

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

Nelson Silva Filho<sup>1</sup>, Lenice do Rosário de Souza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual Paulista (UNESP) Campus de Assis, SP, Brazil

<sup>2</sup>Universidade Estadual Paulista (UNESP) Campus de Botucatu, SP, Brazil

---

**RESUMO:** Avaliados no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais, da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 31 indivíduos com infecção pelo HIV-1. Dezesesseis realizaram avaliações psicológicas em momentos distintos, sendo utilizados o Teste de Relações Objetais a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada. Verificou-se associações entre dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e psicodinâmicos, considerando a história natural da doença. A infecção adquirida por consumo de drogas, implicou desenvolvimento de aids, doenças neurológicas, internações e adaptação ineficaz grave. Indivíduos com: aids, predomínio do funcionamento psicótico da mente, gravidez e/ou sexualidade precoce, impulsividade e irritabilidade apresentaram deterioração da eficácia adaptativa ao longo do tempo. Pacientes com ideação suicida e/ou adaptação ineficaz severa ou grave apresentam linha de tendência do CD<sub>4</sub><sup>+</sup> e CD<sub>8</sub><sup>+</sup> em queda e carga viral alta. A maior parte apresentou depressão crônica do tipo psicótica. Observou-se correlação positiva entre TRO e EDAO-R, TRO e CD<sub>4</sub><sup>+</sup>, e EDAO-R e CD<sub>8</sub><sup>+</sup>.

*Palavras chave:* Aids (Doença), Eficácia adaptativa, Equilíbrio adaptativo, Infecções por HIV, Psicologia clínica.

---

**ASSOCIATION AMONG THE DIAGNOSIS ADAPTIVE,  
INDICATORS OF CLINICAL EVOLUTION  
AND THE TEST OF RELATIONSHIPS OBJECTS  
IN PATIENT INFECTION CARRIERS FOR HIV-1, SICK OR NOT**

**ABSTRACT:** Thirty-one individuals with HIV-1 infection were evaluated in the Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brazil, UNESP. Sixteen went through psychological evaluations in different moments, being used the Object Relations Test and the Adaptive Operationalized Diagnostic Scale. Associations among epidemic, clinical, laboratorial and psychodynamics data, considering the natural history of the disease were verified. The infection acquired through drugs consumption, implied in aids development, neurological diseases, internments and serious ineffective adaptation. Individuals with: aids, prevalence of the psychotic operation of the mind, pregnancy and/or precocious sexuality, impulsivity and irritability presented deterioration of adaptive effectiveness along time. Patients with suicidal ideation and/or severe or serious ineffective adaptation present a falling line of tendency of CD<sub>4</sub><sup>+</sup> CD<sub>8</sub><sup>+</sup> and a high viral load. Most of them presented chronic depression of the psychotic type. Positive correlation was observed among TRO and EDAO-R, TRO and CD<sub>4</sub><sup>+</sup>, and EDAO-R and CD<sub>8</sub><sup>+</sup> was observed.

---

\* Contactar para E-mail: ???????@??????????????

*Key words:* Adaptive effectiveness, Adaptive balance, Aids (Disease), Clinical psychology, HIV infections.

---

Segundo dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica, a AIDS foi identificada no Brasil pela primeira vez em 1982 (Brasil, 2001a,b). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), no período compreendido entre 1980 e Dezembro de 2002, foram notificados 257.780 casos de AIDS no Brasil. Para ambos os sexos, o grupo etário mais atingido tem sido o de 25 a 49 anos.

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

Da mesma forma que em outras doenças crônicas a percepção da perda da saúde mobiliza nos pacientes sentimentos de angústia (Heleno, 1995, 2001; Lopes, 1993; Oliveira, 1993; Silva Filho, 1995a,b, 1996, 1997; Simon, 2000). Na infecção pelo HIV a percepção da perda da saúde se faz acompanhar, em muitas das vezes, por sentimentos de culpa, de rejeição por parte dos familiares, da fantasia da morte próxima e de reações psicopatológicas como tentativas de enfrentamento da situação.

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

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

A avaliação do estado imunológico e virológico do paciente com ou sem tratamento anti-retroviral, conforme orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2001c), é feita através da determinação dos linfócitos T com marcadores  $CD_4^+$  e  $CD_8^+$  e da determinação da carga viral plasmática (Brasil, 2000, 2001c; Souza, 1998) que deve ser realizada periodicamente.

Formas complementares de avaliação, considerando os aspectos qualitativos do funcionamento imunológico, como indicadores da fase evolutiva são relatados por Meira et al.(2000), ao proporem a avaliação do nível sérico das citocinas.

Para indicar o início do tratamento (Brasil, 2001c), o médico também leva em consideração o compromisso do paciente com a adesão aos medicamentos, que depende do desejo do paciente em se tratar, das possibilidades dele compreender e seguir, rigorosamente, as orientações quanto aos horários e formas de ingestão dos diversos ARV, necessitando muitas vezes, de mudanças nos hábitos de vida e tolerância aos efeitos colaterais dos medicamentos.

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

Todos os ARV produzem efeitos colaterais importantes (Brasil, 2001c; Monreal, 2000; Souza, 1998), interagem com outras medicações e afetam o comportamento e a afetividade dos pacientes. Nesse sentido constituem um desafio a mais, além da convivência com o HIV e com tudo o que esse representa no imaginário social. Os ARV podem ser interpretados como marcadores da perda da saúde e da onipotência ingeridos várias vezes ao dia.

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

## MÉTODO

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

### Participantes

Foram avaliados 31 indivíduos, escolhidos ao acaso, com história compatível de infecção pelo HIV-1, doentes ou não, e diagnóstico confirmado pelos métodos laboratoriais, normalmente utilizados para essa finalidade. 14 homens e 17 mulheres, com média de idade igual a 37 anos, desvio padrão de 10 anos e mediana igual a 35 anos, foram avaliados no período de Agosto de 2001 a Janeiro de 2003. Dezassexes deles foram avaliados por meio da entrevista clínica, sendo realizado um novo diagnóstico da eficácia adaptativa nesse momento, com um intervalo de tempo que variou entre 143 e 359 dias, sendo a média igual a 262 dias.

### Material

*Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – E.D.A.O.* Simon (1983) propõe uma forma de diagnóstico, através da entrevista clínica, fundamentada na história natural da doença, e avalia as evoluções da adaptação nos períodos pré-patogênicos e patogênicos, considerando a eficácia adaptativa nos setores, afetivo-relacional, sócio-cultural, produtividade e orgânico.

O setor afetivo-relacional, segundo Yamamoto (2003, p. 166), “compreende o conjunto de respostas emocionais do sujeito nas relações interpessoais e com relação a si mesmo; o setor da produtividade compreende a totalidade das respostas diante do trabalho ou estudos; o setor sócio-cultural, as atitudes e ações do sujeito diante das instituições, valores e costumes da cultura em que vive; o setor orgânico indica o estado físico e o conjunto das respostas quanto aos sentimentos, atitudes e cuidados relativos ao próprio corpo”.

Considera Simon (1983, 1987, 2000) a adaptação de um indivíduo como um critério básico de avaliação, pois permite avaliar seu funcionamento psicológico e a qualidade da interação com o meio ambiente.

Simon (1983), também considera que a criatividade necessária para o enfrentamento das situações novas implica no amadurecimento das estruturas internas, não sendo alcançado apenas pelo desenvolvimento de novas habilidades cognitivas, valorizando os aspectos psicodinâmicos.

Este conceito encontra-se em consonância com os critérios de saúde mental discutidos por Klein (1991) e Knobel (2000).

Frente a uma dada solicitação interna ou externa, o indivíduo é impelido a mobilizar recursos internos ou externos para enfrentar e responder a situação problema, causadora do rompimento da homeostase. Considera uma resposta como sendo adequada quando esta soluciona o problema, traz satisfação e não provoca conflitos intrapsíquicos ou sócio-culturais, ou seja, atende as demandas do id, ego e superego. Simon (2000, p. 2) considera, ainda a resposta como sendo: “pouco adequada quando a resposta soluciona o problema, mas: (a) é gratificante, porém conflitiva; ou (b) a resposta é pouco gratificante, mas não traz conflito. Pouquíssimo adequada, quando a solução, além de não ser gratificante, é também conflitiva... respostas descoordenadas, incoerentes, desencontradas, não são consideradas soluções para o problema vital, e geralmente refletem a existência de crise adaptativa.”

A impossibilidade de predominar soluções adequadas, pode originar um quadro de depressão reativa aguda acompanhada de deterioração da eficácia adaptativa, podendo chegar a depressão crônica dos tipos neurótica e psicótica maníaco-depressivo e esquizo-afetivo (Simon, 2000).

O tipo de adequação das respostas, segundo Simon (1983), conduz a uma classificação da adaptação segundo a sua eficácia, como adaptação eficaz ou adaptação ineficaz, sendo esta leve, moderada, severa ou grave. Para discriminar e indicar os momentos de ruptura dos períodos de adaptação estável acrescenta-se a indicação de crise ao diagnóstico adaptativo.

Com este instrumento é possível estabelecer um diagnóstico da eficácia adaptativa e obter indicativos sobre os setores com maior comprometimento, de forma a conhecer as soluções encontradas pelos sujeitos e caracterizar a eficácia adaptativa destes, segundo características psicodinâmicas.

Yoshida (1984, 1990) estudou a capacidade de precisão e validade de predição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, para a população brasileira, estabelecendo a validade do instrumento.

*Teste das Relações Objetivas de Phillipson – T.R.O.* Segundo Ocampo et al. (1981), o T.R.O. consiste numa técnica projetiva de estimulação visual e produção verbal, desenvolvido com fundamentação na teoria das relações objetivas de Melanie Klein e Fairbairn. Segundo Phillipson, em Vertehelyi (1983, p. 20): “Nossa suposição básica é que a forma característica que uma pessoa percebe o mundo que a rodeia, tem ligação dinâmica com a forma de manejar as relações humanas em qualquer situação que enfrente, e que a resultante ou produto de qualquer interação com seu meio (como a produção de uma história para uma Lâmina de T.R.O.) refletirá também os processos dinâmicos por meio dos quais regula as forças conscientes e inconscientes que direcionam o manejo dos temas de relações objetivas inerentes a esta situação. Podemos supor que as modalidades típicas de uma pessoa quanto a percepção, uso de seus recursos intelectuais, grau de compromisso com seus interesses específicos e execução de uma tarefa, carregam traços dos seus padrões mais profundamente arraigados de relações com pessoas”.

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

As lâminas da Série A se apresentam sombreadas de claro e escuro. De acordo com Phillipson (1981), esta série propicia o surgimento de primitivas necessidades de relações objetivas e as ansiedades requeridas para esta satisfação e estão vinculadas a precoces relações objetivas de dependência; enfatizam o contato físico e sensitivo.

Segundo Ocampo et al. (1981, p. 128), “... quando nesta série aparecem predominantemente ansiedades de tipo depressivo podemos pensar em um índice positivo de adaptação. A possibilidade de se deprimir coincide com uma diminuição da onipotência das defesas (os mecanismos de controle e reparação onipotente são substituídos pelos de controle obsessivo e reparação autêntica, realçando-se aspectos mais integrados do ego”.

Na série B, segundo Ocampo et al. (1981, p. 128), esta série “... mobiliza os controles egóicos mais maduros e, em sujeitos muito perturbados, é possível que nos dê índices de aspectos que ainda mantêm uma certa adaptação”.

Segundo Rosa (1995, p. 13), “a série B enfatiza o clima de ameaça e indiferença, mobilizando controles egóicos mais maduros esperando-se que apareçam defesas de caráter neurótico... deduz-se a capacidade do ego em lidar com a realidade”.

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

Segundo Rosa (1995, p. 15), na Serie C, “as respostas nesta série possibilitam a apreciação do tipo de vínculo que o paciente estabelece com seus objetos. Pelo fato de inclusão da cor, aumenta a tensão e os sentimentos agressivos entre o indivíduo e o grupo. O controle adaptativo é esperado em termos de diagnóstico e prognóstico, bem como o uso de defesas que empobrecem o ego, tais como a negação, o triunfo e o controle onipotente. São comuns fantasias de perda e elaboração do luto, sentimentos frente ao conflito edipiano que favorecem dissociações: superego/ego/id, mente/corpo, mundo interno/externo, fantasia/realidade. Em geral, as defesas neuróticas devem prevalecer nesta série, assim como na série B.”

A Lâmina BR, segundo Rosa (1995, p. 17), “o sujeito pode não só mostrar a relação transferencial, operando durante toda a tarefa; poderá resumir seus problemas atuais, tal qual os sente e os métodos de solução mais acessíveis a ele. Esta lâmina apresenta um quadro do mundo que se cria para gratificar suas necessidades, evitando, ao mesmo tempo, as ameaças e conseqüências temidas da realidade com o objetivo de aliviar esta tensão, a fantasia inconsciente dominante e a relação transferencial com o psicólogo revelam-se na resposta, com certa qualidade.”

### Procedimento

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório Especial da Área de Doenças Tropicais, do Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Este estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, recebendo parecer favorável.

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

Após as entrevistas e a aplicação do teste, foi realizada a inspeção dos prontuários para a coleta de dados referentes à história clínica.

### *Critérios utilizados para avaliação dos resultados*

Foram considerados como tendo desenvolvido AIDS os pacientes que, em algum momento da sua evolução clínica, apresentaram contagem de linfócitos T CD<sub>4</sub><sup>+</sup> abaixo de 200 células por mm<sup>3</sup> ou doença definidora de AIDS.

Foram considerados os últimos resultados dos exames de contagem de linfócitos T CD<sub>4</sub><sup>+</sup>, CD<sub>8</sub><sup>+</sup> e carga viral plasmática quando esses dados foram comparados com outras informações do paciente. Para a realização das curvas de tendências foram considerados todos os dados disponíveis no prontuário.

Os fatores internos e externos, positivos e negativos, com risco de comprometimento da eficácia adaptativa, foram definidos com base nas entrevistas clínicas, conforme critérios propostos por Simon (1983, 2000). Considerou-se fatores orgânicos, traços de personalidade e/ou comportamentos de risco e agravos orgânicos, sendo esses: ideação suicida, AIDS, predomínio do funcionamento psicótico da mente, uso de drogas ilícitas, gravidez e/ou sexualidade precoce, fanatismo religioso, impulsividade, irritabilidade, depressão e relacionamento familiar na infância.

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

O predomínio do funcionamento psicótico da mente, como definido por Bion (1988), foi identificado através de comportamentos como tentativas de suicídio, baixa tolerância à frustração acompanhada de comportamentos impulsivos e impossibilidade de simbolizar vivências e afetos e dificuldades para estabelecer e manter vínculos, respaldados pelos resultados do TRO e pela EDAO.

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

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

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

Impulsividade, irritabilidade, depressão e mal relacionamento familiar na infância, foram identificados pela entrevista clínica na qual, também, foi investigada a história familiar na infância e em especial, o relacionamento dos indivíduos com os pais e dos pais com os mesmos. Por depressão entendeu-se “o resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas”, considerou-se os tipos reativa, e crônica com os sub-grupos neurótica, psicótica maníaco depressivo e psicótica esquizo-afetivo, conforme definições de Simon (2000, p. 2).

Com o T.R.O. avaliou-se o predomínio de mecanismos de defesa, o equilíbrio adaptativo e os índices recomendados por Phillipson (1981) para

avaliação das evoluções em psicoterapia, considerando-se os trabalhos de Vieira da Silva (1989), Rosa (1995), Phillipson (1981), Ocampo et al. (1981) e Verthelyi (1983). Considerou-se o índice como favorável quando o somatório de pontos das lâminas, formadoras do índice, era igual ou superior a três e, desfavorável quando inferior a dois, conforme recomendações de Vieira da Silva (1989).

Foram aplicadas as seguintes lâminas do Teste de Relações Objetivas: A1, AG, B2, B3, C2, CG e BRANCA. Foram avaliados os seguintes índices: índice 1 – relação transferencial (Lâminas A1 e Branca); índice 2 – fantasias de doença, cura e análise (Lâminas A1, AG e Branca); índice 3 – aliança terapêutica (lâmina B2) e índice 4 – capacidade de reparação (lâminas C2 e CG), conforme recomendações de Vieira da Silva (1989) e Rosa (1995).

As lâminas do TRO foram avaliadas quantitativamente segundo os critérios propostos por Rosa (1995), sendo atribuídos um ponto para equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas; dois pontos para equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações negativas; três pontos para tendência adaptativa com resultante negativa; quatro pontos para equilíbrio mantido, podendo dar liberdade para relações positivas; cinco pontos para tendência adaptativa com resultante positiva; seis pontos para liberdade para estabelecer relações positivas e, sete pontos para liberdade para estabelecer relações muito positivas.

A Entrevista Clínica foi realizada e sistematizada, conforme as recomendações do autor da EDAO (Simon, 1987).

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

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

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

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

Como características psicológicas foram considerados: diagnóstico adaptativo; evoluções do diagnóstico adaptativo em dois momentos com uma

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

Foram considerados os seguintes dados clínicos e laboratoriais: uso, tipo e adesão aos medicamentos anti-retrovirais, doenças oportunistas e/ou internações hospitalares, no período compreendido entre o início e o fim da coleta de dados, doenças neurológicas após o diagnóstico da infecção pelo HIV-1, fase do desenvolvimento no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV-1; tempo de diagnóstico, considerado como data final o momento da primeira avaliação psicológica; linfócitos T CD<sub>4</sub><sup>+</sup>, CD<sub>8</sub><sup>+</sup>, relação CD<sub>4</sub><sup>+</sup>/CD<sub>8</sub><sup>+</sup> e logaritmo da carga viral plasmática.

## DISCUSSÃO

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

O grupo foi constituído randomicamente e apresentou um número de mulheres ( $n=17$ ) ligeiramente superior ao dos homens ( $n=14$ ), provavelmente refletindo a tendência nacional de aumento do número de casos de infecção pelo HIV, entre as mulheres (Brasil, 2001a,b,c,d, 1999, 2002; Bastos & Szwarcwald, 2000; Bastos, 1995; Marques, Doneda, & Serain, 1999). Da mesma forma, as mulheres apresentaram o menor número de anos de escolaridade, sendo que 14 mulheres estudaram até 8 anos.

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

Observou-se que uma parte significativa da amostra havia contraído a infecção pelo HIV-1, na adolescência, antes dos 18 anos e até os 24 anos (29,03%), sendo que alguns apresentaram nessa época gravidez precoce e, outros, doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, confirmando os riscos de contrair a infecção, apontados para essa fase do desenvolvimento (Aberastury & Knobel, 1981; Bastos, 1995; Bastos & Szwarcwald, 2000; Brasil, 1999, 2001a,b,c,d, 2002, 2003; Estevão, 1997; Galduróz & Carline, 1995, 1997; Fernandes et al., 2000; Knobel, 2000; Martinez, 1998; Pechansky et al., 2000; Rua & Abramovay, 2001; Santos & Schor, 2003; Vieira et al. 2000). Os que apresentaram gravidez e/ou sexualidade precoce, quando

comparados aos que não as tiveram, obtiveram menores médias na primeira avaliação psicológica, indicando o comprometimento dos setores afetivo relacional e produtividade. Esses indivíduos, na quase totalidade, apresentaram, juntamente com a sexualidade precoce, irritabilidade, impulsividade e depressão que constituem elementos de risco na adolescência, confirmando os resultados de Santos e Schor (2003) no que se refere à percepção negativa da vida pelos adolescentes após gestação precoce.

O uso de drogas injetáveis não contribuiu de forma significativa para a transmissão da infecção pelo HIV-1, sendo a via sexual a principal via de exposição. A maior parte da amostra foi constituída por homens e mulheres heterossexuais, confirmando a tendência epidemiológica da infecção pelo HIV-1, no Brasil (Brasil, 1999, 2001b, 2002).

Na primeira avaliação psicológica observou-se que nenhum indivíduo apresentou respostas adequadas no setor orgânico. Os indivíduos sintomáticos, em sua maior parte referiram adesão aos medicamentos, mesmo apresentando sintomas clínicos no período entre as avaliações psicológicas, refletindo a percepção equivocada do paciente detectada no setor orgânico da EDAO, na primeira avaliação psicológica. Quando comparadas as respostas do setor orgânico com a segunda avaliação psicológica, entre os que foram avaliados em dois momentos, observou-se que a maior parte permaneceu com a mesma qualidade de soluções, ou seja, respostas pouco ou pouquíssimo adequadas, mesmo apresentando sintomas no período considerado, não confirmando as observações de Monreal (2000), quanto a maior aderência em pacientes sintomáticos.

Entre os indivíduos sintomáticos, observou-se que houve manutenção do diagnóstico adaptativo entre os que apresentavam adaptação ineficaz grave e depressão do tipo psicótica. Os que tiveram aumento da eficácia adaptativa apresentaram depressão neurótica, na primeira avaliação psicológica ou tinham como diagnóstico da eficácia adaptativa, adaptação ineficaz moderada e depressão psicótica do subtipo maníaco-depressivo. Esse dado sugere que na depressão crônica, tipo maníaco-depressivo, na fase de mania o indivíduo conseguiria cuidar da manutenção da saúde, mas esse cuidado não se sustentaria por constituir momentos de reparação onipotentes. Quando confrontados com a perda da saúde e fatores externos negativos, surgem estados de luto patológico (Steirner, 1989, 1991) não permitindo a continuidade dos cuidados com a saúde, podendo expressar a necessidade de punição, como apontado por Simon (2000). Esse resultado sugere a necessidade de se investigar, em estudos futuros, a participação das alterações da afetividade na adesão aos medicamentos ARV, possivelmente em um estudo clínico prospectivo.

O fato dos indivíduos apresentarem sintomas clínicos, no período compreendido entre as avaliações psicológicas, não se traduziu em alterações significativas no diagnóstico da eficácia adaptativa e do equilíbrio adaptativo. O sintoma não altera os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e

nas relações interpessoais, segundo definição do setor afetivo relacional; da mesma forma que não se traduz em alterações com o modo como se relaciona com a atividade produtiva.

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

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

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

As diferenças estatisticamente significantes na EDAO 1, correspondente à primeira avaliação psicológica, não estão associadas às variações dos linfócitos T CD<sub>4</sub><sup>+</sup> e ao tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV. Quando a contagem dos linfócitos T CD<sub>4</sub><sup>+</sup> é maior que 501, os indivíduos apresentam maiores resultados no TRO, indicando maior equilíbrio adaptativo, ou seja, as forças internas destrutivas estariam menos atuantes.

Os fatores internos negativos: não ter tido relacionamento familiar satisfatório na infância, depressão, irritabilidade, impulsividade, fanatismo religioso, apresentar o predomínio do funcionamento psicótico da mente e ideação suicida não foram desenvolvidos como decorrência do agravamento do estado imunológico, com o surgimento da AIDS. Possivelmente seriam anteriores à infecção pelo HIV e/ou agravados pelo diagnóstico da infecção, corroborando os dados de Ferreira (1994, p. 473), ao encontrar indícios de que a “contaminação foi procurada e se efetuou num contexto em que o paciente sabia que poderia se dar, impulsionado pela culpa, não tanto decorrente de seus comportamentos adultos, mas principalmente de seus conflitos infantis”.

No setor da produtividade apenas cinco indivíduos apresentaram o predomínio de respostas adequadas na primeira avaliação psicológica. Em sua grande maioria predominaram as respostas pouco ou pouquíssimo adequadas.

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

Os relatos de fantasias e vivências, após o diagnóstico da infecção pelo HIV, sugeriram um aprisionamento dos pacientes, semelhante ao descrito por Bion (1988), no que se refere à doença AIDS ou ao HIV, e ao modo como passaram a se relacionar com o mundo. A hostilidade do mundo interno era confirmada pelos efeitos colaterais dos medicamentos, pelo estigma que a AIDS carrega e pela hostilidade do mundo em que viviam.

A investigação da percepção dos pacientes acerca do relacionamento com seus familiares na infância revelou que quando a percepção era negativa, estava associada em maior número a outros fatores negativos, tais como: depressão, irritabilidade, impulsividade, fanatismo religioso, apresentar o predomínio do funcionamento psicótico da mente, ideação suicida e gravidez e/ou sexualidade precoce, diferentemente daqueles que referiam relacionamento familiar satisfatório na infância. Confirmando, portanto, a importância da qualidade do vínculo com as figuras parentais na infância. Quando não acontece a “reverie” (Bion, 1988) os objetos bons não estariam firmemente estabelecidos (Bion, 1988; Klein, 1991; Simon, 1986) criando um terreno fértil para o desenvolvimento de quadros de depressão crônica, impulsividade, irritabilidade como expressões da baixa tolerância à frustração e impossibilidade de pensar a ausência do objeto (Bion, 1988). Essas características comprometeriam a formação de vínculos, podendo conduzir a vida sexual promíscua e/ou sexualidade e gravidez precoce.

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

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

Entre os 16 pacientes avaliados em dois momentos, quanto à eficácia adaptativa, apenas um apresentou adaptação eficaz, os demais em sua grande maioria permaneceram com adaptação ineficaz grave ou severa, indicando a necessidade de acompanhamento psicoterápico.

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

Esse dado sugere que os indivíduos com menor eficácia adaptativa teriam maiores dificuldades para estabelecer vínculos terapêuticos, lidar com sentimentos de depressão, culpa e fazer reparações. Essas características psicodinâmicas contribuiriam de forma negativa com o enfrentamento da doença e explicariam a ocorrência de sentimentos de depressão crônica, irritabilidade, impulsividade, fanatismo religioso, predomínio do funcionamento psicótico da mente e ideação suicida. Esses dados estão em concordância com Fleck et al (2002, p. 438) que encontrou “associação entre maior intensidade de sintomatologia depressiva e comprometimento psicológico, social e físico”.

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

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

Esses dados contradizem os relatos de efeitos neuropsiquiátricos dos ARV utilizados no tratamento da infecção pelo HIV descritos na literatura (Brasil, 2000, 2001c). Sugerem tratar-se de características de personalidade, dos indivíduos, possivelmente em interação com o mundo externo e com a condição de estar portador do HIV. Possivelmente os efeitos seriam decorrentes da ativação de quadros psicopatológicos pré-existentes ao diagnóstico do HIV. As características de personalidades seriam exacerbadas produzindo sintomas como depressão, irritabilidade, alucinoses, delírios paranóides etc. A capacidade de enfrentar adversidades na população estudada mostrou-se muito limitada, como demonstrado pelo TRO e pela EDAO. Os dados sugerem a necessidade de se avaliar em um estudo controlado os efeitos neuropsiquiátricos das medicações potentes anti-retrovirais.

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

No grupo com predomínio do funcionamento psicótico da mente, a média da EDAO na primeira avaliação psicológica foi menor do que naqueles que não

o apresentavam, sugerindo o maior comprometimento na eficácia adaptativa como uma das decorrências dessa característica de funcionamento psicodinâmico e as dificuldades para haver melhora espontânea da eficácia adaptativa, quando esse fator agravante está presente. Isso dificultaria obter informações e seguir recomendações sobre o tratamento, confrontar-se com a condição de ser portador da infecção pelo HIV e mitigar as fantasias persecutórias do que essa representa para o indivíduo, interagir com as pessoas e instituições. Esse fator de agravamento, identificado na deterioração da eficácia adaptativa, sugere a presença de organizações patológicas.

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

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

Na comparação das médias e desvios padrões da carga viral plasmática,  $CD_4^+$  e  $CD_8^+$ , entre os indivíduos que obtiveram índices favoráveis no TRO, com os que obtiveram índices desfavoráveis, observa-se que, quando o índice 3 é favorável, ocorrem menores valores de carga viral plasmática e maiores valores de linfócitos  $CD_4^+$  e  $CD_8^+$ , sugerindo a importância da capacidade de aliança terapêutica, nos resultados do funcionamento do sistema imunológico. Nesse sentido, a aliança terapêutica pode ser pensada como “compliance”, ou seja, “obediência participativa, ativa do paciente à prescrição a ele dirigida (Monreal, 2000, p. 14)”.

Comparando-se os indivíduos segundo o tipo de depressão crônica apresentada, ou seja, neurótica, psicótica, do tipo maníaco-depressivo e do tipo esquizo-afetivo, observou-se que os indivíduos com depressão crônica do tipo neurótica, apresentaram a menor média de carga viral plasmática, as maiores médias de linfócitos T  $CD_4^+$ ,  $CD_8^+$  e média das lâminas do Teste de Relações Objetais. Os indivíduos com depressão crônica psicótica, do tipo maníaco-depressivo, apresentaram a maior média de carga viral plasmática e as menores médias de linfócitos T  $CD_4^+$  e  $CD_8^+$ . Os indivíduos com depressão crônica psicótica, do tipo esquizo-afetivo apresentaram as menores médias nas lâminas do Teste de Relações Objetais. Através do teste estatístico de Kruskal-Wallis, considerando  $p < 5\%$ , verificou-se que a média do Teste de Relações Objetais e dos linfócitos T  $CD_8^+$ , no grupo com depressão crônica do

tipo neurótica, foi significativamente maior do que as médias dos grupos com depressão crônica psicótica, do tipo maníaco-depressivo e esquizo-afetivo. Esses dados sugerem que quanto mais comprometido o indivíduo do ponto de vista do funcionamento psicodinâmico, piores as condições do ponto de vista de funcionamento do sistema imunológico. Os indivíduos com depressão crônica neurótica obtiveram melhores resultados do que os com depressão psicótica do tipo esquizo-afetivo e maníaco-depressivo. Possivelmente a persecutoriedade do mundo interno e as relações parciais de objeto dificultem a interação com o mundo externo e conseqüentemente com o tratamento clínico.

Segundo Simon (2000, p. 5), na depressão psicótica do tipo esquizo-afetivo, “a pessoa com tais fatores internos interage confusamente com os fatores externos, encontrando soluções geralmente pouco ou pouquíssimo adequadas. As características da personalidade esquizo-afetiva são as de usar a fragmentação do objeto e da própria capacidade de percepção para se livrar de frustração e angústia.” Na depressão psicótica do tipo maníaco-depressivo a destrutividade do mundo interno produziria sentimentos de culpa onipotente acompanhados de períodos de reparação maníaca e períodos de depressão acompanhados de sentimentos de culpa, a que Simon (2000, p. 6), refere como “perseguido pelo depressão”. Segundo esse mesmo autor, “as características de organização da personalidade baseada nas fixações da posição depressiva são a tendência a criar relações interpessoais conformando um ciclo vicioso de agressão, culpa, fracasso da reparação e mais culpa”.

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

Os indivíduos que haviam adquirido a infecção pelo HIV devido ao uso de drogas injetáveis e os que faziam uso de drogas ilícitas após o diagnóstico (fator externo negativo), apresentavam impulsividade, irritabilidade, depressão e não ter tido relacionamento familiar satisfatório na infância, como fatores internos negativos, contribuindo com a deterioração da eficácia adaptativa. Os que faziam uso de drogas ilícitas apresentaram menores médias na EDAO, na primeira avaliação psicológica, confirmando a teoria sobre dependência química de Simon (1987).

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

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

Entre os pacientes que contraíram o HIV na adolescência, a maior parte adquiriu o vírus por via sexual. Sendo que os que adquiriram o HIV mais precocemente, na época da avaliação psicológica, já haviam desenvolvido sintomas compatíveis com AIDS. Certamente as características da adolescência (Aberastury & Knobel, 1981; Brasil 2001e; Galduróz & Carline, 1995; Knobel, 2000) contribuíram de forma significativa com o fato desses pacientes adquirirem o HIV precocemente. Aliado a essas características naturais da adolescência observou-se que a maior parte dos indivíduos não teve na infância, relacionamento com os pais considerado satisfatório. Esse dado indica a fragilidade do ambiente que aliado às características de personalidade desses jovens, facilitaram a infecção pelo HIV. As dificuldades em respeitar limites, a onipotência, a impulsividade e a depressão aparecem como elementos importantes na vida dessas pessoas e facilitadores de situações de risco, confirmando as características de risco detectadas por Martinez (1998) e os resultados do TRO.

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

No caso dos indivíduos portadores do HIV, essas características psicodinâmicas, expressam as dificuldades para haver “compliance”, como discutido por Monreal (2000) ao discutir a adesão aos medicamentos ARV. Depressão, irritabilidade, dificuldades em formar e manter vínculos, ideação suicida, impulsividade e finalmente apresentar o predomínio do funcionamento psicótico da mente, como descrito por Bion (1988), também seriam expressões dessas manifestações psicopatológicas.

## REFERÊNCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência Normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bastos, I.F., & Szwarcwald, C.L. (2000). AIDS e pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 65-76.
- Bastos, I.F. (1995). Limitações estruturais à implantação de estratégias preventivas relativas à disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. In D. Czeresnia, E. Santos, & R. Barbosa (Eds.), *AIDS: pesquisa social e educação* (pp. 166-192). Rio de Janeiro: Editora Hucitec.
- Bion, W.R. (1988). *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago Editores.
- Brasil (1999). Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 12, 1-57. [semana ep. 22ª à 34ª]
- Brasil (2000). *Ministério da Saúde: Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/Aids*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil (2001a). *Ministério da Saúde. Aids II: Relatório de Implementação e Avaliação – Dezembro de 1998 a maio de 2001*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil (2001b). Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 15, 1-59. [semana ep. 27ª à 40ª]
- Brasil, Ministério da Saúde. (2001c). *Guia de tratamento: Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil (2001d). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de Redução de Danos: Saúde e Cidadania, Série Manuais, 49*, 1-114.
- Brasil (2001e). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Projeto Ajude-Brasil: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD) Apoiados pela CN-DST/AIDS*. Brasília. Ministério da Saúde.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 16*, 1-45. [semana ep. 14ª à 52ª]
- Brasil (2003). Ministério da Saúde. *MS Divulga Novos Dados da Aids e Anuncia Índices de Resistência do HIV aos Anti-retrovirais* [serial online] [cited 2003 maio 16] Available from: <http://www.aids.gov.br/final/imprensa1/imprensa.htm>
- Estevão, G. (1997). Do diagnóstico da depressão e suas implicações terapêuticas. *Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra, 53*, 71-84.
- Fernandes, M.A.S., Antonio, D.G., Bahamondes, L.G., & Cupertino, C.V. (2000). Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual, *Cadernos de Saúde Pública, 16*, 103-112.
- Ferreira, C.V.L. (1994). Aids e aspectos psicodinâmicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 43*, 471-473.
- Fleck, M.P.A., Lima, A.F.B.S., Louzada, S., et al (2002). Associação entre Sintomas Depressivos e Funcionamento Social em Cuidados Primários À Saúde. *Revista Saúde Pública, 36*, 431-438.
- Galduróz, F.C.J., Noto, A.R., Carlini, A.E.(1995). A adolescência, o ensino e o abuso de drogas: Reflexões. *Temas, 49*, 48-57.
- Galduróz, J.C.F., Noto, R.A., Carlini, E.A. (1997). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras – 1997*; São Paulo:Universidade Federal de São Paulo; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID.
- Knobel, M. (2000). Uma Introdução a Psicopatologia da Adolescência. *Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra, 30*, 164-169.
- Klein, M. 1957. (1991) Inveja e Gratidão. In Klein M. Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963) .Trad. Elias Mallet da Rocha Barros. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Heleno, M.G.V. (1995) Estudo da Eficácia Adaptativa, do Equilíbrio Adaptativo do Ego e do Controle Glicêmico em Pacientes Diabéticos do Tipo II: In J.T. Rosa (Ed.), *Atualizações Clínicas com o Teste de Relações Objetivas de Phillipson*. (pp. 149-163). São Paulo: Lemos Editorial.
- Heleno, M.G.V. (2001). Organizações Patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes com diabetes tipo II. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais, 15*, 75-158.
- Lopes, S.M. (1993). *Estudo qualitativo de características psicossociais de pacientes contaminados pelo HIV*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas.
- Marques, L.F., Doneda, D., & Serafin, D.(1999). O uso indevido de drogas e a aids. In Brasil Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde. *Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento, 173-183*.
- Martinez, M.C.W. (1998). *Adolescência, sexualidade, aids na família e no espaço escolar contemporâneos*. São Paulo: Arte & Ciência.
- Meira, D.A., Antunes, M.C., Souza, L.R., Machado, J.M., Calvi, S.A., Lima, C.R.G., et al. (2000). Nível sérico de citocinas como indicadores da fase evolutiva em indivíduos com infecção pelo HIV-1, doentes ou não. *Jornal Brasileiro de Aids, 1*, 17-27.
- Monreal, M.T.F.D. (2000). *Aderência aos medicamentos anti-retrovirais referida pelos pacientes com aids, atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande.
- Ocampo, M.L.S., et al. (1981). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

- Oliveira, E.P. (1993). Eficácia da psicoterapia breve operacionalizada com pacientes com hipertensão essencial. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 1, 65-85.
- Pechansky, F, Inciardi, A.J., Surratt, H, Lima, A.F.B.S., e col. (2000). Estudo sobre as características de usuários de drogas injetáveis que buscam atendimento em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 164-171.
- Phillipson, H. (1981). *Test de Relaciones Objetales*. Buenos Aires. Editora Paidos.
- Rosa, J.T. (1995). *Atualizações Clínicas com o Teste de Relações Objetais de Phillipson*. Santo André. Associação de Psicoterapia e Estudos Psicanalíticos.
- Rua, G.M., & Abramovay, M. (2001). *Avaliação das Ações de Prevenção às DST/AIDS e Uso Indevido de Drogas nas Escolas de Ensino Fundamental e Médio em Capitais Brasileiras*. Brasília. Unesco.
- Santos, S.R., & Schor N. (2003). Vivência da Maternidade na Adolescência Precoce. *Revista Saúde Pública*, 37, 15-23.
- Silva Filho, N., & Ritton, C.A. (1995a). Estudo de Caso de um Paciente, Portador de Neoplasia Gastrointestinal Através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada e do Teste de Relações Objetais. *Revista Perfil: Boletim de Psicologia*, 8, 69-75.
- Silva Filho, N. (1995b). O Teste de Relações Objetais de Phillipson, de Pacientes que Sofreram Amputações de Membros Superiores, após Acidentes de Trabalho. In J.T. Rosa (Ed.), *Atualizações Clínicas com o Teste de Relações Objetais de Phillipson* (pp. 177-203). São Paulo: Lemos Editorial.
- Silva Filho, N., et al. (1996). Estudo da variação da eficácia adaptativa de pacientes adultos, hospitalizados por doenças e/ou moléstias crônicas e agudas. *Revista Psicologia Argumento*, 16, 61-78.
- Silva Filho, N. (1997). Aspectos Psicológicos de pacientes que sofreram amputações em membros superiores. *Perfil Boletim de Psicologia*, 10, 25-45.
- Simon, R. (1983). *Psicologia clinica preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo: Editora Vetor.
- Simon, R. (1986) *Introdução à psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: E.P.U.
- Simon, R. (1987) Prevenção da Drogadição Aguda. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36, 105-107.
- Simon, R. (2000). *Variiedades de Depressão e a Teoria da Adaptação: Considerações Psicoterápicas*. Conferência apresentada aos Psicólogos e estagiários da Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Centro de Convenções Rebouças, São Paulo.
- Souza, L.R. (1998). *Avaliação do Tratamento anti-retroviral com inibidores da transcriptase reversa em doentes com aids. Comparação da monoterapia e do esquema duplo*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.
- Steirner, J. (1989). Relações perversas entre partes do self: Um exemplo clínico. In E.R.M Barros (Ed.), *Melanie Klein: evoluções* (pp. 251-273). São Paulo. Editora Escuta.
- Steirner, J. (1991). O interjogo entre organizações patológicas e as posições esquizo-paranóide e depressiva. In E.B Spillius (Ed.), *Melanie Klein hoje: Desenvolvimento da teoria e da técnica* (pp. 329-347). Rio de Janeiro. Editora Imago.
- Verthelyi R.F. (1983). *Atualizaciones en el test de Phillipson*. Buenos Aires: Editora Paidos.
- Vieira da Silva, J.C.V.V. (1989). *Variabilidade adaptativa num grupo de pacientes e suas evoluções em psicoterapia individual de orientação psicanalítica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista do Estado de São Paulo. São Bernardo do Campo.
- Vieira, M.E, Villela, W.V., Réa, M.F., Fernandes, M.E.L., Franco, E., & Ribeiro, G. (2000). Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 997-1009.
- Yamamoto, K. (2003). A psicoterapia Breve Operacionalizada na Saúde. *Psicologia da Saúde: Temas de Reflexão e Prática*, 153-170.

Yoshida, E.M.P. (1984). *Estudo da precisão e da validade de predição da escala diagnóstica da adaptação de R. Simon*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo.

Yoshida, E.M.P. (1990) *Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos*. São Paulo: E.P.U.