UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

CRIANÇAS PORTADORAS DO HIV/AIDS: DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPETÊNCIA SOCIAL

ANA CRISTINA MAGAZONI BRAGHETO

RIBEIRÃO PRETO
2008

ANA CRISTINA MAGAZONI BRAGHETO

CRIANÇAS PORTADORAS DO HIV/AIDS: DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPETÊNCIA SOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho.

RIBEIRÃO PRETO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bragheto, Ana Cristina Magazoni
Crianças portadoras do HIV/Aids: desenvolvimento emocional e competência social. Ribeirão Preto, 2008.
83 p. : il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Pimenta, Ana Maria Carvalho.

1. HIV/Aids. 2. Crianças. 3. Desenvolvimento emocional. 4. Competência social.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Cristina Magazoni Bragheto.

Crianças portadoras do HIV/Aids: Desenvolvimento emocional e competência social.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

APROVADA EM:

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. _____

INSTITUIÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

PROF. DR. _____

INSTITUIÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

PROF. DR. _____

INSTITUIÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Adalberto** e **Teresa**, fonte de minha vida, por estarem sempre ao meu lado, por tanto carinho e atenção, em todos os momentos de minha formação. À minha **mãe**, toda gratidão e amor do mundo, que no meio desta minha trajetória conseguiu ultrapassar todos os obstáculos que a vida lhe apresentou com muita garra.

Ao meu namorado **Marcelo**, por trazer à minha vida luz e sabedoria, pelo companheirismo e por tanta vida vivida juntos. "You are the sunshine of my life"!

À minha orientadora **Ana Maria**, pela sua imensa sensibilidade, apoio, respeito e acolhimento. Por ter proporcionado um novo sentido a minha vida profissional. Obrigada por muitas vezes ter sido minha "mãe suficientemente boa"!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida...pela força em todos os momentos, principalmente nos momentos de escuridão.

À **Profa. Dra. Maria Célia Cervi** e à **Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima**, pelas valiosas contribuições, que muito me ajudaram na melhoria deste trabalho. Por concederem a este trabalho a singularidade de seus olhares, meu muito obrigado.

Às minhas ex-professoras de graduação **Profa. Dra. Cristina José Almeida** e **Dra. Adriana Vilela Jacob**, por me orientarem profissionalmente e por me auxiliarem na construção de minha identidade profissional.

Ao meu querido irmão **Alessandro**, por ter feito com todo carinho a revisão de português e correção desta dissertação; pelo seu conhecimento genuíno e exemplo de produção de um jornalismo com muita seriedade, alem de sua excelência como músico. Por ter nos proporcionado, desde nossa infância, um ambiente com boas músicas, boas leituras e boas conversas.

À minha amiga e irmã de coração **Maria Fernanda Cabral Kourrouski**, pelo carinho comigo e minha família em momentos tão difíceis e especiais; por ter cuidado de minha mãe como se fosse da sua. Por compartilhar comigo sentimentos tão profundos e conhecimentos. Minha "amiga que cura".

A todos os meus amigos, em especial ***Fernanda Ferreira, André Hentz, Fernanda Hentz*** *e* ***Fabiano Roque Pinheiro****, por estarem ao meu lado em momentos importantes, pelo carinho e compreensão durante tanto tempo em minha vida.*

À minha psicoterapeuta ***Mônica Bittar Santamarina Araújo****, pelo vínculo maravilhoso ao longo desses anos, por percorrer comigo caminhos de muitas dores, flores e cores, fazendo com que pudesse ver a vida mais leve e bonita!*

À equipe da ***Unidade Especial de Doenças Infecto Contagiosas- UETDI - HCFRMP,*** *em especial Dra. Maria Célia Cervi, Dr. Bento Negrini, Silvia Negrini e Estela Cabral, pela disponibilidade e permissão para realização de meu trabalho, essenciais para a realização desta pesquisa. Agradeço, com essencial carinho, pelo afeto que me receberam.*

Às ***crianças*** *que participaram deste estudo, por compartilhar suas vidas comigo, que muito me ajudaram a me tornar melhor como pessoa e profissional.*

Às ***famílias*** *das crianças que participaram desta pesquisa, por terem confiado seus filhos em meu trabalho. Pelo conhecimento de suas vidas compartilhadas comigo, muito obrigada.*

Eu Apenas Queria Que Você Soubesse

Composição: Gonzaguinha

Eu apenas queria que você soubesse
Que aquela alegria ainda está comigo
E que a minha ternura não ficou na estrada
Não ficou no tempo presa na poeira

Eu apenas queria que você soubesse
Que esta menina hoje é uma mulher
E que esta mulher é uma menina
Que colheu seu fruto flor do seu carinho

Eu apenas queria dizer a todo mundo que me gosta
Que hoje eu me gosto muito mais
Porque me entendo muito mais também

E que a atitude de recomeçar é todo dia toda hora
É se respeitar na sua força e fé
E se olhar bem fundo até o dedão do pé

Eu apenas queriaa que você soubesse
Que essa criança brinca nesta roda
E não teme o corte de novas feridas
Pois tem a saúde que aprendeu com a vida

RESUMO

BRAGHETO, Ana Cristina Magazoni. **Crianças portadoras do HIV/Aids: Desenvolvimento emocional e competência social.** Ribeirão Preto, 2008. 83 f.Dissertação (mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.

Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado em uma Unidade especializada de tratamento de doenças infecciosas de um hospital escola do interior do estado de São Paulo e em uma creche de interior do estado de São Paulo. Tem como objetivo geral identificar quais as características pessoais que podem constituir-se em fatores de resiliência em crianças portadoras do HIV/ Aids. Os objetivos específicos são: avaliar, por meio de crianças, pais e ou cuidadores de crianças portadoras do HIV/ Aids, quais são as competências sociais, o desempenho escolar e o desenvolvimento cognitivo e emocional destas crianças. A amostra foi constituída por crianças de 7 a 12 anos, sendo 15 crianças portadoras do HIV/ Aids e seus respectivos cuidadores e 15 crianças sem doença crônica e seus respectivos cuidadores. Para a coleta de dados foi utilizado o Teste de Desempenho Escolar (TDE), que avalia o desempenho escolar, o Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (SDQ) que avalia as competências sociais e o Desenho da Figura Humana (DFH), que avalia desenvolvimento emocional e cognitivo. A análise dos dados foi feita mediante o cômputo dos escores de cada criança nos domínios avaliados e segundo as instruções de uso de cada instrumento. Os escores dos dois grupos, grupo pesquisa (crianças portadoras HIV/ Aids) e grupo controle (crianças sem doença crônica) foram comparados utilizando-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney e o teste Exato de Fisher. Os resultados mostraram que não houve diferença no desempenho escolar entre os grupos avaliados; há diferenças significativas quanto ao desenvolvimento emocional e cognitivo entre as crianças dos dois grupos, sendo que aquelas portadoras de HIV/ Aids apresentaram mais comprometidas nesses dois aspectos. Quanto à avaliação comportamental, os dois grupos não diferiram entre si, com exceção do domínio relacionamento com colegas. As crianças portadoras de HIV/Aids mostraram menos problemas com colegas no grupo que as crianças sem doença crônica. Conclui-se que existe comprometimento cognitivo e emocional nas crianças portadoras do HIV/ Aids. Quanto ao desempenho escolar verificou-se nos dois grupos desempenhos aquém do esperado. Parece que, a despeito da condição da criança, as condições das escolas não estão favorecendo esse desempenho. Com relação à avaliação comportamental o resultado relativo à diferença entre os dois grupos quanto ao relacionamento com colegas sugere que as crianças portadoras de HIV/Aids possam ter menos problemas nesse domínio em função terem menos oportunidades de interação. É possível que esse resultado se deva a dificuldades vividas em suas rotinas em decorrência de processos de estigmatização. Os achados desta pesquisa fornecem subsídios para traçar estratégias de cuidados e assistência a criança portadora de HIV/ Aids e, sobretudo, levantam aspectos a ser investigados em outros estudos.

Descritores: HIV/Aids, crianças, desenvolvimento infantil, comportamento.

ABSTRACT

BRAGHETO, Ana Cristina Magazoni. **Children with HIV/Aids: Emotional development and social competence.** Ribeirão Preto, 2008. 83 p. Master's thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2008.

This descriptive and cross-sectional study was carried out at an infectious disease unit of a teaching hospital in the interior of São Paulo State, Brazil and at a kindergarten in the interior of the State. The general aim is to identify the personal characteristics that can constitute resiliency factors in children with HIV/Aids. The specific aims are: to assess, through children, parents and/or caregivers of children with HIV/Aids, these children's social competences, school performance and cognitive and emotional development. The sample consisted of children between seven and twelve years old, including 15 children with HIV/Aids and their respective caregivers and 15 children without any chronic disease and their respective caregivers. The School Performance Test (SPT) was used for data collection, as well as the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), which assesses social competences, and Human Figure Drawing (HFD), which assesses emotional and social competence. Data were analyzed by calculating the scores of each child on the assessed domains, in line with the usage instructions of each instrument. Both groups' scores, the research group (children with HIV/Aids) and the control group (children without chronic disease) were compared, using Mann-Whitney's non-parametrical test and Fisher's Exact test. The results showed no difference in school performance between the study groups, but significant differences in emotional and cognitive development. Children with HIV/Aids were at greater risk in these two aspects. As to the behavioral assessment, the two groups did not show mutual differences, except in the domain of relationships with colleagues. Children with HIV/Aids showed less problems with colleagues in the group than children without chronic disease. It is concluded that the emotional and cognitive development of children with HIV/Aids is at risk. School performance in both groups remained below expectations. It seems that, despite the child's condition, the schools' conditions are not favoring this performance. In the behavioral assessment, the result related to the difference between both groups in their relations with colleagues suggests that children with HIV/Aids may have less problems in this domain because they have less opportunities to Interact. This result may be due to difficulties they experience in their routine as a consequence of stigmatization processes. These results provide support to outline care and help strategies for children with HIV/Aids and mainly bring up aspects for further research.

Descriptors: HIV/Aids, children, child development, behavior.

RESUMEN

BRAGHETO, Ana Cristina Magazoni. **Niños portadoras del VIH/Sida: Desarrollo emocional y competencia social.** Ribeirão Preto, 2008. 83 h.Disertación (maestría)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2008.

Se trata de un estudio descriptivo y transversal realizado en una Unidad especializada de tratamiento de enfermedades infecciosas de un hospital escuela del interior del estado de São Paulo, Brasil y en una guardería del interior del mismo estado. La finalidad general es identificar cuales son las características personales que pueden constituir factores de resiliencia en niños portadores del VIH/Sida. Los objetivos específicos son: evaluar, a través de niños, padres y/o cuidadores de niños portadores del VIH/Sida, cuales son las competencias sociales, el desempeño escolar y el desarrollo cognitivo y emocional de estos niños. La muestra fue constituida por niños de 7 a 12 años, siendo 15 niños portadores del VIH/Sida y sus respectivos cuidadores y 15 niños sin enfermedad crónica y sus respectivos cuidadores. Para la recolecta de datos fue utilizado el Test de Desempeño Escolar (TDE), que evalúa el desempeño escolar, el Cuestionario de Capacidades y Dificultades del Niño (SDQ) que evalúa las competencias sociales y el Diseño de la Figura Humana (DFH), que evalúa desarrollo emocional y cognitivo. El análisis de los datos fue efectuado mediante el cálculo de los scores de cada niño en los dominios evaluados y según las instrucciones de uso de cada instrumento. Los scores de los dos grupos, grupo-test (niños portadores del VIH/Sida) y grupo-control (niños sin enfermedad crónica) fueron comparados utilizándose el test no paramétrico de Mann-Whitney y el teste Exacto de Fisher. Los resultados mostraron que no hubo diferencia en el desempeño escolar entre los grupos evaluados, hay diferencias significativas respecto al desarrollo emocional y cognitivo entre los niños de los dos grupos, siendo que aquellos portadores del VIH/Sida se mostraron más comprometidos en esos dos aspectos. Con relación a la evaluación de comportamiento, los dos grupos no difirieron entre sí, excepto en el dominio relacionamiento con colegas. Los niños portadores del VIH/Sida mostraron menos problemas con colegas en el grupo que los niños sin enfermedad crónica. Se concluye que existe comprometimiento cognitivo y emocional en los niños portadores del VIH/Sida. Respecto al desempeño escolar fueron verificados en los dos grupos desempeños abajo del esperado. Parece que, a pesar de la condición del niño, las condiciones de las escuelas no están favoreciendo ese desempeño. Con relación a la evaluación de comportamiento, el resultado relativo a la diferencia entre los dos grupos em términos del relacionamiento con colegas sugiere que los niños portadores del VIH/Sida puedan haber menos problemas en ese dominio porque tienen menos oportunidades de interacción. Es posible que ese resultado sea debido a dificultades vividas en sus rutinas como consecuencia de procesos de estigmatización. Los hallazgos de esta investigación fornecen soporte para trazar estrategias de cuidados y atención al niño portador del VIH/Sida y sobretodo levantan aspectos para investigación en otros estudios.

Descriptores: VIH/Sida, niños, desarrollo infantil, comportamiento.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados de caracterização dos grupos de crianças quanto a gênero, idade, classe social e série. Ribeirão Preto, São Paulo, 2008 38

Tabela 2-Classificação das crianças segundo níveis normal, limítrofe a anormal conforme SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança - SDQ (GOODMAN, 1999). Ribeirão Preto, São Paulo, 2007 43

Tabela 3- Domínios do SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (GOODMAN, 1999). Escores das crianças segundo as escalas avaliadas pelo instrumento- Sintomas emocionais, problemas de comportamento, problema com colegas e hiperatividade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007 44

Tabela 4- Resultado do teste de Desempenho Escolar – TDE (STEIN, 1994). Ribeirão Preto, São Paulo, 2007 45

Tabela 5- Resultado do DFH - Desenho da Figura Humana (HUTZ; ANTONIAZZI, 1995) no item evolutivo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007 45

Tabela 6- Resultado do DFH - Desenho da Figura Humana (HUTZ; ANTONIAZZI, 1995) no item indicador emocionais. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007 46

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1- Resultados brutos do SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (GOODMAN, 1999) 68

APENDICE 2- Resultados brutos DFH - Desenho da Figura Humana (HUTZ; ANTONIAZZI, 1995) 70

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A- SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança 72

ANEXO B- Desenho da Figura Humana 76

ANEXO C- Critério Brasil 78

ANEXO D- Documento de aprovação do projeto de Comitê de Ética do Hospital das Clinicas- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo 79

ANEXO E - Termos de consentimento livre e esclarecido 80

SUMÁRIO

Apresentação **15**

1. Introdução **17**

1.1-Desenvolvimento emocional e competência social na infância 18

1.2.-Aids: Aspectos gerais 21

1.3-Implicações do HIV/ Aids no desenvolvimento infantil. 24

2. Objetivos e justificativa **31**

3. Método **33**

3.1. Caracterização do estudo 34

3.2. Observância da dimensão ética 34

3.3. Locais do estudo e participantes do estudo 35

3.4. Participantes do estudo 36

3.5 Critério de inclusão nos grupos 36

3.6 Critério de exclusão nos grupos 37

3.7 Procedimento para coleta e registro dos dados 39

3.8 Análise dos dados 40

4 Resultados **42**

5 Discussão **47**

5.1 Habilidades sociais 48

5.2 Desempenho escolar 51

5.3 Desenvolvimento cognitivo e emocional 53

6 Conclusão **55**

7 Referências Bibliográficas **59**

Apêndices **67**

Anexos **71**

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha graduação em psicologia em 1999 na Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp). Motivada pelo meu interesse em desenvolvimento infantil, principalmente atrelado a doença crônica, busquei uma linha de pesquisa, dentro da universidade, que pudesse trabalhar este assunto. Assim, em 2001, entrei para o Grupo de Pesquisa chamado "Contando a Minha História", no qual desenvolvia trabalhos à luz da psicanálise com grupos de ouvir e contar historias para crianças. Desenvolvi grupos de ouvir e contar histórias em uma Casa de Apoio que abriga crianças portadoras do HIV/Aids, em Ribeirão Preto-SP. Como resultado deste trabalho, fui bolsista de iniciação cientifica da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) durante um ano e meio, entre os anos 2002 e 2003, na área de desenvolvimento humano e desenvolvi o projeto de pesquisa: "Sexo e morte no discurso de crianças portadoras do HIV/Aids", tendo como orientadora a Profa. Dra. Alessandra Fernandes Carreira. Desenvolvemos vários trabalhos que foram apresentados em congressos e simpósios (BRAGHETO, A.C.M.; CARREIRA, A. F, 2003a), (BRAGHETO, A. C. M.; CARREIRA, A. F., 2003b) (BRAGHETO, A.C.M.; CARREIRA, A. F, 2002a), (BRAGHETO, A.C.M.; CARREIRA, A. F, 2002b), (BRAGHETO, A.C.M.; CARREIRA, A. F, 2002c) e, assim, foi crescendo o meu interesse em estudar as implicações da doença crônica no desenvolvimento infantil, mais especificamente as implicações do HIV/Aids no desenvolvimento infantil.

Em 2005, fui contratada para trabalhar na Creche Modelo de Vila Virginia, na qual desenvolvo meu trabalho até hoje com crianças e famílias em situações de risco e vulnerabilidade, realizando atendimentos e orientações a pais e professores. Neste mesmo ano, procurei a Profa. Dra. Ana Maria Carvalho Pimenta, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, apresentei os trabalhos que desenvolvi e expressei meu desejo em continuar minha pesquisa com crianças portadoras do HIV/Aids. Ingressei no mestrado em 2006 com o projeto "Crianças portadoras do HIV/Aids: desenvolvimento emocional e competência social".

1. INTRODUÇÃO

1.1- Desenvolvimento emocional e competência social na infância

Podemos definir o desenvolvimento socioemocional enquanto base para o desenvolvimento da personalidade sob a perspectiva psicossocial do desenvolvimento segundo Erikson (1976). Nessa concepção, ao nascer a criança não se reconhece enquanto indivíduo e percebe o mundo como parte integrante de si, não tendo capacidade para distinguir mundo interno de mundo externo. Nos primeiros 18 meses de vida, a vivência do bebê de necessidades físicas como fome e frio, as sensações de dores e as necessidades de psicológicas de calor humano e afeto despertam na criança a expectativa e urgência de satisfação. A criança tem a percepção de que precisa de outro indivíduo, separado de si para poder receber os cuidados que necessita, e isso tem um papel central em seu desenvolvimento. Neste momento, a mãe ou o cuidador (a) tem papel fundamental para o desenvolvimento criança, já que ela proporciona segurança e afeto.

Já por volta dos 18 meses aos 3 anos, quando percebe o externo com confiança e vivencia a satisfação das suas necessidades de uma forma adequada, a criança começa a se perceber como individuo e passa a experimentar seus limites e possibilidades, buscando e desenvolvendo autonomia e controle sobre si. Na faixa etária dos 4 aos 5 anos, a criança passa a necessitar e realizar tarefas, introjetando papéis sociais e a necessidade de ser aceita enquanto alguém produtivo. O conflito central nessa etapa decorre das necessidades da livre iniciativa, contrapondo-se às regras sociais (MARTURANO & LOUREIRO, 2003).

Dentro dessa abordagem, independente do contexto cultural, as crianças na faixa dos 6 aos 12 anos vivenciam situações de aprendizagem com os adultos e desejam mostrar se competentes e com capacidade produtiva. Essa faixa etária corresponde aos anos iniciais de escolarização, cujo principal objetivo é a alfabetização. A escola se apresenta aqui como um

forte agente socializador, ampliando as possibilidades de aquisição de conhecimento e de experiências afetivas.

A resolução satisfatória das tarefas evolutivas da fase escolar, com perspectivas favoráveis na adolescência, inclui o progresso na escola, a competência nas relações interpessoais, a adesão às regras da sociedade para conduta pró-social e uma imagem positiva de si, derivada amplamente da percepção de sucesso no enfrentamento dos desafios de problemas típicos da fase (MASTEN & COATSWORTH, 1998). Contribuem para essas aquisições certas disposições pessoais, como persistência e habilidade de solução de problemas interpessoais, o suporte familiar e a qualidade de serviços prestados pela instituição escolar. Em contrapartida, crianças que não conseguem progresso no aprendizado escolar ou que se mantêm impulsivas, agressivas ou socialmente incompetentes estão em alto risco para distúrbios psicossociais (MARTURANO & LOUREIRO, 2003).

As competências sociais originam-se na infância, quando ferramentas para uma boa adaptação são moldadas pelas interações entre criança e ambiente (MASTEN & COATSWORTH, 1998). Tais competências foram definidas por Del Prette (2005) como a capacidade de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de conseqüências positivas para si e para os outros. Para que isso ocorra, algumas habilidades são indispensáveis ao funcionamento adaptativo das crianças, tais como autocontrole e expressividade emocional, civilidade, empatia, assertividade, fazer amizades, solução de problemas interpessoais e habilidades sociais acadêmicas. A ausência ou ineficiência dessas habilidades pode resultar em problemas comportamentais, emocionais e, conseqüentemente, em transtornos psicológicos que se apresentam de duas formas: problemas internalizantes e externalizantes, que atuam em conjunto dependendo da gravidade da situação.

O processo inicial de escolarização das crianças, por seu impacto, pode ser considerado um período sensível para trajetórias diversas em seu desenvolvimento. A maneira

como as crianças aprendem, o desempenho escolar e o valor a ele atribuído podem se constituir em condições de proteção ou de vulnerabilidade para o desenvolvimento. O bom desempenho pode favorecer a superação de dificuldades e o envolvimento em projetos de vida que potencializam a auto-realização. As dificuldades escolares, por sua vez, podem acentuar as dificuldades e as vivências de menos valia, condições favorecedoras de outras dificuldades comportamentais e emocionais (MARTURANO & LOUREIRO, 2003).

Uma diversidade de fatores individuais e ambientais interfere no processo de aprender. Dentre os fatores internos, as variáveis afetivas são consideradas como importantes na compreensão do envolvimento da criança com as situações de aprendizagem, influenciando o desempenho escolar e desenvolvimento da personalidade. Além dos fatores individuais da própria criança, variáveis relacionadas à família e à escola têm sido referidas como pontos que interferem na aprendizagem (LOUREIRO, 1998). Segundo Marturano, Linhares e Parreira (1993) as instâncias escola, família e criança cumprem importante papel psicossocial no processo de aprendizagem.

O desempenho escolar constitui-se em indicador que revela mais que o seu produto imediato, enquanto rendimento acadêmico, refletindo para as crianças do ensino fundamental recursos de desenvolvimento e suas condições pessoais de interação com o meio. Neste sentido, a capacidade de aprender na escola expressa mais que uma adequação a essa situação especifica, fornecendo indicadores das habilidades da criança para lidar com as situações da vida (MARTURANO & LOUREIRO, 2003).

Os problemas de aprendizagem e o prejuízo no rendimento escolar durante muito tempo foram relacionados à deficiência em habilidades específicas, o que segundo Martín e Marchesi, (1995) limita a compreensão do problema, em função dos limites encontrados no estabelecimento de uma relação direta entre o prejuízo na dimensão psicológica e rendimento acadêmico. A exposição a situações de fracasso implica em desaprovação, podendo favorecer

outros fracassos com efeitos adversos, influenciando a capacidade produtiva, a aceitação pelos pares e a auto-estima (MARTURANO & LOUREIRO, 2003).

Assim, desde seu nascimento a criança perpetua por caminhos que a levam para o desenvolvimento cognitivo, emocional e de suas habilidades sociais. A família primeiramente é o cerne para que isso aconteça, oferecendo-lhe segurança, carinho e boa adaptação ao meio social. A escola segue nesta função, no qual a criança tem a oportunidade de vivenciar relação com seus pares e em um novo ambiente de socialização, desempenhando papel fundamental para um bom desenvolvimento global.

Ocorrências como adoecimento podem provocar alterações no curso do desenvolvimento por interferir nas rotinas de vida da criança, na rede de relações que ela construiu até seu aparecimento e em aspectos como auto-estima.

1.2-HIV/ Aids: Aspectos gerais

A Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - é uma doença de etiologia viral que se instala nos linfócitos causando alterações no sistema imunológico. Existe uma diferença entre Aids e HIV. A Aids é uma condição na qual se manifesta um conjunto de doenças, devido à incapacidade do organismo de se defender. Sua manifestação pode seguir as seguintes etapas: inicialmente a pessoa contrai o vírus que provocará a deficiência imunológica; posteriormente, o organismo perde a capacidade de se defender contra os agentes causadores das diversas doenças; finalmente, há a manifestação do conjunto de doenças que decorrem deste processo. É definida pelo desenvolvimento de infecções de repetição, incluindo as doenças oportunistas e neoplasias resultantes da imunossupressão induzidas pelo retrovírus humano HIV (VENSKE, SUCCI & PEDROMÔNICO, 2001).

Desde sua aparição em 1981, a Aids é provavelmente a enfermidade de maior impacto psicossocial existente, devido a conotações sociais, éticas e religiosas, que muitas vezes ainda estão vinculadas a homossexualidade, drogadição, promiscuidade sexual, bissexualidade e prostituição (GALLAR, 1998).

Para o tratamento da Aids de crianças e adolescentes, são liberados pelo Food and Drougs Administration (FDA) três classes de anti-retrovirais que incluem inibidores da trancriptase reversa análogos de nucleosídeo: abacavir (ABC), didanosina (ddI), lamivudina (3TC), estavudina (d4T), tenofovir (TDF) e zidovudina (AZT); inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos: nevirapina, efavirenz; e inibidores de protease: amprenavir (APV), atazanir (ATV), indinavir, ritonavir, nelfinavir, lopinavir/ritonavir (LPV/r) e saquinavir (SQV) (HORNKE; BARBOSA, 2000; BRASIL, 2004 a).

O HIV pode ser transmitido pelo contato sexual com um parceiro HIV positivo, através da exposição parenteral ao sangue e seus derivados, que podem incluir compartilhamento de agulhas entre usuários de drogas injetáveis, contato com hemoderivados contaminados e transfusão de sangue, plasma ou hemocomponentes (CURRA, 1997). O principal mecanismo de infecção em crianças é a transmissão vertical, ou seja, a de mãe para filho, que pode ocorrer durante os períodos intra-útero, intra- parto e pós-parto e através do aleitamento materno (LEANDRO-MERHI, 2001).

Lambert e Nogueira (1999) citam como estratégias para prevenção da transmissão vertical do HIV a identificação no pré-natal de grávidas infectadas pelo HIV; o uso de zidovudina (AZT) durante a gestação; o parto cesariana da mãe soropositiva; a administração de AZT ao recém-nascido nas seis primeiras semanas de vida e evitar o aleitamento materno.

Os primeiros casos de Aids infantil começaram a ser descritos em 1982 (STONEBUMER et al, 1994). No Brasil, as primeiras crianças com Aids foram notificadas em 1984, e em 1994, somavam mais de 1.800 (VENSKE, SUCCI & PEDROMÔNICO, 2001).

A epidemia de HIV/Aids constitui a primeira pandemia dos tempos modernos, atingindo virtualmente todos os países do mundo. O Programa das Nações Unidas para HIV/Aids (UNAIDS, 2007) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimaram que 40 milhões de adultos e crianças tenham se infectado pelo HIV até dezembro de 2005. No Brasil, em 2007, foram notificados 474.273 casos de HIV/Aids, sendo 289.074 no estado de São Paulo.

Até julho de 2007, foram notificados 2,5 milhões de crianças vivendo com HIV por todo mundo, sendo que 420 mil foram infectadas em 2007 (UNIAIDS, 2007). Dados epidemiológicos indicam a existência de 11.026 casos de Aids por transmissão vertical até dezembro de 2007. Os casos de Aids notificados em 2007 em menores de 5 anos registrados peloo SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) foram 175, sendo 60 na região sudeste até esta mesma data (BRASIL, 2007) .

Para essas crianças existe um fato comum: o de viverem com uma doença que ainda não tem cura; estarem expostas ao preconceito e à discriminação; serem internadas em momentos de intercorrências (que aumentam com estágios avançados da doença ou naqueles casos sem engajamento considerado satisfatório); serem obrigadas a tomar pelo menos duas vezes por dia medicamentos de sabor desagradável, os quais não podem atrasar, nem falhar e, ainda, sentirem os efeitos colaterais, muitas vezes sem o menor entendimento da necessidade, já que na maioria dos casos, o diagnóstico não lhes é revelado (MOREIRA; CUNHA, 2003).

Sabe-se que um número elevado de crianças menores de 15 anos soropositivas para o HIV/Aids foram contaminadas por suas mães durante a gestação, no parto ou durante o aleitamento. Um fato preocupante e avassalador que ameaça as pessoas é que, no ano de 2010, se não houver medidas confiáveis de diminuir a propagação do vírus, a Aids poderá aumentar a mortalidade infantil em até 75 % e duplicará a mortalidade em crianças menores de 5 anos em regiões pobres (PEDRO, 2003). A transmissão vertical nos assusta, pois, com o aumento de número de crianças infectadas, está se constituindo um importante risco para a

saúde mental destas. Além disso, as crianças estão submetidas a outras conseqüências negativas, como a morte de seus pais, professores e cuidadores contaminados pelo vírus.

1.3-Implicações do HIV/Aids no desenvolvimento infantil

O desenvolvimento de crianças com doenças crônicas pode ser melhor entendido quando visto no contexto do desenvolvimento cognitivo e socioemocional destas. O processo de desenvolvimento depende de repetidas e variadas interações entre a criança e seu ambiente durante todo o seu crescimento (PERRIN; GERRITY, 1984).

A criança com doença crônica vê-se afetada nas suas interações com seus ambientes físico e social, dentre eles o convívio com seus pais, amigos e escola, e estas mudanças são ocasionadas como resultado de sua doença. Quando uma criança se encontra num período de adoecimento temporário ou crônico, ela passa por uma crise, em que as adaptações externas e internas encontram-se abaladas. A doença é sempre algo novo que traz mudanças e exige uma adaptação da pessoa que adoece. Essas mudanças são objetivas e concretas (rotina, os hábitos, etc) e são também subjetivas, pois o sujeito se depara com seus limites pessoais e sua auto-imagem sofre mudanças e sensações de dependência, fragilidade e impotência, podendo gerar muita angústia (VALLE; FRANÇOSO, 1997).

Há diversos eventos para definir uma condição crônica, os quais incluem, além da duração da doença, as limitações que estas causam em relação a atividades físicas, sensório-motor, prejuízos sociais e emocionais, prejuízos na comunicação e aos funcionamentos psicológico e cognitivo, expectativa de sobrevivência, entre outros.

A modificação da Aids de agravo com alta letalidade para enfermidade crônica tem repercussão no desenvolvimento físico e psicológico de crianças e adolescentes soropositivos, notadamente aqueles infectados pela transmissão vertical. Com o advento da terapia anti-

retroviral e o acesso ao tratamento, estudos têm mostrado uma melhoria da qualidade de vida das crianças HIV positivo, de modo que necessidades de natureza psicossocial passam a ter um novo significado e relevância (LEDLIE, 2001).

A criança portadora do HIV/Aids necessita muitas vezes de um tratamento prolongado, tendo que passar por procedimentos dolorosos e invasivos. Freqüentar periodicamente um ambiente hospitalar e/ou ambulatorial estranho e muitas vezes ameaçador é uma situação muito dolorosa para a criança, já que ela é retirada de suas atividades rotineiras, incluindo o afastamento de seus amigos, de sua escola e de seu ambiente familiar. Segundo Ceccim (1997), quando o afastamento ocorre por tempo prolongado, há uma profunda cisão nos laços sociais: de um lado a escola e as brincadeiras e, de outro, os procedimentos clínicos decorrentes de internações ou tratamentos domiciliares.

Dependendo da idade e da fase do desenvolvimento da criança, a compreensão sobre a hospitalização e a adaptação à separação dos pais podem ser difíceis. A condição emocional dos pais e/ou cuidadores é fundamental para a adaptação da criança à hospitalização e ao processo medicamentoso.

As crianças portadoras do HIV/Aids costumam ter alguns sintomas físicos, que podem estar interligados e aparecer concomitantemente ou não. Assim, são comuns, entre as crianças soropositivas, as doenças oportunistas, já que apresentam uma deficiência imunológica. Estas já aparecem no primeiro ano de vida, sendo elas: otites, toxoplasmose, problemas respiratórios, além de problemas cardíacos, problemas neurológicos, entre outros. (HARRISON & HALL, 1992). Dores de cabeça, dificuldade de aprendizado, parestesia e disfagia também são comuns (ARAÚJO, 1994). Muitas delas, devido a cuidados deficientes de higiene, sofrem de infecções causadas por fungos, vírus e bactérias. Soma-se a esse fato descrito a síndrome depressiva e seus sintomas: apatia, afastamento social e anorexia, alterando todo o desenvolvimento psicológico das crianças e dificultando o processo de separação e individuação de seus cuidadores (SPIEGEL;

MAYRES, 1991). Este quadro físico e psicológico descrito acima pode colocar as crianças portadoras de HIV/Aids em situação de vulnerabilidade, o que pode vir a dificultar seu desenvolvimento, seja ele físico, psíquico e ou social.

Segundo McKinney, (2003) e Siqueira (1998), as crianças portadoras do HIV/Aids apresentam comprometimento no seu crescimento e desenvolvimento. A literatura indica que 60% a 90% das crianças infectadas pelo HIV apresentam atrasos nos diversos níveis do desenvolvimento (FALLON et al, 1989).

A perda de massa corporal, por exemplo, é uma das manifestações mais graves da doença por HIV. Segundo Farthing et al, (1989, p. 89), "a doença do HIV em crianças tem diferenças significativas em relação a dos adultos. O período de incubação é geralmente mais curto e a criança não se desenvolve e o retardo mental leva a incapacidade de cumprir etapas normais do desenvolvimento".

Os principais sintomas da Aids em crianças são: déficits neurológicos, microcefalia e atraso no desenvolvimento possivelmente devido às infecções no Sistema Nervoso Central (BARBOUR, 1987). Além disso, um estudo realizado com crianças brasileiras mostrou que, associados aos déficits neurológicos, sempre virão outros sintomas: dores de cabeça, dificuldades de aprendizado, parestesia e disfagia, (ARAÚJO, 1994) conforme já mencionamos. Em todas as crianças com HIV/Aids sempre existirão fatores neurológicos, médicos e sociais que podem contribuir para o atraso no desenvolvimento, tais como: uso de drogas durante o período pré-natal, falta de cuidados pré-natais que podem estar associados com baixo peso de nascimento ou prematuridade, estresse familiar, abandono dos pais, isolamento de pessoas próximas, entre outros (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION- TASK FORCE ON PEDIATRIC AIDS, 1989).

Estudo recente vem comprovar estas proposições acima. Duzentas e vinte e quatro crianças, de 2 a 17 anos, foram avaliadas em seus comportamentos, desenvolvimento e

funções cognitivas, correlacionando medidas neuropsicológicas, idade e nível de CD4. Foram usadas as Escalas Bayley, para avaliar desenvolvimento mental e psicomotor e Weschsler Preschool and Primary Scales of Intelligence-Revised (WPPSI-R) e Wechsler Intelligence Scale for Children-3rd edition (WISC III) para avaliar inteligência. Também foram avaliados por tomografia computadorizada e ressonância magnética. Os resultados mostraram que crianças com síndrome da imunodeficiência adquirida têm altos riscos para desenvolver problemas neurológicos. Diversos problemas (incluindo prejuízos na expressão e fala e atraso psicomotor) têm sido documentados todo tempo e estão associados direta e indiretamente à ação do HIV no sistema nervoso central (NOZYCE et al, 2006).

Crianças infectadas pelo HIV freqüentemente exibem comportamentos como impulsividade, hiperatividade e dificuldades para atender e focar um estímulo. Esses comportamentos estão geralmente associados a déficit de atenção e hiperatividade (NOZYCE et al, 2006). O prejuízo cerebral secundário do HIV é considerado o principal determinante para a etiologia da causa destes comprometimentos destas crianças.

Embora o mau ajustamento não seja característico de crianças com doenças crônicas, existe uma substancial evidência que problemas psicossociais ocorrem duas a três vezes mais freqüentemente nessas crianças que nos seus pares saudáveis. Muitos desses problemas estão relacionados à baixa auto-estima e às baixas expectativas e ansiedades sobre a saúde futura, podendo influenciar negativamente nestas crianças e contribuir para atitudes inadequadas (WEITZAM, 1984).

Segundo Oliveira (1998), a criança com doença crônica, com freqüência, vê-se obrigada a parar de estudar, seja pelas limitações físicas conseqüentes da doença, como a falta de vitalidade, ou por limitações decorrentes do tratamento.

Crepaldi (1995) argumenta que o que caracteriza a criança enferma é a incapacidade para o brinquedo, o estado de prostração que se opõe à vivacidade e à atividade, o prejuízo em seu desenvolvimento, somados ao aparecimento de sintomas ou conjunto de sintomas.

As crianças portadoras do HIV/Aids possuem limitações de caráter social, pois deixam de realizar viagens e passeios devido ao tratamento que deve ser seguido rigorosamente. Há também o aspecto da discriminação presente em grande parte da sociedade que os rodeia e ainda estigmatiza essa população. Segundo Venske, Succi, Pedromônico (2000), as crianças infectadas pelo HIV/Aids enfrentam muitas dificuldades, sendo que estas parecem se expressar mais como evitação de situações de contato social, sendo este comportamento entendido como uma reação desta frente ao estresse imposto pelo impacto da doença, seja no âmbito individual, familiar ou da comunidade.

Segundo Seidl et al (2005), cuidadores de crianças portadoras do HIV/Aids relataram a preocupação referente à restrição de atividades que pudessem facilitar a aquisição de doenças oportunistas (exposição a ambientes como piscina, chuva, frio, sereno) ou resultar em danos físicos à criança (andar de bicicleta, subir em árvores, manuseio de objetos cortantes como tesoura).

Os fatores socioeconômicos em que as crianças portadoras do HIV/Aids se encontram, na maioria das vezes, as colocam em situações precárias para o desenvolvimento, como dificuldades financeiras e faltas de escolarização, de estímulo ambiental e de cuidados parentais. A co-ocorrência de risco, mais que um único risco, aumenta a probabilidade de a criança apresentar problemas de desenvolvimento mental (PEDROMÔNICO, 2004). Atualmente no Brasil existem sérios problemas de ordem econômica e social que repercutem na estabilidade psicossocial, interferindo no desenvolvimento humano e também na comunidade em geral. Melhores condições de vida contribuem para melhores condições de saúde física e desenvolvimento mental.

O contexto social em que muitas crianças e adolescentes com HIV vivem envolve pobreza, falta de recursos e muitas perdas familiares. Estes fatores podem influenciar na adesão ao tratamento, utilização dos serviços de tratamento, nas relações familiares e revelação da doença. Crenças culturais sempre influenciam como as pessoas lidam com a doença e com as perdas. Atitudes culturais podem determinar comportamentos individuais e reações à falta de habilidades e à morte. Cada um destes fatores é, em particular, muito relevante para estes pacientes pediátricos (BROWN, L. K; LOURIE, K., J.; PAO, M., 2000).

Apesar de a literatura especializada reconhecer a importância de estudos de desenvolvimento no inicio da vida, no Brasil poucos trabalhos foram encontrados que o abordasse em crianças portadoras de HIV/Aids. Considerando a importância dessa doença para alterações de desenvolvimento, seja ele físico, cognitivo, socioeconômico, emocional e/ou ligado a seu relacionamento inter pessoal, optou-se pela investigação de condições pessoais da criança que possam se configurar como indicadores de risco e proteção ou característica de resiliência, propiciando assim uma melhor qualidade de vida dessas crianças, promovendo a saúde mental destas.

O conceito de "situação de risco" deve ser entendido, no modelo teórico-metodológico da psicopatologia do desenvolvimento, como um conjunto de possibilidades de desenvolvimento e não como a expressão de distúrbios isolados baseados em fatores causais específicos (RUTTER, 1989; SAMEROFF, 2000). Já o conceito de "mecanismos protetores" tem como característica definidora a modificabilidade da resposta do indivíduo, ou seja, a melhora da reação a um fator que, em circunstâncias ordinárias, pode levar a um resultado desadaptado (RUTTER, 1987).

Estudos sobre competência, resiliência e intervenção convergem ao sugerir que existe um forte sistema adaptativo e de proteção de desenvolvimento de competências tanto em

ambientes favoráveis quanto em ambientes desfavoráveis. Esses sistemas são manifestados pela qualidade da relação pais filhos, cognição e auto-regulação.

Utiliza-se o termo resiliência para descrever crianças que, apesar de prolongados períodos de adversidades e estresse psicológico, apresentam saúde emocional e alta competência (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

A grande surpresa da pesquisa em resiliência é o quanto esse fenômeno é comum. A resiliência apareceu sendo um fenômeno comum que resulta, na maioria dos casos, da operação de sistemas básico adaptativos dos seres humanos. Se esses sistemas são protegidos em uma boa ordem de trabalho, o desenvolvimento pode ser grande, mesmo em face de uma adversidade severa. Se esse sistema de trabalho for prejudicial antecedente ou conseqüente da adversidade, então o risco de problemas de desenvolvimento é muito maior, principalmente se o perigo oferecido pelo ambiente for prolongado (MASTEN, 2001). Resiliência se refere a uma classe de fenômenos caracterizados por bons resultados, apesar de sérias ameaças à adaptação e ao desenvolvimento.

Assim, acredita-se que as pessoas sempre podem se recuperar de situações anteriores difíceis ou experiências estressantes. É possível que um incidente dramático ou uma infância de privações tenham conseqüências emocionais graves; mas as histórias de vida de inúmeras pessoas mostram que uma experiência única, mesmo muito dolorosa, não tende a causar danos irreversíveis. Um ambiente favorável, por exemplo, pode ajudar uma criança a superar os efeitos de privações ou traumas precoces (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2007).

A criança que apresenta o HIV/Aids sendo portadora de uma doença crônica, caracterizada pela incurabilidade até o presente momento, se coloca, assim como sua família e a escola, frente a dificuldades múltiplas. Estas dificuldades podem trazer implicações para a suas vidas, como morte prematura, doenças oportunistas, atrasos posteriores no desenvolvimento e complicações emocionais, constituindo um importante risco para sua saúde mental.

2. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

As crianças portadoras de HIV enfrentam dificuldades que afetam suas interações com ambientes físico e social, além dos sintomas físicos já descritos anteriormente. Conhecemos poucos estudos com foco em crianças que vivem com HIV/Aids e seu desenvolvimento. Dentre os trabalhos existentes, destacam-se as dificuldades das crianças que vivem com HIV/Aids adquiridas na infância, como desenvolvimento de habilidades sociais, cognitivas e emocionais relacionadas ao ambiente escolar e familiar. Ser portador de uma doença crônica, no caso HIV/Aids, é estar em contato com muitas dificuldades, já que muitas vezes existe uma limitação de caráter social/escolar que o coloca em situação de vulnerabilidade pessoal, podendo apresentar prejuízos nas aquisições de habilidades sociais e cognitivas, além de acarretar problemas emocionais. Assim, este estudo visa identificar quais as características pessoais que podem se constituir em indicadores de risco e proteção ou de resiliência em crianças portadoras do HIV/Aids. Em termos mais específicos, este trabalho busca avaliar, por meio de crianças, pais e ou cuidadores de crianças portadoras do HIV/Aids, quais são as competências sociais, o desempenho escolar e o desenvolvimento cognitivo e emocional destas crianças.

Este estudo justifica-se pela possibilidade de identificar quais as habilidades sociais e o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças portadoras de HIV/Aids, que podem muitas vezes colocá-las em dificuldades múltiplas relacionadas à sua saúde mental, avaliando os aspectos que precisam de intervenções psicossocial ou orientação familiar e escolar, visando uma melhor qualidade de vida para estas crianças.

3. MÉTODO

3.1 Caracterização do estudo

O estudo é definido como transversal, no qual os indivíduos são avaliados em um determinado espaço de tempo, comparando grupos (grupo de crianças portadoras do HIV/Aids e seus respectivos cuidadores e de crianças sem diagnóstico de doença crônica, e seus respectivos cuidadores). Foi utilizada amostra de conveniência e, sob condições fixadas pela pesquisadora, tal estratégia tem sido denominada como quase experimental. A abordagem utilizada é quantitativa, que busca descrever significados que são considerados como inerentes aos objetos e atos, por isso é definida como objetiva; tem como característica permitir uma abordagem focalizada e pontual e estruturada, utilizando-se de dados quantitativos. A coleta de dados quantitativos se realiza por meio da obtenção de respostas estruturadas; as técnicas de análise são dedutivas (isto é, partem do geral para o particular) e orientadas pelos resultados (COZBY, 2003).

O número de sujeito foi fixado com base em estudos que usam a estratégia de comparação de grupos, considerando também as dificuldades em abordar os sujeitos dentro de um limite determinado de tempo e a possibilidade de tratamento estatístico, por meio de técnicas não paramétricas**.**

3.2 Observância da dimensão ética

Em observância à legislação que regulamenta a pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2002), submetemos o projeto de pesquisa para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o qual foi aprovado de acordo com o Processo HCRP nº 12745/2006 (Anexo D).

Como parte da documentação prevista nesta legislação, elaboramos o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (Anexo E), no qual os responsáveis pelas crianças foram informados sobre os objetivos da pesquisa; os procedimentos, riscos, desconfortos e benefícios; garantia do anonimato e respeito ao desejo de participar ou não. Após a discussão do termo de consentimento livre e esclarecido, daqueles que concordaram em participar, foi solicitada anuência mediante assinatura no termo.

3.3 Locais do estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade Especial de Terapia de Doenças Infecciosas - UETDI - do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e em uma Creche - Creche Modelo de Vila Virginia, na qual há crianças de 6 meses a 10 anos .

A Unidade Especial de Terapia de Doenças Infecciosas -UETDI - do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo atende crianças, adolescentes e adultos, oferecendo assistência médica, odontológica e psicossocial aos portadores de HIV/Aids e assistência a seus familiares, como grupos de apoio, assistência psicológica e social. Com relação ao espaço físico, conta com 10 consultórios e 22 leitos gerais para internação, sendo 6 infantis e 14 para o sistema hospital-dia – destes últimos, 4 são infantis. A equipe segue o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 a).

A Creche Modelo de Vila Virginia oferece assistência educacional e psicossocial às crianças de baixa renda e em situação de risco da região da Vila Virginia de Ribeirão Preto. Conta com psicóloga, auxiliar de enfermagem, médico, assistente social, coordenadora pedagógica, secretárias, professoras, monitoras, sala de artes, salas de televisão e filmes, sala

de leitura, quadras, salas de aula, refeitórios, parquinhos e dormitórios, onde as crianças passam o dia todo recebendo alimentação e desenvolvendo atividades educacionais.

3.4 Participantes do estudo

Foram selecionadas 15 crianças e seus respectivos cuidadores e/ou pais de crianças portadoras do HIV/ Aids, e 15 crianças e seus respectivos cuidadores e/ou pais de crianças não portadores de doença crônica para estabelecer o grupo controle. Como já descrito anteriormente, as crianças foram equiparadas por idade, gênero e classe social. As classes sociais baixas como C e D (CRITÉRIO BRASIL, 2003) foram agrupadas para facilitar a coleta de dados.

Dentre os cuidadores que participaram desta pesquisa, foi escolhida a pessoa que morava com a criança e que desenvolvia o cuidado desta, como levar à escola e ao hospital para fazer tratamento. Dentro estas, foram entrevistadas tias, avós e mães, de ambos os grupos.

3.5 Critérios de inclusão nos grupos

Dentro o grupo de crianças portadoras do HIV/Aids, os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram crianças com idade entre 7 e 12 anos, sem distinção de sexo, os quais foram contaminados pelo HIV por transmissão vertical, e em seguimento nesta unidade com uso de terapia anti-retroviral. Há no momento 79 crianças na faixa etária dos 7 a 12 anos fazendo tratamento ambulatorial no Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

As crianças e responsáveis foram abordados durante as consultas ambulatoriais, sendo que nesta ocasião apresentamos a proposta da pesquisa e procedemos ao convite para participar da mesma. Após consentimento dos mesmos, vimos a possibilidade de iniciarmos a coleta naquele mesmo dia ou de marcarmos outra dia e local para a realização da entrevista e das avaliações, buscando locais onde eles pudessem se sentir mais à vontade para conversarmos sobre o estudo, sem que houvesse interrupções.

As crianças que fizeram parte do grupo controle estudam na instituição em que a mestranda trabalha, Creche Modelo de Vila Virginia, e devido a isso já há um contato com elas e com suas famílias. Foram levados em consideração o gênero, a idade da criança e condição social das famílias realizando a equiparação com o grupo pesquisa (além de todas as outras condições que estão explicitadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

3.6 Critérios de exclusão dos grupos

Os critérios de exclusão para participar do grupo de crianças portadoras do HIV/Aids foram: crianças que não estavam na escola, o que impediria a avaliação; crianças de casa abrigo, para as quais não há um cuidador responsável que poderia participar da pesquisa; crianças que residiam fora da região de Ribeirão Preto e as portadoras de necessidades especiais, como por exemplo, paralisia cerebral.

No grupo de crianças sem doença crônica, foram excluídas aquelas que fossem portadoras de qualquer outra doença crônica possível. Familiares e cuidador (es), além da auxiliar de enfermagem da instituição, foram entrevistados quanto a informações sobre a criança visando excluir qualquer tipo de doença crônica (asma, diabetes, câncer, entre outras), pois só participaram deste grupo crianças sem doença crônica, visto que a cronicidade pode influir no desenvolvimento infantil.

Tabela 1 -Dados de caracterização dos grupos de crianças quanto a gênero, idade, classe social e série. Ribeirão Preto, São Paulo, 2008

Variáveis	**Meninos portadores HIV/ Aids**	**Meninas portadoras HIV/ Aids**	**Total**	**Meninos sem doença crônica**	**Meninas sem doença crônica**	**Total**
Idade/ Anos	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**
7-8	2	4	6	2	4	6
9-10	3	4	7	3	4	7
11-12	1	1	2	1	1	2
Total	6	9	**15**	6	9	**15**
Série						
1ª.- 2ª.	2	4	6	2	4	6
3ª.- 4ª.	2	3	7	3	4	7
5ª.- 6ª.	1	1	2	1	1	2
Total	5	8	**15**	6	9	**15**
Classe social						
A1-A2	0	0	0	0	0	0
B1- B2	1	0	1	1	0	1
C- D	5	9	14	5	9	14
E	0	0	0	0	0	0
Total	6	9	**15**	6	9	**15**

3.7 Procedimento para coleta e registro dos dados

Para a realização da coleta de dados, alguns instrumentos foram utilizados, sendo estes:

- *Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança - SDQ* (GOODMAN, 1999): instrumento breve, utilizado para o rastreamento de problemas de saúde mental em crianças e jovens de 4 a 16 anos. É composto por 25 itens, cinco escalas com cinco itens cada, a serem respondidos pelo cuidador, focalizando o comportamento da criança, suas emoções e relacionamentos com outras pessoas. Para cada uma das cinco escalas, a pontuação pode variar de 0 a 10 se todos os itens forem completados. Dez itens referem-se aos recursos da criança em lidar com determinadas situações (ex: Considera os sentimentos das outras pessoas), 14 indicam as dificuldades da criança (ex: Parece estar sempre preocupado) e um item é considerado pelo autor como neutro (ex: Relaciona-se melhor com adultos do que com outras crianças). Os 25 itens são divididos em cinco escalas com cinco itens cada uma, sendo elas: hiperatividade/déficit de atenção, ansiedade ou depressão, problemas de conduta, problemas de relacionamento com colegas e comportamento social positivo. Para cada uma das cinco escalas, a pontuação pode variar de 0 a 10 pontos. A pontuação total de dificuldades é fornecida pela soma dos resultados das quatro primeiras escalas. O resultado pode variar de 0 a 40, e o resultado total será considerado se ao menos 12 dos 20 itens relevantes foram completados. As crianças são classificadas em três categorias (normal, limítrofe e anormal) para cada uma das escalas e de acordo com a pontuação total. Os valores de classificação variam de acordo com as escalas.

Teste de Desempenho Escolar - TDE (STEIN, 1994): fornece normas para classificação do desempenho da criança em tarefas de leitura, escrita e aritmética. O desempenho da criança é classificado em três níveis: inferior, médio e superior nos três subtestes e na classificação total do teste de acordo com a norma da série. O teste de

desempenho escolar (TDE) foi desenvolvido a partir de moderna metodologia de construção de instrumentos, que emprega itens em escala. O TDE é um instrumento psicométrico que busca oferecer de forma objetiva uma avaliação das capacidades fundamentais para o desempenho escolar, mais especificamente da escrita, aritmética e leitura. O teste foi concebido para a avaliação de escolares de 1ª a 6ª séries do primeiro grau. O processo de concepção do TDE está fundamentado em critérios elaborados a partir da realidade escolar brasileira, visando preencher a lacuna existente de instrumentos de medição psicopedagógicos validados e padronizados do nosso país.

Desenho da Figura Humana - DFH (HUTZ; ANTONIAZZI, 1995): avalia aspectos cognitivos e emocionais da criança. É pedido que a criança desenhe uma pessoa e, depois, uma outra pessoa do sexo oposto. A avaliação se baseia nas características do desenho (ex: tem cabeça, olhos, pupilas, orelhas, etc.) proposta por Koppitz, na década de 60 e são atribuídos pontos 0 ou 1 aos ítens propostos pelo trabalho de normatização dos autores. A análise realizada mostrou concordância de 92% a 100%, entre os juízes, para os indicadores evolutivos, e de 89% a 100% para os indicadores emocionais. Dessa maneira, o teste oferece elementos para utilização mais segura no que diz respeito à avaliação de aspectos evolutivos e emocionais da criança.

- *Critério Brasil*: faz a caracterização socioeconômica das famílias nas quais as crianças vivem, foi aplicado nos pais ou cuidadores da criança (http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf).

3.8 Análise dos dados

A análise dos dados foi feita mediante o cômputo dos escores de cada criança nos domínios avaliados e segundo as instruções de uso de cada instrumento.

Os escores dos dois grupos - grupo pesquisa (crianças portadoras HIV/Aids) e grupo controle (crianças sem doença crônica) - foram comparados utilizando-se testes não paramétricos, o Teste U de Mann-Whitney e o Teste Exato de Fisher (SIEGEL, 1975), com alfa igual a 0,05.

Os achados do presente estudo foram discutidos em relação aos relatados por outros estudos que também abordaram a criança portadora de HIV/Aids.

4. RESULTADOS

A seguir, apresentam-se os resultados de acordo com os objetivos propostos no presente estudo.

Tabela 2- Classificação das crianças segundo níveis normal, limítrofe a anormal conforme SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança - SDQ (GOODMAN, 1999). Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Classificação SDQ	Crianças portadoras HIV/Aids	Crianças sem doença crônica	Total
Normal	7	8	15
Limítrofe	1	0	1
Anormal	7	7	14
Total	15	15	30

Comparando-se os dois grupos quanto ao escore total, não se verificaram diferenças significativas (p= 0, 1711). As crianças portadoras de HIV/Aids não diferiram das crianças sem doença crônica no que se refere aos aspectos comportamentais e interpessoais.

A seguir são apresentados os resultados obtidos por meio do SDQ em relação a cada domínio avaliado pelo instrumento.

Tabela 3- Domínios do SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (GOODMAN, 1999). Escores das crianças segundo as escalas avaliadas pelo instrumento-Sintomas emocionais, problemas de comportamento, problema com colegas e hiperatividade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Domínios do SDQ	Crianças portadoras HIV/Aids			Crianças sem doença crônica		
	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
Sintomas emocionais	4	1	10	4	0	8
Problemas de comportamento	3	0	8	2	0	8
Problemas com colegas	1	0	7	3	0	8
Hiperatividade	4	1	9	6	0	10

Os resultados detalhados de cada domínio confirmam a não diferenciação entre os dois grupos, com exceção do domínio *problemas com colegas* (os valores de p encontrados são os seguintes: sintomas emocionais, p= 0,3859; problemas de comportamento, p= 0,4920; relacionamento com colegas p= 0,0250 e hiperatividade p = 0,2578).

A seguir são apresentados os resultados relativos à avaliação do desempenho escolar.

Tabela 4 - Resultado do teste de Desempenho Escolar – TDE (STEIN, 1994). Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Classificação teste	Crianças portadoras HIV/Aids	Crianças sem doença crônica
Inferior	14	12
Médio	1	3
Superior	0	0
Total	15	15

Não houve diferença no desempenho escolar entre os grupos avaliados. A distribuição das crianças nos diferentes níveis de desempenho foi parecida. A comparação das distribuições dos dois grupos, por meio do Teste Exato de Fisher, mostra que não há diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre eles (p= 0,29885).

A tabela seguinte exibe os resultados dos dois grupos na avaliação evolutiva por meio do Desenho da Figura Humana (DFH).

Tabela 5- Resultado do DFH- Desenho da Figura Humana (HUTZ; ANTONIAZZI, 1995) no item evolutivo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Indicadores Evolutivos		
Percentil	Crianças portadoras HIV/Aids	Crianças sem doença crônica
≤5 %	3	1
5-10 %	3	0
15-25 %	2	2
30-50 %	6	5
≥50 %	1	7
Total	15	15

Os resultados relativos à avaliação dos indicadores evolutivos, que expressam a capacidade cognitiva da criança, mostram que os dois grupos diferem entre si significativamente (p= 0,0102).

A tabela 6 mostra os resultados relativos aos indicadores emocionais avaliados também por meio do DFH.

Tabela 6- Resultado do DFH- Desenho da Figura Humana (HUTZ; ANTONIAZZI, 1995) no item indicador emocionais. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

Indicadores Emocionais		
Percentil	Crianças portadoras HIV/Aids	Crianças sem doença crônica
25- 30 %	4	1
55-80 %	9	7
≥85 %	2	7
Total	15	15

Fonte: **Hutz e Antoniazzi (1995)**

A comparação entre os dois grupos mostra diferença significativa entre eles (p= 0,0113). Crianças portadoras do HIV tendem a apresentar mais sinais de problemas emocionais que crianças do grupo controle.

5. DISCUSSÃO

Em consonância com os objetivos do trabalho que buscou avaliar, por meio de crianças, pais e/ou cuidadores de crianças portadoras do HIV/Aids, quais são as competências sociais, o desempenho escolar e o desenvolvimento cognitivo e emocional destas crianças, serão analisados os resultados encontrados no presente trabalho em comparação a outros que abordam temática semelhante.

5.1 Habilidades Sociais

No que se refere às habilidades sociais, cuidadores de crianças portadoras do HIV/Aids dizem que elas participam de atividades em grupos, tendo oportunidade de desfrutar de experiências de socialização com familiares e com pares, embora relatassem suas preocupações referentes à restrição de atividades que pudessem facilitar a aquisição de doenças oportunistas ou resultar em danos físicos a criança (SEIDL et al, 2005). Nota-se nestas condutas excesso de cuidado e de proteção em relação à criança, prejudicando seus relacionamentos interpessoais e o desenvolvimento de habilidades sociais. Estas proposições acima vêm ao encontro dos achados desta pesquisa no que se refere às habilidades sociais; não houve diferenças significativas comparando com crianças sem doença crônica, apenas no que se refere a problemas com colegas.

As condições de vida de crianças portadoras de HIV/Aids parecem impor certo distanciamento de seus pares devido às preocupações de seus cuidadores, além de suas rotinas que incluem consultas ambulatoriais, faltas escolares e possíveis internações. Isto faz com que eles não criem vínculos fortes com colegas, evitando o surgimento de problemas nesse relacionamento. Há também a questão do fechamento para novas relações e de troca de experiências que as crianças portadoras do HIV/Aids enfrentam, devido ao estigma trazido por eles e por seus cuidadores. Estudo relata que uma substancial parcela (40-50%) da

população americana ainda acreditava que poderia ser contaminado pelo HIV beijando alguém portador do vírus, além de grande parte dos entrevistados acreditar que beber água no mesmo copo e usar banheiros públicos também pode ser uma forma de transmissão. Estas concepções estão associadas ao fechamento dos portadores do HIV/Aids para relações, vivido tanto por parte deles como de outros membros da sociedade com que convivem (SEIGEL; LEKAS, 2002).

Crianças infectadas apresentam mais problemas sociais, indicando maior dificuldade tanto para buscar quanto para manter relações. Há uma interação entre estas dificuldades no comportamento e as condições ambientais relacionadas à inserção sociocultural dos indivíduos portadores de HIV/Aids. Tal inserção pode ser dificultada tanto por fatores internos ao próprio individuo quanto pela reação do ambiente a esse individuo. As relações sociais, e, portanto, os problemas que nelas podem se manifestar, devem ser enfocadas em uma perspectiva que comporte as diferentes partes envolvidas em dado relacionamento. Desse modo, além de esclarecimentos objetivos à população, torna-se necessário considerar os aspectos mais subjetivos presentes nas crianças infectadas pelo HIV. Deve-se considerar, por exemplo, em relação à questão social, que a família geralmente sente que deve manter segredo sobre sua condição, o que pode levar ao isolamento de amigos e vizinhos e, certamente, constitui maior fonte de estresse para a criança infectada, atingindo o seu relacionamento com pares e colegas (PEDROMÔNICO et al, 2000).

No que se refere a hiperatividade, sintomas emocionais e problemas de comportamento, os resultados desta pesquisa mostram dificuldades dos dois grupos, tanto das crianças portadoras de HIV/Aids, como as crianças sem doença crônica. Este dado nos faz pensar que estas crianças, independentemente da questão da doença crônica, estão encontrando dificuldades para se desenvolverem, como dificuldades relacionadas a concentração, problemas de comportamento e sintomas emocionais. As crianças de ambos os

grupos vivem situações de muitas dificuldades, trazidas pelo contexto socioeconômico em que elas se encontram.

A literatura tem demonstrado que os problemas de desenvolvimento dificilmente podem ser previstos a partir de um único fator de risco (OLIVEIRA, 1998; BUCHAMN; FLOURI, 2001) e que o contexto familiar é uma das principais fontes tanto de recursos para lidar com as adversidades e os desafios do desenvolvimento, quanto de vulnerabilidade a situação de risco.

Transtornos mentais infantis tais como hiperatividade, sintomas emocionais e problemas de comportamento são os mais comuns e são importantes, porque resultam em sofrimento aos jovens e àqueles com quem convivem e, também, porque interferem no desenvolvimento psicossocial e educacional, podendo gerar problemas psiquiátricos e no relacionamento interpessoal na vida adulta. No Brasil, um estudo recente encontrou taxas de aproximadamente 10% desses transtornos mentais infantis em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais carentes (agricultura de subsistência), semelhante à população de classe média dos países desenvolvidos. Entretanto, áreas urbanas e carentes apresentaram taxas mais elevadas, em torno de 20%, sugerindo a presença de outros fatores socioculturais, além do econômico, que diferenciam as duas populações de baixa renda estudadas, como a área rural de subsistência e a favela (FLEITLICH; GOODMAN,2002).

Os altos índices de problemas de comportamento do tipo externalizante predizem o risco para transtornos emocionais e confirmam os achados da literatura, que apresentam este tipo de problema como sendo a manifestação mais comum e persistente de desajustamento na fase escolar, precursor de muitas outras disfunções psicossociais, entre elas distúrbios de conduta na adolescência (BUCHANAN; FLOURI, 2001).

Além de problemas de comportamento nos primeiros anos escolares, a ocorrência de eventos que excedem a capacidade adaptativa da criança pode representar condição de

vulnerabilidade ao risco para o desenvolvimento de transtornos psicossociais futuros (FERRIOLI, 2006).

A gravidade de repercussões dos transtornos mentais na infância e adolescência, assim como as altas taxas principalmente em regiões mais carentes, indicam a necessidade e a importância da implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. Esses serviços devem prioritariamente concentrar-se nas áreas de nível socioeconômico mais baixo, onde as taxas são mais elevadas. Devem também priorizar os transtornos tratáveis mais comuns, oferecendo avaliação diagnóstica e tratamentos padronizados e testados, com o menor custo possível (FLEITLICH; GOODMAN,2002).

Oferecer serviços comunitários para os transtornos mentais mais comuns não elimina a necessidade de serviços hospitalares especializados para uma porcentagem menor de jovens portadores de transtornos mais graves e mais resistentes ao tratamento (por exemplo, adolescentes com transtorno psicótico ou anorexia nervosa). Os serviços comunitários e hospitalares devem coexistir, com o objetivo de complementarem-se. O enfoque comunitário pode e deve dar conta dos casos de simples abordagem e de prevenção, selecionando e priorizando os encaminhamentos aos serviços especializados. No entanto, os tratamentos em centros especializados, que requerem custos mais elevados (especialização e treinamento de profissionais e medicamentos), desoneram os serviços comunitários, que conseguem, assim, sobreviver por mais tempo e com orçamentos relativamente modestos (FLEITLICH; GOODMAN,2002).

5.2 Desempenho Escolar

Sobre o desempenho escolar, não houve diferença entre os grupos avaliados, o que nos faz pensar em algumas considerações sobre o ensino brasileiro. A bibliografia produzida nos

últimos anos sobre os problemas em vários países e também no Brasil é extensa e denuncia de maneira contundente a baixa qualidade educacional oferecida pelos sistemas escolares. Há grande número de pesquisas mostrando que a indisciplina em sala de aula, as precárias condições de trabalho do professor - que assumem também a forma de despreparo profissional para a organização do conteúdo escolar e dos procedimentos didáticos -, o baixo *status* profissional, a baixa remuneração do serviço prestado e as dificuldades para enfrentar eficazmente as características apresentadas pelo corpo discente significam entraves à realização dos ideais propostos para a escola, sobretudo para a escola pública. Todos esses fatores contribuem para a produção do fracasso escolar e da baixa qualidade do ensino, agravados, no Brasil, pelos alarmantes índices de evasão e repetência (MARIN, 1998).

O processo de produção de sua crescente precariedade como instituição de ensino e que revelam equívocos tecnicistas; desinteresse de governantes pela efetiva formação escolar da maioria das crianças e jovens brasileiros; medidas de barateamento do custo-aluno; desvalorização dos educadores sob a forma de baixos salários, formação profissional precária e imposição, por instâncias superiores, de reformas e projetos educacionais. Outros problemas são a política educacional pautada por disputas partidárias e interesse eleitoreiros que produzem repetida descontinuidade técnica e administrativa gerada pela sistemática destruição, a cada governo, do que foi feito pelos antecessores; conseqüências educacionais nefastas da política neoliberal e da interferência de órgãos de agiotagem internacional nos rumos da educação escolar (PATTO, 2007).

Desta forma, a capacidade do aprendizado e do desempenho escolar da criança fica comprometida, já que não há professores, conteúdos satisfatórios nem tampouco uma escola adequada para que eles possam adquirir os conteúdos e assimilá-los.

É preciso resgatar a escola como instituição de ensino de capacidades e informações que, na modernidade, cabe a ela oferecer, como garantia do direito do cidadão ao letramento e

ao saber. Para isso, é necessário pôr em primeiro plano a revalorização dos educadores em três frentes: salário, formação e participação nas decisões que afetarão o seu fazer profissional (PATTO, 2007).

Dificuldades familiares e financeiras associadas a situações adversas vividas em contexto escolar são um fator de risco que, quando agregado a uma predisposição para comportamentos externalizantes, conduz a problemas de comportamento persistentes na escola (RENDE, 1994).

Além disso, a família tem um papel fundamental para o bom desempenho escolar da criança. O envolvimento das mães relativo ao desenvolvimento das crianças também pode ser verificado pelo arranjo de experiências sociais, como passeio familiares, assim como pela oferta de brinquedos e outros materiais promotores de desenvolvimento, como livros e revistas. Dessa forma, são propiciados à criança os recursos essenciais para a implementação de um senso de competência tanto acadêmica como social, favorecendo o maior envolvimento com suas atividades escolares e melhorando o ajustamento em sala de aula (FERRIOLI, 2006).

5.3 Desenvolvimento cognitivo e emocional

Em relação ao desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças portadoras de HIV/Aids, desde que a Aids pediátrica foi descoberta, em 1982, várias pesquisas tem sido realizadas a fim de investigar os comprometimentos cognitivos e emocionais desta população, como foi visto no resultado desta pesquisa. Dificuldades de concentração e linguagem, coordenação motora fina e problemas de comportamentos e atividades acadêmicas foram encontradas. Além disso, estas crianças vivem em famílias com múltiplas dificuldades, como estigma causado pela doença trazido pelos pais, morte de um dos pais e problemas

financeiros, o que dificulta um tratamento adequado para elas (STEELE, R. G., NELSON, T.D., COLE, B.P., 2007).

Além do comprometimento no sistema nervoso central, visto anteriormente, as relações da criança portadora do HIV/Aids com seus familiares são geralmente negociadas em torno da doença e do seu tratamento, já que o estresse está sempre presente nas famílias de pessoas com doenças crônicas, incluindo privações e luto por perdas de pessoas próximas, como os pais. Com as limitações causadas pelo HIV, as rotinas das crianças passam a envolver internações, dificuldades de relacionamento com pares possivelmente causados pelo estigma delas próprias e de seus cuidadores, perdas de entes queridos e dificuldades financeiras. Esse conjunto de circunstâncias pode interferir no desenvolvimento cognitivo e emocional.

Disfunções psicossociais estão associadas a suporte social e escolar empobrecidos. Os prejuízos identificados no desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças portadoras de HIV/Aids estão, na maior parte das vezes, relacionados ao contexto nos quais suas famílias se encontram, com muitas dificuldades econômicas e pouca qualidade de vida (BROWN, L. K; LOURIE, K.J., PAO, M. 2000).

Ainda assim há indicativos de potencial de auto-regulação destas crianças. A auto-regulação é a capacidade que todo organismo vivo tem de auto equilibrar-se, adaptando-se às diferentes condições do meio em que vive. Cabe dizer aqui que resiliência vem a ser um fenômeno que procura explicar os processos de superação de adversidades, mas não se confunde com invulnerabilidade, por que não se trata de resistência absoluta às adversidades (Yunes, 2002). A despeito dos dois grupos avaliados neste trabalho diferirem de forma significativa quanto ao desenvolvimento cognitivo e emocional, verificam-se diferenças individuais que corroboram a noção dessa capacidade de enfrentamento de adversidades.

6. CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que crianças portadoras de HIV/Aids apresentam comprometimento cognitivo e emocional e menos problemas na relação com seus pares, quando comparados com crianças sem doença crônica.

Esses dados parecem confirmar os achados da literatura. Neste sentido, os resultados obtidos ao desenvolvimento emocional e cognitivo de crianças portadoras de HIV/Aids não surpreendem e são coincidentes com a maioria dos estudos analisados.

Porém, não foram encontradas diferenças nos item hiperatividade, sintomas emocionais e problemas de comportamento, que vêm a ser habilidades sociais da criança, já que os dois grupos apresentaram índice superior nestes itens. Esses dados revelam que tanto as crianças portadoras de HIV/Aids como as crianças sem doença crônica apresentam dificuldades para concentração, sintomas emocionais e problemas de comportamento. Este fato pode estar relacionado ao contexto social e econômico em que eles vivem, visto que suas famílias enfrentam dificuldades financeiras e as próprias crianças freqüentam escolas com baixa qualidade. O fato de a criança ser portadora de HIV/Aids isoladamente não diz que ela terá prejuízo nas habilidades sociais, em seu desempenho escolar e no desenvolvimento cognitivo e emocional, mas no conjunto de outros fatores que a envolvem.

As informações obtidas neste estudo podem servir de evidência quanto à necessidade de investimento em programas de saúde mental nas áreas mais pobres destinados a crianças e adolescentes, em especial quando estes enfrentam doenças crônicas. Elas confirmam a concepção de que problemas de saúde mental na infância e adolescência são comuns e prejudicam o desempenho escolar e o relacionamento social, tendem a persistir ao longo do tempo e, o mais importante, que a maioria das crianças com esses problemas não são identificadas e não recebem tratamento adequado.

É importante formar profissionais de saúde mental, captados nas comunidades locais, para que possam oferecer tratamentos simples e efetivos (como grupos de treinamento para pais no manejo de crianças de comportamento difícil), com um baixo custo.

Em última instância, o capital investido pelo Brasil em serviços de saúde mental infantil terá repercussões imediatas, como a diminuição do sofrimento dos jovens e de seus familiares, e ganhos individuais e sociais em longo prazo. A prevenção e o tratamento de transtornos mentais na infância e na adolescência têm impacto concreto no futuro dos jovens, favorecendo a diminuição da criminalidade, do abuso de substâncias, do fracasso, do abandono escolar, do desenvolvimento de transtornos de personalidade e de transtornos mentais na vida adulta, além de propiciar que se desenvolvam com maior capacidade de atuar como pais.

Dados não mostraram diferenças no desempenho escolar das crianças portadoras de HIV/Aids comparando com grupo de crianças sem doença crônica. Estes dados vêm ao encontro a outros estudos. O sistema educacional brasileiro está muito abaixo do esperado de uma educação de qualidade; assim, as dificuldades encontradas nas escolas estão para todas as crianças que se depara com esta realidade. Além disso, a classe social à qual elas pertencem não coopera para que tenham um bom aprendizado e, muitas vezes, seus pais ou cuidadores não estudaram e não conseguem ajudá-las nas tarefas de casa, fato que já foi comprovado que é de extrema importância para que a criança aprenda. Pais que se envolvem com as tarefas da criança em casa e criam um bom vínculo com a instituição de ensino de seus filhos, e que freqüentam a escola e as reuniões têm ganhos no que se refere ao aprendizado destes.

Tendo em vista os comprometimentos encontrados no desenvolvimento das crianças portadoras de HIV/Aids, há muito que ser feito para uma boa assistência psicossocial a esta população. A promoção de capacitação da equipe de saúde que lida com esta população deve ser feita; ela deve estar consciente das dificuldades e limitações que estas crianças encontram em seu dia-dia, intensificando melhores estratégias para o desenvolvimento integral destas.

Programas de treinamento, de curta duração, porém sistemáticos, devem fazer parte do planejamento anual de suas atividades. Fortalecer o médico, o psicólogo, a assistente social, o enfermeiro e os demais profissionais de saúde, para que possam ter um olhar diferenciado a estas crianças. Grupos de alívios de tensão para profissionais, criados nas instituições que atendem os soropositivos, são uma forma de apoio aos mesmos.

No Brasil, embora a preocupação com o tratamento seja uma constante em centros especializados, pouco se tem feito com bebês suspeitos aos riscos associados ao HIV. Provavelmente, serão eles as crianças com problemas futuros como comprometimento cognitivo e emocional. Programas de estimulação de bebês devem ser incluídos nos tratamentos, aumentando as chances de um bom desenvolvimento destas crianças e evitando atrasos futuros, melhorando a qualidade de sobrevivência dessas crianças.

Implicações educacionais, contribuições da educação e da saúde são caminhos viáveis de manutenção ou promoção de uma boa qualidade de vida para essas crianças, seus familiares e profissionais envolvidos tanto nas áreas tanto da saúde como da educação. O apoio psicopedagógico deve ser oferecido às crianças com dificuldades escolares e seus familiares. Profissionais de saúde e educadores devem trabalhar juntos visando minimizar os problemas educacionais destas crianças, buscando alternativas para que ela possa se desenvolver com plenitude. O hospital no qual a criança faz o tratamento deve oferecer parcerias com escolas, núcleos e conselhos tutelares, na tentativa de aumentar as possibilidades de desenvolvimentos emocional, físico e das habilidades sociais da criança, visando a saúde mental delas.

Por fim, os resultados deste estudo indicam possibilidades de novos estudos no que se refere às competências sociais, desenvolvimento cognitivo e emocional de crianças portadoras do HIV/Aids e de crianças sem doença crônica, já que vimos que diversos fatores estão relacionados ao bom ou mau ajustamento destas crianças ao ambiente social, familiar e escolar.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION/ TASK FORCE ON PEDIATRIC AIDS. Pediatric Aids and human immunodeficiency virus infection. **American Psychological Association**, Philadelphia ,v.4, n.2, p. 258-64, 1989.

ARAÚJO, A. P. Q. C. Neurologic findings in brasilian children with human immunodeficiency virus infection. **Pediatric AIDS and HIV infection,** , v.5, n.1, p. 33-4 Larchmont, 1994.

BARBOUR, S. D. Acquired Immunodeficiency syndrome of childhood. **Pediatric clinics North America**, Philadelphia, v.34, n. 247, p. 68-68, 1987.

BRAGHETO, A.C. M.; CARREIRA, A. F. A morte no discurso de crianças portadoras do HIV. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTIFICA DA USP, 11., 2003, Ribeirão Preto. In: **Resumo do 11.o Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo.** Ribeirão Preto, 2003a. 1 CD-ROM.

BRAGHETO, A. C. M.; CARREIRA A. F. A manifestação da pulsão no discurso de crianças infectadas pelo HIV. In: CONIC-CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 4., 2003. Ribeirão Preto. **Resumo do 4 CONIC- Congresso de Iniciação Cientifica e Pesquisa-Universidade de Ribeirão Preto.**Ribeirão Preto, 2003b. p. 101- 102. 1 CD-ROM.

BRAGHETO, A. C. M.; CARREIRA A. F. A sexualidade no discurso de crianças portadoras do HIV. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA USP, 10., 2002, Ribeirão Preto. **Resumo do 10.o. Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo.** Ribeirão Preto, 2002a.

BRAGHETO, A. C. M.; CARREIRA, A. F**.** O discurso de crianças institucionalizadas e portadoras do HIV como uma tentativa de elaboração. In: CONGRESSO DE_INICIAÇÃO CIENTIFICA, 30., 2002, Ribeirão Preto. **Anais de Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2002b. p.95.

BRAGHETO, A. C. M.; CARREIRA; A. F. Sexo e morte no discurso de crianças portadoras do HIV. In: CONGRESSO BRASILEIRO CIÊNCIA E PROFISSÃO, 1., 2002, São Paulo. In: **Resumos do Congresso Brasileiro Ciência e Profissão.** Ribeirão Preto, 2002c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Programa Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004 a.

BRASIL. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS - Ano IV nº 1 - julho a dezembro de 2006/janeiro a junho de 2007**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BROWN, L. K.; LOURIE, K. J.; PAO, M. Children and Adolescent living with HIV and AIDS: A Review. **Journal Children Psychology and Psychiatry**, Cambridge, v. 41, n. 1, p. 81-96, 2000.

BUCHANAN, A.; FLOURI, E. "Recovery" after age 7 from "externalizing" behavior problems: the role of risk and protective clusters. **Children and Youth Services Review**, New York, v.23, n. 12, p. 899-914, 2001.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Orgs.). **Criança hospitalizada:** atenção integral como escuta a vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CURRA, J. W. Epidemiologia da infecção por HIV e Aids/SIDA**.** In: BENETTI, J. C.; PLUM, F. **Tratado de medicina interna.** 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.2037-2043.

CREPALDI, M. A. **Hospitalização na infância:** representações sociais de uma família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos em Unidade Pediátrica. Tese (Doutorado)- Universidade Estadual de Campinas, 1995.

CRITÉRIO Brasil. 2003. Disponível em: < http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf>. Acesso em: 15 maio 2008.

DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais na infância:** teoria e prática. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FALLOON, J.; EDDY, J.; WIENER L. Human immunodeficiency infection in children. **Journal of Pediatrics**, New York, v. 114, p.1-30, 1989.

FARTHING, C.; BROWN, S. E.; STAUGHTON, R. C. D. **Atlas colorido de AIDS e da doença do HIV**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FERRIOLI, S. H. T. **Indicadores de risco e de proteção ao desenvolvimento do escolar:** crianças e famílias atendidas em um Programa de Atenção Primária e Saúde da Família. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2002 .

GALLAR, M. **El paciente ante la enfermedad**: promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.Espanha: Editora Paraninfo, 1998.

GOODMAN, R. The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. **Journal Child Psychology Psychiatric**, Cambridge, v. 40, n.05, p. 791- 799, 1999.

HARRISON, T., HALL, J. The nursing care of children with HIV: related disease. In: CLAXTON, R.; HARRISON, T. **Caring for children with HIV and AIDS.** Londres: Edward Arnold, 1992. p 93-109.

HUTZ, C. S.; ANTONIAZZI, A. S. O desenvolvimento do desenho da figura humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: normal para avaliação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.3-18, 1995.

LAMBERT, J. S.; NOGUEIRA, S. A.; ABREU, T. F. **Manual para o acompanhamento da criança infectada pelo HIV**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1999.

LEANDRO-MERHI, V. A.; SILVA, M. T. N.; VILELA, M. M. S.; BARROS, F. A. A. Características do crescimento de crianças infectadas com o vírus da imunodeficiência Humana. **Revista Pediatria São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2001.

LEDLIE, S. W. The psychosocial of children with perinatally acquired HIV disease becoming adolescent: A growing affected by disease. **Journal of Pediatric Psychology**, Oxford, v. 26, p.359- 361, 2001.

LOUREIRO, S. R. Aprendizagem Escolar: avaliação de aspectos afetivos. FUNAYAMA, C. A. R. (Ed.). **Problemas de aprendizagem**: enfoque multidisciplinar. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 41-59.

MARTÍN, E.; MARCHESI, A. Da terminologia do distúrbio as necessidades educacionais especiais. In: COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. (Orgs.). **Desenvolvimento psicológico e educação**: necessidades educativas especiais e aprendizado escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.7-35.

MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; PARREIRA, V. I.C. Problemas emocionais e comportamentais associados à dificuldade escolar. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 161-175, 1993.

MARTURANO, E. M.; LOUREIRO, S. R. O desenvolvimento emocional e as queixas escolares. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem.** Campinas: Alínea, 2003.

MARIN, A. J. A glance at the teachers: challenges in facing school realities. **Caderno CEDES** , Campinas, v. 19, n. 44, 1998.

MASTEN, A. S. Ordinary magic: resilience processes in development. **American Psychologist**, Washington, v. 56, n. 3, p.227- 238, 2001.

MASTEN, A. S.; COATSWORTH, J. D. The development oh competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. **American Psychologist**, Washington, v. 53, p. 205- 220, 1998.

MCKINNEY, J. R. Abnormalites in Growth and Development In: PIZZO, P. A., WILFERT, C. M. **Pediatric AIDS- The Challenge of HIV infection in Infants, Children, and Adolescents.** Philadelphia: Willinams & Wilkins, 1999.

MOREIRA, M. C. N.; CUNHA, C. C. Repensando as práticas e dilemas no cotidiano de atenção à saúde de crianças e jovens vivendo com HIV/AIDS. **Divulgação em Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, n. 29, p. 73-92, 2003.

NOZYCE, M.L.; LEE, S.S.; WIZNIA, A.; NACHMAN, S; MOFENSON, L. M.; SMITH, M.E.; YOGEV, R.; MCINTOSH, K.; STANLEY, K.; PELTON, S. A Behavioral and cognitive profile oh clinically stable HIV- Infected children. **Pediatrics,** New York, v. 11, n.3, p.763- 770, 2006.

OLIVEIRA, A. G. C. **Convivendo com a doença crônica da criança: a experiência a família.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

PAPALIA, D. E. ; OLDS, S. W. ; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PATTO, M. H. S. "Escolas vazias, cadeias cheias" nota sobre as raízes ideológicas do pensamento educacional brasileiro. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.21, n. 61, 2007.

PEDRO, E. N. R. Vivências e (con) vivências de crianças portadoras do HIV/ AIDS e seus familiares: implicações Educacionais. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n. 1, p.62-71, 2003.

PEDROMÔNICO, M. R. M.; VENSKE, S.; DUARTE, C. S., SUCCI, R. M. Problemas de comportamento em filhos de mães portadoras de HIV. In: SIMPÓSIO PAULISTA SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL, 1., 2000, São Paulo**. Anais do simpósio paulista sobre desenvolvimento infantil,** São Paulo, 2000.

PEDRÔMONICO, M. R. M. Instrumentos de triagem e vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 6 anos. In: MENDES, E.G., ALMEIDA, M. A. **Temas em educação especial,** São Carlos: Editora UFSCar, p. 325-30, 2004.

PERRIN, E. C.; GERRITY, S. Development of Children with a Chronic Illness. **Pediatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 31, n.1, 1984.

RENDE, R. The stress of first grade and its relation to behavior problems in school. In: FRIES, J. C. de; PLOMIN, R.; D.W. FULLKER (Orgs.). **Nature and nuture during middle childhood**. Oxford: Blackwell, 1994. p.152-164.

RUTTER, M. Psychossocial resilience and protective mechanisms. **American Orthopsychiatric Association,** Washington, v.57, n.3, p. 316- 331, 1987.

_____ Pathways from childhood to adult life. **Journal of Psychology and Psychiatry**, Londres, v.30, p. 23-51, 1989.

SAMEROFF, A. J. Development systems and psychopatology. **Development and Psychopathology**, Lowa, v.12, p. 297- 312, 2000.

STEELE, R. G.; NELSON, T. D.; COLE, B. P. Psychosocial functioning of children with AIDS and HIV infection: review of the literature from a socioecological framework. **Journal of Development & Behavioral Pediatrics**, Philadelphia, v. 28, 58-69, 2007.

SEIDL, E. M. F.; ROSSI, W. S.; VIANA, K. F.; MENESES A. K. F.; MEIRELES, E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/ AIDS e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 3, 2005.

SIEGEL, K.; LEKAS, H. M. Aids as a chronic illness: psychosocial implications. **AIDS,** Londres, v.16, p. 69-76, 2002.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1975.

SIQUEIRA, E. A criança vivendo com HIV/ AIDS. **Ação Anti-Aids, Encarte Brasil**, n. 42, 1998.

SPIEGEL, L.; MAYRES, A. Psychossocial aspects of AIDS in children and adolescents. **Pediatric clinics north America**, Philadelphia, v. 38, n.1, p.153- 67, 1991.

STEIN, L.M. **Teste de Desempenho Escolar-TDE**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

STONEBUMER, R. L., SATO, P.; BURTON, A. e cols. The global HIV pandemic. **Acta Pediátrica**, Oslo, v.83, p.1-4, 1994.

VENSKE, S.; SUCCI, R. C.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Crianças com SIDA: efeitos da Terapia antiretroviral no desenvolvimento cognitivo**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, 2001.

WEITZAMN, M. Scholl and peer relations**. Pediatric clinics of north America**, Philadelphia, v. 31, n. 1, 1984.

VALLE, E. R. M.; FRANÇOSO, L. P. C. Psicologia e Enfermagem: a questão do adoecer. **Revista Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 15, n. 20, p.61-70, 1997.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. TAVARES, J. (Org**). Resiliência e educação.** São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, M. A. M. Resiliência: o foco no indivíduo e na família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA, n1, 2002, São Paulo. **Anais**. **do Congresso Brasileiro de Psicologia**.São Paulo: Editora, 2002.

UNIAIDS, 2007. Disponível em: <http://www.uniaids.org>. Acesso em: 20 jan. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Resultados brutos do SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (GOODMAN, 1999).

Desempenho/ Pontuação **Crianças portadoras HIV/ Aids**	**Resultado**	**Desempenho/ Pontuação** **Crianças sem doença crônica**	**Resultado**
Sintomas emocionais- 6 Problemas de comportamento- 3 Problema com colegas- 4 Hiperatividade- 7	**Anormal**	Sintomas emocionais- 4 Problemas de comportamento- 2 Problema com colegas- 4 Hiperatividade-2	**Normal**
Sintomas emocionais- 7 Problemas de comportamento- 0 Problema com colegas- 0 Hiperatividade- 6	**Normal**	Sintomas emocionais- 8 Problemas de comportamento- 4 Problema com colegas- 2 Hiperatividade- 6	**Anormal**
Sintomas emocionais- 3 Problemas de comportamento- 2 Problema com colegas- 1 Hiperatividade- 2	**Normal**	Sintomas emocionais- 1 Problemas de comportamento- 1 Problema com colegas- 3 Hiperatividade- 6	**Normal**
Sintomas emocionais- 10 Problemas de comportamento- 4 Problema com colegas- 2 Hiperatividade- 4	**Anormal**	Sintomas emocionais- 6 Problemas de comportamento- 8 Problema com colegas- 6 Hiperatividade- 7	**Anormal**
Sintomas emocionais- 2 Problemas de comportamento- 6 Problema com colegas- 0 Hiperatividade- 9	**Anormal**	Sintomas emocionais- 0 Problemas de comportamento- 0 Problema com colegas- 0 Hiperatividade- 10	**Normal**
Sintomas emocionais- 4 Problemas de comportamento- 2 Problema com colegas- 0 Hiperatividade- 3	**Normal**	Sintomas emocionais- 4 Problemas de comportamento- 2 Problema com colegas- 2 Hiperatividade- 3	**Normal**
Sintomas emocionais- 6 Problemas de comportamento- 4 Problema com colegas- 3 Hiperatividade- 2	**Limítrofe**	Sintomas emocionais- 7 Problemas de comportamento- 6 Problema com colegas- 5 Hiperatividade- 10	**Anormal**
Sintomas emocionais- 8 Problemas de comportamento- 6 Problema com colegas- 7 Hiperatividade- 8	**Anormal**	Sintomas emocionais- 6 Problemas de comportamento- 4 Problema com colegas- 4 Hiperatividade- 6	**Anormal**

Desempenho/ Pontuação **Crianças portadoras HIV/ Aids**	**Resultado**	**Desempenho/ Pontuação** **Crianças sem doença crônica**	**Resultado**
Sintomas emocionais- 4 Problemas de comportamento- 2 Problema com colegas- 2 Hiperatividade- 8	**Anormal**	Sintomas emocionais- 4 Problemas de comportamento- 2 Problema com colegas- 2 Hiperatividade- 0	**Normal**
Sintomas emocionais- 5 Problemas de comportamento- 3 Problema com colegas- 0 Hiperatividade- 1	**Normal**	Sintomas emocionais- 4 Problemas de comportamento- 6 Problema com colegas- 5 Hiperatividade- 5	**Anormal**
Sintomas emocionais- 1 Problemas de comportamento- 3 Problema com colegas- 3 Hiperatividade- 4	**Normal**	Sintomas emocionais- 5 Problemas de comportamento- 7 Problema com colegas- 8 Hiperatividade-7	**Anormal**
Sintomas emocionais- 2 Problemas de comportamento- 8 Problema com colegas- 1 Hiperatividade- 5	**Anormal**	Sintomas emocionais- 4 Problemas de comportamento- 0 Problema com colegas- 1 Hiperatividade- 0	**Normal**
Sintomas emocionais- 5 Problemas de comportamento- 4 Problema com colegas- 0 Hiperatividade- 6	**Anormal**	Sintomas emocionais- 7 Problemas de comportamento- 0 Problema com colegas- 0 Hiperatividade- 4	**Normal**
Sintomas emocionais- 2 Problemas de comportamento- 0 Problema com colegas- 2 Hiperatividade- 4	**Normal**	Sintomas emocionais- 7 Problemas de comportamento- 7 Problema com colegas- 2 Hiperatividade- 8	**Anormal**
Sintomas emocionais- 4 Problemas de comportamento- 0 Problema com colegas- 0 Hiperatividade- 2	**Normal**	Sintomas emocionais- 3 Problemas de comportamento- 0 Problema com colegas- 3 Hiperatividade- 6	**Normal**

APENDICE 2- Resultados brutos DFH - Desenho da Figura Humana (HUTZ; ANTONIAZZI, 1995

DFH - Desenho da Figura Humana

Item Evolutivo		**Indicadores Emocionais**	
Crianças portadoras HIV/ Aids	**Crianças sem doença crônica**	**Crianças portadoras HIV/ Aids**	**Crianças sem doença crônica**
50	25	70	85
50	60	85	80
50	3	70	70
6	50	30	75
7	35	50	70
4	65	75	85
50	65	75	75
50	65	70	90
3	55	70	50
55	50	85	85
4	15	70	85
25	45	80	70
5	35	30	80
25	85	80	85
30	65	50	90

ANEXOS

ANEXO A- SDQ- QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES DA CRIANÇA

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança ..... Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	☐	☐	☐
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Frequentemente briga com outras crianças ou as amendronta	☐	☐	☐
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	☐	☐	☐
É gentil com crianças mais novas	☐	☐	☐
Frequentemente engana ou mente	☐	☐	☐
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	☐	☐	☐
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	☐	☐	☐
Pensa nas coisas antes de fazê-las	☐	☐	☐
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	☐	☐	☐
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	☐	☐	☐
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	☐	☐	☐

Voce tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim - pequenas dificuldades	Sim - dificuldades bem definidas	Sim - dificuldades graves
☐	☐	☐	☐

Se você respondeu "sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
Dia-a-dia em casa	☐	☐	☐	☐
Amizades	☐	☐	☐	☐
Aprendizado escolar	☐	☐	☐	☐
Atividades de lazer (passeios, esportes etc.)	☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

Nome completo (em letra de forma) ..... Data .....

Mãe / pai / outro (especifique)

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 1999

Interpretando a Pontuação dos Sintomas e Definindo "caso"

As bandas provisionais como mostradas abaixo foram escolhidas para que pelo menos 80 % das crianças na comunidade sejam normais, 10% limítrofes e 10% anormais. Em um estudo em que a amostra seja de **alto risco**, onde os falsos positivos não são a nossa maior preocupação, os **"casos"** podem ser identificados pela **pontuação alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudo em que a amostra seja de **baixo risco**, onde o mais importante é reduzir a taxa de falsos positivos, os **"casos"** podem ser identificados através de **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

	Normal	Limítrofe	Anormal
Completado pelos Pais			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Conduta	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperatividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pro-social	6 - 10	5	0 - 4
Completado pelo Professor			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Conduta	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperatividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pro-social	6 – 10	5	0 - 4

Gerando e Interpretando a Pontuação do Suplemento de Impacto

Quando usada a versão do SDQ que inclui o "Suplemento de Impacto", os itens sobre estresse em geral e prejuízo (perda) em geral poderão ser adicionados para gerar um resultado que varie de 0 a 10 na versão do questionário preenchida pelos pais e de 0 a 6 na versão preenchida pela professor.

	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
Avaliação dos pais				
Dificuldades incomodam ou aborrecem a criança	0	0	1	2
Interferem no dia-a-dia em casa	0	0	1	2
Interferem nas amizades	0	0	1	2
Interferem no aprendizado escolar	0	0	1	2
Interferem nas atividades de lazer	0	0	1	2
Avaliação do professor				
Dificuldades incomodam ou aborrecem a criança	0	0	1	2
Interferem nas amizades	0	0	1	2
Interferem no aprendizado escolar	0	0	1	2

As respostas às questões de **cronicidade** e **peso para os outros** não estão incluídas no Suplemento de Impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido "não" para a primeira questão no suplemento de impacto (i.e. quando eles não perceberem a si próprios como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), eles não terão que responder às questões sobre estresse ou interferência no dia a dia; a pontuação de impacto será automaticamente considerada zero nesta circunstâncias.

Quando a pontuação do Suplemento de Impacto for igual ou maior que 2 será considerado anormal, o resultado de 1 é limítrofe e o resultado de 0 é normal.

Pontuando o Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Pais / Professores

Os 25 itens do SDQ são compostos de 5 escalas com 5 itens cada. Geralmente é mais fácil pontuar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. *Mais ou menos verdadeiro* é normalmente calculado como 1, enquanto *falso* e *verdadeiro* variam conforme o item, como aparece abaixo, escala por escala. Para cada uma das 5 escalas a pontuação pode variar de 0 a 10 se todos os 5 itens forem completados. O resultado de cada escala pode ser avaliado se ao menos 3 itens foram completados.

Escala de Sintomas Emocionais	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Muitas vezes queixa-se de dor de cabeça ...	0	1	2
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado	0	1	2
Frequentemente parece triste, deprimido ou choroso	0	1	2
Fica nervoso quando enfrenta situações novas ...	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	0	1	2

Escala de Problemas de Conduta	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	0	1	2
Geralmente é obediente ...	2	1	0
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	0	1	2
Frequentemente mente ou engana	0	1	2
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	0	1	2

Escala de Hiperatividade	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Inquieto/a, hiperativo/a, não consegue ficar parado/a ...	0	1	2
Está constantemente irrequieto ou agitado	0	1	2
Distrai-se facilmente, perde a concentração	0	1	2
Pensa antes de agir	2	1	0
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	2	1	0

Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
É solitário, prefere brincar sozinho	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/a	2	1	0
Em geral, é querido por outras crianças	2	1	0
É perseguido ou atormentado por outras crianças	0	1	2
Relaciona-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2

Escala de Comportamento Pro-social	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	0	1	2
Tem boa vontade em compartilhar ...	0	1	2
Mostra-se prestativo se alguém parece magoado ...	0	1	2
É gentil com crianças mais novas	0	1	2
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas ...	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades

É gerada pela soma dos resultados de todas as escalas exceto a escala de sociabilidade. O resultado pode variar de 0 a 40. A pontuação geral pode ser considerada se ao menos 12 dos 20 itens relevantes foram completados.

ANEXO B – DFH- DESENHO DA FIGURA HUMANA

Dê à criança uma folha de papel sulfite, lápis preto e borracha. (Não é para colorir os desenhos)

Peça a ela que desenhe uma pessoa. Depois que ela terminou você vai fazer algumas perguntas sobre a pessoa que ela desenhou. (v. abaixo) Depois diga para desenhar uma pessoa do outro sexo daquela que ela desenhou antes e, em seguida, faça as mesmas perguntas em relação a esse outro desenho.

Questões

Qual a idade dessa pessoa?
Onde ela está?
O que está sentindo?
Do que ela gosta?
Do que ela não gosta?
Ela tem boa saúde?
Do que ela tem medo?
O que vai acontecer com ela?
O que a faria mais feliz?
Quais são os três maiores desejos dela?
Principais defeitos?
Principais qualidades?
De que parte do corpo ela mais gosta?
De que parte do corpo ela menos gosta?

Nome:_____Idade:_____Data_____

Cotação do Desenho da Figura Humana-DFH

Item Evolutivo-Nível de Maturidade Mental

1. Cabeça		15. Braços para baixo	
2. Olhos		16.Cotovelo	
3. Pupilas		17.Dedos	
4.Sobrancelhas ou cílios		18.Números correto de dedos	
5. Narinas		19.Pernas	
6.Boca		20.Pernas em 2 dimensões	
7.Dois lábios		21. Joelho	
8.Orelha		22. Pés	
9.Cabelo		23. Pés em 2 dimensões	
10.Pescoço		24. Perfil	
11. Corpo ou tronco		25.Roupa (0 ou 1)	
12. Braços		26. Roupa (2 ou 3)	
13. Braços em 2 dimensões		27. Roupa (4 ou mais)	
14. Braços Unidos ao ombro		28. Boas proporções	

Total= _____
Percentil=_____

Indicadores Emocionais

1. Integração pobre das partes		6. Figura Inclinada (mais de 15 graus)	
2. Sombreamento do rosto		7. Figura pequena (5 cm ou menos)	
3. Sombr. Do corpo ou membros		8. Figura grande (23 cm ou mais)	
4. Sombr. das mãos ou pescoço		9. Transparência evidente em princ. partes do corpo	
5. Assimetria grosseira dos membros			

Total= _____

Indicadores Emocionais-Detalhes Especiais

10. Cabeça grande (maior que 1/10 da fig.)		17. Mãos cortadas	
11. Olhos cruzados ou opostos		18. Pernas fechadas (apertadas)	
12. Dentes		19. Genitais	
13. Braços curtos		20. Figura monstruosa ou grotesca	
14. Braços compridos		21. 3 ou mais figuras desenhadas	
15. Braços colados ao corpo		22. Nuvens	
16. Mãos grandes (maior que o rosto)			

Total= _____

ANEXO C- CRITÉRIO BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas.**

SISTEMA DE PONTOS

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginasial incompleto	1
Ginasial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – www.abep.org – abep@abep.org
Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2000 - IBOPE

1

ANEXO D- DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DAS CLINICAS- FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

HC 50 anos USP - RIBEIRÃO assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 28 de fevereiro de 2007

Ofício nº 600/2007
CEP/MGV

Prezada Senhora,

O projeto de pesquisa intitulado: **"CRIANÇAS PORTADORAS DO HIV/AIDS: DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPETÊNCIA SOCIAL",** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 241ª Reunião Ordinária realizada em 26/02/2007, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,** de acordo com o Processo HCRP nº 12745/2006. *Lembramos que devem ser encaminhados a este CEP relatórios semestrais e relatório final da pesquisa.*

Atenciosamente.

DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ANA CRISTINA MAGAZONI BRAGHETO
PROFª. DRª. ANA MARIA PIMENTA CARVALHO(Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HC e FMRP-USP- Campus Universitário
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO E- TERMOS DE CONSENTIMENTOS LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós somos pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e trabalhamos num projeto que visa compreender o desenvolvimento emocional e as competências sociais das crianças portadoras do HIV/ AIDS.

O objetivo do nosso trabalho é conhecer no jeito de ser da criança o que a deixa mais forte ou mais frágil para enfrentar situações difíceis na vida.

Visto que seu (sua) filho (a) é portador do HIV/ AIDS ele poderá, com outras crianças, constituir um grupo, que, comparado com outras crianças que não são portadoras do HIV/ AIDS, poderemos conhecer suas características emocionais e suas competências sociais. O trabalho será realizado na escola em que seu filho estuda em quatro encontros semanais de, aproximadamente, 30 minutos de duração.

Dessa forma, sua colaboração é muito valiosa e sua permissão para que seu (sua) filho (a) participe deste estudo é fundamental.

Antes esclarecemos que se o senhor (a) aceitar participar do estudo:

a) O senhor (a) deverá responder um questionário contendo algumas perguntas sobre os hábitos e comportamentos do seu filho (a);

b) A criança pelo qual o (a) senhor (a) é responsável irá responder alguns questionários e fazer desenhos para que possamos conhecê-lo melhor;

c) Todas as informações, tanto dos questionários quanto dos desenhos serão mantidas em sigilo, sendo que serão utilizadas apenas para este estudo;

d) As informações coletadas no presente trabalho poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico;

e) Não será possível identificar as crianças e assim poderemos garantir completo sigilo;

f) A participação da criança é inteiramente voluntária; sem nenhum tipo de pressão;

g) Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo.

Considerando as questões acima:

Eu, _____,

responsável por _____,

autorizo-o a participar deste estudo, sendo que a sua participação é inteiramente voluntária e ele está livre para em qualquer momento desistir da participação , sem nenhum prejuízo para ele.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Assinatura do responsável: _____

Data: _____

Assinatura dos coordenadores:

_____ _____

Ana Cristina Bragheto Ana Maria Pimenta Carvalho

Caso tenha alguma dúvida e queira mais esclarecimentos o (a) senhor (a) poderá ligar para 3602-3427 e falar com Ana Maria Pimenta Carvalho (Orientadora da aluna Ana Cristina Bragheto) na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto ou para 3623-57-52 e falar com Ana Cristina Bragheto, aluna de Enfermagem e responsável pelo projeto.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós somos pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e trabalhamos num projeto que visa compreender o desenvolvimento emocional e as competências sociais das crianças portadoras do HIV/ AIDS. Para tanto, precisamos conhecer crianças que não desenvolveram o HIV/ AIDS e compará-las às que já são portadoras.

O objetivo do nosso trabalho é conhecer no jeito de ser da criança o que a deixa mais forte ou mais frágil para enfrentar situações difíceis na vida.

Visto que seu (sua) filho (a) não é portador do HIV/ AIDS ele poderá, com outras crianças, constituir um grupo de comparação com as crianças portadoras do HIV/ AIDS parara conhecermos suas características emocionais e suas competências sociais. O trabalho será realizado na escola em que seu filho estuda em quatro encontros semanais de, aproximadamente, 30 minutos de duração.

Dessa forma, sua colaboração é muito valiosa e sua permissão para que seu (sua) filho (a) participe deste estudo é fundamental.

Antes esclarecemos que se o senhor (a) aceitar participar do estudo:

a) O senhor (a) deverá responder um questionário contendo algumas perguntas sobre os hábitos e comportamentos do seu filho (a);

b) A criança pelo qual o (a) senhor (a) é responsável irá responder alguns questionários e fazer desenhos para que possamos conhecê-lo melhor;

c) Todas as informações, tanto dos questionários quanto dos desenhos serão mantidas em sigilo, sendo que serão utilizadas apenas para este estudo;

d) As informações coletadas no presente trabalho poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico;

e) Não será possível identificar as crianças e assim poderemos garantir completo sigilo;

f) A participação da criança é inteiramente voluntária; sem nenhum tipo de pressão;

g) Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo e caso haja qualquer problema nos responsabilizamos por buscar solucioná-lo.

Considerando as questões acima:

Eu, _____,

responsável por _____,

autorizo-o a participar deste estudo, sendo que a sua participação é inteiramente voluntária e ele está livre para em qualquer momento desistir da participação , sem nenhum prejuízo para ele.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Assinatura do responsável: _____

Data: _____

Assinatura dos coordenadores:

_____ _____

Ana Cristina Bragheto Ana Maria Pimenta Carvalho

Caso tenha alguma dúvida e queira mais esclarecimentos o (a) senhor (a) poderá ligar para 3602-3427 e falar com Ana Maria Pimenta Carvalho (Orientadora da aluna Ana Cristina Bragheto) na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto ou para 3623-57-52 e falar com Ana Cristina Bragheto, aluna de Enfermagem e responsável pelo projeto.