

DIFICULDADE SEXUAL VIVENCIADA POR MULHERES EM CRISE DE HIV-1

Mara Rúbia Ignácio de Freitas*

Elucir Gir**

Antonia Regina Furegatto Rodrigues***

FREITAS, M.R.I.de; GIR, E.; RODRIGUES, A.R.F. Dificuldade sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 76-83, julho 2000.

Esta pesquisa de caráter descritivo insere-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação, sendo fundamentada pela Teoria da Crise preconizada por CAPLAN (1966). Teve como objetivo identificar as dificuldades sexuais vivenciadas por mulheres em crise de HIV-1. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, gravada segundo FREITAS et al. (1992) e analisados segundo MEIHY (1996). Concluímos que as mulheres mantiveram o desequilíbrio, apresentando mecanismos de enfrentamento negativo. Acreditamos que é possível ajudá-las através de ações de enfermagem adequadas tais como atividades educativas, de orientação mas principalmente aquelas dirigidas para atender as necessidades apresentadas pela pessoa em crise de HIV-1.

UNITERMOS: sexualidade, HIV-1

INTRODUÇÃO

Já chega a 150 mil o total acumulado de casos de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana) no Brasil, de 1980 a dezembro de 1998 (BRASIL, 1999). Vem sendo registrados cerca de 5.000 novos casos da doença a cada trimestre. Metade da epidemia concentra-se no Estado de São Paulo, sendo 25% na capital. Nos últimos anos, vem ocorrendo importante mudança no perfil epidemiológico da AIDS, com crescimento entre os heterossexuais, mulheres, população de baixa renda, jovens e moradores de cidades do interior e periferias dos grandes centros.

Em 1984, havia no Brasil um caso de AIDS em mulheres para 47 homens. Hoje, a relação é de 1:2, e já chega a 1:1 na faixa etária de 15 a 24 anos. Entre 25% a 40% das mulheres são contaminadas por parceiros usuários de drogas, 15% por companheiros que têm múltiplas parceiras e 8% a 9% por homens que têm práticas bissexuais (BRASIL, 1999).

A mulher é a grande vítima na transmissão heterossexual assim como a AIDS é agora reconhecida como grave ameaça às mulheres neste final de século. A

infecção pelo HIV na mulher cresce assustadoramente e representa um problema para toda a humanidade. O HIV-1 é essencialmente transmitido por via sexual, em 75% dos casos, onde predomina a veiculação através de relações heterossexuais vaginal e anal (GIR, 1997).

Acreditamos que cabe ao profissional enfermeiro conhecer a relação HIV-1/AIDS e mulher vinculado ao saber sobre sexualidade humana para que possamos atuar junto a esta população, ajudando-a em suas necessidades de assistência à saúde.

Justificamos esse trabalho frente ao fato de que o estudo do exercício da sexualidade, em mulheres recém diagnosticadas HIV-1 positivas, é de grande importância para subsidiar a assistência de enfermagem a esse grupo populacional, pois a prática profissional tem permitido constatar que a abordagem da vida sexual nessa fase ainda é pouco explorada nas intervenções de Enfermagem.

Frente a esses fatos, decidimos realizar este trabalho com o **objetivo** de identificar as dificuldades sexuais, vivenciadas por mulheres em crise de HIV-1, nos primeiros seis meses após receberem o diagnóstico de HIV-1, em quatro momentos distintos.

* Enfermeira. Professor Adjunto UNIP-RP e Doutoranda Área Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

** Enfermeira. Professor Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

*** Enfermeira. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

REFERENCIAL TEÓRICO

Durante nossa vivência com mulheres portadoras de HIV-1 assintomáticas, registramos manifestações de desespero, desequilíbrio, negação do diagnóstico, medo, culpa e disfunções sexuais.

Todo esse quadro se configurou para um estado que CAPLAN (1966) denominou de "CRISE". Escolhemos a "Teoria de Crise" como referencial teórico para fundamentar esta pesquisa. CAPLAN (1966) e HOFF (1989) colocaram que vários eventos estressantes podem ser como precipitantes da crise: adolescência, casamento, doenças graves (ex. AIDS), morte, perda de amigos e parentes queridos, perda ou mudança de papéis ou de status, perda de auto-estima real ou imaginada (como nos casos de alcoolismo) e falência do casamento.

CAPLAN (1966); HOFF (1989) e RODRIGUES (1996) descrevem que, durante o período de crise, a pessoa precisa utilizar seus recursos físicos, sócio-culturais e psicossociais para resolver problemas e obter o mínimo de equilíbrio.

CAPLAN (1966) desenvolveu um estudo sobre as crises, utilizando conceitos oriundos da medicina, da sociologia e da psicologia baseados no equilíbrio homeostático do organismo biopsicológico em interação com o ambiente sócio-cultural. Quando há desequilíbrio entre a intensidade do problema e as forças reequilibradoras, a pessoa encontra-se em crise.

Os autores acima citados concordam que crise é um fenômeno de tempo limitado, sem um resultado predeterminado no início. Trata-se de um estado de desequilíbrio psicológico provocado quando o indivíduo enfrenta situações que pressupõem ameaça, exigências ou perdas. Esse estado de desequilíbrio pode ser minimizado por mecanismos de solução de problemas e/ou algum tipo de terapia orientada à crise.

Sabemos que o medo e a culpa afastam os desejos sexuais e que a falta de orientação e diálogo não deixam que o prazer e a sexualidade voltem a fazer parte da vida desses indivíduos. Essa situação perigosa geralmente resulta em "Crise".

MINZONI et al. (1977) referem que estabelecida uma crise, começa um processo de soluções que normalmente pode ser identificado por quatro fases, as quais servem de suporte para a discussão deste trabalho.

Na primeira fase do Processo de Soluções de Problemas (Crise) conforme MINZONI et al. (1977), ocorre elevação da tensão (impacto do estímulo) e entram em ação as respostas homeostáticas habituais para a solução de problemas.

Na segunda fase, se o indivíduo não obtém êxito e o estímulo continua, ocorre aumento da tensão que pode levá-lo a um estado de alteração e sensação de incapacidade.

Na terceira fase, se o estímulo continua o indivíduo busca novos recursos internos e externos para solucionar.

Na quarta e última fase desse Processo se nenhum recurso foi suficiente para solução do problema pode haver aumento de tensão e conseqüente desorganização do indivíduo. Em todas as fases poderá levá-lo ao amadurecimento e contínuo processo de evolução, ou culminar com a desorganização apresentando algum tipo de transformação na sua conduta.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido junto a mulheres atendidas no ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas de um Centro de Saúde Escola, em uma cidade do interior paulista. Esse serviço, enquanto unidade de referência, atende sujeitos portadores de moléstias infecto contagiosas encaminhados por outras unidades de saúde de Ribeirão Preto e região. Constitui uma pesquisa de caráter descritivo e insere-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação preconizados por MEIHY (1996).

A amostra foi casual, simples e composta por 3 mulheres portadoras de HIV-1 que obtiveram resultado positivo neste serviço, no período de abril a dezembro de 1998. Os critérios para inclusão destas mulheres foram: ter entre 18 e 45 anos, residir em Ribeirão Preto, comunicar-se verbalmente, aceitar gravar a entrevista, não ter problema psiquiátrico e ter adquirido vírus por via sexual.

As entrevistas aconteceram nas dependências do Centro de Saúde, sendo realizadas individualmente, em ambiente reservado, respeitando as peculiaridades e a disponibilidade do sujeito. Esclarecemos às entrevistadas que teríamos especial cuidado com o sigilo dos depoimentos, omitindo sua identificação. Primeiramente, elas recebiam explicação sobre essa pesquisa e após a permissão gravada e depois assinada pelo sujeito, utilizamos o gravador só, para o registro da entrevista. Cada encontro teve duração média de uma hora. Solicitava-se ao sujeito, que relatasse sua vida referente aos aspectos sexual, social e emocional, antes e depois de ser portador de HIV-1.

Realizamos quatro encontros com cada mulher, fundamentados nas quatro fases do Processo de Resoluções de Problemas-Crise conforme indicado em MINZONI et al. (1977).

Fizemos um estudo piloto, onde evidenciamos que o indivíduo, ao saber que é portador de HIV, atravessa um processo de crise, caracterizado pelos elementos próprios de cada período, nos seis meses após o

diagnóstico. Desta forma, optamos por 4 encontros onde identificamos os fatores determinantes da crise de HIV-1: 1º encontro - no dia do conhecimento do diagnóstico; 2º encontro - em torno de 1 mês após o diagnóstico; 3º encontro - em torno de 3 meses após o diagnóstico; 4º encontro - em torno de 6 meses após o diagnóstico.

O registro das histórias contou com o uso da técnica do gravador, esteve apoiada nas considerações de FREITAS et al. (1992). Assim, todas as verbalizações emitidas nos depoimentos foram rigorosamente registradas. Com apoio nos preceitos da História Oral Temática, utilizamos os conceitos de transcrição, textualização e transcrição, adotados por MEIHY (1996) para tratamento dos dados.

A transcrição das fitas gravadas foi feita por uma das autoras, imediatamente após cada sessão, seguida da conferência de fidedignidade e possíveis correções, evitando-se, pois, a perda das expressões dos pacientes (FREITAS et al., 1992).

A transcrição ocorre após ouvir muitas vezes a entrevista e ter absorvido o ritmo da narrativa; essa fase deve ser fiel ao acontecido. A textualização é a identificação do tom vital da entrevista; nesse momento, escolhe-se a frase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista. As palavras chaves são grifadas no texto e reorganizadas; suprimem-se as perguntas da entrevista. Nessa fase que se organiza o texto, visando a melhor percepção do leitor sobre os fatos.

A última etapa é a transcrição, nessa fase há interferência do autor no texto, e esse recria uma nova história obedecendo a certos combinados com o colaborador, que vai legitimar o texto no momento da conferência.

Elaboramos o material registrado que se constitui no conteúdo básico para a análise.

A análise temática e a discussão destes textos compõem os resultados desta pesquisa que se referem a "História... sobre o viver com HIV".

RESULTADOS

Os trechos de "Histórias sobre o viver com HIV-1" de três mulheres, as quais serão identificadas por nomes fictícios, são apresentados dando destaque às palavras textuais dos sujeitos acompanhadas da contribuição dos autores deste estudo.

A primeira entrevistada foi Sônia que relatou ter 21 anos, ser solteira, ter uma filha de 4 meses, morar com uma irmã mais velha e duas sobrinhas pequenas. A mãe de Sônia morreu há 1 ano. Apresentava-se como uma pessoa muito jovem, bonita, bem arrumada, cabelos negros e longos.

Relatou com tristeza como ouviu o diagnóstico: *eu queria morrer, minha vida era de pessoa normal, só queria morrer, deu um desânimo total, parecia que estavam me velando viva*. Verbalizou o medo afirmando que não tem mais relações sexuais e não pretende ter. *não pretendo ter relações sexuais tão cedo, porque vou ter que falar o que tenho, e vai dar briga, sinceramente, o desejo, a vontade acabou, relação sexual para mim já era, tenho medo de falar que tenho, e as pessoas se afastarem*.

Sônia, continuou falando: *de sexo, quero distância, sexo acabou, peguei isso pelo sexo, então não tem jeito, ninguém usa camisinha, nem eu usei ... parei de beber, de sair à noite, eu me isolei, não quero cometer outro erro, o erro que aconteceu comigo, eu não quero para ninguém; agora sou séria, mudei meu modo de pensar, agir, conversar, tudo, a outra Sônia do passado morreu, sou uma nova pessoa*. Indagada se queria acrescentar algo, disse: *para mim não tem mais ajuda... cacei a sarna, tenho que coçar sozinha, preciso de compreensão, eu não tenho cura*.

No segundo encontro, Sônia referiu que estava aliviada de poder contar sua história para alguém. Contou que não quer sair, nem passear: *perdeu a graça, tenho medo de me envolver, não tenho vontade, estou desanimada para passear e trabalhar*. Referiu que nada mudou do primeiro encontro e explicou: *sair, namorar e sexo, nem pensar; já me puseram o apelido de mal humorada, não quero passear, tenho medo, a única hora que tenho paz é quando fico sozinha. De madrugada, andando no quintal, eu me identifico mais comigo mesma, sozinha*.

No terceiro encontro, quando indagamos sobre a vida sexual atual, ela sorriu e referiu: *minha amiga falou que tô virgem de novo (risadas), pois faz muito tempo que não faço sexo com ninguém, desse assunto não quero saber tão cedo, preciso me preparar, por a cabeça no lugar, tenho medo de transmitir, ou de contar e ele se afastar*.

No quarto encontro ela relatou que não superou o medo de contar sobre HIV, para as pessoas: *eu não estou pronta, não quero estragar tudo, não quero transmitir para ninguém*. Sônia afirmou que: *essa doença é dura, a gente não sabe a reação das pessoas, não vou correr o risco*. Referiu que continua pensando em morte, quando está deprimida. Continuou afirmando não estar preparada para voltar à atividade sexual: *não quero, José já tentou, perguntou se eu morri para a vida, minha cabeça não está boa para isso, eu quero paz*.

A Segunda informante foi Estela, 31 anos, branca, cabelos pretos longos e lisos, magra e alta. Explicou que mora com o marido, que está casada há 4 anos e não tem filhos. Apesar da expressão séria, Estela apresentou-se alegre e sorridente durante as entrevistas.

Contou que já esperava estar com HIV, pois o marido está com AIDS.

Relatou o que sentiu no momento em que recebeu o diagnóstico do médico: *não fiquei apavorada, tenho muita fé em Deus, não pensei coisa ruim, eu encarei numa boa, fiquei conformada, ia fazer o quê?*. Contou que o marido trabalhava durante à noite em uma funerária. Acredita que foi no trabalho que ele contaminou-se e disse: *ele nunca andou na bagunça, era de casa para o serviço e do serviço para casa, ele não tem vício com nada, na funerária ele cortou a mão e foi pegar no morto que estava com AIDS, foi onde ele ficou também*.

Estela revelou que pegou HIV do marido: *ele foi meu primeiro, nunca transei com ninguém, nunca mexi com droga, então só pode ser dele*. Ela contou porque pararam as atividades sexuais: *paramos as relações sexuais, não de medo, mas porque ele tá tomando os remédios, emagreceu, está fraco; eu tenho vontade, para mim é normal, nunca culpei ele, ele não teve culpa, se ele fosse um sem vergonha, ficasse na bagunça, aí eu ia me prevenir, eu quero voltar a ter relações com ele*.

No segundo encontro, logo no início da entrevista, Estela chorou muito. Pareceu abatida e emagrecida. Com os olhos cheios de lágrimas falou muito do marido *a minha preocupação é ele, se fosse comigo tudo bem, a pessoa não está bem, isso me preocupa*. Explicou que apesar desses problemas, ela deseja abraçá-lo, beijá-lo e relatou: *eu o procuro para transar, mas ele fala que quer ir ao retorno médico primeiro, ele é carinhoso comigo, mas não quer relação sexual agora, sempre foi normal, 2 ou 3 vezes por semana, tínhamos relação, agora faz uns 4 meses que acabou*.

No terceiro encontro, Estela reclamou dos remédios que começou a tomar, mas disse que o médico os trocou e que o estômago melhorou, mas a dor de cabeça persiste. Contou que a sua vida sexual melhorou dizendo: *É só a cabecinha melhorar, começou a trabalhar, melhorou 100%; agora ele me procura, está carinhoso, melhorou demais minha vida, não fica mais nervoso, usamos camisinha sempre, ele que põe, o hospital dá a camisinha, eu e ele não gostamos de camisinha, incomoda, acho que ninguém gosta*.

Na quarta e última entrevista referiu que se sente doente. Parou de passear. Contou que o marido reclamou de cansaço. Explicou que ele tosse muito e que ela tem medo, de uma pneumonia ou tuberculose. Comparou a vida sexual antes e agora: *agora fico preocupada com as coisas... antes era melhor, eu não passava tão mal com os remédios. É difícil ter relações sexuais com tantos problemas; tem dia que dá certo, 1 relação sexual por semana, mas eu não sinto bem como antes*. Durante a narrativa, Estela lamentou estar com esta doença. No final da entrevista, relatou a tristeza do momento que vivenciou. *É difícil ver ele assim, um homem tão bom,*

que só trabalhou. É triste pensar que estou com isso.

A terceira informante foi denominada Helena. Contou que estava com 21 anos, morando amasiada com um segundo parceiro. Explicou que eles moravam com 2 filhos dele e 1 filho dela. Referiu ter adquirido o HIV de um ex-namorado e falou: *mais ou menos penso que peguei deste ex-namorado, surgiu comentários que ele tinha isso, mas nunca mais falei com ele*.

Helena colocou que fica preocupada quanto a transmissão do HIV. Ela disse *eu tenho medo, tomo cuidado, mas meu marido não liga, não toma cuidado diz que é normal, ele quer fazer com que eu não tenha nada, como se eu fosse normal não quer tocar nesse assunto, mudou muita coisa, ele acha que não, ele aceita o preservativo, eu não gosto, meu maior desejo é fazer amor sem camisinha, ele fala que é higiênico, me dá a maior força, sexo oral a gente evita, não tem muito, o que mais estranho é ter que usar camisinha, nunca usei camisinha, depois do resultado do exame é que comecei, isso incomoda, eu penso será que ele está aceitando isso? Eu penso é mais difícil para mim atingir orgasmo*.

No segundo encontro, Helena contou que estava bem, parecia animada com o resultado dos exames e por não apresentar sintomas. Falamos sobre a morte e ela relatou que *HIV significa morte sim, então tem que se tratar, e as pessoas não se tratam eu moro num lugar onde as pessoas morrem rápido de HIV*. Citou nesse momento, algumas mudanças nesse período *eu era mais animada, gostava de noitada, ficar em bares, dançar, hoje parei, não saio, tenho medo eu falo, isso aí vai me prejudicar, então eu acho que mudou muita coisa, quando eu me corto vejo sangue fico preocupada porque tem crianças em casa, se meu esposo fica resfriado já quero fazer exame nele, tudo mudou, vivo preocupada, a maior preocupação mesmo é com meu filho negativar*.

Helena voltou a enfatizar o uso da camisinha *usar camisinha diminui a vontade, tem que parar a relação para por a camisinha aí eu lembro que tenho isso*. Citou alguns momentos de conflito que vivenciou e contou algumas decisões que tinha tomado *eu queria me separar dele, eu falei - acho que você tem o direito de viver sua vida e eu vou viver a minha, você não tem isso*. Falou sobre o orgasmo: *eu tinha mais facilidade de adquirir o orgasmo, não acho hoje que é só por causa da camisinha, porque eu estou me acostumando, então eu acho que as vezes é um pouco psicológico meu, principalmente quando entro em depressão e vejo que tô pensando de novo se ele não gostaria de fazer aquilo sem camisinha, então tem vezes que tenho relação e não tenho orgasmo ou tenho um só, porque antes eu conseguia ter 2 orgasmos numa relação*.

No terceiro encontro, Helena referiu que não estava bem. Contou que estava tomando o coquetel e que tinha um remédio ruim. Demonstrou tristeza e

preocupação. Helena revelou seu inconformismo dizendo: *ter HIV-1 é a morte, é horrível, é o fim da vida.* Mencionou a dificuldade com a camisinha de uma forma mais tranquila *eu uso, não acho tão ruim como antes, eu lembro que uso porque tenho isso, psicologicamente é ruim mas não tem outro jeito, meu marido fala que pra ele é normal, eu não acredito, para ninguém é normal, é difícil, mudou muito, antes era muito bom quase todo dia, hoje é uma vez ou duas por semana e tem dia que por mim nem tinha relação.*

No quarto encontro, Helena definiu o que era crise *é ficar mal, sentir essa coisa ruim, chorar muito, não quero sair de casa, nem fazer nada, nada, nada, sem essa doença eu não estaria assim.* Nesse momento, abaixou a cabeça, chorou e disse *eu tento ser forte mas nem sempre consigo.* Sobre sexo Helena colocou que *depende se estamos descansados, o nenê deu trabalho, eu fiquei pior, então sexo foi mais difícil mas ele me procura pelo menos uma ou duas vezes por semana, a camisinha incomoda mesmo, as vezes eu finjo, fico parecendo que tive orgasmo, senão ele fica preocupado comigo e eu não quero preocupar ele.*

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Analisando as entrevistas das três informantes, de onde destacamos as falas voltadas para a sexualidade, compreendemos que o momento é de crise frente às dificuldades sexuais, sociais e emocionais vivenciadas em função da presença do HIV-1.

No momento das entrevistas, essas mulheres encontravam-se em situação de enfrentamento negativo e não adaptação sexual, quando citaram que interromperam as atividades sexuais, no caso de Sônia, e diminuíram as relações sexuais no caso de Helena e Estela. Salientamos também que as quatro fases da crise, descritos por MINZONI et al. (1977) foram evidenciadas nos quatro encontros.

No primeiro encontro, as clientes foram revelando suas histórias pessoais, as quais contemplam os elementos apontados pelos estudiosos sobre crise. Eles afirmam que na primeira fase do processo, há elevação inicial da tensão pelo impacto do estímulo quando entram em ação as respostas homeostáticas habituais para solução de problemas. Este mecanismo esteve presente nos relatos das mulheres frente ao impacto do estímulo HIV-1.

Ficam também evidente, nas falas apresentadas, a desorganização que o impacto do HIV-1 causou na vida sexual dessas mulheres. LOPES et al. (1994) menciona que doenças crônicas como o HIV-1 podem interferir na primeira fase da resposta sexual: o desejo; eles estão mais

preocupados com os sintomas que poderão surgir do que com o seu desejo sexual. Devido ao receio quanto ao aparecimento desses sintomas (febre, diarreia, doenças oportunistas, depressão, discriminação e tensão) a diminuição do desejo e das atividades sexuais ou abstinência sexual, começarão fazer parte de sua conduta. Outros sentimentos vão se incorporando como consequência dessa crise, tais como a culpa e a revolta por ter sido contaminado e as demais consequências físicas, psicológicas e sociais.

LOPES et al. (1994) afirma que não há porque temer o fato de ser portador de infecções e/ou doenças graves e/ou fatais como fator para diminuição da satisfação sexual. A crise não dessexualiza o indivíduo, mas a sociedade sim. A sexualidade pode transformar-se a partir de problemas graves, mas não precisa se tornar menos agradável.

Ficou evidente nas falas as mudanças nas atividades sexuais emocionais e sociais. As três informantes salientaram que a vida mudou, sinalizaram o isolamento social, o uso do condom como um incômodo e como fatores de disfunção sexual, os medos e as culpas.

No segundo encontro, ocorrido após um mês do diagnóstico de HIV-1, analisamos as falas dos sujeitos frente ao referencial teórico da “2ª” fase: Se o indivíduo não obtém êxito e o estímulo continua, ocorrerá aumento de tensão que levará a um estado de alteração e sensação de incapacidade (MINZONI et al., 1977).

As falas das três informantes em crise por serem portadores de HIV-1, vem ao encontro a sensação de incapacidade descrita acima. Elas sinalizaram as disfunções sexuais (perda do desejo e orgasmo), assim como o medo da revelação do diagnóstico levando à abstinência do sexo.

Colocaram também os problemas com o condom (falta de hábito, incômodo e anorgasmia). Enfatizaram que o uso do condom lembrava a presença do HIV.

OSTROW (1997) salientou que o indivíduo, portador de HIV-1, interrompe temporariamente ou definitivamente as atividades sexuais após saber o resultado do exame de sangue; pela dificuldade de adaptação eficiente e isto provém de fatores muito mais psicológicos (medo, culpa, insegurança) do que físicos. KOLODNY et al. (1982) referem que sexo é 95% mental e 5% físico mesmo para pessoas sem problemas.

Na terceira fase, analisamos o que ocorreu três meses após o diagnóstico de HIV-1. A literatura indica que se o “problema continua ainda sem solução, ocorrerá aumento de tensão”. Esta provocará a mobilização de recursos internos e externos no sentido de solucioná-la. O indivíduo poderá recorrer as suas reservas de energia e aos mecanismos de emergência para a solução de problemas; poderá utilizar novas técnicas para atacar o problema, redefinir o problema de uma nova forma; ou mesmo perceber aspectos que não estavam muito claros

e que poderiam ser trabalhados com outras técnicas ainda não utilizadas.

Para nossos sujeitos, as queixas continuaram as mesmas com alteração da vida sexual (diminuição, interrupção).

Estela voltou a ter relações sexuais com o marido, mas não gostava da camisinha e referiu ser muito diferente sexo com proteção; salientou que antes era melhor. Sônia, apesar de ter conseguido sair de casa, referiu impedir novos contatos sexuais frente ao medo da transmissão, da discriminação e da rejeição.

Essas mulheres procuram a adaptação sexual, mas entendemos que falta orientação quanto ao verdadeiro significado da sexualidade ainda envolta em tabus, mitos e preconceitos. KOLODNY et al. (1982) e LOPES et al. (1994) concordam que é imprescindível trabalhar essas dificuldades, sobretudo a respeito da masturbação e uso de camisinha, com vistas à reintegração do sujeito e sua volta às atividades sexuais. KOLODNY et al. (1982) concordam que o uso de camisinha pode tornar a atividade sexual menos prazerosa por falta de hábito e orientação.

Alguns fatores psicológicos podem interferir na sexualidade desse sujeito e prejudicar o retorno às atividades sexuais tais como ansiedade grave ou medo em relação à capacidade de realizar-se, rejeição do parceiro sexual e medo do parceiro sexual em relação ao HIV-1 (DOLL & DILLON, 1997).

Ausência do desejo sexual ou sua diminuição podem levar a mulher a classificar o antes do diagnóstico de “normal” e o depois de “anormal”, delimitando a crise que as levou à desorganização e conseqüente adaptação sexual ineficiente.

A quarta fase do referencial teórico serviu de base para analisarmos as entrevistas que ocorreram seis meses após as mulheres terem conhecimento do diagnóstico. Os estudos mostram que se nenhum dos recursos utilizados, até então, foram suficientes para solucionar o problema, haverá elevação da tensão até o ponto de rutura, com conseqüente desorganização do indivíduo.

Uma crise pode mudar repentinamente o comportamento do indivíduo que, de modo geral, sofre um processo contínuo de evolução e amadurecimento. As mudanças ocorridas em razão de uma crise podem levar a maior maturidade e mais altos níveis de saúde ou ao contrário, a redução da capacidade do indivíduo para enfrentar problemas de maneira eficiente.

Os relatos das mulheres neste quarto encontro mostraram que elas precisam de ajuda.

Estela continuou citando a fidelidade do marido como motivo para não precisar usar o condom e referiu diminuição na frequência das relações sexuais. Tanto a informante Helena como as outras duas clientes sinalizaram a dificuldade de chegar ao orgasmo com o

condom. Sônia continuou negando sua sexualidade e esquivando-se das relações sexuais.

Frente ao problema do uso do preservativo, quando os primeiros casos de AIDS foram identificados, pensava-se que apenas algumas pessoas, pertencentes a alguns grupos específicos (homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas) seriam atingidos pela doença. Atualmente sabe-se que não existem grupos de risco e sim comportamentos de risco. Desta forma, todos estamos sujeitos à infecção pelo HIV, desde que os cuidados básicos não sejam tomados (DOLL & DILLON, 1997).

O HIV tem formas de transmissão bem definidas e caracterizadas e só é transmitido através de ações humanas específicas e identificáveis, todas sujeitas à ação e ao controle do homem. Por isto, a AIDS é evitável e controlável.

Para LOPES et al. (1994), doenças como as infecções pelo HIV possuem importante fator causador de disfunções sexuais, no que se refere a mitos e preconceitos, levando ao rebaixamento da auto-estima, dificultando o relacionamento do casal e trazendo como conseqüência a diminuição do desejo sexual. Estes fatores foram identificados nas falas dos sujeitos desta pesquisa.

O investimento na educação, com criação de programas sobre a sexualidade antes e após a contaminação pelos vírus HIV-1, será um avanço na busca do equilíbrio psicossocial e sexual do ser humano. Esta estratégia constitui-se na principal alternativa de evitar o que não tem cura.

Frente aos dados da literatura e as falas desses pacientes que pararam ou diminuíram suas atividades sexuais por conta da falta de orientação, informação e apoio é que corroboramos afirmação de RODRIGUES (1996) que ações de enfermagem adequadas sobre os aspectos afetados podem ajudar as pessoas a enfrentarem a crise, neste caso, de HIV-1.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os dados analisados acreditamos ser importante que o enfermeiro assista adequadamente a mulher em crise de HIV-1, desde o momento do conhecimento do diagnóstico.

Pretendemos após essa pesquisa, implementar a intervenção de enfermagem na crise de HIV-1, com base na técnica da “Relação da Ajuda” preconizada por RODRIGUES (1996). Para a implementação das ações de enfermagem na crise, a autora propõe o M.P.E.S.M. (Modelo de Procedimento de Enfermagem de Saúde Mental).

<ul style="list-style-type: none"> - permitir que a pessoa fale se seja ouvida atentamente. - explorar suas preocupações presentes, passadas e futuras com relação à sua saúde, levando em conta os aspectos biopsicossociais envolvidos. - utilizar toda comunicação (verbal e não-verbal) para identificar a natureza do problema. - analisar com ela os fatos, sempre levando em conta a realidade. - analisar junto com a pessoa, os efeitos das soluções já tentadas. - explorar o que ela enxerga como possíveis alternativas, analisando as conseqüências positivas e negativas de cada uma. - tentar descobrir as possíveis barreiras que encontrou, suas significações e possíveis implicações biopsicossociais. 	<ul style="list-style-type: none"> - se ela não é capaz de indicar uma saída para sua situação, sugerir novas saídas (evitar sugerir uma única direção), analisando com ela os prós e contras para cada uma. - ajudá-la a estabelecer prioridades. - apoiá-la em suas atitudes positivas. - em se mostrando pronta para agir, fornecer informações, material e suporte de que necessitar, sempre analisando os resultados obtidos. - reforçar a responsabilidade que a própria pessoa tem por sua conduta, suas decisões e seu modo de viver. - resumir com ela o que aconteceu, reforçando suas habilidades. - retomar a qualquer dos pontos citados sempre que isso se torne necessário.
--	---

Figura 1 - Modelo de Procedimento de Enfermagem de Saúde Mental (MPESM)

Segundo RODRIGUES (1996), a comunicação que ocorre entre o que pede e o que oferece ajuda se dá de forma dinâmica, e o processo terapêutico que ocorre na "Relação de Ajuda" precisa ser vivenciado e estudado pelos enfermeiros junto aos mais diversos tipos de pacientes ou pessoas de grupos de risco na comunidade.

Tendo como referência sua formação básica, o enfermeiro precisa buscar novos conhecimentos, específicos sobre sexualidade e DST/AIDS para assistir mulheres em crise de HIV-1. Além disso, é desejável que se instrumentalize a conduta humana e sobre técnicas de relacionamento terapêutico.

A adaptação sexual pode e deve ser fonte de prazer, afeto e conforto para as pessoas que tanto já sofreram e que têm que conviver com o fantasma da AIDS. A enfermagem contribui com a melhora da qualidade de vida dessas pessoas através da relação de ajuda.

SEXUAL PROBLEMS EXPERIENCED BY WOMEN IN AN HIV-1 CRISIS

This descriptive study was based on the assumptions of qualitative investigation methods and on the Crisis Theory formulated by CAPLAN (1966). The objective of the study was to identify the sexual problems experienced by women undergoing an HIV-1 crisis. Data were collected through a semi-structured interview recorded by the method of FREITAS et al. (1992) and analyzed by the method of MEIHY (1996). Authors concluded that these women maintained themselves unbalanced using negative coping mechanisms. Thus, authors believe that it would be possible to help them using adequate nursing actions such as educational and guidance actions, but mainly by actions directed to the needs of patients undergoing an HIV-1 crisis.

KEY WORDS: HIV-1 crisis, HIV-1, sexuality

LA DIFICULTAD SEXUAL VIVIDA POR MUJERES EN CRISIS DE HIV-1

Esta investigación de carácter descriptivo se inserta en los presupuestos de los métodos cualitativos de investigación, y se base en la teoría de la crisis defendida por CAPLAN (1966). Tuvo como objetivo identificar las dificultades sexuales vividas por las mujeres en crisis de HIV-1. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semi-estructurada, grabada según FREITAS et al. (1992) y analizados según MEIHY (1996). Concluimos que las mujeres mantuvieron el desequilibrio, presentando mecanismos de enfrentamiento negativo. Creemos que es posible ayudarlas a través de acciones de enfermería adecuadas tales como actividades educativas, de orientación y principalmente aquellas dirigidas para la atención de las necesidades presentadas por la persona en crisis de HIV-1.

TÉRMINOS CLAVES: HIV-1 crisis, HIV-1

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BRASIL já registra 150 mil casos de AIDS.
J.CREMESP, São Paulo, jan 1999. p. 8 e 9.
02. CAPLAN, G. **Principles of preventive psychiatry**.
New York: Basic Books, 1966. p. 299-306.
03. DOLL, S.L.; DILLON, B.A. Counseling persons soropositive for human immunodeficiency virus infection and their families In: DE VITA JR., V.T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S.A. **AIDS: etiology diagnosis, treatment and prevention**. 4. ed. Philadelphia: Lippincott, 1997. cap. 26, p. 533-539.

04. FREITAS, M.R.I.; CARVALHO, E.C.; PELÁ, N.T.R. **Aceitabilidade do emprego da técnica do gravador no registro de informação viva.** Ribeirão Preto: Sibracen, 1992.
05. GIR, E. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1).** Ribeirão Preto, 1997. 200p. Tese (Livredocência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
06. HOFF, L.A. **People in crisis: understanding and helping.** 3. ed. California: Addison Wesley, 1989. 463p.
07. KOLODNY, R.C.; MASTERS, W.H.; JOHNSON, U.E. **Manual de medicina sexual.** São Paulo: Manole, 1982. p. 275-87.
08. LOPES, G.P. et al. **Patologia e terapia sexual.** São Paulo: Medsi, 1994.
09. MEIHY, J.C.S.B. **(Re) introduzindo história oral no Brasil.** São Paulo: Xamã, 1996.
10. MINZONI, M.A.; RODRIGUES, A.R.F.; BUCCHI, M. Pensando em psiquiatria preventiva. **Enfermagem Dimensões**, v. 3, n. 3, p. 141, 1977.
11. OSTROW, D.G. Psychiatric considerations in human immunodeficiency virus disease. In: De VITA JR., V.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S.A. **AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention.** 4. ed. Philadelphia: Lippincott - Raven, 1997. Cap. 27, p. 541-50.
12. RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem psiquiátrica saúde mental: prevenção e intervenção.** São Paulo: EPU, 1996. 82 p.