

CONCEPÇÃO DA AIDS: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS E OS PACIENTES? CONCEPÇÃO DA AIDS

CONCEPT OF THE AIDS: WHAT DO PROFESSIONALS AND PATIENTS THINK? CONCEPT OF AIDS

*Cristiane G Ribeiro,¹ Maria PL Coutinho,² Ana Alayde W Saldanha,³
Regina LV Azevedo⁴*

RESUMO

Introdução: a aids, longo do tempo, vem se sobrepondo à concepção de doença, envolvendo questões que perpassam dados epidemiológicos. **Objetivo:** identificar e comparar as representações sociais da aids sob a perspectiva de profissionais e pacientes que se inserem no contexto dos serviços de assistência especializada na cidade de João Pessoa, Paraíba. Para compreender melhor o tema, fez-se importante conhecer as representações sociais dos profissionais e pacientes acerca da concepção da aids, utilizando como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais. **Métodos:** participaram desta pesquisa 29 profissionais que trabalham com a aids, sendo categorizados em profissionais da área das ciências da saúde (médicos e enfermeiros) e profissionais da área das ciências humanas (psicólogos e assistentes sociais), em sua maioria do sexo feminino (83%) e 20 pacientes HIV positivos (54% do sexo masculino e 46% do sexo feminino). Os dados coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas foram tratados pela técnica de análise de conteúdo temática de Bardin. **Resultados:** com relação à aids, as duas categorias profissionais a objetivaram enquanto uma doença orgânica, incurável e crônica, ancorada no saber científico, demonstrando certa defensividade diante da doença, ao mesmo tempo que apontam a superação de antigas representações associadas à morte. Já para os pacientes a aids é um modo de viver, com suas particularidades e limitações, objetivada por uma concepção psicoafetiva e sociomoral, associada ao preconceito e à depressão, apontando o grande sofrimento vivenciado pelos indivíduos portadores do HIV. **Conclusão:** observa-se que as representações sobre a aids estão em consonância com os conhecimentos que cada grupo elabora por intermédio das relações sociais e de comunicação, deste modo, as representações sociais da aids vão estar atreladas ao universo consensual vivido pelos grupos que a representam.

Palavras-chave: aids, profissionais de saúde, pacientes, representações sociais

ABSTRACT

Introduction: Aids has been placed during a long time, very beyond the conception of illness, involving questions surpass together epidemiological data. **Objective:** this study has the objective to identify and to compare the social representations of the aids under the perspective of professionals and patients who are inserted in the context of the services of specialized assistance in the city of João Pessoa, Paraíba. To understand the subject better, one should know the social representations of the professionals and patients concerning the conception of aids, using as the Theory of the Social Representations. **Methods:** 29 professionals who work with aids, being categorized as professionals of the area of sciences of the health (doctors and nurses) and professionals of the area of humanities (social psychologists and assistants), in its majority female (83%) and 20 infected patients had participated of this research (54% males and 46% females). The data collected through half-structuralized interviews was treated by the technique of thematic analysis of content of Bardin (2002). **Results:** with regard to aids, the two professional categories had objectified it as an organic, incurable and chronic illness, anchored in scientific knowledge, demonstrating certain defense against the illness, whereas they point the overcoming of old representations associated to death. One the other hand, patients face aids as a way of living, with its particularities and limitations, objectified through a psycho-affective conception and moral partner, associated to the prejudice suffered and the depression, demonstrating the great suffering lived deeply by the individuals who have HIV. **Conclusion:** it is observed that the representations of the aids are in accordance with the knowledge that each group elaborates through the social relations and of communication, in this way, the social representations of aids will be introduced to the consensual universe lived by the groups that represent it.

Keywords: aids, social professionals of health, patients, representations

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 185-189, 2006

INTRODUÇÃO

A aids, ao longo do tempo, tem-se sobreposto à concepção de doença, sendo considerada um fenômeno social complexo e multifacetado, envolvendo questões que perpassam dados epidemiológicos, abrangendo aspectos subjetivos da nossa sociedade, fazendo aflorar crises sociais próprias das epidemias modernas.

Desde o seu aparecimento, em meados de 1981, foi a primeira doença cujas histórias médicas e sociais foram desenvolvidas conjuntamente, facilitando o surgimento de uma qualificação social

da doença.¹ Antes de as pesquisas trazerem algum esclarecimento, as pessoas elaboraram representações baseadas nos dados de que dispunham, ancoradas no senso comum e explicando, em parte, a construção desse fenômeno social, aumentando ainda mais o preconceito e a discriminação contra os chamados grupos de risco. Essa visão moral fez da doença um estigma social provocando ostracismo e rejeição,¹ visão esta que, até os dias atuais, acompanha os pacientes portadores do HIV.

A partir da década de 1990, depois da introdução dos novos antiretrovirais, a aids passou a assumir a característica de uma doença crônica semelhante, em alguma medida, ao câncer e às doenças cardíacas.² Ademais, essa nova condição da aids trouxe uma importante questão: os serviços de saúde, representados pelos profissionais que lidam diretamente com a doença, colocaram-se como locus de resposta à epidemia, tornando-se um elo entre o

¹ Professora da UFPB. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

² Livre Docente e Professora Emérita da UFC. Doutora em Enfermagem pela UFC.

³ Professora Adjunta da UFPB. Doutora em Enfermagem pela UFC.

paciente e sua doença. Entretanto, estes profissionais ainda sustentam a idéia de que a aids pertence a determinados grupos de risco e está associada à morte,³ demonstrando representações semelhantes às da população em geral e apontando poucas mudanças desde o início da difusão da doença.

Diante das premissas, optou-se, como referencial teórico, pela teoria das Representações Sociais⁴ apoiando-se no pressuposto de que as doenças têm sido um campo privilegiado para estudos sobre representações sociais. Além disso,⁵ a representação social dá sentido para uma doença, orientando suas condutas a partir de suas representações.

Percebe-se que as representações sobre a aids estão em consonância com os conhecimentos que cada grupo elabora por meio das relações sociais e de comunicação, deste modo, as representações sociais da aids vão estar atreladas ao universo consensual vivido pelos grupos que a representam.⁶

OBJETIVO

Conhecer e comparar as representações sociais dos profissionais e pacientes acerca da aids, e, desta forma, acessar o imaginário popular destes grupos de pertença, compreendendo melhor a dinâmica que envolve os serviços de assistência especializada à doença na cidade de João Pessoa, Paraíba.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo desenvolvido sobre uma abordagem qualitativa, fundamentado nos aportes teóricos das Representações Sociais.

Participantes

Participaram desta pesquisa 29 profissionais que trabalham diretamente no contexto do HIV sendo 15 da área das ciências da saúde (médicos e enfermeiros) e 14 da área das ciências humanas (psicólogos e assistentes sociais), em sua maioria do sexo feminino, com idades variando dos 28 aos 53 anos. Também participaram 20 pacientes soropositivos para o HIV, com idades entre 20 e 52 anos, sendo 54% do sexo masculino e 46% do sexo feminino e a maioria (83%) com renda familiar inferior a três salários mínimos.

Lócus

Os dados dos profissionais foram coletados em uma instituição da rede pública de saúde considerada referência no atendimento ao paciente portador do HIV na cidade de JoãoPessoa-PB. Os dados referentes aos pacientes foram coletados no serviço ambulatorial desta instituição, bem como em duas Organizações Não Governamentais (ONG) que dão assistência ao indivíduo portador de HIV.

Instrumento

Adotou-se o modelo de entrevista semi-estruturada, constituída de itens referentes à identificação sociodemográfica e questões norteadoras e estruturadas de acordo com o referencial teórico adotado. Foi estabelecido o critério de saturação proposto por Sá⁷ para estabelecer o número de sujeitos entrevistados e selecionada a técnica de Análise de Conteúdo Temática,⁸ com o objetivo de inferir novos conhecimentos a partir das respostas dos sujeitos às entrevistas.

Procedimento

O mesmo procedimento foi estabelecido a todos os partici-

pantes da pesquisa; no início da coleta dos dados, procurou-se estabelecer um *rapport*, por meio do qual o participante teve uma idéia geral do que interessava ao pesquisador, e teve a oportunidade de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Quanto aos profissionais, realizaram as entrevistas em seus ambientes de trabalho, durante o horário de plantão. Quanto aos pacientes, foram abordados nos ambulatórios das referidas instituições, e em duas ONGs que trabalham com indivíduos portadores de HIV. Em ambos os casos, o instrumento foi aplicado de forma individual e efetivou-se em local reservado.

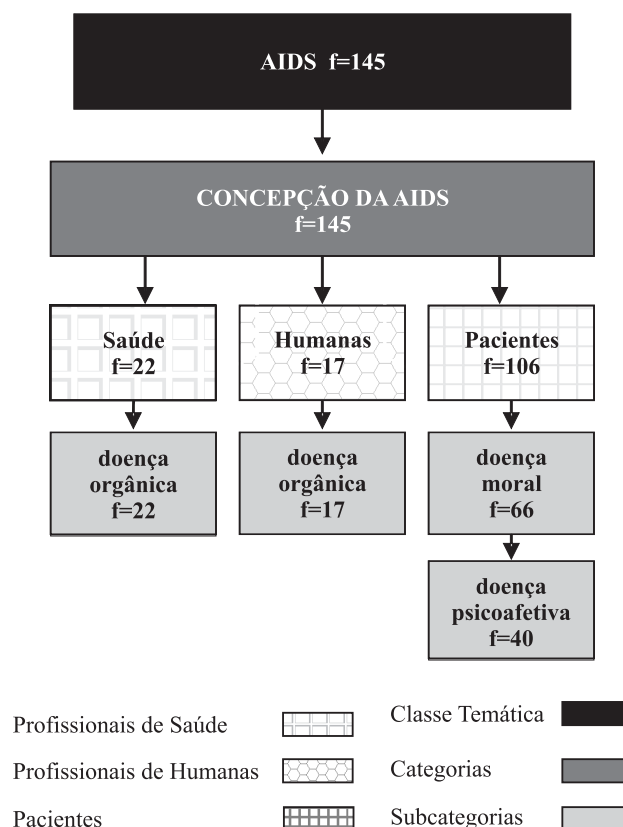
Aspectos éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a "Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As interlocuções dos participantes resultantes das questões norteadoras das entrevistas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática permitiram a construção de um conhecimento prático correspondente a 1 categoria: concepção da aids, subdividida em três subcategorias: doença orgânica, doença moral e doença psicoafetiva, conforme observado na Figura 1.

Figura 1. Categoria, subcategorias e distribuição das freqüências da classe temática Aids.



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 novos caminhos em busca do conhecimento do contexto estudado.

1. Concepção da aids.

Esta categoria demonstra a maneira pela qual a aids é concebida, emergindo duas subcategorias semelhantes aos dois grupos de profissionais e duas subcategorias relacionadas aos pacientes. Em seguida verificam-se as unidades de análise referente às subcategorias comuns aos profissionais de saúde e humanas:

Quadro 1. Unidades de análise sobre a concepção da aids pelos profissionais da área de saúde f=22.

| | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doença orgânica f=22 | ... <i>“é uma síndrome que não tem cura”</i> (9). ... <i>“é uma doença crônica”</i> (13). |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro 2. Unidades de análise sobre a concepção da aids pelos profissionais da área de humanas f=17.

| | |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doença orgânica f=17 | ... <i>“é uma patologia que por enquanto não tem cura”</i> (6). ... <i>“é uma doença que tem tratamento (6) o paciente pode levar uma vida normal (...) hoje a aids é uma doença crônica (3) estamos convivendo com os filhos da aids”</i> (...). |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Verificaram-se representações convergentes nas duas categorias profissionais, ao representarem a aids como uma doença, caracterizada como crônica e, portanto incurável, ancorada no saber científico. Embora vivenciem a aids em seus cotidianos, estes profissionais demonstraram um distanciamento, ou provavelmente uma busca pela neutralidade diante da doença. Acerca desta questão Camargo Jr.⁹ aponta que, da mesma forma que seus pacientes, o profissional vê o mundo por intermédio do filtro de suas representações, entretanto, seu imaginário está sempre protegido pelo escudo da racionalidade científica; essa racionalidade assume, portanto, uma atitude defensiva destes profissionais, diante das incertezas e ameaças que a aids provoca.

Observa-se também nesta subcategoria, a superação de representações sociais da aids anteriormente associadas à morte,³ passando a ancorá-la nas doenças crônicas e incuráveis como a diabetes e a hipertensão, demonstrando de certa forma, uma visão mais positiva da doença.

Com relação ao grupo dos pacientes, este concebeu a aids ancorada em duas esferas: moral e psicoafetiva, conforme verificado a seguir:

Quadro 3. Unidades de análise sobre a concepção da aids pelos pacientes f=106.

| | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doença moral f=66 | ... <i>“todo mundo tem preconceito com essa doença (9) eu não digo a ninguém (2) até hoje ainda sinto rejeição (2) o próprio portador não diz com medo do preconceito (3) eu tinha mais preocupação com a minha aceitação lá dentro do sistema (...) era mais complicado para mim o sistema do que o diagnóstico (...)”</i> <i>“quando a gente chega nos outros hospitais, tem preconceito (3) no lá eles me deixaram jogado, não me deram água (...) lá eu me senti igual a um cachorro (...) largado (...) no posto de saúde eu não vou buscar um remédio porque fica tudinho falando (...) as enfermeira atendia todo mundo ruim (...) elas tinha medo de chegar até perto (...) tinha discriminação (2) outras pessoas que estão lá com outros problemas, e sabe que a gente tem [HIV]”</i> (2). ... <i>“meu pai com raiva de mim me botou pra fora (...) muita rejeição logo no início da própria família (5) nem toda minha família sabe (9)”</i> <i>“E eu passei a me valorizar depois do que aconteceu comigo (2) (...) mudar em todos os sentidos (3) houve uma mudança de hábito (2) uma força de vontade muito grande (2) deixei tudo para ter uma vida melhor (...) a doença trouxe coisa boa (...) mudei meus valores (...) minha estrutura de vida (...) muita força de vontade entendeu (...) tem que nascer de novo, minha vida tá até melhor do que era antigamente (...) tenho meu benefício que eu nunca tive (...) tenho minha televisão (...) tenho minha bicicleta (...) agora tenho tudo que eu quero graças a Deus (...)”</i> . |
| Doença psicoafetiva f=40 | ... <i>“foi o apoio de minha família (11) a família é muito importante (5) a base de tudo é a família”</i> (2). ... <i>“meu companheiro que eu conheci aqui (5) foi a melhor coisa (...) para ele foi muito difícil no começo (...) até ter uma aproximação maior (...) aí fomos morar juntos e estamos aí até hoje”</i> (...). ... <i>“eu sou vítima de depressão”</i> (9). ... <i>“ela ficou também muito deprimida (...) o paciente tá morrendo por depressão”</i> (3). |

A primeira subcategoria denominada *doença moral*, emergida no grupo dos pacientes, aponta para duas direções contrárias: a aids associada ao preconceito e a aids associada à mudança de valores. O preconceito demonstra o lado obscuro e desolador do viver com aids, assinalando o sofrimento vivido por estes pacientes, ao carregar em seus corpos um vírus estigmatizante. Por intermédio das unidades de análise, os pacientes relataram o preconceito direcionado a três situações específicas: o preconceito da sociedade de uma forma geral, o preconceito de outros profissionais que, provavelmente, não trabalham com o HIV/Aids, e o preconceito dentro do seio da própria família.

Observa-se que, apesar de 25 anos de existência, a aids ainda provoca atitudes preconceituosas, demonstrando representações ancoradas nos, denominados inicialmente, grupos de risco,¹⁰ e, conseqüentemente, provocando nos pacientes comportamentos de isolamento, conforme os relatos abaixo:

...“*todo mundo tem preconceito com essa doença (9) eu não digo a ninguém (2) até hoje ainda sinto rejeição (2) o próprio portador não diz com medo do preconceito (3).*”

Os pacientes também relataram o preconceito que sofrem ao procurar outros serviços não especializados em HIV/Aids. Este fato demonstra o despreparo do profissional de saúde, de forma geral, baseado na falta de informação, e por não vivenciarem a soropositividade e não disporem de treinamento específico; suas representações acerca da doença acompanham as da população em geral, ancoradas no preconceito, estigma e discriminação,¹¹ conforme os relatos a seguir:

...“*quando a gente chega nos outros hospitais, tem preconceito (3) no posto de saúde eu não vou buscar um remédio porque fica tudinho falando (...)*”.

Esta moral também permeia o seio da família na qual um de seus membros, ao contrair o vírus, traz para o grupo familiar a ameaça perante o meio social, trazendo “vergonha” e “medo” da rejeição, preferindo muitas vezes optar pelo silêncio, conforme verificado nas unidades temáticas abaixo:

...“*meu pai com raiva de mim me botou pra fora (...) muita rejeição logo no início da própria família (5) nem toda minha família sabe*” (9).

A aids associada à mudança de valores demonstra os ganhos secundários da doença, apontando representações objetivadas por intermédio de um mecanismo de compensação, em que os pacientes conseguem sair da situação de vítima social. De acordo com Cardoso e Arruda,¹² a aids torna-se uma doença que se transforma em situação de aprendizagem, e o doente, em vez de ter um caráter meramente passivo, torna-se ativo, dedicado ao seu novo papel, lutando e reaprendendo a viver.

Observa-se, por meio das unidades temáticas, elementos que apontam uma nova perspectiva, nos quais os pacientes assumem uma mudança de valores, demonstrando uma forte valorização da vida. Segundo Cardoso e Arruda,¹² a soropositividade impõe perdas significativas (amigos, emprego, planos), mas ao mesmo tempo traz mudanças internas de cunho positivo incluindo novos valores e ganhos religiosos, conforme se verifica nos relatos abaixo:

...“*eu passei a me valorizar depois do que aconteceu comigo (2) (...) mudar em todos os sentidos (3) a doença trouxe coisa boa (...) mudei meus valores (...) minha estrutura de vida (...) muita força de vontade entendeu (...)*”.

Essa “nova” vida inclui também mudança de hábitos, impondo mais regras, até mesmo pelo tratamento que impõe uma maior disciplina. Muitos pacientes, devido a esta demanda, conseguem abster-se de uma vida descontrolada de álcool e/ou drogas,¹² priorizando a própria qualidade de vida, conforme os relatos a seguir:

...“*houve uma mudança de hábito (2) uma força de vontade muito grande (2) deixei tudo para ter uma vida melhor (...)*”.

Alguns ainda relatam uma melhora em suas vidas baseada na obtenção de uma aposentadoria ou licença pela Previdência Social, expressando o baixo nível socioeconômico da amostra e trazendo à tona a realidade da pauperização da doença no Brasil e no mundo. Vale ressaltar nesta subcategoria o caráter contraditório trazido pela aids, colocando em confronto fenômenos antagônicos como a limitação e a dor de ter uma doença incurável, e ao mesmo tempo os ganhos obtidos apontando uma vida melhor, conforme se observa a seguir:

...“*minha vida tá até melhor do que era antigamente (...) tenho meu benefício que eu nunca tive (...) tenho minha televisão (...) tenho minha bicicleta () agora tenho tudo que eu quero graças a Deus (...)*”.

A segunda subcategoria, denominada *doença psicoafetiva*, emergida no grupo dos pacientes, concebe a aids como uma doença socioafetiva, objetivada pelo apoio recebido dos diversos grupos sociais em que estão inseridos. Segundo Remor,¹³ esta rede de apoio torna-se um fator atenuador do impacto negativo da soropositividade na vida das pessoas infectadas, sendo um recurso que pode facilitar o processo de adaptação à doença. Segundo os pacientes, este apoio é proveniente de dois grupos: a família e o companheiro.

A família emergiu neste estudo como uma das mais fortes redes de apoio considerada pelos pacientes, corroborando estudos anteriores.¹⁴ Este apoio lhes dá o suporte para lutar dia a dia pela manutenção da vida, suportar melhor os efeitos colaterais dos medicamentos e, portanto, lidar melhor com a soropositividade:

...“*foi o apoio de minha família (11) a família é muito importante (5) a base de tudo é a família (2).*”

A presença de um companheiro, na maioria das vezes também HIV positivo, surge após a soroconversão de ambos. Eles encontram no “outro”, uma identificação maior com o “estar com a doença” e se apóiam mutuamente, conseguindo de certa forma obter os ganhos que a doença traz, conforme se verifica nos relatos abaixo:

...“*meu companheiro que eu conheci aqui (5) foi a melhor coisa (...) para ele foi muito difícil no começo (...) até ter uma aproximação maior (...) aí fomos morar juntos e estamos aí até hoje (...)*”.

Ainda na categoria *doença psicoafetiva*, emergida no grupo dos pacientes, observa-se que a aids, na contemporaneidade, também se ancora nos distúrbios psicoafetivos, associados à depressão.

Muitos pacientes relataram vivenciar a depressão em suas vidas, atingindo um alto índice de prevalência de 64%.¹⁵ Apesar dos mecanismos de compensação, pelos ganhos secundários da doença, a depressão parece acompanhá-los de maneira sombria. A seguir se verificam as unidades temáticas relacionadas ao tema proposto:

...“eu sou vítima de depressão (9) ela ficou também muito deprimida (...) o paciente tá morrendo por depressão (3).”

Diante destes relatos, presume-se que a depressão torna-se um fenômeno alarmante nestes serviços, assumindo caráter de saúde pública e exigindo de imediato uma intervenção neste sentido. Sabe-se que diante do fenômeno da depressão, não só o psicólogo se faz importante, mas um trabalho em conjunto com um médico psiquiatra, visto que muitos tipos de depressão demandam a terapia com medicamentos antidepressivos e ansiolíticos. Em nenhuma das instituições visitadas neste estudo foi verificada a presença de um médico com esta especialidade.

CONCLUSÃO

Diante das premissas, com base na categoria concepção da aids, observaram-se representações distintas entre dois grupos: o dos profissionais (independente da categoria) e o dos pacientes. As duas categorias profissionais conceberam a aids, enquanto uma doença incurável e crônica, ancorada no saber científico, provavelmente por promover um “escudo” diante das ameaças desta doença e também demonstrando mudança nas representações anteriormente associadas à morte.

Já para o grupo dos pacientes, diferentemente dos profissionais, a aids vai além do saber científico, mas é, antes de tudo, uma forma de viver, com suas particularidades e limitações, pois estes a conceberam enquanto uma doença ancorada em duas esferas: moral e psicoafetiva. A concepção moral denunciou lados antagônicos de se viver com aids, demonstrando, por um lado, o sofrimento causado pelo preconceito e discriminação e, por outro, a opção de obter ganhos com a doença, conseguindo grandes mudanças de vida. A concepção psicoafetiva demonstrou a importância do apoio da família e de um companheiro no dia-a-dia destes pacientes, diminuindo o impacto negativo da doença. Já a presença da depressão demonstrou um grave problema de saúde pública vivenciado nesses serviços de assistência especializada à aids, os quais demandam sérias intervenções governamentais, com o fim de diminuir o grande nível de sofrimento vivenciado por estes indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jodelet D Representações Sociais: Um domínio em Expansão. In D Jodelet (Org.), *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p.17-41.
2. Fee E & Fox D. *Aids The making of a chronic disease*. Berkeley-Los Angeles-Oxford: University of California Press; 1992.
3. Avi GDS. Informação Técnica não Basta: as Representações Sociais da AIDS em Profissionais de Saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade). Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2000.
4. Moscovici AS. *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
5. Herzlich CA. A Problemática da representação e sua utilidade no campo da doença. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* 1991; 1 (2): 23-36.
6. Oltramari LC. Um esboço sobre as representações sociais da aids nos estudos produzidos no Brasil. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas* 2003; 45: 1-17.
7. Sá CP. *A Construção do Objeto de Pesquisa em representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 1998.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
9. Camargo Jr KR. Irracionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* 1992; 2 (1): 203-228.
10. Joffe H. “Eu não, o meu grupo não”: representações sociais transculturais da aids. In Guareschi P & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações Sociais* (pp. 297-323). Petrópolis: Vozes; 1998.
11. Brandão J & Starling, P. *Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2000.
12. Cardoso GP & Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (1): 151-162.
13. Remor E A. Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2002; 18 (3): 283-287.
14. 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.
15. Castanha A, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Ribeiro CG. *Repercussões psicossociais da depressão no contexto da aids*. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília; prelo.

Endereço para correspondência:

CRISTIANE G RIBEIRO
Avenida Geral Costa, 307, Aptº 802
Manaíra, João Pessoa – PB.
CEP: 58038-130
E-mail: cristianegr@ig.com.br

Recebido em: 17/06/2006

Aprovado em: 10/10/2006