertinentes na sub-divisão da amostra (C. f. 6.29).

Numa análise mais específica da capacidade de auto-actualização avaliada pelos factores respectivos, o quadro 6.30 acrescenta alguns aspectos relevantes.

Quadro 6.30 Diferenças quanto aos factores da Escala de Auto-actualização entre as Categorias(1+2) e (3+4)

FACTORES AUTO-ACTUAL	CAT (1 + 2) N = 34		CAT (3 + 4) N = 10		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
Fact. 1 OI	18,6	19	23,9	24	U = 53,5 Z = -3,27	p < 0,0007
Fact. 4 OI	12,5	13	14,3	15	U = 57,5 Z = -3,22	p < 0,0007
Fact. 2 SV	25,8	26	34,5	35	U = 24,5 Z = -4,08	p < 0,00003
Fact. 3 VC	13,7	13	17,3	18	U = 45 Z = -3,52	p < 0,00023
Fact. 5 VC	11,2	12	16,3	17	U = 42 Z = -3,62	p < 0,00016
Fact. 6 DE	10,8	10,5	12,3	12	U = 106,5 Z = -1,80	p = 0,03
Fact. 7 DE	14,3	14,5	16,9	17	U = 73,5 Z = -2,72	p = 0,0033

Todos os factores da Escala de Auto-actualização, que representam a Orientação Interior (OI) Vida Criativa (VC) Sentido de Vida (SV) e Dimensão Existencial (DE) evidenciam diferenças estatísticas muito significativas relativamente aos dois grupos. Qualquer factor tem a capacidade de diferenciar as populações que são realmente distintas (C.f. 6.30).

Relativamente aos 2 agrupamentos da amostra concluímos, por um lado, que o grupo (2+4) está objectivamente mais adaptado quanto aos comportamentos exteriores observáveis, comparativamente ao grupo (1+3). Mas, por outro lado o grupo (3+4) tem mais capacidades pessoais adaptativas quando comparado com o grupo (1+2).

6.2.10.5 Outros dados sobre a depressão relacionados com a resposta à pergunta aberta.

Por último, o estudo de Greenberg citado por Caldas (c.f. p. 311), fez-nos reflectir sobre os resultados observados na nossa amostra. Na avaliação qualitativa, notou-se alguma evidência de que as pessoas que responderam à pergunta, manifestando que as mudanças positivas se tinham repercutido na alteração de hábitos preventivos, ou de saúde, apresentavam graus de depressão maiores que a média da sua categoria.

Não nos parece correcto correlacionar Prevenção com Depressão, pois pode haver prevenção, consciente e fruto de uma Orientação interior do próprio, como acontece nos indivíduos autopoieticos. Nesses casos deixa de ser enfatizada, apesar de estar presente, pois não lhe é atribuída importância porque há outros valores superiores que despontam.

Esta constatação levantou-nos a hipótese de verificar se na nossa amostra havia diferenças significativas quanto ao BDI entre os indivíduos que respondiam como mudanças positivas, mudanças de hábitos de prevenção e de saúde, e os outros que não as referiam.

O quadro 6.31. regista as observações dos scores no BDI entre os indivíduos que responderam à pergunta aberta referindo as mudanças positivas que enfatizavam alterações na prevenção e cuidados de saúde,

comparativamente aos restantes sujeitos da amostra que não os referiram, independentemente das respostas dadas às questões específicas sobre prevenção que faziam parte do questionário.

Quadro 6.31 Quadro comparativo entre o BDI nos grupos em que explicitaram a prevenção como mudança positiva

ESCALA	BDI - grupo sem resposta N = 36		BDI- grupo com resposta N = 8		PROVA DE MANN-WHITNEY	
	Média	Mediana	Média	Mediana	U	P
B.D.I.	9,9	10,5	16	16	U = 82 Z = -1,89	p=0,029

Verificámos, pelo último quadro, que há de facto diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos mencionados, sendo, ainda, a média obtida no grupo que não respondeu caracterizadora de depressão inexistente, enquanto que no grupo que respondeu a média é de uma população deprimida (Vaz Serra & Abreu, 1973; p. 633).

Assim sendo, uma explicação possível é que as mudanças mencionadas foram sugeridas pelo Suporte Social e aceites sem interiorização, donde os indivíduos manifestam um sentimento de perda relativamente a essas alterações nos seus hábitos e não sentem mudanças positivas de carácter superior.

Concluimos que a prevenção ou colaboração com orientações médicas não têm que se correlacionar negativamente com a depressão, mas podem e devem estar presentes nos indivíduos por nós definidos como adaptados (categoria 4). No entanto, atendendo às características de uma parte da população "normalmente" considerada como adaptada (categoria

2), apesar de não o ser no nosso modelo, pode observar-se essa discrepância.

Considerações finais

No presente capítulo, apresentamos a metodologia e os resultados finais desta investigação.

Apesar das características da amostra que nos foi possível obter, conseguimos provar que existiram face à seropositividade, 4 posturas diferentes de reacção, identificáveis com as posições sugeridas pelo modelo teórico exposto no cap.4. Cada posição da 1ª à 4ª traduziu uma capacidade crescente de adaptação, detectável pela Escala de Auto-actualização por nós elaborada.

Se a primeira e quarta são consideradas antípodas, relativamente a todas as variáveis observadas, a primeira engloba os sujeitos que não estão adaptados à seropositividade e manifestam muitas das atitudes negativas expressas (c.f. capítulo 4), apresentando ainda uma média depressiva avaliada pelo Inventário Depressivo de Beck. Por outro lado, a posição autopoiética ilustra os únicos indivíduos que podem ser considerados adaptados à seropositividade, chegando a beneficiar com a introdução da crise (seropositividade) e relatando, conseqüentemente, mudanças positivas. Assim sendo, as mudanças positivas encontradas identificaram-se com as atitudes positivas descritas (c.f. capítulo 4). A adaptação pressupõe, então, a existência conjunta de Auto-actualização e Suporte Social, que garantem a capacidade Auto-organizacional expressa pelos sujeitos.

As duas posições descritas ilustraram os extremos reactivos (negativo e positivo) face à seropositividade.

As posições 2 e 3 são consideradas moderadamente adaptadas, não se registando médias depressivas pelo Inventário de Beck. A posição 2, essencialmente suportada pelo apoio social de que dispõem os indivíduos, caracteriza o grupo mais fortemente identificado com adaptação mensurável pelos critérios exteriores. A posição 3 é oposta à 2ª posição, no que respeita às duas variáveis independentes: Auto-actualização e Suporte Social. Ela evidencia a sua forma adaptativa própria, baseada na Auto-actualização, não dispondo, em contrapartida, de apoio social.

Os resultados obtidos sustentam as hipóteses colocadas através das outras análises, nomeadamente a divisão da amostra em dois grupos únicos. Na perspectiva mais comum de medir a adaptação pelos critérios exteriores observáveis, e nesse contexto a manutenção do trabalho e os factores do Suporte Social notamos diferenças estatisticamente significativas, concordantes com o BDI e Suporte Social, no grupo (2+4) quando comparado com (1+3).

Salientamos, contudo, o nosso objectivo de identificar as capacidades pessoais de adaptação como fundamentais, e, nesse contexto, o segundo agrupamento feito (1+2) e (3+4), que não foi evidenciado pela Escala de Suporte Social, demonstrou-nos grandes diferenças quanto à auto-actualização, seus factores e BDI. Indiscutivelmente, a posição 3 tem, na nossa opinião, mais qualidades pessoais que as posições 1 e 2, mas a posição 4 é a única que traduz uma adaptação exterior observável, congruente com as capacidades pessoais inerentes.

Adicionalmente, as correlações negativas detectadas entre a Auto-actualização e BDI e entre o Suporte Social e o BDI suportam que aquelas duas variáveis são definitivamente importantes à percepção de adaptação do sujeito avaliada pelo índice do BDI. Também esses resultados confirmam uma maior acuidade da auto-actualização evidenciada pela correlação com

o BDI de $p=0,00003$, (C. f. 6.25) e comparada com a do Suporte Social com um $p=0,03$ (C.f.6.26)

Notas de fim de capítulo

(1) No capítulo anterior obtivemos 9 factores sendo 7 altamente ilustrativos das 4 dimensões que compõem a escala. Apesar do coeficiente de alfa ser alto para as sub-escalas propostas onde agrupamos 2 factores cada, (com excepção da sub-escala sentido de vida que corresponde ao factor 2) apresentaremos aqui os resultados pelos factores, pois do ponto de vista estatístico é mais correcto fazê-lo.

(2) sobre a justificação teórica da utilização do teste de Mann-Whitney vide vide cap 5 Procedimentos estatísticos utilizados na validação dos instrumentos e sua justificação -validade exterior

(3) O método para determinação da significância do valor observado de U depende do tamanho de n_2 (número de casos no grupo maior):

a. $n_2 \leq 8$ Consulta-se a tábua J. Probabilidades associadas a valores tão pequenos quanto os valores observados de U na Prova de Mann-Whitney

b. $9 \leq n_2 \leq 20$ Consulta-se tábuas K valores críticos de U na Prova de Mann-Whitney.

c. $n_2 > 20$ a probabilidade associada a um valor tão extremo quanto o valor observado de U pode ser determinado calculando-se o valor de Z. Consulta-se tábua A - Probabilidades associadas a valores tão extremos quanto os valores observados de Z na Distribuição Normal (Siegel, 1977; p. 143).

(4) vide capítulo anterior, 5. 6.1.4. validade em grupos contrastantes

(5) vide capítulo anterior, 5.5.2.2 Caracterização dos instrumentos.

CONCLUSÃO GERAL

Sob este título pretendemos efectuar uma integração sucinta teórico-prática dos contributos mais relevantes do nosso trabalho.

Começámos por situar a problemática da doença SIDA, numa perspectiva interrelacional de vários factores específicos, que a caracterizam (c.f. Capítulo 1).

Consciente das particularidades que o objecto de estudo representava, procurámos as referências teóricas que directa ou indirectamente contribuíram para a proposta do Modelo explicativo final com quatro posições (c.f. Capítulos 2,3 e 4).

A introdução da crise e conseqüente ruptura homeostática, através da conscientização do que ela representa para cada sujeito, fornece uma perspectiva, à luz da qual se pode entender a emergência de reacções qualitativa e quantitativamente diferentes (c.f. Capítulo 2).

Face à introdução de uma descontinuidade no equilíbrio da pessoa, os vários modelos teóricos enfatizaram a influência da relação de três factores: **personais; psicossocio-culturais; e específicos da crise**. Contudo, a importância atribuída a cada um deles foi efectivamente diferente, havendo, por exemplo, uma primazia dos factores pessoais na corrente humanista, e dos psicossocio-culturais em Caplan (c.f. Capítulo 3).

Entre as principais variáveis influentes na resolução da crise, conseguimos (embora não eliminando totalmente), reduzir a importância dos factores específicos nela intervenientes, ao delimitar o campo de estudo a seropositivos assintomáticos.

Os restantes factores, pessoais e psicossocio-culturais, foram então estudados em vários referentes teóricos para encontramos as características

principais que os evidenciavam, o que permitiu definir as principais dimensões e os instrumentos que as avaliaram, e que foram a Escala de Auto-actualização e a Escala de Suporte Social (c.f. Capítulos 4 e 5).

A elaboração e avaliação das qualidades psicométricas destes dois instrumentos constitui um contributo importante, pois aqueles podem ser aplicados futuramente em situações de avaliação psicossocial (c.f. Capítulo 5).

Mas concretamente, a aplicação destes instrumentos, associados a outros, permitiram a validação do Modelo teórico proposto nesta investigação (c.f. Capítulo 6).

Os modelos específicos para analisar as reacções das pessoas infectadas pelo HIV, propostos por Nichols(1985), ou por Goldmeier, (1987) evidenciaram, sobretudo, posições extremas da resolução na crise as quais podem ser resumidas em desintegração (atitudes negativas), ou integração (atitudes positivas) (c. f. Capítulo 4).

É de salientar que o nosso objecto de estudo não inclui os primeiros estádios que caracterizam a "fase inicial de choque" quando da informação da seroconversão, nem os estádios finais de uma doença terminal, donde só abordarmos o segundo e terceiro estadiamentos de Nichols e o terceiro, quarto e quinto de Goldmeier (c.f. Capítulo 4).

Segundo estes autores, os estadiamentos correspondem normalmente a fases sequenciais de um mesmo sujeito. No entanto, ambos os autores reconhecem que não há, necessariamente, uma obrigatoriedade de cada sujeito vivenciar todas as etapas, podendo fixar-se apenas em algum dos estádios. Concordamos com essa constatação e enfatizamos as características pessoais do ser humano, sendo mais provável que, de acordo com essas características associadas aos factores socio-culturais, cada indivíduo reagirá de modo diferente. Assim sendo, procurámos uma

categorização dos sujeitos em função das capacidades pessoais adaptativas, e verificámos, depois, que atitudes e comportamentos apresentavam face à seropositividade(c.f.Capítulo 5 e 6).

As posições do modelo explicativo, baseadas em Agra (1990), são quatro. A primeira e a quarta delimitam os extremos observados face à seropositividade de adaptação e desadaptação. A primeira repercute carência de Auto-actualização e Suporte Social, a quarta preponderância dessas mesmas dimensões. As posições dois e três têm, na nossa opinião, características de adaptação moderada, em que, na primeira a adaptação apresenta como fonte preponderante, o apoio exterior e, na última a orientação interior do próprio (c.f. Capítulo 4).

A contribuição do Modelo proposto é relevante, primeiro pelo facto de três das posições serem semelhantes às descritas na maioria das teorias explicativas sobre a temática, (c.f. Capítulos, 2,3 e 4) e segundo pelo reconhecimento da existência de outra categorização original que reflecte casos atípicos não esperados, segundo Thom (1983), (c.f. capítulo 2).

Assim, a **Posição 1 ou ontológica**, caracterizada pela aceitação fatal do destino, abstem-se de procurar melhorar a sua adaptação porque parte do princípio que tudo lhe falta sendo absolutamente impossível haver qualquer melhora. Operacionalmente, os resultados revelaram sujeitos deprimidos, sem Auto-actualização nem Suporte Social (c.f capítulos 4 e 6).

Esta categoria pode ser comparada ao grupo de pessoas que apresentam um estado de deficiência das necessidades básicas segundo Maslow, ou seja o D style, as quais não se movimentam para necessidades superiores porque não tem as necessidades básicas satisfeitas (c.f. Capítulo 2). Caplan enfatiza também no seu modelo que a elevação de tensão sofrida, por falta de suprimentos adequados, pode gerar um estado de

desorganização, que é o extremo da desadaptação a uma situação de crise (C.f. Capítulo 3). A posição ontológica, pode ainda apresentar semelhanças comportamentais ao tipo de pessoas tuberculosas, encontradas por May, que desistiram de lutar contra a doença, e que, inevitavelmente, acabaram por morrer (C.f. capítulo 2). Relativamente aos modelos específicos sobre Sida, esta posição enquadra-se no segundo estágio de Nichols, em que há manifestação de depressão e revolta, estágio esse correspondente ao terceiro em Goldmeier (c.f. Capítulo 4).

A posição deontológica 2- reflecte uma atitude manifestada pelo aceitar de recomendações e sugestões dadas por outras pessoas com intenção de melhorar a resolução da crise. Estas pessoas estão mais voltadas para fora, não dando espaço aos seus próprios pensamentos e não pensam em alternativas próprias para a resolução dos seus problemas, ficando assim agarradas à fatalidade do destino.

Como verificámos nesta investigação, a presente categoria possui grande Suporte Social nas suas variadas formas, e quanto à Auto-actualização, apesar de ser ligeiramente superior à da primeira categoria, mostra deficiências, sobretudo a nível da Criatividade e da Orientação Interior e Sentido de Vida. Digamos que esta posição se assemelha ao que Maslow chamou de "Psychopathology of the Average", (M style), tipo de pessoas que se realiza pela ilusão do que outros fazem, não investindo tempo na descoberta dos próprios potenciais. Apesar de não terem carência de necessidades básicas, não progredem para as necessidades superiores do homem auto-actualizado (c.f. Capítulo 2). Para Goldmeier, o quarto estágio, que procura a descoberta de um novo estilo de vida, com a introdução dos comportamentos preventivos, reflecte a preocupação básica desta posição, enquanto que Nichols não apresenta nenhum estágio que

possa ser identificado com ela (c.f. Capítulo 4).

A quarta posição teleológica, representa o protótipo dos sujeitos adaptados a uma situação de crise. Estes sujeitos têm, em si mesmos, a capacidade de decisão interior, são criativos, possuem um forte sentido de vida e uma dimensão existencial desenvolvida. Além do Suporte Social, que sentem, procuram transmiti-lo a outras pessoas. Surge nestes sujeitos uma intervenção altruísta, que não aparece em nenhuma das outras categorizações (c.f. Capítulo 4). Segundo Maslow o indivíduo auto-actualizado é o retrato desta categoria quando afirma que a pessoa auto-actualizada (B Style) é capaz de tirar proveito mesmo de experiências traumatizantes. Aquele autor salienta que, nestes indivíduos, as necessidades superiores são tão eminentes que, excepcionalmente, podem estar patentes, apesar de estados carenciais de necessidades inferiores(c.f. Capítulo 2).

Esta posição é também ilustrada por May nos doentes tuberculosos, que aproveitaram a contaminação doença para se conhecerem mais profundamente, e que através da consciência, responsabilidade e liberdade interior que sentiam, acabaram por sair da doença mais integrados como seres humanos (c.f. Capítulo 2).

Para Nichols, o terceiro estágio dá uma perspectiva da procura de qualidade de vida em vez da quantidade, coincidente com a leitura das pessoas autopoiéticas. Ainda Goldmeier, no quinto estágio, enfatiza a emergência de qualidades altruístas, o que também ilustra a posição descrita (c.f. Capítulo 4).

A posição Lógica -3

Os sujeitos pertencentes a esta categoria não são tão frequentes

como os da primeira ou segunda posições. São imprevisíveis e têm características próprias especiais que os podem fazer reagir de maneiras diversas, relativamente aos comportamentos observáveis, porque a sua lógica não é universal, mas própria (c.f. Capítulo 4).

Estes indivíduos escolhem a sua qualidade de vida, que não se baseia em conceitos universais, donde podem trabalhar ou não, fazer ou não prevenção, na sua busca constante de solucionar os problemas (c.f. Capítulo 6).

Maslow, apesar de não categorizar esta posição, reconhece a existência de pessoas que, possuindo muitas das características necessárias à Auto-actualização, não podem ser nela incluídas. É o caso de certos artistas (como Van Gogh), e de outras pessoas por ele estudadas que possuem também uma grande criatividade e Orientação Interior, mas a quem falta uma visão mais humanizada do mundo e da relação com os outros seres humanos. Quanto à criatividade Maslow distinguiu dois tipos, um que caracteriza as pessoas auto-actualizadas e que seria "Self-actualizing creativeness" que repercute a Vida Criativa no quotidiano, e a tendência a ser atraído pelo caótico e desconhecido, e que na Escala de Auto-actualização se enquadra nos factores 3 e 5 respectivamente. O outro tipo caracteriza um género de criatividade "Special talent creativeness", que significa a criatividade evidenciada por um produto observável e criativo como uma obra de arte (c. f. Capítulo 2).

Pela investigação efectuada, os elementos desta categoria diferenciam-se com significação estatística quanto a um dos factores que avalia a "Self-actualizing creativeness" (factor 5) , sendo os indivíduos da posição 4 os que possuem os melhores resultados (c.f. Capítulo 6).

Pensamos que um grande contributo relevante deste estudo além da operacionalização desta posição original, foi analisar as dimensões

actualizantes que estes indivíduos têm mais desenvolvidas, e que os faz distinguir das outras categorias (c.f. Capítulo 6). Assim sendo, concluímos que há uma grande criatividade e Orientação Interior comparativamente ao Sentido de Vida e Dimensão Existencial que, como traduz a visão mais humanizada do mundo, não é tão marcante. Isolados do mundo, não têm ou não reconhecem o Suporte Social que possam eventualmente ter. Em relação à falta de Suporte Social, não é possível detectar se os indivíduos se fecham ao Suporte, isto é se não o reconhecem, ou se não o possuem na realidade, e em função disso apresentam aquelas características próprias.

É de enfatizar que Caplan propõe, quanto às saídas da crise, as posições extremas, através da "descoberta de novas técnicas socialmente aceitáveis e baseadas na realidade para a solução dos problemas oupoderá elaborar novas respostas interactivas que são socialmente inaceitáveis e solucionam as dificuldades pela evasão, por manipulações fantasiosas e irracionais, por regressão ou alienação"(Caplan, 1964; p. 57 em Caldas ;1985, p; 282) (c.f. Capítulo 3). Através deste extracto podemos levantar a hipótese que as pessoas que acabámos de definir na posição 3 são, segundo este autor, semelhantes em termos adaptativos aos da posição 1, facto este com o qual não concordamos.

Admitimos como hipótese que, se estas pessoas, que demonstram carência de Suporte Social dispusessem dessa forma de apoio, poderiam evidenciar uma adaptação semelhante aos indivíduos da posição teleológica.

Ainda quanto ao modelo teórico que deu suporte aos dados empíricos convém salientar que as quatro posições propostas por Agra não são de carácter tipológico, nem pressupõem um desenvolvimento contínuo da primeira até à quarta posição. Há livre circularidade entre as posições descritas podendo avançar-se ou regredir-se: partindo do pressuposto que

para haver um desenvolvimento positivo bastará encontrar novos significados para os mesmos conteúdos. O mesmo acontecimento, pode ser vivido em diferentes posições existenciais entre um mínimo e um máximo de poder auto-organizativo. Assim sendo, este estudo pode contribuir para a conceptualização de um modelo de intervenção psicológica cujo racional é o desenvolvimento ou evolução de estados inferiores para estados superiores de vivência de acontecimentos socialmente percebidos como negativos.

Decorre desta consideração que estas conclusões podem legitimamente ser generalizadas para outros domínios onde haja ocorrência de uma situação de crise nomeadamente no campo da Psicologia da Saúde. Com efeito, o aparecimento da doença enquanto crise pode ser analisado através do mesmo processo auto-organizativo, tendo como princípio geral que através de experiências negativas podem processar-se transformações positivas, desde que encontradas as condições ideais que demonstramos como imprescindíveis.

Finalmente, um outro contributo deste estudo situa-se no domínio teórico e metodológico, pois, fizemos convergir modelos teóricos diferentes no conceito de auto-actualização, o qual operacionalizamos conjugando várias metodologias.

Os resultados apresentados não só confirmaram as primeiras hipóteses formuladas, como, também, deram origem a outras hipóteses que poderão ser testadas futuramente.

Bibliografia

- Abrams, D., Dilley, J., Maxey, Linda M. & Volberding, Paul A. (1986). Routine Care and Psychosocial Support of the Patient With the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Medical Clinics of North America, 70 (3), 707-720.
- Agle, D., Gluck, H., Pierce & Glenn, F. (1987). The Risk of AIDS: Psychologic Impact on the Hemophilic Population General Hospital Psychiatry 9, 11-17.
- Agra, C. (1986). Science, Maladie Mentale et Dispositifs de l'enfance- Du paradigme biologique au paradigme systemique. Lisboa :INIC
- Agra, C. (1990). Sujet Autopoiétique et Transgression in: Acteur Social et Délinquance. Bruxelles: Mardaga.
- Agra, C. (1993) Comunicação pessoal
- Alleaume, B (1988). Psiquiatria e Sida. Médico Policlínico, 9 (222), 7-18.
- Amaro, F., Teles, L., & Dantas, A. (1991). Sexual behaviour in the city of Lisbon. Comunicação apresentada no VII International Conference on AIDS. Florence, 16-21, June 1991.
- Amaro, F., Teles, L. & Dantas, A. (1992). Education, Religion, Marital Status and Sexual Behaviour in the city of Lisbon. Comunicação apresentada no VIII International Conference on AIDS/ III STD World Congress, Amsterdam, The Netherlands, 19-24 July, 1992.
- Anastasi, A (1968). Testes Psicológicos. New York: The Macmillian Company.
- Ancelle, R.M. (1989) La situation européenne. Retrovirus La Revue Du Sida (3), 8-22.

- Ancelle, R.M. (1992). Factores Epidemiologicos de la transmision Heterosexual. In R. Usieto, R. Andres & F. Cuberta (Eds) Sida transmision Heterosexual del VIH, pp. 15-19. Gráficas Minaya, S.A. Guadalajara. Sociedade española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA).
- Anderson, V.N. (1992). For whom is this world just? Sexual orientation and AIDS. Journal of Applied Social Psychology, 22 (3), 248-259.
- Antoni, M., LaPerriere, A., Schneiderman, N. & Fletcher, M. A. (1991). Stress and immunity in individuals at risk for AIDS. Stress Medicine, 7 (1), 35-44.
- Azevedo, C. A. & Azevedo A.G. (1994). Metodologia Científica. Porto:Ed. autor.
- Bárbara, J.C. (1992). Aspectos Epidemiologicos de la Transmision Heterosexual del VIH. In R. Usieto, R. Andres & F. Cuberta (Eds) Sida transmision Heterosexual del VIH, pp. 53-59. Gráficas Minaya, S.A. Guadalajara. Sociedade española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA).
- Bardin, L. (1977). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70 Lda.
- Baum, Andrew & Nesselhof, Sara E.A. (1988). Psychological Research and the Prevention, Etiology, and Treatment of AIDS. American Psychologist, 43 (11), 900-906.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: New American Library.
- Beck, A. T. (1982) Terapia Cognitiva da Depressão. S. Paulo: Zahar

- Beckett, A. & Shenson, D. (1993). Suicide Risk in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. Harvard Rev. Psychiatry ,1, 27-35.
- Beltangady, M.(1988). The Risk of Suicide in Persons with AIDS. JAMA 260 (1), p. 29.
- Bernardo, F. (1989). Cuidados com os moribundos. Arquivos de medicina 2(1), 89-93.
- Bertaux, D. (1980). L' approche biographique. Sa validité méthodologique, ses potentialités. Cahiers Internationaux de Sociologie. 69. Numéro spécial - Histoire de Vie et Vie Sociale, 197-225.
- Blaney, R. L. & Piccola, Gary E. (1987). Psychologic Issues related to AIDS. Journal of MAG, 76, 29-32.
- Boneau, C.A. (1971). A comparison of the Power of U and t tests. In: Lieberman, B. (Ed) Contemporary Problems in Statistics. A Book of Readings for the Behavioral Sciences. (pp.175-185). New York: Oxford University Press.
- Bornstein, R.A., Nasrallah, H.A. , Para, M.F & Whitacre C.C. (1992). Neuropsychological Performance in asymptomatic HIV infection. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 4 (4), 386-394. PsycLIT, 1993. A.N. 80-18168.
- Brammer, L.M. & Abrego, P.J.(1981) Intervention for Coping with Transitions. The Counseling Psychologist, 9 (2), 19-36.

- Brandt, Edward N. (1985). Implications of the Acquired Immunodeficiency Syndrome for Health Policy. American College of Physicians, 103, 771-773.
- Bredfeldt, R. C., Dardeau, F.M., Wesley, R.M. Vaughan & Beth (1991). AIDS. Family physicians' attitudes and experiences. Journal of Family Practice 32(1) pp. 71-75. PsycLIT, 1992, AN: 79-10667.
- Brooks-Gunn, J., Boyer, Cherrie B. & Hein, Karen (1988). Preventing HIV Infection and AIDS in Children and Adolescents. American Psychologist, 43 (11), 958-964.
- Cahill, K.M. (1983). Sida. Mem Martins: Publicações Europa América. Coleção Saúde.
- Caldas J.(1985) A adaptação do insuficiente renal crônico à hemodialise - estudo da Influencia da personalidade e das matrizes familiares, socio-cultural e terapeutica. Dissertação de doutoramento apresentado à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- Canguilhem, G. (1975) Le Normal et le Pathologique. Paris: Presses Universitaires de France.
- Caplan (1980) Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro: Zahar Eds.
- Cappa, S.F., Truong, T.M., Vangi, D. & Vignolo, L.A. (1992). The Neuropsychological consequences of HIV infection in drug addicts. Italian Journal of Neurological Sciences, 13 (6), 465-468. PsycLIT 1993, A.N. 80- 18269.
- Carvell, A.L.m & Hart, G.J. (1990). Risk Behaviours for HIV infection among drug users in prison. BMJ (300), 1383-1384.

- Cassens, Brett, J. (1985). Social Consequences of the Acquired Immunodeficiency Syndrome Annals of Internal Medicine, 103, 768-771.
- Catalan, J., Klimes, I., Day, A. & Garrod, A. (1992). The psychosocial impact of HIV infection in gay men: A controlled investigation and factors associated with psychiatric morbidity. British Journal of Psychiatry 161, 774-778. PsycLIT, 1993. A.N. 80-30108.
- Centre Collaborateur OMS Sur le Sida (1987). Surveillance du Sida en Europe. Rapport trimestral n° 15, 30 Setembre. Hopital Calude Bernard, Paris.
- Cheikin, M.L. (1981). Loss and Reality. The Personnel and Guidance Journal, 59,(6) , 335-338.
- Christ, G. & Wiener, L. (1988) Psychosocial Issues in Aids in: Devita, Vicent T. Hellman, S. Rosenberg & Steven, A. AIDS- Etiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention. (pp. 275-285) 2nd ed. Philadelphic, Lippincott J.B. Company
- Cláudio, V. (1992). Projecto de Intervenção numa População de Homossexuais Masculinos com Diagnóstico de Seropositivos. Análise Psicológica, 2 (10), 181-189.
- Cohen, J; Schamroth, A.; Nazareth, I.; Johnson, M.;Graham,S.; Thompson, D. (1992) Problemas do uso de drogas numa clínica geral no Centro de Londres BMJ, 1 (8), 505-508
- Cohen, Mary & Weisman, Henry (1986). A Biopsychosocial Approach to AIDS. Psycosomatics 27, 245-249.

- Cohen, S. & Williamson, G. M. (1991) Stress and Infection Disease in Humans. Psychological Bulletin, 109 (1), 5-24.
- Comissão Nacional de Luta contra a Sida, (1992) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Situação na Europa em 31 de Dezembro de 1991. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde. (doc 59)
- Comissão Nacional de Luta contra a Sida, (1993a). Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Situação na Europa em 31 de Dezembro de 1992. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, (doc67).
- Comissão Nacional de Luta contra a Sida, (1993b). Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. I-Situação na Europa em 30 de Junho de 1993. II Rastreio em dádivas de sangue para o vírus da imunodeficiência humana. III Evolução epidemiológica da pneumonia por *Pneumocystis carinii* como doença indicadora de Sida em nove países da Europa Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, (doc 71).
- Comissão Nacional de Luta contra a Sida, (1993c). Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Situação em Portugal 30 de Setembro de 1993. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, (doc 72).
- Comissão Nacional de Luta contra a Sida, (1994a). Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. I-Situação na Europa a 30 de Setembro de 1993. II Aplicação da definição de "caso de SIDA" para fins de vigilância epidemiológica (revisão europeia de 1993) Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, (doc 73).

- Comissão Nacional de Luta contra a Sida, (1994b). Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. A Situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1993. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, (doc 74).
- Connors, M.M. (1992) Risk Perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: Implications for AIDS prevention. Social Science and Medicine. 34 (6), 591-601.
- Corey, G. (1977) Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. California: 3rd edition Brooks \ Cole Publishing Company Monterey.
- Cortês, L.E. (1985). Manuscrito não publicado. Lisboa, Biblioteca da Universidade Nova, Faculdade de Ciências Médicas.
- Costa, N.F., Ouakinins, S., Figueira, L. (1989). Psicoterapia na Sida. Acta Médica Portuguesa 6, 266-269.
- Cronbach, Lee, J. (1984). Essentials of Psychological Testing. New York:Harper & Row Publishers.
- Danish, S.J. (1981). Life-Span Human Development and Intervention: A Necessary Link. The Counseling Psychologist, 9 (2), 40-43.
- Davenport, D.S. (1981) A Closer Look at the "Healthy" Grieving Process. The Personnel and Guidance Journal, 59 (6), 332-335.
- Davis, I. (1991). What drug treatment professionals need to know about medical aspects of HIV illness. Special Issue: Counseling chemically dependent people with HIV illness. Journal of Chemical Dependency Treatment 4 (2), 17-30.
- Debray, R. (1990). A propos de l'organisation psychique des sujets séropositifs. Bulletin de Psychologie, 399, 70-73.

- Des Jarlais, D. C. & Friedman S. R. (1988). The Psychology of Preventing AIDS Among Intravenous Drug Users. A Social Learning Conceptualization. American Psychologist 43 (11), 865-870.
- Des Jarlais, D. C., Friedman, S. & Hopkins, W. (1985). Risk Reduction for the Acquired Immunodeficiency Syndrome Among Intravenous Drug Users. Annals of Internal Medicine 103, 755-759
- Des Jarlais, D.C., Friedman, S. R. & Choopanya, K. (1992). International epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users. AIDS, 6 (10), 1053-1068.
- Dias, C. Amaral (1980) A Influência Relativa dos Factores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano. Tese de Dissertação para Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação- Universidade de Coimbra.
- Dilley, J. & Forstein, M., (1990). Psychological Aspects of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) Epidemic. In A. Tasman & S. Goldfinger (Eds) Review of Psychiatry, 9 Cap 31, (pp. 631-673). American Psychiatric Press.
- Dilley, J., Ochitill, H., Perl, M. & Volberding, P. (1985). Findings in Psychiatric Consultations with Patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome. American Journal of Psychiatry 142, 82-85.
- Dunbar, N. Perdices, M. Grunseit, A & Cooper, D.A. (1992). Changes in neuropsychological performance of AIDS-related complex patients. AIDS, 6(7), 691-700.

- Eco, H. (1991). Como se faz uma tese em Ciências Humanas. Lisboa: Editorial Presença.
- Egan, G.(1976). Interpersonal Living: a skills/contract approach to human relations training in groups. Monterey: Cole Publishing Company.
- Erikson, Erik (1980). Identity and Life Cycle. London,New York: W.W. Norton & Company. 35th Anniversary Edition.
- Erikson, Erik (1985). Childhood and Society. London, New York: W.W. Norton & Company.
- Espinoza, P (1989). Sida & prison. Retrovírus - Sida et Toxicomanie. (3), 45-46. Numéro special.
- Faria, I. & Gonçalves, A. (1992). A Bibliografia. Porto: Ed Asa.
- Farthing, C., Brown, S. & Staughton, R.C.D. (1988). A Colour Atlas of AIDS and HIV Disease. (2nd ed). London :Wolfe Medical Publications.
- Fauchère (1992) Afecções Psiquiátricas na Infecção pelo HIV - Jornal do Médico, 2434 (132) p. 66.
- Faulstich, M. (1987). Psychiatric Aspects of AIDS. Am. J. Psychiatry 144(5), 551-556.
- Feder, H. & Scmidt, P. (1986). AIDS in a Child: The Family Psysician's Role AFP, 34 , (2) 114-118.
- Ferguson, G., (1981) Statistical Analysis in Psychology and Education. McGraw-Hill International Student Edition.
- Figueira, M. Luisa (1992). Mecanismos psicológicos de Adaptação à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida- Análise Psicológica, 2,(10), 159-175.

- Flavin, D., Franklin, J. & Frances, R. (1986). The Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and Suicidal Behavior in Alcohol-Dependent Homosexual Men. American Journal of Psychiatry 143(11), 1440-1442.
- Flora, J & Thoresen, C. E. (1988) Reducing the Risk of AIDS in Adolescents. American Psychologist 43 , (11), 965-970.
- Franke, G., Jager, H., Thomann, B & Beyer, B. (1992). Assessment and evaluation of psychological distress in HIV-Infected women. Special Issue: Biopsychosocial aspects of HIV infection. Psychology and Health 6 (4), 297-312.
- Frankl, V. (1978). Psychotherapy and existencialism selected papers on Logotherapy. Middlesex, England: Penguin Books Harmondsworth.
- Frears, L.H. & Schneider, J. M. (1981) Exploring Loss and Grief within a Wholistic Framework. The Personnel and Guidance Journal, 59 (6), 341-345.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1977). Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psichiatriy. II. ,(pp.332-333). Baltimore: The Williams & Williams Company.
- Frierson, R. & Lippmann, S. (1987). Psychologic Implications of AIDS AFP 35 (3) 109-116.
- Frolkis, J. P. (1986). AIDS Anxiety-new faces for old fears. Postgraduate Medecine 79(6), 265-276.
- Gameiro, Aires (1988) Alguns Aspectos Psicológicos, Sociais e Espirituais dos Doentes com Sida - Conferencia nas 1as jornadas sobre Sida no Hospital Distrital de Évora.

- Gentil-Baichis, Y, Abiven, M. (1990). Vivre avec celui qui va mourrir. Paris: Éditions du Centurion.
- Ghuglione, R., Beauvois, Jean-Léon, Chabrol, C. & Trognon, A. (1980) Manuel D'Analyse de Contenu. Paris: Armand Colin.
- Goldmeier, D. (1987). Psychosocial aspects of AIDS British Journal of Hospital Medecine 37(3), 232-238.
- Goleman, D (1982) The Essential Psychotherapies New York: New American Library.
- Goodkin, K., Blaney, N. Feaster, D. & Fletcher, M. (1992). Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men. Journal of Psychosomatic Research, 36 (7), 635-650. PsycLIT, 1993. A.N: 80-10285.
- Gould, R.L. Discussion of Schlossberg/Brammer-Abrego Papers. The Counseling Psychologist, 9 (2), 44-46.
- Grant, D.(1988). Support Groups for Youth with the AIDS Virus. Internacional Journal of Group Psychotherapy, 38 (2), 237-249.
- Grawitz, M. (1986) Méthodes des Sciences Sociales. (7th ed), Paris: Edition Dalloz.
- Greenwood, D.U. (1991). Neuropsychological aspects of AIDS Dementia Complex: What clinicians need to know. Professional Psychology Research and Practice, 22 (5), 407-409.
- Grmek, Mirko (1994). História da Sida. Lisboa: Relógio de Água (eds).
- Grupo de Trabalho de Sida (1991a). Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Situação na Europa em 30 de Setembro de 1990. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, (doc 47).

- Grupo de Trabalho de Sida (1991b). Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1990. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, (doc 48).
- Guerra, M. Prista (1989). Reflexões sobre Problemas Psicológicos e Comportamentos Desviantes na Sida - Jornal de Psicologia, 8 (3), 18-21.
- Guerra, M. Prista(1991a). Algumas Considerações sobre a Psicologia da Doença. Arquivos de Medicina 4 (4), 366-373.
- Guerra, M. Prista (1991b). Droga e Sida qual a Relação? Jornal de Psicologia 1, 21-24.
- Guerra, M. Prista (1992a). Conceito de Auto-actualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. Psychologica 7, 95-109.
- Guerra, M. Prista (1992b). A Sida e os Comportamentos Desviantes. In: J. Barroso & R. G. Abrunhosa, (Eds). Psicologia e Intervenção Social de Justiça,(pp. 39-44) Colecção "Temas de Psicologia " .
- Hall, C. & Lindzey, G.(1973). Teorias da Personalidade São Paulo, Brasil: E.P.U.
- Hanscom, K.L. & Horton, A.M. (1991). Screening and monitoring AIDS. A quick neuropsychological battery. Psychotherapy in Privat Practice, 9 (3), 99-104.
- Harding, T. (1987) Aids in Prision. The Lancet , 28 ,1260-1264
- Haverkos, H. & Edelman, R. (1988). The Epidemiology of Acquired Immunodeficiency Syndrome Among Heterossexuals. JAMA 260 , (13) 1922-1929.
- Headington, B.J. (1981) Understanding a Core Experience: Loss. The Personnel and Guidance Journal, 59(6), p.338-341.

- Heikkinen, C.A. (1981) Loss Resolution for Grow. The Personnel and Guidance Journal, 59 (6), p 327-331.
- Herek, G. & Glunt, E. K. (1988). An Epidemic of Stigma. Public Reactions to AIDS American Psychologist 43 (11), 886-891.
- Holland, J. & Tross, S. (1985). The Psychosocial and Neuropsychiatric Sequelae of the Acquired Immunodeficiency Syndrome and Related disorders. Annals of Internal Medicine, 103, 760-764.
- Hopson, B. (1981). Response to the papers by Schlossberg, Brammer e Abrego. The Counseling Psychologist, 9 (2), 36-40.
- Javeau, C.(1988). Mourrir.Bélgium,: Éditions Eperonniers.
- Kanner, R. (1982). Características da Personalidade do Toxicómano. In H. Pimentel (Ed), Drogas e Drogados O Indivíduo, a Família, a Sociedade (2ª edição), (pp 71-92). São Paulo: E.P.U.
- Kennedy, M. (1987). AIDS Coping with the Fear. Nursing, 45-46.
- Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R. (1988). Psychological Influences on Immunity. Implications for Aids. American Psychologist 43 (11), 892-898.
- Kirschenbaum H. & Henderson, V.L. (Ed). (1990). Carl Rogers: Dialogues. Great Britain: St. Edmundsbury Press Limited.
- Koop, Everett C. (1988) Challenge of AIDS. American Journal of Hospital Pharmacy 45, 537-540.
- Kubler-Ross, E. (1989) Sida O Desafio Final. Lisboa: Difusão Cultural-Sociedade Editorial Livreira.

- Kurdek, Lawrence, A. & Sieski, Gene, (1990) The nature and correlates of Psychological Adjustment in Gay Men with AIDS-Related conditions em Journal Of Applied Psychology, 20 (10), 846-860.
- L'Écuyer, R. (1990). Méthodologie de l'Analyse Développementale de Contenu Méthode GPS et Concept de Soi. Québec: Presses de L' Université du Québec.
- LaPerriere, A., Antoni, M.H., Schneiderman & N. Ironson, G. (1990). Exercise intervention attenuates emotional distress and natural killer cell decrements following notification of positive serologic status for HIV-1. Biofeedback and Self Regulation, 15 (3), 229-242. PsycLIT, 1991. A.N: 78-07792.
- Levinson, D.J., Darrow, C.N. , Klein, E.B., Levinson, M.G., & McKee, B. (1977). Periods in the adult Development of men: Ages 18 to 45. In: N. Schlossberg & A.D. Entine (Eds.), Counseling Adults (pp 47-59). Monterey, C.A.: Brooks/Cole.
- Lewes, K. (1992). Homophobia and the heterosexual fears of Aids. American Imago, 49(3), 343-356.
- Lewis. H. (1987). Acquired Immunodeficiency Syndrome. State Legislative Activity JAMA 258 , (17) 2410-2414.
- Limentani, A. (1979). Clinical types of homossexuality in sexual deviation. In Ismond Rosen (Ed.), Sexual Deviation. Oxford: Oxford University Press.
- Lin, N., Dean, A. & Ensel, W. (1986). Social Support, Life Events, and Depression. London: Academic Press.

- Loicq, F. (1987). Le Récit de Vie Centré sur L'Heritage Familial et la Trajectoire Sociale. Cahiers de la Dépendence, 7 , pp.13-64.
- Lucas J. Os Portugueses e a SIDA.(1987) Inquérito Nacional sobre Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos Associados com a SIDA. Saúde Pública 3, 88-100.
- Lume, Jorge (1986). Comportamento Humano em Situação Artificial de Vida - Um trabalho de Investigação em Hemodiálise Renal. Dissertação de Doutoramento Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Macedo, M. (1990). Sida e Ética, O Segredo Médico. Revista Ordem dos Médicos. Junho, pp. 18-19.
- Maj, M., D'Elia, L. Satz, P. & Janssen, R. (1993). Evaluation of two new neuropsychological tests designed to minimize cultural bias in the assessment of HIV-1 seropositive persons: a WHO study. Archives of Clinical Neuropsychology, 8 (2), 123-135.
- Mapping Sexual Lifestyles .The Lancet, 340: dec 12, 1992
- Martin, J (1987). The Impact of Aids on Gay Male Sexual Behavior Patterns in New York City. American Journal of Public Health 77 (5), 578-581.
- Marx, M. & Hillix, W. (1973). Sistemas e Teorias em Psicologia (pp. 329-350). São Paulo- Brasil: E.P.U.
- Marzuk, P.M. Tierney, H. & Tardiff, K (1988). Increase risk of suicide in patients with Aids, Jama, 259: 1333-1337
- Maslow, Abraham (1970). Motivation and Personality. New York: Harper and Row Publishers.
- Maslow, Abraham (1990). La Personalidad Creadora . Barcelona: Editorial Kairós Numancia.
- May, R. (1969) The Emergence of Existencial Psychology. In Existential

- Psychology. R. May (Ed), (2nd ed.), (pp.1-48). New York: Random House.
- May, R. (1976). O Homem em busca de si mesmo. (5th ed) Petrópolis, R.J. Brasil: Editora Vozes.
- Meichenbaum, D. (1983). Coping with Stress. New York: published by Facts On File.
- Menezes, A.R. (1978). Sociologia da Saúde. Recife, Brasil. Edigraf.
- Milheiro, J., (1988) Psicologia do Estado Terminal. Arquivos de Medicina 2, (1), 89-93.
- Miller E.S. & Weitz, A. (1979). Introduction to Anthropology, (pp. 397-398). New Jersey, U.S.A: Prentice- Hall.
- Miller, D & Green, J. (1985). Psychological Support and Counselling for patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Genitourin Med, 61, 272-278.
- Miller, D, Green, J. & McCreaner, A. (1986). Organising a counselling service for problems related to the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Genitourin Med, 62, 116-122.
- Miller, D. (1988a). HIV and Social Psychiatry British Medical Bulletin, 44(1), 130-148.
- Miller, D. (1988b) Living with Aids and HIV. London:The Macmillan Press.
- Miller, E.N., Satz, P. & Visscher, B. (1991). Computerizes and conventional neuropsychological assessment of HIV- 1 Infected homosexaul men. Neurology, 41 (10), 1608-1616.

- Minkoff, H. L. (1987) Care of Pregnant Women Infected With Human Immunodeficiency Virus. JAMA 258 (19), 2714-2717
- Minor, J. , DeChristoford & R., Gallelli, J. (1988) AIDS Facts for Pharmacists. American Journal of Hospital Pharmacy 45, 153-156.
- Moos, R. & Schaefer, J. (1986) Life Transitions and Crises: A conceptual Overview. In Rudoph Moos, (Ed) Coping with life crises An Integrated Approach , (pp 3-28) . New York: Plenum Press.
- Moreno, J. (1988) Aids and the Caregiver: The meaning of Professionalism. American Journal of Hospital Pharmacy 45, 642.
- Morin, S. (1988) AIDS: The Challenge to Psychology. American Psychologist 43 (2), 838-842.
- Mota-Cardoso, Veríssimo, R, Pais, A. , Palhinhas, J. & Moura, L (1988). Avaliação do meio, auto-conceito, e mecanismos de coping -Determinantes apriorísticos dos traços psicopatológicos Psiquiatria Clínica, 9 (4), 239-265.
- Moura, L. (1989) Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos na Infecção pelo HIV O Médico 120, 322-326
- Musacchio, A. (1989). AIDS and drug abuse: Some aspects os psychiatric consultation Med Law West Germany,8(2), 119,123.
- Negreiros, J. (1988). Prevenção e Desenvolvementpo Psicológico: Elaboração, aplicação e avaliação de um modelo relativo ao álcool e drogas. Dissertação de candidatura ao grau de doutor.Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto.

- Neugarten, B. L. (1977). Adaptation and the Life Cycle. In N.K. Schlossberg & A.D. Entine (Eds). Counseling Adults. (pp. 34-46). Monterey, California: Brooks / Cole Publishing Company.
- Neveu, P. (1989). Emotions et Immunité Science & Vie, 168, 101-106.
- Nichols, S. (1985). Psychosocial Reactions of Persons with the Acquired Immunodeficiency Syndrome Annals of Internal Medicine 103, 765-76.
- O'Leary, Ann (1990). Stress, Emotion, and Human Immune Function Psychological Bulletin 108(3), 363-382.
- Pacheco, J. (1989). Bases Psicoterapêuticas na Prática Clínica. Prémio Bial de Medicina em 1988.
- Pakesch, G., Loimer, N, Grunberger & J. Pfersmann, D. (1992). Neuropsychological findings and psychiatric symptoms in HIV-1 infected and noninfected drug users. Psychiatry Research 41, (2) pp. 163-177. PsycLIT, 1993. A.N. 79-31307.
- Pereira, O.G. (1980) Para uma "Psicologia da Saúde": breve balanço das contribuições para a psiquiatria. Psiquiatria Clínica 1 (4) ,233-238.
- Perkins, D.O., Davidson, E.J., Leserman & J. Liao, D. (1993). Personality disorder in patients infected with HIV: A controlled study with implications for clinical care. American Journal of Psychiatry, 159 (2), 309-315.
- Pina, Jaime (1992). Infecção pelo HIV e Pulmão. Lisboa: Departamento de Pneumologia do Hospital Pulido Valente.

- Pires, C. L. (1986). Psicologia da Saúde: As novas Fronteiras da Psicologia-
Revista Portuguesa de Pedagogia, 279-300.
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S. & Raybaut, P. (1983). Les Récits de vie.
Paris: Presses Universitaires de France.
- Price, W. & Forejt, J. (1986) Neuropsychiatric Aspects of AIDS: A Case Report.
General Hospital Psychiatry 8, 7-10.
- Priester, R., Casini, M., Perino, F., Degiorgis, A. (1987). Drug Addiction and
Fear of Aids. THE LANCET 17, 160.
- Prost, A. & Vincent G. Da Primeira Guerra Mundial aos nossos dias. in Ariès,
P. e Duby G. (1991). História da Vida Privada. Porto: Edições
Afrontamento, vol 5.
- Putney, R.S. (1981). Impact of Marital Loss on Support Systems. The
Personnel and Guidance Journal, 59(6), 351-354.
- Ragazzoni, A., Grippo, A., Ghidini, P. & Schiavone, V. (1993).
Electrophysiological study of neurologically asymptomatic HIV 1
seropositive patients. Acta Neurológica Scandinavica. 87 (1), 47-51.
PsycLIT, 1993. A.N. 80-30130.
- Reinish, J.M., Sanders, S.A. & Ziemba-Davis, M. (1988). The Study of Sexual
Behavior in Relation to the Transmission of Human Immunodeficiency
Virus- American Psychologist, 43 (11), 921-927.
- Riesenberg, D. (1986) AIDS- Prompted Behavior Changes Reported. JAMA
255 (2), 171-172
- Rogers, Carl (1951) Terapia Centrada no Paciente. Brasil: Livraria Martins
Fontes Editora Ltda.

- Rogers, C. (1970). Tornar-se Pessoa. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. (1974). Psicoterapia e Consulta Psicológica. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. (1980). A Way of Being. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Salisbury, D. (1986). AIDS: Psychosocial Implications. Journal of Psychosocial Nursing 24 (12),13-16.
- Sarano, J. (1977). La Relation avec le Malade Obstacles et perspectives de la relation entre soignants e soignés. Toulouse: Édouard Privat, Éditeur. 47 volume de la collection "Mesopé".
- Schaie, K. & Geiwitz, J.(1982). Adult Development and Aging . Boston-Toronto.Little Brown and Company.
- Schlossberg, N. K.(1981). A Model for Analyzing Human Adaptation to Transition. The Counseling Psychologist, 9 (2), 2-18.
- Seabra, A. & Gomes, I. B. (1992). Intervenção Psicológica na Prevenção da Sida. Análise Psicológica, 2 (10), 191-197.
- Searle,S.E. (1987). Knowledge, Attitudes, and Behaviour of Health Professionals in Relation to AIDS. THE LANCET 3, 26-28
- Shostrom, E. L. (1965) A test for the measurement of self-actualization. Educational and Psychological measurement, 24, 207-218.
- Shostrom, E. L.(1974) Manual for the Personal Orientation Inventory. San Diego, Calif: Edits/Educational and Industrial Testing Service
- Sida Aspectos Jurídicos (1990). Revista da Ordem dos Médicos. Junho, pp.20-21.

- Siegel, Sydney (1977). Estatística Não -Paramétrica para Ciências do Comportamento. Ed McGraw-Hill do Brasil, Ltd.
- Simerly R.T. & Karakashian, S.J. (1991) Psychothérapie et S.I.D.A.: aspects cliniques et pratiques. Actualités en Analyse Transactionnelle. 15 (57), 11-23.
- Soares, I.C. & Pinto, A.S. (1990). Aconselhamento Psicossocial em situação de infecção pelo HIV e/ou Sida. In: I. Botelho, J.P. Almeida, M. Geada & J.M Justo (Eds). A Psicologia nos Serviços de Saúde Lisboa: Coleção "Temas de Psicologia".
- Sopena, R.B. (1992). La transmisión Heterosexual del VIH: Aspectos Psicológicos Y Conductuales. In R. Usieto, R. Andres & F. Cuberta (Eds) Sida transmisión Heterosexual del VIH, (pp. 115-123). Guadalajara: Gráficas Minaya, S.A. Sociedade española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA).
- Stall, R., Coates, T.J. & Hoff, Colleen (1988). Behavioral Risk Reduction for HIV Infection Among Gay and Bisexual Men. A review of Results from the United States. American Psychologist, 43, (11) 878-885.
- Steel, E. & Haverkos, H. (1992). Epidemiologic studies of HIV/AIDS and drug abuse. American Journal of drug and Alcohol Abuse, 18 (2), 167-175.
- Strain, J. (1985). Psychological care of the Medically ill, (pp. 23-36). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Tabachnick, B.E. & Fidell, L. (1989) Using Multivariate Statistics, (2ª ed). New York: Harper Collins Publishers.
- Teixeira, A.Carvalho (1991). Psico-Imunologia: Alguns Pontos de Vista Psicológicos e Psicopatológicos - Análise Psicológica 2 (9), 239-243.

- Teles, F.R. (1987). A Sida Desmascarada. Lisboa: Polémos- Grupo Editorial Coleção Saúde.
- Teles, L.C., Guerreiro, D., Lourenço, M.H., Ferreira, O.S. & Victorino R.M.M. (1991). Análise da Seroprevalência da Infecção pelo HIV 1 e HIV 2 em Mulheres Residentes numa Área da Cidade de Lisboa. Acta Médica Portuguesa, 4,(2) 64-70
- Tempesta, E., Di Giannantonio, M., Weisert, P.G. & Rezza, G. (1989). Psychologie et comportements des toxicomanes dans le contexte du SIDA en Italie. Rétrovirus La Revue Du Sida,3, 15-22.
- Thom, René (1983). Paraboles et catastrophes Entretiens sur les mathématiques, la science et la philosophie, Flammarion.
- Thompson, L. M. (1987). Dealing with AIDS and Fear: Would you Accept Cookies from an Aids Patient? Southern Medical Journal 80 (2), 228-232.
- Tiblier, K. B., Walker, G. & Rolland, J.S. (1989) Therapeutic Issues when Working with families of persons with AIDS. In Marriage & Family Review, 13, (1/2), 81-127.
- Troll, L. E. (1981) Comments. The Counseling Psychologist, 9 (2), p 46-48.
- Tross, S. & Hirsch D. A. (1988). Psychological Distress and Neuropsychological Complications of HIV Infection and AIDS. American Psychologist 43 (11), 929-934.
- Usieto, R, Andres, R. & Cuberta, F., (1992) Sida transmisión Heterosexual del VIH - Sociedade española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) Gráficas Minaya, S.A. Guadalajara.

- Vaz Serra, A & Abreu, J. (1973). Aferição dos Quadros Clínicos depressivos -Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra Portuguesa de doentes deprimidos. Coimbra Médica 20, 623-644.
- Vaz Serra, A. (1976). Aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra de indivíduos normais. Medicina, 10, 537-548.
- Victorino, R.M., Guerreiro, D., Lourenço, M.H., Ferreira, O.S. & Teles L.C. (1992). Prevalence of HIV-2 infection in a family planning clinic in Lisbon. International Journal of STD & AIDS, 3: 281-284.
- Vila-Real, A. (1992). O clínico e a Prevenção em seropositivos. Análise Psicológica, 2 (10), 175-180.
- Wadland, W.C. & Gleeson, C. J. (1991). A model for Psychosocial issues in HIV disease. Journal of Family Practice, 33 (1), 82-86.
- Westerman, P.L. & Davidson, P.M. (1993). Homophobic attitudes and AIDS risk behavior in adolescents. Journal of Adolescent Health, 14 (3), 208-213.
- Whiteford, H. & Csernansky, J (1986). Psychiatric Aspects of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 20, 399-403.
- Wolcott, D., Namir, S., Fawzy, F., Gottlieb, M. & Mitsuyasu, R. (1986). Illness Concerns, Attitudes Toward Homosexuality, and Social Support in Gay Men with AIDS. General Hospital Psychiatry, 8, 395-403.
- Worden, J. (1983) Grief Counselling and Grief Therapy. New York: Tavistock Publications. London and New York.
- Wrightsmann, L. S. (1988). Personality Development in Adulthood. California: Sage Publications.
- Zwi, A. B. e Cabral, A.J. R. (1992) Identificar "as situações de alto risco" para prevenir a Sida. BMJ, 1(3), pp.200-202.

ANEXO 1

Os questionários seguintes, destinam-se a um estudo sobre as capacidades psicométricas dos mesmos, a integrar futuramente num trabalho de investigação e é de responsabilidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto.

Pedimos-lhe que responda com a máxima sinceridade e precisão, para que os resultados tenham interesse efectivo.

As respostas serão estritamente confidenciais e anónimas, restritas à equipe responsável pelo estudo. Para que o anonimato possa ser garantido agradecemos o favor de não escrever o seu nome em nenhuma folha do questionário.

Agradecemos desde já a boa vontade na sua colaboração

Idade _____
Sexo _____

Escolaridade _____
Profissão _____

1. Segue-se uma lista de problemas que as pessoas às vezes têm. Gostaria que assinalasse com que frequência foi incomodado por esses problemas nos últimos 6 meses.

1.1. Ter problemas na gestão do dinheiro.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.2. Ter falta dum amigo/a íntimo/a.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.3. Ter poucas pessoas em quem possa confiar.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.4. Ter uma vida sexual pouco satisfatória.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.5. Ter poucas pessoas de quem se sinta próximo.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.6. Ter falta de alguém que se preocupe com os seus problemas.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.7. Ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que gostaria.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.8. Ter problemas com as crianças.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.9. Exercer uma actividade profissional pouco satisfatória.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.10. Sentir-se demasiado controlado/a por outros.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.11. Não ter dinheiro suficiente para se governar.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.12. Sentir-se insatisfeito/a com o seu estado civil. (solteiro, casado, etc.)

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.13. Ter poucos amigos íntimos.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.14. Ter problemas com o cônjuge ou ex-cônjuge (companheiro/a?)

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.15. Ter falta de alguém que lhe demonstre amor e afeição.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.16. Sentir-se demasiado dependente dos outros.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.17. Sentir que as outras pessoas interferem com aquilo que quer fazer.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.18. Ter problemas com familiares do cônjuge, companheiro/a ou parentes.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.19. Ter falta de alguém que compreenda os seus problemas.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

1.20. Ter problemas com as pessoas que lhe são próximas.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

2. O questionário seguinte pretende saber a sua opinião sobre um certo número de questões. Não existem alternativas certas ou erradas. Responda com a maior sinceridade, assinalando com um círculo a alternativa que mais se lhe aplica.

2.1.a. Tenho interesse pela vida e faço planos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.2.a. Acho que tenho alguma contribuição importante para dar à humanidade.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.3.a. A minha vida é vivida em vão.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.4.a Apesar das contingências procuro seguir um plano coerente de vida interior.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.5.a Tenho-me esforçado a identificar as minhas capacidades (intelectuais, afectivas, sociais ou religiosas)

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.6.a. Desenvolvo as potencialidades que tenho.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.7.a. Sinto que tiro pouco proveito das minhas capacidades.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.8.a. Sinto falta duma missão na vida na qual me empenhe.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.9.a. É impossível viver a vida em termos daquilo que quero fazer.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.10.a. Tenho interesse pelo menos num projecto ao qual posso dedicar a minha vida.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.11.a. Dedico-me pouco ao meu trabalho.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.12.a. Sinto-me pouco realizado/a como pessoa.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.13.a. Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.14.a. Tenho dificuldade em discernir entre meios e fins, para atingir um objectivo.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.15.a. Fico revoltado com os aspectos da vida que são inalteráveis.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.1.b. Consigo avaliar uma mesma situação de diversas maneiras.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.2.b. Gosto de fazer serviços burocráticos ou administrativos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.3.b. Gosto da rotina.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.4.b. Gosto de fazer alguma actividade artística .

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.5.b. Na minha profissão (ocupação), gosto de repetir o mesmo tipo de tarefas às quais já estou habituado/a.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.6.b. Gosto de explorar outros itinerários para os caminhos que percorro habitualmente.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.7.b. Gosto de combinar o vestuário que uso sempre da mesma maneira.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.8.b. Raramente descubro facetas novas, no relacionamento com as pessoas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.9.b. Para evitar novas alternativas, opto pela repetição de tarefas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.10.b. Consigo expressar amor e afeição de diversas maneiras.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.11.b. Raramente descubro uma solução eficaz para os meus problemas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.12.b. Tenho atracção pelo desconhecido e por problemas ainda por resolver.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.13.b. Gosto de ordenar situações confusas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.14.b. Gosto de participar activamente em troca de opiniões.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.1.c. Tenho necessidade de privacidade.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.2.c. Fico sempre indeciso/a na decisão a tomar, quando me dão uma opinião contrária à minha.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.3.c. Confio nos meus próprios recursos e potencialidades.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.4.c. Fico perturbado/a quando sou criticado/a.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.5.c. Considero-me uma pessoa relativamente dependente de aprovações exteriores.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.6.c. Culpabilizo os outros quando me aconselham negativamente.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.7.c. Tenho capacidade de resistir a pressões sociais.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.8.c. Considero-me uma pessoa influenciável.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.9.c. Considero-me uma pessoa espontânea.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.10.c. Em geral, preciso que os outros aproveem os meus planos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.11.c. Tenho confiança nas minhas capacidades.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.12.c. Quando me surge um problema de certa importância, só consigo resolvê-lo com auxílio de outros.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.13.c. Sou responsável por mim próprio.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.14.c. Normalmente, luto pelos ideais que considero válidos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.15.c. Preciso de ter sempre gente à volta para me dizer o que devo fazer.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.16.c. Apesar das minhas limitações pessoais acredito em mim.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.1.d. Identifico-me com a espécie humana.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.2.d. Tenho uma percepção imprecisa e irreal do mundo que me rodeia.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.3.d. O Homem é por natureza mau.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.4.d. Toda a vida humana tem um significado no universo.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.5.d. As atitudes e os valores democráticos são importantes.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.6.d. Acredito em alguma forma de espiritualidade.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.7.d. Sou responsável para com os outros.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.8.d. É incompatível ao verdadeiro homem espiritual ser sensual.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.9.d. Nunca tive experiências místicas ou de êxtase.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.10.d. Para mim, o sexo e o amor são duas dimensões distintas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

2.11.d. Tenho dificuldade em aceitar simultaneamente o meu egoísmo e o meu altruísmo.

1. concordo muito 2. concordo. 3. não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.12.d. Aprecio as coisas simples dos seres humanos, ou da natureza.

1. concordo muito 2. concordo. 3. não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.13.d. A finitude da vida, apesar da ansiedade implícita, dá ao homem uma motivação para encontrar um sentido na sua vida.

1. concordo muito 2. concordo. 3. não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.14.d. Aprecio o belo e os valores estéticos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2.15.d. Tenho dificuldade em aceitar a dinâmica dos conflitos imanentes à minha vida pessoal.

1. concordo muito 2. concordo. 3. não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

F I M

AGRADEÇO A BOA VONTADE EM TER COLABORADO NESTA INVESTIGAÇÃO

ANEXO 2

1-(2.1.a.) Tenho interesse pela vida e faço planos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2-(2.3.a.) A minha vida é vivida em vão.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

3-(2.4.a.) Apesar das contingências procuro seguir um plano coerente de vida interior.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

4-(2.6.a.) Desenvolvo as potencialidades que tenho.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

5-(2.8.a.) Sinto falta duma missão na vida na qual me empenhe.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

6-(2.9.a.) É impossível viver a vida em termos daquilo que quero fazer.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

7-(2.12.a.) Sinto-me pouco realizado/a como pessoa.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

8-(2.13.a.) Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

9-(2.14.a.) Tenho dificuldade em discernir entre meios e fins, para atingir um objectivo.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

10-(2.5.b.) Na minha profissão (ocupação), gosto de repetir o mesmo tipo de tarefas às quais já estou habituado/a.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

11-(2.6.b.) Gosto de explorar outros itinerários para os caminhos que percorro habitualmente.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

12.(2.8.b.) Raramente descubro facetas novas, no relacionamento com as pessoas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

13-(2.9.b.) Para evitar novas alternativas, opto pela repetição de tarefas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

14- (2.11.b.) Raramente descubro uma solução eficaz para os meus problemas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

15- (2.12.b.) Tenho atracção pelo desconhecido e por problemas ainda por resolver.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

16-(2.13.b.) Gosto de ordenar situações confusas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

17-(2.2.c.)Fico sempre indeciso/a na decisão a tomar, quando me dão uma opinião contrária à minha.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

18-(2.4.c.)Fico perturbado/a quando sou criticado/a.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

19-(2.5.c.) Considero-me uma pessoa relativamente dependente de aprovações exteriores.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

20-(2.7.c.) Tenho capacidade de resistir a pressões sociais.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

21-(2.8.c.) Considero-me uma pessoa influenciável.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

22-(2.10.c.) Em geral, preciso que os outros aprovelem os meus planos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

23-(2.12.c.) Quando me surge um problema de certa importância, só consigo resolvê-lo com auxílio de outros.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

24-(2.13.c.) Sou responsável por mim próprio.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

25-(2.14.c.) Normalmente, luto pelos ideais que considero válidos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

26-(2.16.c.) Apesar das minhas limitações pessoais acredito em mim.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

27-(2.1.d.) Identifico-me com a espécie humana.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

28-(2.2.d.) Tenho uma percepção imprecisa e irreal do mundo que me rodeia.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

29-(2.3.d.) O Homem é por natureza mau.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

30- (2.4.d.) Toda a vida humana tem um significado no universo.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

31-(2.5.d.) As atitudes e os valores democráticos são importantes.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

32-(2.6.d.) Acredito em alguma forma de espiritualidade.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.



33-2.13.d. A finitude da vida, apesar da ansiedade implícita, dá ao homem uma motivação para encontrar um sentido na sua vida.

1. concordo muito 2. concordo. 3. não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

ANEXO 3

Os questionários que se seguem, destinam-se a um estudo sobre a adaptação à condição de seropositividade em indivíduos afectados, e é de responsabilidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto.

Pedimos-lhe que responda com a máxima sinceridade e precisão, para que os resultados tenham interesse efectivo.

As respostas serão estritamente confidenciais e anónimas, restritas à equipe responsável pelo estudo. Para que o anonimato possa ser garantido agradecemos o favor de não escrever o seu nome em nenhuma folha do questionário.

Agradecemos desde já a boa vontade na sua colaboração.

IDENTIFICAÇÃO

1.

Instituição _____

Data de aplicação do questionário _____
dia _____ mês _____ ano _____

Data de nascimento _____
dia _____ mês _____ ano _____

Sexo M _____ F _____

Profissão _____

Grau de instrução _____

Estado civil Solteiro _____ casado\a _____ divorciado/ separado\ a _____
viúvo\ a _____

Data de quando foi diagnosticado seropositivo _____

DIA

MÊS

ANO

O facto de se ter contaminado com o vírus da Sida julga ser devido a :

a. Contacto sexual (heterossexual)

b. Contacto sexual (homossexual)

c. Toxicodependencia

d. Transfusão sanguínea

e. Outro (especifique) _____

Faz parte de alguma organização, associação ou grupo com fins humanitários?

Sim.....ou não

Se sim diga qual e quando entrou?

2. O facto de saber que é seropositivo introduziu com certeza mudanças na sua vida. Acha que apesar disso, houve mudanças que julga serem positivas? Se sim cite algumas.

(Pode utilizar o verso da folha se necessitar para escrever)

3. Seguem-se algumas perguntas sobre comportamentos adotados, que gostaria que respondesse com a maior sinceridade a frequência com que lhe ocorrem:

1. Tenho relações sexuais sempre com a mesma pessoa.

1. sempre ou quase sempre 2. muitas vezes. 3. algumas vezes 4.raramente 5. nunca

2. Uso sempre preservativos no relacionamento sexual com o parceiro/a.

1. sempre ou quase sempre 2. muitas vezes. 3. algumas vezes 4.raramente 5. nunca

3. Recorro à prostituição.

1. sempre ou quase sempre 2. muitas vezes. 3. algumas vezes 4.raramente 5. nunca

4. Segue-se uma lista de problemas que as pessoas frequentemente têm.

Gostaria que assinalasse com que frequência foi incomodado por esses problemas nos últimos 6 meses.

1. Ter problemas na gestão do dinheiro.

1. Sempre ou quase sempre 2.Muitas vezes 3. Algumas vezes 4.Raramente 5. Nunca

2.Ter falta dum amigo\la íntimo\la.

1. Sempre ou quase sempre 2.Muitas vezes 3. Algumas vezes 4.Raramente 5. Nunca

3.Ter poucas pessoas em quem possa confiar.

1. Sempre ou quase sempre 2.Muitas vezes 3. Algumas vezes 4.Raramente 5. Nunca

4. Ter uma vida sexual pouco satisfatória.

1. Sempre ou quase sempre 2.Muitas vezes 3. Algumas vezes 4.Raramente 5. Nunca

5. Ter poucas pessoas de quem se sinta próximo.

1. Sempre ou quase sempre 2.Muitas vezes 3. Algumas vezes 4.Raramente 5. Nunca

6.Ter falta de alguém que se preocupe com os seus problemas.

1. Sempre ou quase sempre 2.Muitas vezes 3. Algumas vezes 4.Raramente 5. Nunca

7. Ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer.

1. Sempre ou quase sempre 2.Muitas vezes 3. Algumas vezes 4.Raramente 5. Nunca

8. Ter problemas com as crianças.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

9. Exercer uma actividade profissional pouco satisfatória.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

10. Sentir-se demasiado controlado/a por outros.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

11. Ter falta de dinheiro suficiente para se governar.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

12. Sentir-se insatisfeito/a com o seu estado civil. (solteiro, casado, etc.)

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

13. Ter poucos amigos íntimos.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

14. Ter problemas com o cônjuge ou ex-cônjuge (companheiro/a?)

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

15. Ter falta de alguém que lhe demonstre amor e afeição.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

16. Sentir-se demasiado dependente dos outros.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

17. Sentir que as outras pessoas interferem com aquilo que quer fazer.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

18. Ter problemas com familiares do cônjuge, companheiro/a ou parentes.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

19. Ter falta de alguém que compreenda os seus problemas.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

20. Ter problemas com as pessoas que lhe são próximas.

1. Sempre ou quase sempre 2. Muitas vezes 3. Algumas vezes 4. Raramente 5. Nunca

5. O questionário seguinte pretende saber a sua opinião sobre um certo número de questões. Não existem alternativas certas ou erradas. Responda com a maior sinceridade, assinalando com um círculo a alternativa que mais se lhe aplica.

1-. Tenho interesse pela vida e faço planos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

2-A minha vida é vivida em vão.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

3- Apesar das contingências procuro seguir um plano coerente de vida interior.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

4- Desenvolvo as potencialidades que tenho.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

5-. Sinto falta duma missão na vida na qual me empenhe.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

6- É impossível viver a vida em termos daquilo que quero fazer.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

7-. Sinto-me pouco realizado/a como pessoa.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

8- Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

9- Tenho dificuldade em discernir entre meios e fins, para atingir um objectivo.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

10- Na minha profissão (ocupação), gosto de repetir o mesmo tipo de tarefas às quais já estou habituado/a.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

11- Gosto de explorar outros itinerários para os caminhos que percorro habitualmente.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

12.- Raramente descubro facetas novas, no relacionamento com as pessoas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

13.- Para evitar novas alternativas, opto pela repetição de tarefas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

14- Raramente descubro uma solução eficaz para os meus problemas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

15. Tenho atracção pelo desconhecido e por problemas ainda por resolver.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

16- Gosto de ordenar situações confusas.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

17. Fico sempre indeciso/a na decisão a tomar, quando me dão uma opinião contrária à minha.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

18. Fico perturbado/a quando sou criticado/a.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

19- Considero-me uma pessoa relativamente dependente de aprovações exteriores.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

20- Tenho capacidade de resistir a pressões sociais.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

21 . Considero-me uma pessoa influenciável.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

22- Em geral, preciso que os outros aprovelem os meus planos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

23- Quando me surge um problema de certa importância, só consigo resolvê-lo com auxílio de outros.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

24- Sou responsável por mim próprio.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

25- Normalmente, luto pelos ideais que considero válidos.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

26- Apesar das minhas limitações pessoais acredito em mim.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

27- Identifico-me com a espécie humana.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

28- Tenho uma percepção imprecisa e irreal do mundo que me rodeia.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

29- O Homem é por natureza mau.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

30- Toda a vida humana tem um significado no universo.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

31- As atitudes e os valores democráticos são importantes.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

32- Acredito em alguma forma de espiritualidade.

1. concordo muito 2. concordo. 3. Não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito.

33- A finitude da vida, apesar da ansiedade implícita, dá ao homem uma motivação para encontrar um sentido na sua vida.

1. concordo muito 2. concordo. 3. não tenho a certeza 4. discordo 5. discordo muito

6. Manutenção da actividade Profissional

Tem trabalhado regularmente?

1. nunca 2. raramente 3. Algumas vezes 4. Muitas vezes 5. Sempre ou quase sempre

7. Leia, por favor todas as frases expostas seguidamente e assinale em cada grupo, aquela que descreve ou que constitui a descrição mais aproximada da maneira como se sente presentemente.

- A - Não me sinto triste..... ()
Ando "neura" ou triste..... ()
Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo..... ()
Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim..... ()
Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado..... ()
-
- B- Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro..... ()
Sinto-me com medo do futuro..... ()
Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro..... ()
Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas..... ()
Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar..... ()
-
- C- Não tenho a sensação de ter fracassado ()
Sinto que tive mais fracassos do que a maioria das pessoas..... ()
Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado ()
Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos..... ()
Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe marido, mulher) ()
-
- D - Não me sinto descontente em nada em especial..... ()
Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo ()
Não obtenho satisfação seja com o que for ()
Sinto-me descontente com tudo..... ()
-
- E - Não me sinto culpado de nada em especial ()
Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou não tenho qualquer valor ()
Sinto-me bastante culpado ()
Agora sinto permanentemente que sou mau ou que não tenho qualquer valor ()
Considero que sou mau e não valho absolutamente nada ()
-
- F - Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo..... ()
Tenho o pressentimento de que pode acontecer alguma coisa de mal ()
Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado ()
Sinto que mereço ser castigado ()
Quero ser castigado ()
-
- G - Não me sinto descontente comigo ()
Estou desiludido comigo mesmo ()
Não gosto de mim ()
Estou bastante desgostoso comigo ()
Odeio-me ()
-
- H - Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa ()
Crítico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros..... ()
Culpo-me das minhas próprias faltas ()
Acuso-me por tudo de mal que acontece ()
-

- I - Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo ()
 Tenho ideias de de por termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar ()
 Sinto que seria melhor morrer ()
 Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse ()
 Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de por termo à vida ()
 Matar-me-ia se tivesse a oportunidade ()
-
- J - Actualmente não choro mais do que o costume ()
 Choro agora mais do que o que costumava ()
 Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de o fazer ()
 Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade ()
-
- K - Não ando agora mais irritado do que o costume ()
 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ()
 Sinto-me permanentemente irritado ()
 Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente ()
-
- L - Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas ()
 Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter ()
 Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas ()
 Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada a seu respeito ()
-
- M - Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente ()
 Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar decisões ()
 Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas ()
 Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão ()
-
- N - Não acho que tenha pior aspecto do que o costume ()
 Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente ()
 Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente ()
 Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo ()
-
- O - Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente ()
 Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar ()
 Não consigo trabalhar tão bem como costumava ()
 Tenho que dispensar um grande esforço para fazer seja o que for..... ()
 Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja ()
-
- P - Consigo dormir tão bem como dantes ()
 Acordo mais cansado de manhã do que era habitual ()
 Acordo cerca de 1 a 2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer ()
 Acordo todos os dias masi cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas..... ()
-
- Q - Não me sinto mais cansado que o habitual ()
 Fico cansado com mais facilidade do que antigamente ()
 Fico cansado quando faço seja o que for ()
 Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja ()
-
- R - O meu apetite éo mesmo de sempre ()
 O meu apetite não é tão bom como costumava ser ()
 Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente ()
 Perdi completamente todo o apetite que tinha ()
-
- S - Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum..... ()
 Perdi mais de 2,5 quilos de peso..... ()
 Perdi mais de 5 quilos de peso ()
 Perdi mais de 7,5 quilos de peso ()

- T - A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual ()
Sinto-me preocupado com dores e sofrimentos ou na disposição do estomago, prisão de ventre ou
ainda sensações físicas desagradáveis, no meu corpo ()
Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil
pensar noutra coisa ()
Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto ()
-
- U - Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual ()
Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar ()
Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual ()
Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual ()

ANEXO 4

Instruções aos dirigentes das instituições, para aplicação dos questionários em indivíduos seropositivos voluntários.

1. Indivíduos que sejam seropositivos ao vírus da Sida e tenham conhecimento dessa situação, do sexo feminino ou masculino, maiores de 18 anos de idade, cujas habilitações literárias incluam frequência escolar superior ao 4º ano de escolaridade (antiga 4ª classe do ensino primário).

2. É necessário que todos os indivíduos tenham tido conhecimento da sua seropositividade por um período superior a três meses.

3. Não é necessária a presença de alguém da instituição enquanto se processa o preenchimento dos questionários pelos indivíduos nas condições acima citadas.

4. O questionário completo, não tem tempo determinado para a sua aplicação.