

ORIENTAÇÃO VOCACIONAL E INDIVÍDUOS PORTADORES DE HIV/SIDA

(2008)

Joana Mafalda Batista Sobral

Psicóloga licenciada pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. Mestranda em Consulta Psicológica de Jovens e Adultos na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Contactos:

joanabsobral@gmail.com

RESUMO

Este artigo surge na tentativa de dar resposta às necessidades particulares de indivíduos portadores de VIH/SIDA que se encontram desempregados, apresentando um projecto de Consulta Psicológica e Orientação Vocacional. Far-se-á, inicialmente, uma breve caracterização da doença seguida da sua contextualização em Portugal, segundo os relatórios de saúde mais recentes. Em seguida avançar-se-á com uma análise psicológica das implicações da doença para a vida em geral, salientando-se as repercussões específicas da mesma para o domínio vocacional. Por último, apresentam-se as dimensões estruturantes consideradas basilares para um projecto desta natureza dirigido a esta população específica.

Palavras-chave: orientação vocacional, HIV/SIDA

O que é a SIDA?

O Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Este vírus ataca o sistema imunitário do organismo, destruindo a sua capacidade de se defender face a outras doenças. Podemos assim distinguir entre pessoas infectadas pelo VIH e pessoas com SIDA. Tal como no caso de outras infecções, o sistema imunitário de uma pessoa infectada pelo VIH produz anticorpos contra este vírus, os quais se detectam através de uma simples análise ao sangue. A presença destes anticorpos determina a

seropositividade de uma pessoa. Ser seropositivo não significa ter sinais ou sintoma da doença, podendo a pessoa aparentar um estado saudável durante um período de incubação do vírus que pode prolongar-se por vários anos. No entanto, estando esta pessoa infectada, isto é, estando o vírus presente no seu organismo, poderá transmiti-lo a outras pessoas (o VIH transmite-se através do sangue, secreções sexuais e da mãe infectada para o filho, quer durante a gravidez, parto ou amamentação). A SIDA propriamente dita só aparece mais tarde, relacionando-se com a degradação progressiva do sistema imunitário e a concomitante diminuição das defesas. Esta doença é diagnosticada a partir do momento em que aparecem das denominadas doenças oportunistas e mediante a realização de análise clínicas específicas.

Como Berry e Hunt (2004) defendem, podemos pensar na progressão do VIH/SIDA como um continuum, cujo início corresponde à entrada do vírus no organismo, pelas diversas vias, culminando posteriormente com o diagnóstico de SIDA. O período de tempo entre a entrada do VIH no organismo e o diagnóstico de SIDA pode variar tendo em conta os cuidados e apoios que a pessoa tiver, nomeadamente, evitar re-infectar-se, higiene pessoal, acompanhamento e tratamentos médicos adequados, bem como apoio de pessoas significativas. Durante esta fase os indivíduos podem ser considerados sintomáticos ou assintomáticos, no caso de exibirem, ou não, uma variedade de doenças e infecções (Hedge e Sherr, 1995). Sabe-se, actualmente, que a utilização correcta de medicamentos que retardam a multiplicação do vírus conjugados com medicamentos que previnem as doenças oportunistas pode retardar por vários anos o aparecimento da SIDA, percebendo-se assim a importância de os seguir rigorosamente. Os sintomas podem variar de pessoa para pessoa, sendo que a maioria apresenta fadiga, perda de peso, problemas de pele e pneumonia (Berry e Hunt, 2004). Há medida que a carga infecciosa, isto é, a quantidade de VIH encontrada no sangue, aumenta e o nível de glóbulos brancos (que ajudam o sistema imunitário a funcionar correctamente) diminui, os sintomas vão-se tornando, progressivamente, mais intensos, podendo estender-se a febres prolongadas, suores nocturnos, diarreia, dores de cabeça, dificuldades respiratórias, dificuldades na deglutição e problemas de visão, dificuldades de concentração e perturbações na memória a curto prazo. (Berry e Hunt, 2004). A partir do momento em que é diagnosticada SIDA a pessoa manterá o mesmo diagnóstico, mesmo na ausência destes sintomas.

Actualmente o tratamento usado para combater a SIDA baseia-se numa combinação de medicamentos denominada Terapia Antiretroviral, uma vez que engloba medicamentos inibidores de RT e de enzimas proteolíticas, reduzindo o risco da progressão de HIV e morte (Berry e Hunt, 2004). No entanto, apesar destes benefícios esta terapia requiere um compromisso para toda a vida o que, além de poder ser demasiado exigente para os seropositivos, acarreta alguns efeitos secundários indesejáveis. Além disto, o horário de toma dos medicamentos interfere significativamente com a sua rotina diária, exige ausência de consumo de outro tipo de drogas, restrição alimentar, implicações cognitivas e défices de memória bem como exposição, aquando da toma, da sua condição de doentes (Berry e Hunt, 2004). Centrando-nos no impacto

que os medicamentos podem ter no domínio laboral, salienta-se como principal efeito, a interferência na sua disponibilidade quer para tomar os medicamentos quer para comparecer a consultas médicas (Berry e Hunt, 2004).

A SIDA em Portugal

Segundo o último Relatório NORTE 2015 no âmbito da Saúde, realizado em parceria com a Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte e o Conselho Regional do Norte, “A SIDA em Portugal representa hoje um dos principais problemas de saúde, não só pelo impacto que a doença representa para os indivíduos, que vêm a sua esperança e qualidade de vida reduzirem-se de forma drástica, mas também pelos elevados custos, directos e indirectos, que incidem sobre as famílias e a sociedade em geral” (Gonçalves, 2005). O primeiro caso clínico de infecção pelo VIH em Portugal foi diagnosticado em Outubro de 1983, no entanto, e segundo os dados mais recentes, apresentados num relatório pela responsabilidade do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde, em colaboração com a Coordenação Nacional Para a Infecção VIH/SIDA, em 31 de Dezembro de 2005 existiriam já 28 370 casos de infecção VIH / SIDA nos diferentes estádios. Segundo a ONU, Portugal é o segundo país da União Europeia com mais casos de SIDA. Mesmo assim, salienta-se que a doença poderá estar subavaliada, quer pela subnotificação de casos, quer pelo elevado número de pessoas que ainda não realizaram o teste de despistagem do VIH.

Após uma breve caracterização da doença, e tendo em conta a sua representatividade no país, torna-se evidente que se trata de uma realidade que afecta um considerável número de pessoas e que, como tal, não poderá ser ignorada. Apresentar-se-á, em seguida, uma análise psicológica das implicações da SIDA salientando-se as repercussões que a mesma poderá ter no domínio vocacional.

Análise psicológica do VIH/SIDA como questão vocacional

Aquando dos primeiros diagnósticos da SIDA o trabalho dos psicólogos com este tipo de doentes era muito limitado no tempo, uma vez que se tratava de uma doença fatal. Como tal, estes limitavam-se a ajudar as pessoas a aprender a viver com uma doença terminal (Berry e Hunt, 2004). Durante os primeiros tempos de emergência da SIDA, os indivíduos só tomavam conhecimento da sua condição quando já se encontravam gravemente doentes, e, como tal, impedidos de trabalhar (Hedge e Sherr, 1995). No entanto, e dado os desenvolvimentos nos tratamentos médicos dos últimos anos, actualmente a SIDA passou a ser uma doença crónica. Actualmente, as pessoas portadoras de VIH, especialmente as que têm acesso a tratamento médicos adequados, vivem mais tempo e com mais saúde (Berry e Hunt, 2004). Assim, “a mudança do VIH/SIDA de doença mortal para doença crónica prolongada no tempo criou uma necessidade de atenção para o processo de viver com, em vez de morrer com, esta doença”

(Barrio e Shoffner, 2005, p. 326) De facto, os novos medicamentos melhoraram a função imunitária, reduziram a mortalidade, diminuíram os sintomas e melhoraram a qualidade de vida (Martin, Chernoff e Buitron, 2005). Assim, e para estas pessoas, a inserção no mundo do trabalho torna-se, cada vez mais, uma opção viável e desejável, podendo traduzir-se em mudanças significativas nos domínios financeiro, social, emocional, promovendo o seu bem estar psicológico, e contribuindo para sua motivação (Berry e Hunt, 2004).

Tal como avança Conyers (2005, p. 67) “uma das maneiras mais úteis de compreender muitos dos avanços e desafios no que diz respeito à reabilitação vocacional de indivíduos com VIH/SIDA é ver esta doença através de uma perspectiva de uma incapacidade emergente”, isto é, uma doença que apareceu recentemente na população e que aumentou rapidamente na sua incidência. De facto, as questões psicológicas com que se defrontam indivíduos com SIDA são muito parecidas com as de indivíduos com outros tipos de doenças crónicas, sendo, no entanto acrescidas do estigma que está normalmente associado a esta doença (Berry e Hunt, 2004), especialmente dada a associação com o tipo de transmissão pela via sexual e consumo de drogas. Assim, e apesar dos aspectos relacionados com o trabalho para as pessoas que vivem com VIH serem semelhantes aos de outras perturbações físicas e psicológicas, “a natureza crónica, imprevisível e estigmatizante desta doença implica uma atenção especial às preocupações e necessidades específicas desta população” (Barrio e Shoffner, 2005, p. 326).

Tal como Guerra (1998, p. 33) afirma “se cada ser humano tem a sua individualidade própria, é provável que se encontrem reacções diversas quando da informação da sua seropositividade”. A sua reacção depende, então, do indivíduo, mas também de vários aspectos psicossociais, neuropsiquiátricos e orgânicos (Guerra, 1994). De facto, vários autores salientam que um dos melhores preditores da saúde mental de uma pessoa a quem é diagnosticada SIDA é mesmo a sua saúde mental antes da doença (Guerra, 1998). Estudos referenciados pela mesma autora diferenciam, ainda, aspectos psicológicos característicos da população homo e heterossexual, bem como toxicod dependente. No entanto, e de uma forma geral, pode indicar-se que a um estado inicial de choque, seguem-se a incerteza e ansiedade, as alterações ao estilo de vida, modificações da rotina (Hedge e Sherr, 1995; Guerra, 1999) e, inevitavelmente, dos planos para o futuro, nomeadamente no que diz respeito à gestão da vida profissional, dada a dúvida quanto à progressão da doença e as suas consequências económicas e sociais. Podem igualmente surgir associados sentimentos de revolta, medo e culpa (Guerra, 1992), choque, desespero, raiva e isolamento (Berry e Hunt, 2004) potenciadores de uma possível depressão.

As motivações que os seropositivos apontam como mais determinantes para o seu regresso ao trabalho são o aumento salarial, o desejo de ser um membro activo contribuindo para a sociedade, o desejo de contactos interpessoais e o sentido de realização (Berry e Hunt, 2004), sentir-se bem consigo próprio, sentido de independência (Escovitz e Donegan, 2005), sentido positivo de identidade, distração da doença, esperança no futuro (Barrio e Shoffner, 2005), bem como o sentido de pertença e de significado para as suas vidas (Hoffman, 1997; Escovitz e

Donegan, 2005). No entanto, há algumas variáveis a ter em conta, nomeadamente a idade (os mais novos tendem a contemplar de forma mais decisiva a ideia de regressar ao trabalho), a escolaridade (quanto mais elevada, maior a vontade de reingressar), tempo de doença (quanto menos tempo, mais probabilidade de voltar ao trabalho) e saúde (Martin et. al, 2005). Alguns estudos actuais chegam mesmo a avançar que o trabalho em si é um factor importante para a recuperação e tratamento de pessoas com SIDA (Escovitz e Donegan, 2005).

Por outro lado, e como barreiras para o seu reingresso no mundo laboral identificam as implicações para os seguros de vida, preocupações com a inclusão dos seus regimes de medicação do quotidiano laboral, apreensão relativa a discriminação, desconhecimento dos direitos laborais (Escovitz e Donegan, 2005), desactualização das suas competências, experiência e escolaridade, receios relacionados com discriminação e estigmatização (Berry e Hunt, 2004), efeitos psicológicos (medo de exposição a doenças, ansiedade) e sociais (Martin et al., 2005).

A grande maioria dos desempregados portadores do vírus da SIDA parecem necessitar de apoio no que diz respeito a competências de empregabilidade, procura e manutenção de emprego (Berry e Hunt, 2004). Da mesma forma parecem beneficiar de informação e apoio quanto aos recursos da sua comunidade, apoio na procura e manutenção de empregos competitivos, empregos que estejam associados a seguros médicos e ajustes adequados, quer na adequação de horários de trabalho, quer na alterações de responsabilidades (Berry e Hunt, 2004).

O que é importante constar num programa de orientação vocacional dirigido a pessoas com SIDA?

Antes de mais, e tendo em conta a especificidade desta população, é necessário que os psicólogos tenham em consideração os seus próprios estereótipos e preconceitos face à SIDA, de forma a que não discriminem, nem julguem os seus clientes (Berry e Hunt, 2004), sendo fundamental estar bem informados acerca da doença, suas características específicas, necessidades e tratamentos disponíveis.

Dadas as características já apresentadas da doença e conhecido o impacto na qualidade de vida (que se irá repercutir na sua capacidade de empregabilidade) de seguir um regime medicamentoso correcto, será importante explorar junto dos clientes o tipo de medicamentos a que estão sujeitos, o seu nível de motivação para seguir o tratamento, bem como o seu nível de adesão para que se possam desenvolver estratégias que ajudem a mantê-lo (Berry e Hunt, 2004).

Por outro lado, e tendo em conta a realidade portuguesa, o estatuto de empregabilidade parece ser muito valorizado, pelo que os desempregados poderão experienciar baixa auto-estima, baixa auto-eficácia, ansiedade e desestabilização do seu estatuto de identidade (Berry e Hunt, 2004), aspectos que naturalmente deverão merecer a atenção dos psicólogos numa intervenção junto desta população específica.

Uma das grandes preocupações dos doentes com SIDA aquando de uma situação de empregabilidade é o dilema relativo a informar, ou não, os outros acerca da sua condição de saúde. Neste aspecto caberá aos psicólogos ajudar estes indivíduos a ponderar e manter uma decisão relativa a este aspecto. Vários estudos indicam que os indivíduos podem preferir não revelar o seu estatuto de doente com SIDA às entidades empregadoras por receio de discriminação por parte de superiores ou colegas de trabalho, mesmo perdendo assim os benefícios que poderiam requerer (Berry e Hunt, 2004). No entanto, e dada a imprevisibilidade da natureza da doença, podem ocorrer mudanças profundas nos sintomas, agravando-os e deteriorando a sua qualidade de vida, o que se traduzirá em mudanças na sua capacidade de trabalhar. Fará parte do trabalho do psicólogo apoiar os consulentes a ajustar-se às mudanças do seu estado de saúde, minimizando as possíveis consequências negativas nos seus empregos. Para algumas pessoas, a decisão de contar aos outros o seu estatuto pode acarretar uma grande ansiedade que se repercute nos seus planos vocacionais (Berry e Hunt, 2004), podendo optar por omitir essa informação por desejo de manter a sua privacidade e recear possíveis consequências negativas. Por outro lado, assumir a sua doença poderá diminuir o stresse relacionado com a omissão e aumentar o bem-estar psicológico (Berry e Hunt, 2004).

No que diz respeito aos ajustes necessários ao emprego, além de se atender aos aspectos individuais de cada um, os mais comuns são a modificação do horário de trabalho, de forma a poder inserir a toma de medicamentos, dispensa para consultas médicas frequentes, redução de um tipo de trabalho fisicamente exigente, tarefas que acarretem menor stresse ou responsabilidades e pausas regulares ao longo do dia. Assim, os ajustes necessários segundo cada consulente deverão ser apurados e tidos em consideração na escolha vocacional.

De uma maneira geral, e para Barrio e Shoffner (2005), que seguem uma perspectiva ecológica, as intervenções ao nível da orientação vocacional com este tipo de população devem contemplar especificamente a clarificação e afirmação de opções de vida, gestão de vários papéis, obtenção dos recursos necessários, promoção de ambientes de trabalho saudáveis, e ligação dos indivíduos modelos.

Todos os aspectos mencionados ao longo desta análise, desde a importância do seguimento de um regime medicamentoso, a relevância do trabalho, a decisão de revelar aos outros o seu estatuto de saúde, os ajustes necessários no emprego, deverão, então, ser contemplados no delineamento de um projecto de consulta psicológica de orientação vocacional face a esta população específica de doentes portadores de VIH/SIDA. No entanto, e antes de avançar com a proposta de projecto e intervenção propriamente dita, convém especificar a base teórica que se pretende que o sustente.

Adopta-se, assim, uma perspectiva construtiva-ecológica-desenvolvimental, isto é, supõe-se um equilíbrio entre experiências de exploração-integração, uma continuidade temporal, que englobe experiências mediadas pela relação sujeito—mundo. Considera-se, naturalmente, que o desenvolvimento vocacional se processa ao longo da história desenvolvimental do sujeito, na

qual este constrói e desconstrói constantemente o seu percurso (Gonçalves, 1997), pelo que fará todo o sentido intervir neste tipo de população independentemente do seu percurso passado. Esta perspectiva defende, então, que o desenvolvimento vocacional se integra no âmbito do desenvolvimento psicológico global (Campos, 1976), processando-se nas relações que o sujeito estabelece com o que o rodeia. A inserção do vocacional no plano mais alargado da existência humana tem consequências notórias do primeiro sobre a construção de uma identidade pessoal. Confrontados com a seropositividade, e vendo afectados vários domínios da sua vida, o domínio vocacional sofrerá certamente consequências directas e indirectas deste novo estado de saúde, pelo que merecerá considerações específicas.

Pretende-se que a orientação vocacional ajude neste processo de construção pela elaboração e implementação de um projecto próprio (Campos, 1980) no desenvolvimento de um percurso único e individual. Este processo deve, então, proporcionar experiências significativas que se situem num nível de desenvolvimento ligeiramente superior ao actualmente apresentado pelo indivíduo, desafiando, desta forma, a sua organização presente. Deve, igualmente, promover o envolvimento emocional e uma atitude de compromisso, proporcionando o desempenho em situações reais, isto é, de maior significado para o sujeito. Essas experiências devem ser acompanhadas de reflexões permanentes, equilibradas e guiadas pelo psicólogo, para que possam ser integradas no sistema pessoal do sujeito. Esta integração de experiências deve promover a expressão, discussão e reflexão através da consideração de diferentes perspectivas, exploração de crenças, percepções, sentimentos e medos, não estando reservada a experiências proporcionadas no âmbito do processo de orientação vocacional, mas podendo ser alargada a outras experiências significativas que o sujeito vivencie e que sejam consideradas pertinentes (Coimbra, Campos, e Imaginário, 1994). Por último convém ainda salientar a importância da dimensão temporal para a transformação da auto-organização do indivíduo (não podendo ser esperada grande eficácia de um processo que se revele curto ou intermitente) bem como a importância da intencionalização no domínio vocacional e promoção de significação pessoal de todas as actividades desenvolvidas no âmbito do processo (Imaginário e Campos, 1987).

Dimensões estruturantes do projecto de consulta psicológica de orientação vocacional dirigido a pessoas com VIH/SIDA

Esta última secção pretende apresentar as várias dimensões estruturantes de um processo de consulta psicológica de orientação vocacional dirigida a indivíduos com VIH/SIDA. No entanto, e antes de o fazer, talvez seja necessário clarificar o tipo de intervenção que se pretende delinear. Trata-se, então, de um processo de consulta psicológica em grupo para indivíduos a quem foi diagnosticada a presença de VIH/SIDA, sendo heterogéneos quanto à idade, género e forma de transmissão do vírus, que se encontram actualmente desempregados. Prevê-se que, ao longo destas sessões se possa promover o contacto com outros indivíduos, igualmente seropositivos que funcionem como modelos para os elementos do grupo. De facto, tal como Barrio e Shoffner

(2005, p. 332) defendem, os modelos podem “servir como fontes de suporte, esperança e ligação para pessoas que vivem com SIDA”, na medida em que, uma vez que os indivíduos seropositivos podem ter baixa auto-estima e auto-eficácia, como já referido, poderão beneficiar do contacto com indivíduos que, estando nas mesmas condições (no caso a mesma doença), sejam motivadores pela sua experiência de sucesso. Como complemento das sessões em grupo estão igualmente previstas consultas individuais para um acompanhamento mais próximo das necessidades específicas de cada indivíduo. Nestas consultas a nível individual pretende-se identificar e explorar pedidos, problemas e/ou necessidades específicas do consulente, explorar a história individual e laboral identificando variáveis pessoais e contextos relevantes, explorar o tipo de qualidade de experiências de exploração e investimentos, acontecimentos de vida relevantes (enfatizando a experiência de tomada de consciência da doença), determinantes de escolhas anteriores, sensibilizar para a natureza desenvolvimental do projecto vocacional, promover a consciência de regularidades e reforçar o sentido do self, definir tarefas concretas e específicas para encontrar emprego consoante a exploração e reflexão dos vários aspectos abordados nas sessões em grupo, verificar se essas tarefas foram ou não conseguidas, identificando-se quais os obstáculos encontrados e promover a reflexão acerca de possíveis barreiras que interfiram com a motivação para regressar ao trabalho (Martin et. al, 2005). No entanto, e uma vez que este projecto se pretende apresentar como modalidade em grupo, terá em atenção as características específicas deste tipo de intervenção.

Um dos pilares de qualquer processo de consulta psicológica de orientação vocacional é, naturalmente, o estabelecimento de um contexto interpessoal seguro (Brown e Brooks, 1991). Apesar de estar subjacente a todo o processo como objectivo comum, o início do mesmo corresponde ao estabelecimento de uma relação que permita a criação de uma situação adequada ao atendimento dos consulentes, baseada, naturalmente numa atitude de permanente escuta activa. Tratando-se de uma intervenção em grupo, será tão importante o estabelecimento de uma relação colaborativa de empatia entre os consulentes e o psicólogo como entre os próprios consulentes entre si, pelo que este aspecto deverá merecer uma especial atenção. Assim, deverá-se tentar quebrar a sensação inicial de desconforto perante a integração num novo grupo, promovendo o conhecimento e a interacção entre os diferentes elementos.

A par do estabelecimento da relação, um dos primeiros passos a seguir para a implementação de um projecto de consulta psicológica e orientação vocacional deverá ser a avaliação das necessidades específicas da população alvo, de forma a definir problemas e necessidades objectivas, bem como recursos disponíveis (Martin et al., 2005). Assim, e além de toda a pesquisa que serviu de base ao delineamento deste projecto, será necessário apurar junto dos consulentes as suas principais necessidades, devendo todo o processo sofrer as alterações necessárias para dar resposta às mesmas. De facto, sendo os indivíduos diferentes, as suas necessidades poderão (deverão) ser igualmente diferentes, devendo o psicólogo “conduzir uma

avaliação cuidada das necessidades dos clientes para que possa planear a intervenção” (Barrio e Shoffner, 2005, p. 330).

Será igualmente pertinente promover a exploração conjunta da natureza e especificidades de um processo de Consulta Psicológica de Orientação Vocacional. Desta forma, pretender-se-á identificar e clarificar as expectativas dos consulentes relativamente às actividades subjacentes a este processo, sua duração, ao papel e intervenção dos psicólogos e ao seu próprio papel, aos resultados ou objectivos a alcançar, explorando-se igualmente o significado do seu envolvimento (Brown e Brooks, 1991). Deverá igualmente ser negociado e estabelecido um compromisso comum elaborando um contrato relativo aos vários parâmetros das sessões, definindo-se as normas de funcionamento do grupo. Por último, e neste primeiro momento, será pertinente explorar e desafiar as crenças, representações e construções socialmente veiculadas relativas ao vocacional, quanto à noção de carreira e vocação, quanto à natureza e características das tarefas de transição vocacional, uma vez que estas podem ser erradas e influenciar negativamente o processo (Lewis e Gilhousen, 1981).

Poderá ser igualmente útil neste momento inicial do processo, promover a reflexão e discussão no grupo, das vantagens e desvantagens do seguimento dos regimes de medicação, uma vez que se poderá associar a interrupção dos tratamentos ao aumento dos sintomas e, conseqüentemente à diminuição da sua capacidade para trabalhar (Berry e Hunt, 2005). Por outro lado, e ao nível das estratégias para os manter, poder-se-á, por exemplo, associar a toma dos medicamentos a qualquer outra actividade diária que realizem ou programar um relógio para que se lembrem da hora de o fazer.

Num segundo momento do processo centrar-se-á a intervenção na exploração de alternativas. Este momento contemplará a exploração e clarificação das opções de vida (Barrio e Shoffner, 2005), nomeadamente através da exploração de valores que poderão sustentar uma decisão vocacional ou uma direcção a seguir, bem como discussão acerca das vantagens e desvantagens de regressar ao trabalho (Martin et. al, 2005). Assim, os psicólogos devem assistir e apoiar na identificação e clarificação de valores que poderão influenciar a tomada de decisão vocacional bem como o estabelecimento de planos futuros. Os valores são crenças duradouras, critérios pessoais de significação de realidade que nos conferem pistas quanto à importância das coisas que nos rodeiam, conferindo-nos motivação e satisfação pessoal (Brown e Brooks, 1991). No entanto, uma vez mais deve ser tida em consideração a especificidade desta população, uma vez que “é provável que a experiência de estar doente com VIH tenha um grande impacto nas prioridades e valores do indivíduo” (Barrio e Shoffner, 2005, p. 329), podendo significar novas perspectivas acerca do papel do trabalho, do que será mais valorizado e do que poderá ser um trabalho significativo. Dever-se-ão então desenvolver actividades que permitam compreender a importância dos valores e da sua exploração, tomar consciência dos valores que estão cristalizados (isto é, entranhados na personalidade, na estrutura do self), aceder à hierarquia dos valores e interpretá-los em função das implicações para a orientação vocacional. Se as

perspectivas tradicionais são orientadas para o futuro, não podemos deixar de pensar que o futuro dos indivíduos com VIH pode ser altamente imprevisível, preferindo os seropositivos viver, muitas vezes, para o presente. Assim, poderá ser pertinente reflectir acerca da significância e pertinência de regressar ao trabalho, proporcionando-se a oportunidade de pesar as alternativas de forma a conseguir traçar um percurso vocacional (Martin et. al, 2005), mesmo que diferentes dos esperados tradicionalmente (Barrio e Shoffner, 2005). De uma forma mais concreta, deverá ser incentivada a reflexão acerca dos obstáculos ao regresso ao trabalho, nomeadamente o medo de perder benefícios sociais (Timmons e Fesko, 2004), a discriminação, como pedir ajustes ao trabalho, ponderação do que vai ter que abdicar ao trabalhar e identificação de pessoas que apoiem ou desaprovem a busca de emprego (Martin e tal, 2005).

Como já referido, a proposta teórica que sustenta este projecto postula a inserção do vocacional no plano mais alargado da existência e desenvolvimento humano. Assim, independentemente da seropositividade, os indivíduos poderão acumular os papéis de companheiro, pai, trabalhador, cidadão, entre outros. No entanto, e sendo seropositivos, terão igualmente o papel de pacientes, que poderá ter implicações específicas para o trabalho, tais como visitas regulares ao médico e seguimento de rotinas de medicamentos. Assim, uma visão tradicional de emprego (central na vida, carreira linear) poder-se-á revelar desajustada, sendo necessária uma redefinição do trabalho, identificando possíveis soluções que preencham as necessidades relacionadas com o domínio vocacional e os ajustes necessários à sua doença (Barrio e Shoffner, 2005). Estes ajustes poderão traduzir-se no trabalho a partir de casa, trabalho por conta própria, em part-time, como voluntário, etc. (Barrio e Shoffner, 2005). O trabalho em part-time, por exemplo, poderá ser mesmo uma forma de os consulentes terem a oportunidade de praticar competências relacionadas com o trabalho, desenvolver auto-confiança e a sua capacidade de perseguir objectivos (Paul-Ward, Bravement, Kielhner e Levin, 2005).

Associado aos valores vocacionais, e tendo ponderado várias alternativas que os poderão satisfazer, será complementar a exploração de interesses vocacionais bem como competências de forma a sustentar a sua decisão. Assim, dever-se-á compreender os interesses como produto de uma história de experiências de vida, explorando-se retrospectivamente as representações que foram sendo construídas acerca de si e do mundo e relacionando-se os interesses com valores e competências pessoais (Brown e Brooks, 1991). No que diz respeito às competências dever-se-á proceder a uma exploração da percepção subjectiva das competências, partindo-se de cada consulente e do que ele se sentir capaz de realizar, tendo sempre em consideração a progressão da doença que lhe está associada. Esta exploração deverá merecer uma particular atenção uma vez que as capacidades poderão ser subestimadas. De facto, se por um lado, encontramos como mediadores cognitivos das competências a percepção de auto-eficácia e expectativas de sucesso e insucesso, por outro há que considerar que os doentes com VIH/SIDA, como já foi referido ao longo do artigo, podem experienciar baixa auto-estima e baixa auto-eficácia. Desta forma, a exploração de competências deverá primar pela valorização das várias experiências de vida, quer

profissionais, quer não profissionais, enquanto fontes de aprendizagem de competências. Pretende-se, assim, identificar um perfil de competências para que, avaliando e diferenciando alternativas ocupacionais já colocadas, se possa associar a profissões que possam suscitar interesse e permitam satisfazer os valores igualmente identificados.

Um dos aspectos já mencionados aquando da análise psicológica do impacto da seropositividade foi a decisão de partilhar, ou não, o estatuto de doente seropositivo no local de trabalho, sendo igualmente uma proposta de Barrio e Shoffner (2005) a promoção de um ambiente laboral saudável e positivo. Assim, e para ajudar nesta decisão poderá ser útil produzir um discurso focalizado nos contributos positivos de assumir em detrimento de discursos politicamente correctos (Timmons e Fesko, 2004) ou identificar possíveis fontes de apoio social, recorrendo, por exemplo ao próprio grupo para discutir vantagens e desvantagens de assumir a seropositividade, explorar as condições legais que promovem a confidencialidade e impedem a discriminação, potenciar situações de role-playing que permitam reflectir acerca da melhor forma de o fazer, decidir o tipo de informação a disponibilizar e lidar com questões indesejáveis, promovendo, a partir destas experiências de role taking em situações de entrevistas reais, que se poderão revelar como mais significativas.

Tendo sido abordados todos os aspectos mencionados ao longo do processo, e tendo-se procedido a todas as alterações necessárias de forma a responder convenientemente às necessidades específicas de cada consulente, será ainda necessário proceder à finalização adequada do processo. Assim, dever-se-á proceder a uma avaliação da percepção de utilidade e satisfação do processo, bem como da eficácia do mesmo enquanto potenciador do desenvolvimento, revendo-se os objectivos do mesmo e consolidando os aspectos abordados. Além disso, ajudar-se-á e apoiar-se-á na definição de objectivos a longo prazo, antecipando-se possíveis obstáculos e ponderando-se formas adaptativas de os ultrapassar, potenciar-se-á a manutenção do contacto entre os diferentes elementos de forma a dar continuidade às relações positivas estabelecidas, promover-se-á o contacto com o psicólogo de forma a que se possam ir monitorizando os progressos e demonstrar-se-á franca disponibilidade para um futuro apoio necessário (Martin e tal, 2005).

Todo este programa poderá ser complementado com consultoria com potenciais entidades empregadoras, explorando-se os mitos relacionados com a doença, formas de transmissão, evolução, consequências para a saúde, tratamentos médicos, medos face a possíveis situações de contágio e desvantagens de contratar pessoas com este tipo de doença, como o facto de serem menos produtivas, por exemplo (Berry e Hunt, 2004).

Como limitações deste projecto poderão ser apontadas, à partida, a ausência de consideração das relações entre seropositividade e a toxicodependência ou abuso de substâncias que poderá ser bastante variada, historial médico (condição física e mental) (Paul-Ward et al.,

2005), cultural (nível socio-económico) e expectativas sociais (Conyers, 2004). Há ainda que ter em consideração que dados os avanços médicos e científicos e as constantes experiências e estudos que envolvem o VIH/SIDA há uma necessidade constante de actualização de dados, necessidades e serviços disponibilizados (Escovitz e Donegan, 2005).

Por último, talvez seja pertinente ressaltar que nem todas as pessoas com SIDA reúnem as condições necessárias para regressar ao mundo do trabalho, devendo ponderar convenientemente as vantagens e desvantagens, antecipar possíveis consequências para o seu estado de saúde, obstáculos a ultrapassar e motivação para o fazer (Martin et al., 2005).

BIBLIOGRAFIA

Barrio, C. & Shoffner, M. (2005). Career counselling with persons living with HIV: An ecological approach. *The career development quarterly*, 53, 325-336.

Brooks, R., Martin, D., Ortiz, D. & Veniegas, C. (2004). Perceived barriers to employment among persons living with HIV/SIDA. *AIDS care*, 16 (6), 756-766.

Brown, D. e Brooks L. (1991). *Career Counseling Techniques*. Boston, Ed. Allyn and Bacon.

Berry, J. & Hunt, B. (2005). HIV/AIDS 101: A primer for vocational rehabilitation counsellors. *Journal of vocational rehabilitation*, 22, 75-83.

Campos, B. (1976). *Educação sem selecção social*. Lisboa: Livros horizonte.

Campos, B. (1980). *Orientação Vocacional no unificado e formação de professores*. Lisboa: Livros Horizonte.

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2006). *Infeção VIH/SIDA – A situação em Portugal 31 de Dezembro de 2005*, Doc. 135. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge: Ministério da Saúde.

Coimbra, J. L., Campos, B. & Imaginário, L. (1994). Career intervention from a psychological perspective: Definition of the main ingredients of an ecological-developmental methodology. *23 International Congress of Applied Psychology, Madrid, July*.

Conyers, L. (2004). Expanding understanding of HIV/AIDS and employment: Perspectives of focus groups. *Rehabilitation counselling bulletins*, 48 (1), 5-18.

Conyers, L. (2005). HIV/AIDS as an emergent disability: The response of vocational rehabilitation. *Journal of vocational rehabilitation*, 22, 67-73.

Escovitz, K. & Donegan, K. (2005). Providing effective employment supports for persons living with HIV: The KEEP project. *Journal of vocational rehabilitation*, 22, 105-114.

Guerra, M. (1994). Seropositividade e auto-organização psicológica: um modelo de avaliação da adaptabilidade humana à seropositividade ao vírus da SIDA. *Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.*

Guerra, M. (1998). *Sida: Implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.

Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

Gonçalves, C. (1997). A influência da família no desenvolvimento vocacional de adolescentes e jovens. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.*

Gonçalves, S. (2005). Norte 2015 – Saúde – Relatório final.

Hedge, B. & Sherr, L. (1995). Psychological needs and HIV/AIDS. *Clinical psychology and psychotherapy, Vol 2 (4)*, 203-209.

Hoffman, M. (1997). HIV disease and work: Effect on the individual, workplace, and interpersonal contexts. *Journal of vocational behaviour, 51*, 163-201.

Imaginário, L. & Campos, B. (1987). Consulta psicológica vocacional em contexto escolar. *Cadernos de Consulta Psicológica, 3*, 107-113.

Lewis, R. & Gilhousen, M. (1981). Myths of career development: A cognitive approach to vocational counselling. *Personal and Guidance Journal, Vol 59 (5)*: 296-299.

Martin, D., Chernoff, R. & Buitron, M. (2005). Tailoring a vocational rehabilitation program to the needs of people with HIV/AIDS: The harbour-UCLA experience. *Journal of vocational rehabilitation, 22*, 95-103.

Timmons, J. & Fesko, S. (2004). The impact, meaning, and challenges of work: perspectives of individuals with HIV/AIDS. *Health & social work, 29 (2)*, 137-144.

Ward, A., Braveman, B. Kielhofner & Levin, M. (2005). Developing employment services for individuals with HIV/AIDS: Participatory action strategies at work. *Journal of vocational rehabilitation, 22*, 85-93.