

# A AIDS E SUAS CONTRADIÇÕES: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SEU ATENDIMENTO E TRATAMENTO PELOS PROFISSIONAIS E PACIENTES

*THE AIDS AND ITS CONTRADICTIONS: SOCIAL REPRESENTATIONS OF ITS ATTENDANCE AND TREATMENT FOR THE PROFESSIONALS AND PATIENTS*

*Cristiane G Ribeiro<sup>1</sup>, Alessandra R Castanha<sup>2</sup>, Maria PL Coutinho<sup>3</sup>, Ana AW Saldanha<sup>4</sup>*

## RESUMO

**Introdução:** a aids trouxe consigo a necessidade de reformulação da estrutura de autoridade médica, impondo a necessidade de atenção ao paciente como um todo e não apenas examinar o órgão doente. **Objetivo:** para compreender melhor o tema exposto, objetivou-se conhecer as representações sociais dos profissionais e pacientes acerca do atendimento e tratamento da aids. **Método:** a amostra foi composta por 77 profissionais que trabalham diretamente no contexto da aids (na área de saúde e humana) e 41 pacientes HIV positivos de ambos os sexos. Foi utilizada a técnica de Associação Livre de Palavras, analisada através do *software Tri-Deux-Mot* (versão 2.2) por meio da análise fatorial de correspondência (AFC). **Resultados:** os resultados (com 73% de explicação da variância total) apontaram universos consensuais e especificidades nas representações de cada categoria em estudo. Observou-se uma tendência à prática do modelo biomédico que permeia tanto a representação dos profissionais quanto a dos pacientes. **Conclusão:** emergiram novas formas de ancoragem da aids, não só nas doenças sexualmente transmissíveis ou nas grandes pestes, mas também nos distúrbios psicoafetivos, incluindo a depressão. Em todos os aspectos estudados, a aids aparece como um fenômeno contraditório e antagônico naturalizado como feio e ameaçador e ao mesmo tempo fonte de vida e esperança.

**Palavras-chave:** representações sociais, aids, atendimento, tratamento, profissionais de saúde

## ABSTRACT

**Introduction:** the aids brought obtains the necessity of reformularization of the medical authority structure, imposing the necessity of attention to the patient as a whole and not only to examine the sick organ. **Objective:** to understand the displayed subject better, it makes important to know the social representations of the professionals and patients concerning the attendance and treatment of the aids. **Methods:** the sample was composed for 77 professionals who work directly in the context of the aids (professionals of Health and professionals of Human) and 41 positive HIV patients (male and female). Was used the Words Free Association technique, analyzed through *Tri-Deux-Mot* software (version 2.2) by the correspondence factorial analysis. **Results:** the results (explaining 73,8% of total variance) showed consensual universes, as well as specificities in the representations of each category. Was observed a tendency to the practice of the biomedical model that it permeates in such a way as much the professionals' representation as patients one. **Conclusion:** emerged new forms of anchorage of aids, not only in the sexually transmissible disease or the great plagues, but also in the psycho-affective disturbances, including depression. In all of the studied aspects, aids appears as contradictory and antagonistic phenomenon, naturalized as ugly and threatening and at the same time as life source and hope.

**Keywords:** social representations, aids, attendance, health professionals, patients

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2):127-132, 2005*

## INTRODUÇÃO

Desde o início da história da medicina, e conseqüentemente da prática em saúde, duas correntes complementares divergem quanto à concepção da doença e naturalmente, quanto à prática em saúde. A primeira, monista, vem de Hipócrates (século VI a.C.) e da escola de Cós, e a segunda, dualista, vem de Galeno (século I d.C.) e da escola

de Cnide. A primeira tem uma visão holística da pessoa, considerando a doença uma reação global, correspondendo aos primórdios da moderna medicina psicossomática. A segunda tem por objetivo a doença, que é vista como algo autônomo do portador, em que a terapêutica consiste em localizar a doença e extirpá-la do corpo. Trata-se de uma medicina compartimentalizada e mecanicista, correspondente aos primórdios da medicina cartesiana e reducionista, base da medicina convencional da atualidade<sup>1</sup>.

A concepção monista influenciou o pensamento médico desde a antiguidade até o século XVII, quando o filósofo René Descartes filosoficamente promoveu a divisão entre corpo e mente. Este fato promoveu duas conseqüências históricas para a medicina: resolveu um antigo conflito de poder entre a igreja e a medicina, em que acordou em deixar aos padres o poder sobre a alma e aos médicos o poder sobre o corpo, e serviu como base filosófica para os avanços tecnológicos da época.

<sup>1</sup> Mestranda em Psicologia Social - Universidade Federal da Paraíba.

<sup>2</sup> Mestranda em Psicologia Social - Universidade Federal da Paraíba.

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia. Departamento de Psicologia - Universidade Federal da Paraíba.

<sup>4</sup> Doutora em Psicologia. Departamento de Psicologia - Universidade Federal da Paraíba.

**Fonte Financiadora:** CNPq.

Tais avanços contribuíram de forma gratificante gerando notáveis saberes, mas a relação humana entre profissional/paciente sofreu forte tendência de empobrecimento, reduzindo o homem ao componente biológico, associado ao corpo-máquina<sup>1</sup>, emergindo o chamado modelo biomédico<sup>2</sup>; como consequência, o binômio saúde/doença ainda é entendido sob este modelo.

Com o aparecimento da aids, a prática em saúde, tem acompanhado a perspectiva atual, acentuando de certa forma a discrepância entre o conhecimento tecnocientífico e as demandas psicossociais exigidas pelo atendimento. A aids trouxe consigo a necessidade de reformulação da estrutura de autoridade médica, impondo a necessidade de atenção ao paciente como um todo e não apenas examinar o órgão doente. Trouxe também a demanda de lidar com questões afetivas e sociais, antes relegadas a segundo plano<sup>3</sup>.

No processo de apropriação do objeto aids no trabalho, a multidisciplinaridade tem sido apontada como estratégia privilegiada para atender as demandas nos serviços de assistência ao HIV/Aids. No entanto, têm sido apontadas algumas limitações quanto à sua prática cotidiana. O encaminhamento entre os profissionais tem sido a prática mais utilizada, culminando num trabalho organizado através de setores, descaracterizando a organização em equipes. Emergindo assim um trabalho coletivo fortemente organizado em torno da racionalidade clínica<sup>4</sup>.

Ao apreender a aids, não apenas no âmbito biomédico, mas também em suas dimensões sociais, culturais e psicológicas, os profissionais reiteram a necessidade do aporte de vários campos do conhecimento na atenção às pessoas com aids, ressaltando assim que nem os profissionais podem ser reduzidos a competências técnicas e nem os usuários a objetos passivos de intervenção.<sup>5</sup>

Quanto ao doente, ele é a concretização da doença. É nele e em seu corpo que se pode observar a evolução do vírus, bactérias e outros agentes. É nele que se pode observar e avaliar as deteriorações da doença e os efeitos dos medicamentos. O estigma da aids despersonaliza, descaracteriza o indivíduo. As pessoas perdem sua identidade para serem números de prontuários; o vizinho, o parente ou simplesmente aquele que tem aids<sup>6</sup>.

A condição do doente ainda precisa ser reconhecida e respeitada, pois com todo progresso da ciência, ainda se esquece que antes do doente existe uma pessoa que, além de necessidades físicas e biológicas, têm uma história de sonhos, amores, dores e medos. Com certeza, esses “detalhes” interferem na condição e evolução de sua doença. Os hospitais e profissionais precisam dar importância a esses “detalhes”<sup>6</sup>.

A linguagem da doença não se baseia apenas no corpo, mas na sociedade e nas relações sociais. No plano das representações, na dinâmica do “ficar doente”, o indivíduo busca na equipe de saúde o referencial de sua situação, retirando atitudes e comportamentos com relação a seu estado, tornando-se doente para o outro: para a sociedade<sup>7</sup>.

A densidade existencial intrínseca à área da saúde, a especificidade da articulação entre o conhecimento científico e os saberes tradicionais favorecem a atualização de significações e de valores socialmente partilhados, para a compreensão dos quais a abordagem das representações sociais é particularmente heurística<sup>8</sup>.

A importância de estudos no campo das representações sociais relacionados à prática de saúde assume, assim, toda sua significação, pois possibilita a apreensão de processos e mecanismos pelo qual o sentido do objeto em estudo é construído pelos sujeitos concretos, em suas relações cotidianas<sup>9</sup>.

Neste sentido, a história das representações sociais sobre saúde e doença, foi sempre baseada nas relações entre sujeitos e realidade

social. Assim, a doença não pertence apenas à história dos progressos médicos científicos, mas também está pautada em saberes e práticas comuns ao sujeito social, culminando assim em representações.

Diante do exposto, este estudo objetivou conhecer as representações sociais dos profissionais que lidam com a doença e dos pacientes soropositivos para o HIV acerca da aids, seu atendimento e seu tratamento, buscando compreender como se efetiva a dinâmica das práticas em saúde nos serviços de assistência à aids em João Pessoa, PB.

## MÉTODOS

### Participantes

A amostra foi constituída por 77 profissionais que trabalham no contexto da aids, nos serviços de saúde pública que atendem pacientes HIV-positivos na cidade de João Pessoa, PB. Sendo estes, 21 médicos, 22 enfermeiros, 15 psicólogos e 19 assistentes sociais escolhidos aleatoriamente, de ambos os sexos (17% masculino e 83% feminino), com idade variando de 24 a 50 anos. É válido mencionar que a escolha destas quatro categorias profissionais se deve ao fato de que lidam de forma direta com os pacientes HIV positivos em suas práticas cotidianas.

Também fizeram parte da amostra, 41 pacientes soropositivos para o HIV considerados aderidos aos serviços de saúde mencionados anteriormente. Destes, 54% são do sexo masculino e 46% são do sexo feminino, com idades variando de 21 a 53 anos, com tempo médio de diagnóstico de 4,5 anos e renda familiar em sua maioria equivalente à R\$ 260,00 (61%).

### Instrumentos

Foram utilizados um questionário com o fim de obter dados sócio-demográficos e a técnica de Associação Livre de Palavras<sup>10</sup>. Esta técnica consiste em um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de respostas com base em um ou mais estímulos indutores. Neste estudo, foram utilizados como estímulos indutores as palavras: aids (1), atendimento (2) e tratamento (3).

### Procedimentos

Inicialmente, foi mantido contato com a diretoria das instituições com a finalidade de obter autorização para coleta dos dados. Os instrumentos foram aplicados no ambiente de trabalho dos profissionais, durante o horário de plantão, de forma individual. Quanto aos pacientes, estes foram abordados nos ambulatórios das referidas instituições, e em duas Organizações Não-Governamentais (ONGs) que trabalham com indivíduos portadores. Em ambos os casos, explicitaram-se os objetivos da pesquisa e a garantia do anonimato, e a confidencialidade das respostas.

Após a coleta dos dados sociodemográficos, foi aplicada a técnica de Associação Livre de Palavras. Foi explicado a cada participante que a partir da evocação da palavra “aids” (primeiro estímulo indutor), o mesmo teria em média um minuto para dizer as primeiras cinco palavras que lhe vinham à mente. O mesmo procedimento foi utilizado para o segundo e o terceiro estímulos indutores.

Em seguida, foi preparado um dicionário de respostas a fim de categorizar os conteúdos emergentes e preparar os dados para serem processados através do *software Tri-Deux-Mots*<sup>11</sup> e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC).

A AFC evidencia as variáveis fixas neste estudo (sexo, grupo que pertença e idade) com relação às variáveis de opiniões (palavras evocadas pelos participantes) que se confrontam e revelam-se graficamente na representação do plano fatorial<sup>12</sup>.

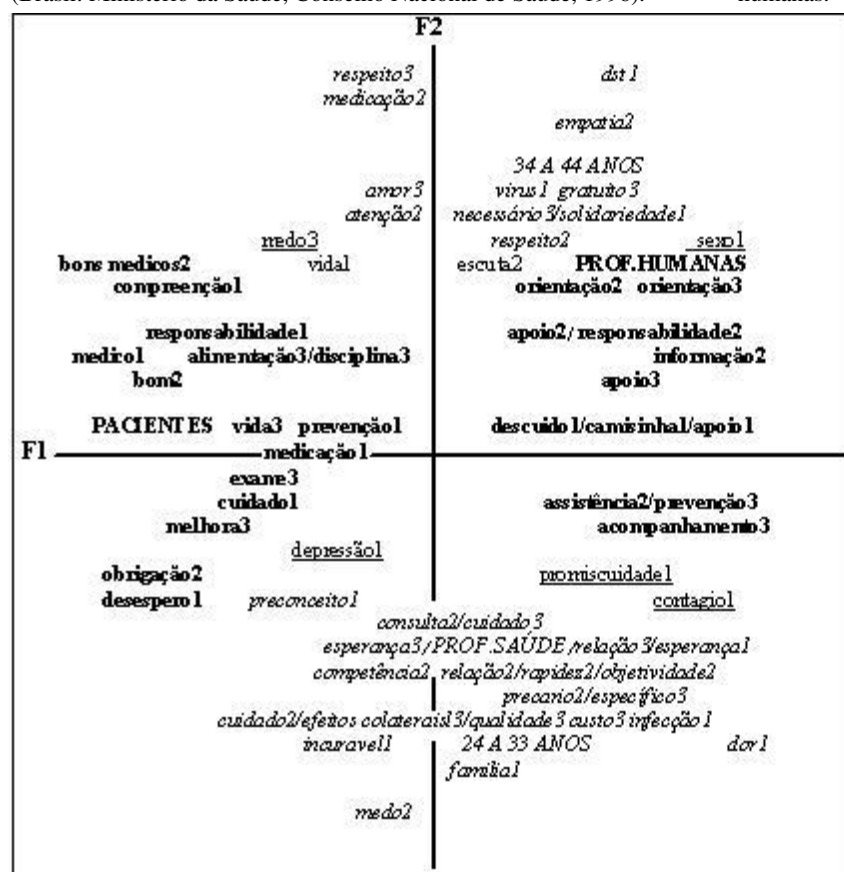
## Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a "Resolução n 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos" (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996).

## RESULTADOS

No **Gráfico 1** estão apresentados os dados coletados pelo Teste de Associação Livre de Palavras, acerca das representações sociais da aids, do atendimento e do tratamento, construídos com base nos estímulos indutores (aids, atendimento e tratamento). Sendo assim, o **Gráfico 1** oferece uma leitura que representa graficamente as variações semânticas na organização do campo espacial, revelando aproximações e distanciamentos das modalidades dos fatores (F1 e F2).

Na totalidade, os dois fatores apresentaram um poder explicativo de 73,8% de significância, demonstrando possuir parâmetros estatísticos de consistência interna e fidedignidade, considerando pesquisas realizadas no âmbito das representações sociais<sup>12</sup>. No gráfico foram evidenciados campos semânticos relacionados com os três grupos estudados: pacientes, profissionais de saúde e profissionais de humanas.



**Gráfico 1** - Representações Sociais de profissionais e pacientes acerca da aids, seu atendimento e tratamento

No fator 1 (em negrito), no campo esquerdo, encontram-se as representações sociais dos pacientes soro-positivos. Para estes, a aids é uma doença **preventiva** que causa **desespero e depressão**, na qual exige **cuidado e responsabilidade**. Por outro lado, para este grupo, a aids traz uma constante luta pela **vida**, na qual surge a necessidade **de compreensão** por parte dos que o cercam. Observaram-se também elementos figurativos associando a aids ao meio **médico** e ao uso da **medicação**. Quanto ao atendimento, os pacientes o consideram **bom**, pela presença de **bons médicos**, mas é considerado uma **obrigação** pela sua maioria. Com relação ao tratamento, os pacientes o considera uma volta à **vida** gerando uma **melhora** nos seus estados gerais, embora também desperte um certo **medo**. O tratamento requer dos pacientes uma **disciplina** exigindo uma boa **alimentação e exames** periódicos.

Ainda no fator 1 (em negrito), no campo direito, verificam-se as representações sociais dos profissionais advindos da área das ciências humanas. Estes consideram a aids uma doença **contagiosa**, advinda do **sexo promíscuo** pelo **descuido** e o não uso da **camisinha**. Por outro lado, o paciente com a doença necessita de **apoio** do meio circundante. O atendimento para estes profissionais efetiva-se pela **assistência**, na qual se faz necessária uma terapia de **apoio**, através da **escuta, orientação e informação** exigindo **responsabilidade**. O paciente em tratamento, para este grupo, necessita **de acompanhamento**, através de **apoio e orientação**. Também foi verificado um elemento figurativo, demonstrando que o tratamento é uma forma de **prevenção**.

No fator 2 (em itálico), na parte superior, encontram-se as representações sociais dos profissionais inseridos na faixa etária entre 34 e 44 anos, independente da categoria profissional. Este grupo ancora a aids em elementos valorativos associados à **solidariedade** ligados a valorização da **vida**. Por outro lado, também ancoram a aids nas **doenças sexualmente transmissíveis** associadas à prática do **sexo**, transmitidas por um **vírus**. O atendimento para estes profissionais efetiva-se através da **escuta e empatia**, em que os pacientes necessitam de **atenção e respeito**. Foi observado também que o atendimento para este grupo se dá através da prescrição da **medicação**. Para esta categoria, o tratamento da aids é um processo **necessário e gratuito**, e o paciente que faz uso dele necessita de **amor e respeito**. Estes profissionais também demonstraram o **medo** destes pacientes ao iniciarem o tratamento.

Na parte inferior do fator 2, observaram-se os campos semânticos das representações sociais dos profissionais da área da saúde, em sua maioria na faixa etária entre 24 e 33 anos. Estes profissionais consideram a aids uma doença **infecto-contagiosa, incurável**, advinda da **promiscuidade** e que gera **preconceito**. Por outro lado, observou-se que este grupo ancorou a aids nos transtornos psicoafetivos como a **depressão**, que gera **dor**; por isso, a necessidade da **família**. Também se observou que estes profissionais associam a aids à **esperança**. O atendimento para estes profissionais efetiva-se através da **consulta**, por profissionais **competentes** obedecendo critérios de **rapidez e objetividade**, e a necessidade do estabelecimento de uma **relação** entre profissionais e pacientes. Estes profissionais consideram o atendimento **precário**, gerando **medo**, provavelmente pelo risco de acidente/contaminação no trabalho, exigindo **cuidado** por parte deles. Para estes, o tratamento gera **efeitos colaterais**, tem um **custo** financeiro, é **específico** e de **qualidade**, trazendo **esperança**. Mas é necessário que haja uma **relação** contínua entre profissionais e pacientes, que exige **cuidado**.

## DISCUSSÃO

Faz-se necessário articular os resultados empíricos encontrados aos dados constantes na literatura a fim de enriquecer o conhecimento já elaborado acerca do tema e estabelecer caminhos em busca do conhecimento da realidade do contexto estudado.

Verificou-se por parte dos pacientes, uma valorização da área médica tanto com relação à doença quanto ao atendimento, este último mais voltado ao próprio profissional representado pelo médico. Estes resultados corroboram os achados de alguns pesquisadores<sup>13</sup>, em que foi verificado que os pacientes se sentem mais confortáveis com o seu médico para falar sobre assuntos gerais e sexuais, do que com qualquer outro profissional, caracterizando o modelo médico tradicional, citado anteriormente como biomédico<sup>2</sup>. Segundo Figueiredo<sup>3</sup>, a formação profissional orientada por esta lógica, prioriza a competência técnica em detrimento da sensibilidade social; e neste universo reificado, a racionalidade clínica prevalece.

Ao emergir a depressão por ambos os grupos (pacientes e profissionais da área da saúde) verificou-se uma nova forma de ancorar a aids, não apenas nas doenças sexualmente transmissíveis ou nas grandes pestes, mas também associada aos transtornos psicoafetivos, não observados no início da doença. Lopes e Fraga<sup>14</sup> detectaram vários fatores relevantes que levam os portadores do HIV a uma espécie de depressão psicológica. Dentre muitos, consideram o isolamento a que se submetem como um dos mais sérios, pois a angústia e o medo de compartilhar com outras pessoas a sua enfermidade geram situações estressantes.

Observou-se também que o tratamento emerge nas representações dos pacientes como fonte geradora de vida, ao mesmo tempo que exige uma autodisciplina e boas condições, incluindo uma alimentação adequada para garantir boa adesão. Por outro lado, os pacientes mais pobres vivem uma condição de vida incompatível com as exigências do tratamento, incluindo má alimentação, desemprego, ignorância, promiscuidade<sup>15</sup>.

Quanto aos profissionais da área das ciências humanas, observou-se que o apoio social, aliado à informação e à orientação, são importantes recursos de trabalho utilizados por estes profissionais. Segundo Spiegel<sup>16</sup>, o apoio social não oferece um antídoto mágico, mas deve ocorrer em conjunto com o tratamento médico tradicional, através de um acompanhamento, sem substituí-lo. Segundo o autor, a própria categoria de apoio social trabalha com a questão da prevenção, em que o apoio social não implica a cura de doenças, mas o aumento da sobrevida nos casos de doenças crônicas. Quanto à importância de informação e orientação, Melchior<sup>17</sup> aponta que a superação das dificuldades no estabelecimento da comunicação entre os profissionais e pacientes, passando pela possibilidade de informação e negociação com a equipe de saúde.

Contraopondo-se a essa questão, verificou-se que estes profissionais, através dos elementos figurativos, descuido e promiscuidade, demonstraram uma visão da aids ainda ancorada nas primeiras representações, advinda de práticas sexuais irresponsáveis, gerando culpabilização. Segundo Jodelet<sup>18</sup>, o pensamento predominante era que a aids seria uma doença de punição que se abatia sobre a moral sexual, como efeito de uma sociedade permissiva, condenada pelas condutas degeneradas ou punição pela irresponsabilidade sexual. A aids adquiriu significados culturais e emocionais muito fortes e a doença tem imagem associada à culpabilidade pessoal, necessitando, portanto, de "punição"<sup>19</sup>.

Quanto aos profissionais da área da saúde, estes demonstraram uma visão biológica e pragmática da doença e do atendimento, reforçando o modelo biomédico. A rapidez e a objetividade priorizadas

por este grupo confirmam as informações advindas do programa DST/Aids de São Paulo, em que preconiza que as consultas devem durar no mínimo 30 minutos para cada consulta. Mas é comum durarem menos de 15 minutos<sup>20</sup>.

Por outro lado, verificou-se, por estes profissionais, a valorização da família como fonte de apoio aos pacientes. A família surge como uma unidade de cuidado e é também uma fonte de ajuda para o indivíduo com aids, contribuindo para o equilíbrio físico e mental do mesmo<sup>19</sup>.

A objetivação do atendimento aliada ao medo e o cuidado pelos profissionais da área da saúde, pode estar associada ao processo de contágio pelo acidente de trabalho, comum a esse tipo de serviço. Segundo o Boletim Epidemiológico do HSE-RJ, entre janeiro de 1997 e agosto de 1998, foram notificados 144 acidentes. Em 35% dos casos, o(a) paciente-fonte era HIV positivo. Sobre as categorias profissionais que mais se acidentaram, 42 eram auxiliares de enfermagem, oito enfermeiros(as) e 16 médicos(as)<sup>21</sup>. Segundo os autores, os profissionais apresentam um sofrimento psíquico intenso logo após o acidente pelo medo de estarem contaminados com o HIV e as repercussões psicossociais após o acidente estão intimamente ligadas às representações que o(a) profissional e o círculo social têm da aids, geralmente como algo aterrorizante associado à morte.

O preconceito emergido na categoria profissional da área da saúde ressalta que com relação às doenças que trazem em si o preconceito e a discriminação social, a aids traz consigo um estigma maior, pois fala de sexo, sangue, homossexualismo, prostituição, traição, trazendo à tona o mais íntimo das pessoas, escondidos através de tabus<sup>6</sup>. As concepções sobre a aids que os profissionais de saúde possuem são muito semelhantes às da sociedade em geral, que ainda discrimina e contribui para a morte social dos(as) portadores ao vincular o HIV com a “grande peste e as sujeiras do mundo” – as drogas, a promiscuidade e o homossexualismo<sup>21</sup>. O preconceito sofrido pelos indivíduos portadores do HIV pode levar a atitudes de discriminação verificadas pelo afastamento do grupo social do doente e, por sua vez, do doente do seu grupo social<sup>19</sup>.

Quanto aos profissionais na faixa etária dos 34 aos 44 anos, verificou-se elementos ancorados na interface da subjetividade e complexidade do indivíduo portador de HIV, como demonstrado nos elementos figurativos, solidariedade, amor, respeito e atenção. Desde o início da aids, a solidariedade surgiu como uma importante arma contra a doença, como dizia o sociólogo Herbert de Sousa<sup>22</sup>: “A cura para a aids chama-se solidariedade”. Infere-se que esses profissionais através do colocar-se no lugar do outro, captaram o medo vivenciado pelos pacientes ao iniciarem o tratamento com os anti-retrovirais. Contraopondo-se a essa questão, foi observado na prescrição da “medicação”, aliada ao atendimento, um certo realce ao modelo biomédico.

## CONCLUSÃO

Foram verificados universos consensuais com relação aos grupos estudados, em que os pacientes se encontram na interface das partilhas dos profissionais conferidas no cotidiano da prática em saúde nos serviços de João Pessoa. Entre os pacientes e os profissionais da saúde, encontraram-se elementos figurativos associados à depressão. Estes profissionais demonstraram sensibilidade aos estados psicoafetivos vivenciados pelos indivíduos portadores, trazendo à tona a realidade da depressão no contexto da aids em João Pessoa. Ilustrando também uma visão contemporânea da aids, ancorada também nos transtornos psicoafetivos e de humor.

Foram também verificados universos consensuais nas relações dos pacientes com os profissionais inseridos na faixa etária entre 34 e 44 anos, demonstrando a objetivação da aids através da luta pela vida, fortalecendo o apoio oferecido por estes profissionais por meio de solidariedade, amor, empatia e respeito, ilustrando a constante busca pela concretização dos direitos humanos.

Entre os universos consensuais observados entre os profissionais da área de humanas e da saúde, ressaltam-se as representações da aids ainda ancoradas nas doenças contagiosas e advindas de práticas sexuais promíscuas. Conforme citado anteriormente, são representações que facilitam o surgimento do processo de culpabilização vivenciadas pelo indivíduo portador do HIV.

Observam-se mudanças favoráveis no contexto da aids nos serviços de saúde pública, bem como na própria vida dos pacientes, incluindo auto e heteropercepção, gerando conquistas e vitórias em vários âmbitos. Mas a realidade da doença ainda é um problema de caráter coletivo, que afeta a todos, sem distinção.

Em todos os aspectos estudados, a aids aparece como um fenômeno contraditório e antagônico: ao se falar de aids, relata-se a vida e a dor, o desespero e a solidariedade, a precariedade e a qualidade, a responsabilidade e o descuido, enfim, o amor e o medo, várias facetas de um fenômeno naturalizado como feio e ameaçador e ao mesmo tempo fonte de vida e esperança, realçando o que disse o sociólogo Herbert de Souza<sup>23</sup>:

*“Creio que podemos transformar a tragédia da aids, da enfermidade e da doença, num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós, e em todos nós, o sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática, de uma sociedade justa e fraterna.”*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riechelmann JC. Psicologia da Saúde – Um Novo Significado para a Prática Clínica. São Paulo: Pioneira; 2000.
2. Pietrukowicz MCLC. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
3. Figueiredo MAC. Aids, ciência e sociedade: A dicotomia entre conhecimento técnico e competência social no trabalho do profissional de saúde. In: Boarini ML (Org.). Desafios na atenção à saúde mental. São Paulo: Edição; 2000.
4. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS et al. Limites do Trabalho Multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. Revista de Saúde Pública 2002; (4 supl): 108-116.
5. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, SP; 2003.
6. Alves EGR & Ramos DLP. Profissionais de saúde: vivendo e convivendo com HIV/Aids. São Paulo: Santos; 2002.
7. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento Científico Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2ª. Ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993.
8. Jodelet D. Representações Sociais do Contágio e a Aids. In: Jodelet D. (Org.). Aids e Representações Sociais à busca de sentidos. Natal: Edufrn; 1998.
9. Tura LFR. Aids e Estudantes: a Estrutura das Representações Sociais. In: Jodelet D. (Org.). Aids e Representações Sociais à Busca de Sentidos. Natal: Edufrn; 1998.
10. Di Giacomo JC. Alliance et rejets untergroupes au sein d'un mouvement de revendication. In: Doise W et al. L'étude des représentations sociales. Paris: Delchoux & Niestle; 1984.
11. Cibois PH. L'analyse factorielle. Paris: PUF; 1990.
12. Coutinho MPL. Depressão Infantil: Uma abordagem Psicossocial. João Pessoa: Editora Universitária; 2001.

13. Paiva V, Lima TN, Santos N et al. Sem Direito de Amar? A Vontade de Ter Filhos entre Homens e Mulheres Vivendo com HIV. *Psicologia USP* 2002; 13(2): 10-16.
14. Lopes MV, Fraga MN. Pessoas convivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. *Revista Latino americana em Enfermagem* 1998; 6(4): 34-41.
15. Zancan FL. Dilemas Morais nas Políticas de Saúde: O Caso da Aids. Uma Aproximação a partir da Bioética. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Ciências Sociais; 1999.
16. Spiegel D. Apoio social: Como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: D. Goleman & J Gurin (Orgs.). *Equilíbrio Mente e Corpo: Como Usar sua Mente para uma Saúde Melhor*, Rio de Janeiro: Editora Campus; 1997. p. 283-298.
17. Melchior R. Avaliação da Aderência de Usuários do Sistema Público de assistência de Assistência ao Tratamento de Aids: Uma análise qualitativa. Dissertação de mestrado, Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2000.
18. Jodelet D. Representações Sociais: Um domínio em Expansão. In: Jodelet D. (Org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
19. Sousa AS, Kantorski LP, Bielemann MLV. A Aids no Interior da Família – Percepção, Silêncio e Segredo na Convivência Social. *Maringá* 2004; 26(1): 1-9.
20. Paiva V, Leme B, Nigro R, Caraciolo J. Lidando com a Adesão: A Experiência de Profissionais e Ativistas na Cidade de São Paulo. Revisão da Literatura Médica. In: Teixeira RP, Paiva V. *Tá Difícil de Engolir? Experiências de Adesão ao Tratamento Anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids; 2000.
21. Brandão J, Starling P. Biossegurança e Aids: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
22. Sousa H. (1987). *Contra a Aids e pela Vida*. Acessado em 01 de maio de 2005. Disponível em World Wide Web: [www.aids.gov.br/betinho/contr\\_a\\_aids.htm](http://www.aids.gov.br/betinho/contr_a_aids.htm).
23. Sousa H. *O Dia da Cura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.

**Endereço para Correspondência:****CRISTIANE G RIBEIRO**

Av. General Geraldo Costa, 307 apto 802 - Manaíra

58.138-030 – João Pessoa – PB

Fone/Fax: (83) 247-6814

E-mail: [cristianegr@ig.com.br](mailto:cristianegr@ig.com.br)

Recebido em: 15/03/05

Aprovado em: 28/04/05