



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

NINALVA DE ANDRADE SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE VIVEM COM O
HIV/AIDS SOBRE AIDS, HIV E CUIDADO DE ENFERMAGEM**

SALVADOR
2014

NINALVA DE ANDRADE SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE VIVEM COM O
HIV/AIDS SOBRE AIDS, HIV E CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem, Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, na Linha de Pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva

SALVADOR
2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de
Saúde, SIBI - UFBA

S237 Santos, Ninalva de Andrade

Representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/aids sobre aids, HIV e cuidado de enfermagem / Ninalva de Andrade Santos. – Salvador, 2014.

247 f.

Orientadora: Profª Drª Mirian Santos Paiva.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2014.

1. HIV/AIDS. 2. Enfermagem. 3. Representações Sociais. I. Paiva, Mirian Santos. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083:616.98

TERMO DE APROVAÇÃO

NINALVA DE ANDRADE SANTOS

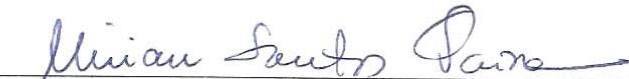
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE VIVEM COM O HIV/AIDS SOBRE AIDS, HIV E CUIDADO DE ENFERMAGEM

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde; Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

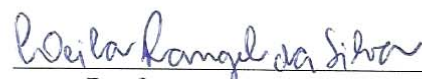
Aprovada em 20 de dezembro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Mirian Santos Paiva


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

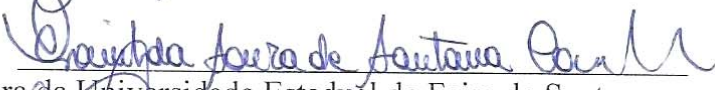
Leila Rangel Silva


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Marizete Argolo Teixeira


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Evanilda Souza de Santana Carvalho


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Jeane Freitas de Oliveira


Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Kátia Conceição Guimarães Veiga

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Sheva Maia Nóbrega

Doutora em Psicologia Social e Professora da Universidade Federal de Pernambuco

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo ao meu querido e bom **Deus** pelo dom da vida, da sabedoria, da prudência!!! Grata, **meu Deus**, por ter conseguido chegar até aqui! Oportunidade que poucas pessoas têm durante a vida. Obrigada **Senhor** por mais essa vitória que acredito não ser merecedora!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais **Aurelina Andrade** e **João dos Santos** pelos primeiros ensinamentos, pelos bons exemplos e por sempre terem acreditado no meu potencial;

Aos meus filhos **Bárbara Novato** e **Diego Matos** que me encham de orgulho. Grata por vocês existirem e por tantos incentivos e apoio nos momentos difíceis. Vocês constituem a razão do meu viver!

Ao meu companheiro **Silvio Arcanjo** pelo incentivo, pelo carinho e por ter compreendido a necessidade de estar ausente em muitos momentos;

Ao meu netinho **Daniel Novato** que enche nossas vidas de alegria. Grata por ter, embora não muito satisfeito, entendido que eu precisava estar distante, na luta por um ideal;

À minha orientadora, **Dra. Mirian Santos Paiva**, a qual considero uma grande amiga, uma pessoa competente e simples, que esteve sempre disposta a contribuir para o meu crescimento intelectual, sendo capaz de entender e respeitar os inúmeros problemas que permeou esta caminhada, sempre com uma palavra de conforto. Muito obrigada por acreditar no meu potencial!

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos **Dinalva, Gilberto** e **Gilfredo** pelo estímulo e pela constante vibração por cada vitória que alcancei;

Aos meus sobrinhos e sobrinhas **Athos, Beatriz, Bianca, Bruno, Caio, Danilo, Edvan Júnior, Felipe, Fernando, Guilherme, Ilzver, Jéssica, Lucas Matos, Lucas Santos, Marcelo, Maria Ester, Raphael, Serginho, Stephanie Hanoy, Stephanie Matos, Thaila e Tiago** pela meiguice e tantos momentos de alegrias;

Ao meu genro **Juraci** pela amizade e palavras de incentivo;

À minha futura nora **Raphaella** pela ternura e por ter cuidado do meu filho durante minha ausência;

Aos meus tios e tias **Adélia, Alcides, Daniel, Guiomar, Maria José e Raimunda** pelo carinho e apoio;

À minha sogra **Vandete** e meu sogro **Silvio** pelo apoio e amizade;

A todo(a)s **primas** e **primos** que sempre me incentivaram e vibram com meu crescimento profissional;

Às minhas cunhadas e cunhados **Andréia, Carlos, César, Salvador, Sandra, Sérgio, Silvana Silvino e Solange** pela amizade e pelo carinho;

Às minhas co-cunhadas **Elielma, Leilda, Rosa** e **Vaninha** e ao co-cunhado **Edvan** pelo afeto e pelos bons momentos em família.

Aos amigos e amigas **Maria José, Albérico, Claudionora, Rubinho, Marússia, Conceição, Agenor, Albérico Filho e Márcia**. Junto de vocês encontrei uma segunda família e vivi momentos inesquecíveis;

Aos colegas **Aloísio, Fátima, Tatiana e Tiago** pela amizade e pelo apoio aos meus familiares em minha ausência;

Às amigas **Eurides** e **Soraia** pela amizade e pela atenção dedicada ao meu filho nos momentos em que eu não estava presente;

Às professoras Dra. **Evanilda Souza de Santana Carvalho**, Dra. **Leila Rangel Silva**, Dra. **Jeane Freitas de Oliveira**, Dra. **Kátia Conceição Guimarães Veiga**, Dra. **Marizete Argolo Teixeira**, Dra. **Sheva Maia Nóbrega**, que compuseram as bancas de qualificações e de defesa desta tese, por todas as orientações e indescritíveis contribuições para realização desta pesquisa;

À Dra. **Sheva Maia** pela amizade, dedicação e pela grande contribuição na realização desta pesquisa;

À professora **Luzia Wilma**, minha querida amiga. Minha eterna gratidão pela salutar contribuição para com esta pesquisa;

À professora **Cristina Melo** pelas contribuições na elaboração desta pesquisa;

A **todo(a)s professore(a)s** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / Escola de Enfermagem da UFBA;

Às professoras Dra. **Darci**, Dra. **Edméia**, Dra. **Enilda**, Dra. **Fernanda**, Dra. **Isa**, Dra. **Jeane**, Dra. **Josicélia**, Dra. **Mariza** e Dra. **Silvia**, pela amizade, pelo incentivo e pelo auxílio nos momentos difíceis;

Aos colegas **Eduardo Boery** e **Rita Boery** pela amizade, incentivo e apoio;

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, em especial ao **Departamento de Saúde/Campus de Jequié**, pelo estímulo ao crescimento intelectual do corpo docente e pela minha liberação para participação deste curso;

À **Universidade Federal da Bahia** pela oportunidade de obter este título e pela qualidade dos serviços disponibilizados à comunidade acadêmica;

Ao **Grupo de Pesquisa sobre Sexualidades, Vulnerabilidades e Gênero** pela oportunidade de crescimento intelectual;

Ao **Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher (GEM)** pela oportunidade de aprofundar maiores conhecimentos sobre a temática;

À **FAPESB** pelo apoio financeiro através do fornecimento de bolsa durante todo o curso;

À **CAPES** por ter patrocinado participação em eventos nacionais e internacionais;

A(o)s **colegas** dos cursos de doutorado e mestrado em especial **Rita de Cássia, Gilmara, Maria da Conceição, Lyra, Vanda, Rosália** e **Andréia** pela amizade e tantas contribuições;

A(o)s **secretário(a)s** do Departamento de Saúde da UESB em especial **Evandro** e **Monalisa** pela eficiência e colaboração;

A(o)s **secretário(a)s** da Escola de Enfermagem em especial **Samuel e Márcia** por tantas colaborações e pela eficiência;

Ao **Ambulatório de Infectologia** do **Complexo Hospitalar Edgar Santos** pela salutar contribuição na realização deste estudo;

Ao **Centro Especializado de Diagnóstico e Pesquisa (CEDAP)** pelo indescritível subsídio para a concretização deste estudo;

Ao **Hospital Geral Prado Valadares**, especialmente aos motoristas **Dalmo, Edmilson, Jonathan, Jorge Duplat, Jorge “Pato Roco” e Wildson** pelas inúmeras vezes que compartilhamos idas e vindas entre Salvador e Jequié;

A(o)s **companheiro(a)s do Rotary Club Salvador-Pituba** pela amizade e tantos bons momentos de companheirismo;

A **todas as mulheres** que participaram da pesquisa. Guardarei na memória cada história contada por vocês.

RESUMO

SANTOS, Ninalva de Andrade. Representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/AIDS sobre AIDS, HIV e cuidado de enfermagem. 2014. 247f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

A investigação baseia-se no pressuposto de que o cuidado de enfermagem às mulheres que vivem com o HIV/aids, em unidade ambulatorial especializada, contribui para o enfrentamento da infecção/doença. Trata-se de pesquisa quanti-qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais, com os objetivos de analisar o conteúdo das representações sobre o cuidado de enfermagem e apreender as Representações Sociais de mulheres que vivem com o HIV/ aids sobre aids e HIV. Após aprovação do projeto pelo CEP/UFBA foram investigadas, entre julho a dezembro de 2012, 50 mulheres que vivem com o HIV/ aids, cadastradas em unidades ambulatoriais especializadas, situadas em Salvador-BA. A produção dos dados se deu pela aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras e da entrevista. O material produzido foi submetido ao processamento, pelo software Tri-Deux-Most, e através da Análise Fatorial de Correspondência evidenciadas as representações de **medo, morte, doença maldita, incurável, discriminação, tratamento, magreza e grupos de risco** para os estímulos indutores HIV e aids. O conteúdo das entrevistas foi analisado pela técnica de Análise de Conteúdo Temática. A articulação entre as informações através das duas técnicas resultou na elaboração das categorias temáticas: 1. A importância da informação para a prevenção do HIV/ aids e o enfrentamento da infecção/doença; 2. Repercussões da discriminação social no cotidiano das pessoas que vivem com o HIV/ aids; 3. O (des)cuidar de enfermagem para o enfrentamento da infecção pelo HIV/ aids. Os dados revelaram: insegurança pela maioria das participantes quanto ao conhecimento sobre o agravo; impacto diante da revelação da soropositividade com manifestações de emoções negativas; situações de violência institucional cometidas por profissionais de saúde; invisibilidade do cuidado de enfermagem em unidade ambulatorial; pouca visibilidade para ações de cuidado de enfermagem, inclusive a divulgação de informações; discriminação dificulta o enfrentamento da infecção/doença; lacuna entre o cuidado de enfermagem idealizado pelas participantes e a práxis do cuidar realizado por estes profissionais. As representações do grupo estudado sobre o HIV/ aids evidenciam a necessidade de redirecionamento da prática de enfermagem pautada no princípio da humanização da assistência, visando ao atendimento das especificidades de cada cliente, de acordo com a realidade do serviço e da comunidade. Ademais, fica evidente a necessidade da implementação das ações educativas buscando contribuir para a ressignificação das representações que a clientela possui sobre a infecção pelo HIV/ aids.

Palavras chave: Infecção pelo HIV/ aids. Cuidado de enfermagem. Representações sociais

ABSTRACT

SANTOS, Ninalva de Andrade. Social representations of women living with HIV/AIDS on AIDS, HIV and nursing care. 2014. 247 f. Thesis-School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2014.

The research is based on the assumption that nursing care for women living with HIV/AIDS in specialized outpatient unit helps to combat the infection/disease. It is a quantitative and qualitative research based on the Theory of Social Representations, aiming to analyze the content of the representations of nursing care and apprehend the social representations of women living with HIV/AIDS on AIDS and HIV. After approval by the CER/UFBA, 50 women living with HIV/AIDS and enrolled in specialized outpatient clinics, located in Salvador, Bahia, were examined from July to December 2012. Data production was achieved by application of the Free Word Association Test and interview. The material produced was subjected to processing by Tri-Deux-Most software, and through Factorial Correspondence Analysis evidenced the representations of **fear, death, cursed disease, incurable, discrimination, treatment, thinness and risk groups** for the inducing stimuli HIV and AIDS. The content of the interviews was analyzed by the technique of Thematic Content Analysis. The relationship between the information through the two techniques resulted in the elaboration of the thematic categories: 1 The importance of information for preventing HIV/AIDS and confronting the infection/disease; 2 Impact of social discrimination on the daily lives of people living with HIV/AIDS; 3. The (lack of) nursing care for the confrontation of the infection of HIV/AIDS. The data revealed: insecurity by most participants as to the knowledge of the grievance; impact in front of the development of seropositivity with expressions of negative emotions; situations of institutional violence committed by health professionals; invisibility of nursing care in outpatient unit; little visibility for actions of nursing care, including the disclosure of information; discrimination that hinders the confrontation with the infection/disease; gap between nursing care envisioned by the participants and praxis of care performed by these professionals. The representations of the study group on HIV/AIDS highlight the need for redirection of nursing practice guided by the principle of humanization, aimed at meeting the specifications of each individual, according to the reality of the service and the community. Furthermore, there is an evident need for implementation of educational activities in order to contribute to the redefinition of the representations that the public has on HIV/AIDS.

Keywords: HIV infection/AIDS. Nursing care. Social representations

RESUMEN

SANTOS, Ninalva de Andrade. Representaciones sociales de mujeres que viven con VIH/ SIDA sobre SIDA, VIH y cuidado de enfermería. 2014. 247f. Tesis (Doctorado) – Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2014. -

La investigación se basa en el presupuesto de que el cuidado de enfermería para mujeres que viven con o VIH/sida, en unidad ambulatoria especializada, contribuye para el enfrentamiento de la infección/enfermedad. Se trata de una investigación cuanti-cualitativa fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales, con los objetivos de analizar el contenido de las representaciones sobre el cuidado de enfermería y aprehender las Representaciones Sociales de mujeres que viven con VIH/sida sobre sida y VIH. Después de la aprobación del proyecto por el CEP/UFBA, fueron investigadas, entre julio y diciembre de 2012, 50 mujeres que viven con VIH/sida, registradas en unidades ambulatorias especializadas, situadas en Salvador-Bahía. La producción de los datos se dio por la aplicación del Test de Asociación Libre de Palabras y de la entrevista. El material producido fue sometido al procesamiento, por el software Tri-Deux-Most, y a través de Análisis Factorial de Correspondencia evidenciadas las representaciones de **miedo, muerte, enfermedad maldita, incurable, discriminación, tratamiento, delgadez y grupos de riesgo** para los estímulos inductores VIH y sida. El contenido de las entrevistas fue analizado por la técnica de Análisis de Contenido Temático. La articulación entre las informaciones a través de las dos técnicas resultó en la elaboración de las categorías temáticas: 1. La importancia de la información para la prevención de VIH/sida y el enfrentamiento de la infección/enfermedad; 2. Repercusiones de la discriminación social en el cotidiano de las personas que viven con VIH/ sida; 3. el (des)cuidar de enfermería para el enfrentamiento de la infección por VIH/sida. Los datos revelaron: inseguridad en la mayoría de las participantes en cuanto al conocimiento sobre el agravio; impacto ante la revelación de la seropositividad con manifestaciones de emociones negativas; situaciones de violencia institucional cometidas por profesionales de la salud; invisibilidad del cuidado de enfermería en unidad ambulatoria; poca visibilidad para acciones de cuidado de enfermería, incluso la divulgación de informaciones; discriminación que dificulta el enfrentamiento de la infección/enfermedad; laguna entre el cuidado de enfermería idealizado por las participantes y la praxis del cuidar realizado por estos profesionales. Las representaciones del grupo estudiado sobre VIH/sida evidencian la necesidad de redireccionamiento de la práctica de enfermería pautada en el principio de la humanización de la asistencia, con vistas al atendimento de las especificidades de cada cliente, de acuerdo con la realidad del servicio y de la comunidad. Además, queda evidente la necesidad de la implementación de acciones educativas buscando contribuir para la resignificación de las representaciones que a público tiene sobre la infección por VIH/sida.

Palabras clave: Infección por VIH/sida. Cuidado de enfermería. Representaciones sociales

LISTA DE SIGLAS

AFC - Análise Fatorial de Correspondência
AIDS - Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida
ARV -Anti - retroviral
CDC - *Center for DiseaseControl*
CEDAP - Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa
CEP- Comitê de Ética e Pesquisa
CTAS - Centros de Testagem e Apoio Sorológico
DIRES - Diretoria Regional de Saúde
DNA - Ácido desoxirribonucléico
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
GEM – Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher
HIV - Vírus da imunodeficiência adquirida
HSH - Homes que fazem sexo com homens
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
MIF - Mulher em idade fértil
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PNH- Programa Nacional de Humanização
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POP - Procedimento operacional padrão
RNA - Ácido ribonucléico
RS - Representações Sociais
SAE - Serviço de Assistência Especializada
SESAB – Secretaria Estadual de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TALP - Teste de associação livre de palavras
TARV - Terapia anti-retroviral
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS - Teoria das Representações Sociais
TV - Transmissão vertical
UDI - Usuários de drogas injetáveis

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFBA - Universidade Federal da Bahia

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das informantes. Salvador - Bahia, 2013	72
Quadro 2 - Categorias e subcategorias emergidas da transversalização entre a análise temática de conteúdo e o TALP. Salvador, Bahia, 2013.....	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica do cuidado humano	35
Figura 2 - Plano de análise, Salvador-Bahia, 2013	68
Figura 3 - Representação gráfica dos planos fatoriais 1 e 2	81
Figura 4 - Delineamento de ramificação da AFC, Salvador – Bahia, 2013.....	82
Figura 5 – Organização e rotinas da assistência de enfermagem nos Serviços Especializados de Atendimento as Pessoas que vivem com o HIV/aids.....	194

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS	
RESUMO	
1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1 O PROCESSO DE FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS	25
2.2 A ENFERMAGEM E O CUIDAR HUMANO	30
2.3 A ENFERMAGEM E O CUIDAR DE MULHERES QUE VIVEM COM O HIV/AIDS	37
3 CAMINHO TEÓRICO - TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	43
4 METODOLOGIA	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CENÁRIOS DA PESQUISA	53
4.2 INFORMANTES DA PESQUISA	55
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	56
4.3.1 Teste de associação livre de palavras (TALP)	58
4.3.2 Entrevista	61
4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	62
4.4.1 Análise Fatorial de Correspondência (AFC)	62
4.4.2 Análise Temática de Conteúdo	65
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	69
5 CONSTRUINDO O MOSAICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE VIVEM COM O HIV/AIDS	71
5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS INFORMANTES	71
5.2 A TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS	78
5.2.1 Representações sociais que permeiam imaginário de mulheres soropositivas ao HIV/aids sobre HIV, aids e o cuidado de enfermagem	78
CATEGORIA I : A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO HIV/AIDS E O ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO/DOENÇA	88
Subcategoria 1.1: HIV/aids como uma infecção/doença pouco conhecida	109
Subcategoria 1.2: HIV/aids como uma doença maldita que afeta o “outro” e que representa o fim da vida	124

CATEGORIA II: REPERCUSSÕES DA DISCRIMINAÇÃO SOCIAL	137
NO COTIDIANO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM O HIV/AIDS	
Subcategoria 2.1: Discriminação, preconceito e violência institucional gerando insatisfação da clientela em relação ao cuidado de enfermagem	156
CATEGORIA III: O (DES)CUIDAR DE ENFERMAGEM PARA	160
O ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS	
Subcategoria 3.1: O cuidado de enfermagem percebido como uma relação de ajuda	164
Subcategoria 3.2: O cuidado de enfermagem que não atende às necessidades das pessoas que vivem com o HIV/aids	184
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	200
REFERÊNCIAS	207
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	234
APÊNDICE B -Teste de Associação Livre de Palavras	237
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista	239
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa / Plataforma Brasil	241
ANEXO B - Análise Fatorial de Correspondência	243

1 INTRODUÇÃO

E é verdade que eu descobrira algo de suave e fascinante na sua atrocidade (da aids). Não deixava de ser uma doença inexorável, mas não era fulminante. Era uma doença de patamares, uma escada muito alta que levava certamente para a morte, mas em que cada degrau representava uma aprendizagem sem par. Era uma doença que dava tempo de morrer e que dava à morte o tempo de viver, o tempo de descobrir, enfim, a vida.

Herbert Daniel (s/d)

A infecção pelo HIV/aids, desde o início, configurou-se como um problema de saúde pública, tendo em vista suas altas taxas de morbidade e letalidade. Sabe-se que a pandemia da infecção pelo HIV /aids, apresenta-se sob múltiplas facetas e com importante transição epidemiológica no Brasil como um todo, caracterizada pela juvenização, heterossexualização, feminização, interiorização, aumento de casos na faixa etária a partir de 50 anos e entre pessoas afro-descendentes. Essa nova vertente condiz com a compreensão de que estamos lidando com um agravo de imprevisível perspectiva epidemiológica, sendo a transmissão via heterossexual a principal responsável pelo número de casos, nos últimos anos (SANTOS, 2007).

O despertar para este objeto de estudo teve início quando, na condição de uma Diretoria Regional de Saúde (DIRES), localizada no município de Jequié-Bahia, durante a década de 90, tive a oportunidade de coordenar um Programa Regional de Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o qual enfatizava questões relacionadas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids).

Na época, eram o(a)s técnico(a)s lotado(a)s no referido setor o(a)s responsáveis pela solicitação da sorologia - teste Elisa para HIV. O atendimento era direcionado tanto para as convocações feitas por profissionais de instituições hospitalares, fato que ocorria quando havia internação de pacientes com diagnóstico provisório de aids, quanto à demanda espontânea de pessoas que desejavam realizar o exame por iniciativa própria. O serviço também era disponibilizado para pessoas doadoras de sangue/hemoderivados com resultado de sorologia positiva para HIV, na triagem sorológica realizada no ato da doação, visando confirmação do diagnóstico.

Durante essa atuação foi possível observar, empiricamente, que as pessoas que nos procuravam desejando realizar o teste eram, em sua maioria, pertencentes aos chamados, à época, de “grupos de risco”. Fato semelhante também acontecia nas unidades de saúde, pois as suspeitas dos profissionais também recaíam sobre as pessoas com sintomatologia compatível com o agravo e que apresentavam comportamentos tidos como de “risco” de favorecer a contaminação por esta infecção.

De outra forma, observávamos que quando pacientes que não pertenciam aos “grupos de risco”, tais como pessoas com prática heterossexual, mulheres com parceria fixa, eram hospitalizadas com quadro de imunodepressão, a solicitação da sorologia só acontecia após terem sido esgotadas outras hipóteses diagnósticas. E, quando estes tinham resultado positivo para o HIV, as equipes médica e de enfermagem demonstravam surpresa frente ao diagnóstico. Estes acontecimentos que ficaram em minha memória também influenciaram na escolha por este objeto de estudo.

Posteriormente, passei a exercer a função de docente na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié onde, no período de 2001 a 2004, tive a oportunidade de coordenar um projeto de extensão universitária denominado “Centro de catalogação e divulgação de informações em IST/HIV/aids”. A atuação no projeto reforçou a percepção emergida no tempo de atuação na DIRES, já relatada anteriormente.

Na UESB, durante alguns semestres estive alocada em uma disciplina denominada Enfermagem em Atenção à Saúde Coletiva II, na qual, considerando sua especificidade e, tendo em vista a inexistência de hospitais especializados em infectologia no município de Jequié para tratamento de doenças infecto-contagiosas, parte das aulas práticas era realizada no município de Salvador.

Concomitantemente, passei a participar de congressos, fóruns, simpósios, grupos de estudos e grupos de discussões no intuito de buscar atualização e ampliação do conhecimento sobre a temática.

No decorrer da atuação profissional surgiram vários questionamentos. Um deles estava direcionado para a percepção do aumento de casos da infecção pelo HIV/ aids entre mulheres. Assim, tendo a percepção de que deveriam existir fatores que influenciassem na vulnerabilidade das mulheres ao agravo, decidi por adentrar no curso de mestrado, tendo como objeto de estudo a vulnerabilidade de mulheres

do interior a infecção pelo HIV/ aids (SANTOS, 2007). Nesta pesquisa, ficou evidenciado que as mulheres tinham pouca percepção da sua vulnerabilidade, também porque associavam o agravo aos comportamentos tidos como desviantes. Muitas não entendiam o fato de que, embora possuindo parceria fixa ou tendo tido poucos parceiros, estivessem vivendo com o HIV/ aids. A evidência desta realidade despertou o interesse de aprofundar, oportunamente, pesquisas nesta perspectiva.

Ao ingressar no Curso de Doutorado em Enfermagem, tive a oportunidade de compor a equipe de um projeto multicêntrico cujo objeto de investigação era as Representações sociais e memórias dos profissionais de saúde sobre as transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids. Após apreciação dos projetos desenvolvidos no grupo de pesquisa, coordenado pela minha orientadora e, buscando manter a mesma linha de pesquisa, percebi que seria oportuno ter como objeto de estudo da pesquisa as “Representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/ aids sobre aids, HIV e cuidado de enfermagem”.

No período de 1997 a 2007 houve aumento nas notificações de casos de aids nas regiões Norte (14,4% para 30,5 %) e Nordeste (13,4% para 22,8%), enquanto que para o mesmo período, nas demais regiões, houve diminuição (BRASIL, 2012a).

No que diz respeito à disseminação da infecção entre as mulheres, pode-se considerar que, dentre os fatores que interferem na vulnerabilidade feminina ao agravo, sabe-se que, no início da epidemia, a aids era percebida com uma doença do outro, sendo este outro um homem com prática homossexual, um usuário de drogas, uma profissional do sexo, ou seja, o outro que possuía um comportamento de risco. As mulheres que possuíam parceiro fixo ou eram casadas não foram reconhecidas como pessoas com possibilidade de se infectarem. E, este não reconhecimento, inviabilizou implementação de uma política voltada para a prevenção do agravo entre mulheres jovens sexualmente ativas e também entre aquelas com faixa etária acima de 50 anos.

Porém, com a heterossexualização da epidemia e as demandas das relações de gênero que dificultam a negociação pelos usos dos preservativos, as mulheres passaram a fazer parte, gradativamente, da cadeia de infectividade e transmissibilidade do HIV. Knauth (1996), desde esta época, já destacava as diferentes concepções deste outro como um ser imaginário. Para a autora existe outro ser social, com outra cultura, como outra sociedade ou outro, identificado por

um comportamento individual, através da identificação dos grupos ou dos comportamentos de risco. Tendo em vista a feminização do agravo, esta pesquisa foi direcionada para mulheres que vivem com a infecção/doença. A pandemia representa agravo emergente onde, inicialmente, os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) constituíram as suas principais vítimas, o que levou a denominação de “peste Gay” e a utilização do conceito de “grupos de riscos”, os quais também incluíam as pessoas com múltiplas transfusões de sangue, profissionais do sexo e Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). A partir da década de 90 (século XX), houve significativo aumento de números de casos com transmissão heterossexual, fato que culminou em expansão da epidemia para o sexo feminino e na concepção do conceito de “comportamento de risco” (GUIMARÃES, 1996).

Considerando as novas tendências na epidemiologia do agravo, surge um novo conceito, a partir da percepção de que, não necessariamente, a infecção advinha de comportamentos de risco, dado que recém-nascidos e mulheres monogâmicas estavam se infectando. Diante deste entendimento, o olhar epidemiológico passa a adotar a perspectiva da vulnerabilidade, a qual busca analisar os elementos que possam interferir na chance que qualquer pessoa possui de se contaminar, tendo em vista o conjunto de características cotidianas individuais e sociais que influenciam em maior exposição ao HIV, ou para uma menor possibilidade de se proteger (AYRES, 1996).

A vulnerabilidade, conforme evidenciam Ayres (2002); Parker e Camargo Jr. (2000) pode ser de ordem individual (que depende do comportamento pessoal), social (contempla a disponibilidade de recursos adequados para que as pessoas possam se proteger) ou programática (relacionada às políticas de saúde direcionadas a prevenção e controle do HIV/ aids na redução das vulnerabilidades pessoal e social). No entanto, mesmo diante desta nova vertente, ainda nos defrontamos com ações, na área de saúde, direcionadas aos grupos de maior vulnerabilidade, que nem sempre incluíam as mulheres.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, no ano de 1983, a razão de casos de aids notificados entre homens e mulheres era de 40:0, respectivamente. Em 1990, esta razão passou para 5:1. Em 2002, este percentual caiu para 1,5:1, fato que evidencia a expansão da infecção/doença para o sexo feminino, a qual representa, atualmente, a maioria (51%) da população brasileira (BRASIL, 2012a).

A probabilidade de cuidar de mulheres que vivem com o HIV/ aids passou a fazer parte do cotidiano de todo profissional que atua na área de saúde, pois as ações desenvolvidas por estes profissionais, em sua maioria, são consideradas práticas sociais.

Nesta perspectiva, e partindo do princípio que acolher as demandas e prestar cuidado integral constituem dever das instituições e dos profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres, visualizamos a necessidade de que ações de prevenção e controle de IST, com destaque para o HIV/ aids sejam operacionalizadas, rotineiramente, com ênfase na prevenção e/ou diagnóstico precoce destas patologias, já que as estatísticas evidenciam o crescimento de casos destes agravos no sexo feminino.

Há de se considerar que quando as mulheres buscam o cuidado profissional, nem sempre encontram profissionais preparados para atender suas necessidades já que, muitas vezes, o atendimento consiste na repetição de preceitos normativos que obscurecem o olhar direcionado à perspectiva epidemiológica atual. Desta forma, é salutar a compreensão de que

a enfermagem, enquanto prática social, é condicionada pelo contexto onde atua, ela também exerce influência na sociedade em que se insere, segundo as forças sociais em jogo no campo da saúde e, além disso, que sobre as determinações históricas recorta-se a ação coletiva de homens e mulheres e a ação de pessoas que ocupam posições estratégicas, em dado momento ou situação, pois a aceitação de que o indivíduo só pode atuar dentro das condições determinadas pela organização econômica da sociedade e pelo poder político, não elimina a força de certas personalidades nem a imprevisibilidade das opções individuais (BARREIRA, 1999, p.90).

A prática social constitui ação resultante da necessidade individual ou coletiva, sobre quem atua em relação ao seu objeto de atuação, onde surgem relações capazes de transformar a realidade, ao tempo em que também se transforma. Assim, pondera-se que

compreender a Enfermagem como uma prática social quer dizer compreendê-la como uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes e que estão continuamente incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações [...]” (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008, p.907).

Visualizar a enfermagem como prática social significa percebê-la de forma dinâmica, suscetível a mudanças frequentes e que busca refletir sobre novos problemas, já que eticamente está comprometida com a saúde e a qualidade de vida (LIMA, 2004). A pesquisa teve como questões norteadoras: Quais as representações sociais das mulheres que vivem com o HIV/ aids sobre o cuidado de enfermagem? E Quais as representações sociais das mulheres que vivem com o HIV/ aids sobre o HIV e a aids?

No intuito de responder a estes questionamentos a pesquisa objetivou: analisar o conteúdo das representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/ aids sobre o cuidado de enfermagem e apreender as representações sociais (RS) de mulheres que vivem com o HIV/ aids sobre aids e HIV.

Viver com o HIV/ aids gera grande impacto, o qual interfere na qualidade de vida e saúde das pessoas portadoras da infecção/doença. Estas pessoas, ao procurarem uma unidade de saúde, buscam encontrar apoio no sentido de enfrentar os diversos problemas de ordem subjetiva e/ou biológica que permeiam a vivência com o agravo. Desta forma, é salutar que a prática assistencial esteja direcionada para a integralidade da assistência onde a escuta ativa e o acolhimento, ferramentas essenciais à humanização da assistência, possam constituir realidade. Nesta perspectiva, a pesquisa se baseou no pressuposto de que o cuidado de enfermagem às mulheres que vivem com o HIV/ aids, em unidade ambulatorial especializada, contribui para o enfrentamento da infecção/doença. A pesquisa se justifica pela probabilidade de buscar fatos que evidenciem o sentido como a infecção/doença é representada, o impacto de conviver com o agravo, assim como os decorrentes do tratamento. A pesquisa procurou identificar a forma como o cuidado de enfermagem contribui para minimizar as necessidades e os anseios da clientela atendida em unidade de tratamento especializado para HIV/ aids. A relevância da pesquisa se refletiu na possibilidade de constatar que o cuidado disponibilizado pela equipe de enfermagem, em unidade ambulatorial, às pessoas que vivem com o HIV/ aids, tem ênfase na dimensão técnica em detrimento dos aspectos psicossociais, que são determinantes de desordens emocionais significativas.

Pesquisas neste sentido são importantes, diante da possibilidade de contribuírem para a reflexão dos profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, quanto à necessidade de que o ato de cuidar seja redirecionado para as diversas necessidades afetadas do(a)s pacientes, sejam estas de ordem

biológica ou psicológicas e sociais. Neste enfoque, há de se esperar que a clientela que vive com o HIV/ aids deseje falar de seus problemas bio, psico e socioculturais. Porém, quando o encontro terapêutico é realizado de forma fragmentada, a qualidade do cuidado estará comprometida o que poderá influenciar no enfrentamento da infecção/doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Quando nos colocamos na perspectiva do cuidar, o desafio que é lançado aos formadores não é o de esculpir cérebros bem moldados, mas o de contribuir para a plasticidade destes cérebros, para a sua permeabilidade, a fim de lhes permitir uma abertura constante às “coisas da vida”, à singularidade dos outros.

Hesbeen (2000)

A produção do conhecimento constitui processo de contínua construção coletiva onde, cada estudo, possibilitará implementação dos saberes pré-existentes. Neste sentido, este capítulo buscou levantar alguns assuntos relacionados com o objeto de estudo, visando uma melhor compreensão da temática abordada. Inicialmente foi contemplada a trajetória e a história natural da infecção pelo HIV/ aids; em seguida, a enfermagem e o cuidar humano e, finalizando, a enfermagem e o cuidar de mulheres que vivem com o HIV/ aids.

2.1 O PROCESSO DE FEMINIZAÇÃO DO HIV/AIDS

Compreender a trajetória da epidemia do HIV/ aids ao longo do tempo contribui para a construção de políticas públicas, seja na área de saúde ou de educação. O enfoque histórico da sua trajetória contribui para a elaboração de uma análise situacional mais fundamentada, já que as narrativas históricas influenciam na compreensão e nas explicações de como as coisas aconteceram e como os fatos se relacionam entre si e com o meio.

A infecção pelo HIV/aids, desde seu surgimento, tem interferido diretamente nos planos socioeconômicos, devido aos altos índices de morbimortalidade de pessoas jovens e pelos altos custos imbricados no tratamento das doenças oportunistas e na disponibilização da Terapia anti-retroviral (TARV). Marques, Oliveira e Gomes (2004, p. 92) referem que

em relação ao fenômeno da AIDS, certamente pelo seu impacto em nível pessoal, profissional, social, cultural e econômico, observamos uma demanda crescente de pesquisas voltadas tanto para os aspectos relacionados à estrutura dos vírus, às formas de controlá-los, às medidas terapêuticas e assistenciais e às maneiras de preveni-los, como também para os aspectos relacionados aos comportamentos de indivíduos ou grupos

quanto ao entendimento e ao enfrentamento desse fenômeno. Esses comportamentos têm estreita relação com os conhecimentos, as imagens, as metáforas, as crenças e os valores dentro de um contexto histórico e social.

A infecção/doença, de caráter multifacetado, possui várias metáforas, dentre elas a associação inicial com uma identificação gay e uma responsabilização para quem se infectasse.

Os primeiros infectados se caracterizavam por serem do sexo masculino, possuir boa escolaridade e por praticarem relação sexual com pessoas do mesmo sexo. O agravo, inicialmente, teve seu diagnóstico firmado a partir de dados epidemiológicos. Posteriormente, com o isolamento do vírus, várias pesquisas passaram a ser desenvolvidas, a exemplo das relacionadas com fatores antigênicos, bioquímicos e moleculares, que culminou, entre outras coisas, na identificação de dois tipos de vírus (HIV - 1 e HIV - 2), no isolamento de diversos sub-tipos virais e na identificação da alta capacidade de mutação viral (BERTONI et al, 2010).

O vírus poder ser transmitido através de relações sexuais, sangue (uso de drogas injetáveis, transfusão de hemocomponentes sanguíneos e acidentes perfurocortantes ou contato de secreções potencialmente contaminadas com mucosa não íntegra) e, por transmissão vertical, a qual poderá ocorrer durante a gestação, parto (maior probabilidade) ou através do aleitamento materno.

Logo após a penetração do vírus, segue-se um intervalo médio de 60 a 90 dias para que o resultado da sorologia para detecção do HIV possa dar resultado positivo. Este período, que é denominado “janela imunológica”, ocorre devido à inicial baixa de produção de anticorpos produzidos a partir da presença do antígeno (HIV). A multiplicação viral começa a ocorrer logo após a invasão do organismo, se mantendo durante todas as fases. O HIV

possui tropismo específico para células que apresentam o antígeno de superfície CD4, cujos principais representantes são linfócitos T auxiliares e células do sistema macrofágico-monocitário². A ligação do HIV com a célula hospedeira ocorre por interação entre uma glicoproteína do envelope viral, a gp120, e a molécula CD4 das células hospedeiras, e propicia a internalização da partícula viral. Uma vez no interior da célula hospedeira, o vírus é descoberto e seu RNA é convertido em DNA, por meio da ação da enzima transcriptase reversa. O DNA viral será, então, incorporado ao DNA do hospedeiro, possibilitando o início da sua replicação (ORTIGAO-DE-SAMPAIO; CASTELLO-BRANCO, 1997, p.29).

Segundo Dantas (2005), o processo de invasão, multiplicação e destruição das células de defesa do organismo pelo HIV, envolve: glicoproteínas virais (gp120) que, aderidas à gp41, desenvolvem proeminências que se destacam através da parede do vírus. Estas são fundamentais para a retenção do HIV no linfócito T, que tem em sua superfície celular o marcador CD4 (CD4+); a transcriptase reversa, enzima que desempenha o procedimento de transcrição reversa do RNA viral para DNA com a finalidade de reprogramar os conteúdos genéticos da célula contaminada; a integrase, que agrega o material genético viral ao material genético do ser humano, completando, assim, o ciclo necessário para a replicação viral; a protease, enzima que rompe em subunidades as proteínas do vírus, brotadas para compor a estrutura exterior de outros vírus que serão liberados pela célula hospedeira. A réplica viral na célula agredida é ininterrupta, o que ocasiona sua inativação ou morte.

A evolução da infecção pelo HIV possui três fases: 1. aguda (síndrome retroviral aguda); 2. fase assintomática; 3. fase da aids propriamente dita (presença de sinais e sintomas em decorrência da depressão do sistema imunológico). Esta evolução poderá sofrer variação em função do uso da TARV.

O advento da terapia teve repercussões satisfatórias devido à significativa diminuição na morbidade e na mortalidade por aids, com expressiva melhoria na qualidade de vida. A TARV inibe o processo de multiplicação viral, favorecendo a manutenção do quantitativo das células de defesa, o que impede o aparecimento das doenças oportunistas, além de minimizar o risco de contágio, já que a possibilidade de infectividade pelo HIV está diretamente associada à quantidade de vírus circulantes.

Durante a fase assintomática é possível o aparecimento de linfadenopatia generalizada ou inexistência de quaisquer sinais e/ou sintomas. No entanto, o diagnóstico neste período é relevante dada a possibilidade de monitoramento que inclui realização de exames laboratoriais específicos (quantificação de células CD4, CD8 e carga viral), no intuito de identificar o momento exato para início do tratamento medicamentoso com maior eficiência (INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA, 2011). O diagnóstico precoce poderá contribuir para diminuir os riscos de transmissão caso a pessoa que vive com o HIV/ aids esteja sensibilizada quanto a importância de manter relação sexual usando preservativo, para proteger o(a) parceiro(a).

A penetração do HIV no organismo induz uma resposta imunitária celular, através dos linfócitos T citotóxicos (CD8) regulados por citocinas CD4 específicas para o HIV e uma resposta humoral que leva a produção de anticorpos anti-HIV. Inicialmente, a multiplicação viral, que inicia poucas horas após a infectividade, possui baixa viremia e, portanto, sem comprometimento significativo do sistema imune, embora haja perda de uma média de 50 linfócitos T CD4/mm³/ano, durante o período de incubação que dura, em média, de 8 a 10 anos (CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 2003).

A fase sintomática tem início quando o número de linfócitos CD4 diminui, atingindo o quantitativo de 200 células/mm³ ou menos. Os primeiros sintomas (febre, linfadenopatia, perda de peso, anemia, astenia, rash cutâneo, diarreia, dentre outros) antecedem, em geral, infecções oportunistas, tais como sarcoma de kaposi, citomegalovírus, toxoplasmose, tuberculose e herpes zoster dentre outras (BRASIL, 2008b).

O primeiro registro de caso de aids no Brasil ocorreu no ano de 1980 (BRASIL, 2012a). No início da epidemia, as pessoas contaminadas apresentavam o mesmo perfil das que residiam em outros países, ou seja, prática homossexual, alto poder aquisitivo e boa escolaridade. A trajetória da epidemia evidencia, posteriormente, acometimento de indivíduos usuário(a)s de drogas injetáveis (UDI), profissionais do sexo e pessoas com diagnóstico de hemofilia. Neste último caso, o maior risco de contaminação ocorria devido à frequência de transfusão de sangue e/ou hemocomponentes. Neste contexto, foi elaborado o conceito de “grupos de risco”, para explicar a maior probabilidade de uma pessoa se infectar. Este conceito alavancava a compreensão de que a pessoa tinha culpa pela contaminação. Paralelamente, emergiram diversas campanhas de cunho alarmista, que objetivavam conter o avanço da epidemia. Estes acontecimentos culminaram na elaboração de representações sociais ainda presentes nos discursos da sociedade em geral.

A associação entre aids e homossexualidade masculina levou a “um erro de avaliação sobre as possíveis formas de transmissão, então centrada em determinados comportamentos frequentes nessa população, o que contribuiu em parte para possibilitar a difusão da aids para outros segmentos da sociedade” (SANCHES, 1999, p.64).

A partir da década de 90, passamos a nos defrontar com uma importante transição epidemiológica da doença, caracterizada pela heterossexualização, feminização, juvenização, interiorização, aumento de casos entre pessoas afro-descendentes e entre aquelas com mais de 50 anos de idade. Frente a esta nova faceta do agravo, e tendo em vista o entendimento de que a infecção não mais se concentrava entre os pertencentes aos chamados “grupos de risco”, emergiu o conceito de “comportamento de risco”, pela percepção de que as pessoas que passaram a fazer parte da cadeia de infectividade e transmissibilidade apresentavam comportamentos desviantes daquele aceito pela sociedade em geral.

No que concerne a esta mudança no padrão epidemiológico da infecção, a heterossexualização representa o principal fator do crescimento acelerado de casos entre as mulheres, fato que aponta para a chamada feminização do agravo.

No entanto, conforme evidenciado por Paiva (2000), esta transição epidemiológica, inicialmente invisível, aconteceu gradativamente, desde o início da epidemia. Devido a esta invisibilidade, pouca atenção foi dada por parte dos responsáveis pelos programas de intervenção.

Segundo Sanches (1999, p.60) “no Brasil, as mulheres compõem a população onde a infecção pelo HIV mais cresce. A maioria delas é jovem e tem parceiro fixo e único”. Frente a esta realidade a consideração da terminologia “comportamento de risco” passou a ser questionada. Atualmente, a epidemia tem sido analisada sob o conceito de vulnerabilidade. Paulilo e Bello (2002, p. 02), referiram que Ayres, Mann e equipe, classificam a vulnerabilidade segundo aspectos sociais, individual e programático, sendo que

o eixo social inclui condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sócio-política e cultural do indivíduo. O eixo programático ou institucional associa-se a programas voltados especificamente para a prevenção, controle e assistência aos portadores de HIV/AIDS. O eixo individual refere-se ao acesso a recursos que possibilitam a adoção de comportamentos seguros ou, ao contrário, que possibilitem a infecção pelo HIV. Este último eixo está intrinsecamente relacionado com os eixos social e programático. Deste modo, foi possível ultrapassar a visão de que o comportamento seguro em relação à AIDS dependia apenas de ações individuais.

Dentre os diversos fatores que influenciam na vulnerabilidade feminina ao HIV/aids, temos as relações de gênero que implicam na subordinação das mulheres

diante dos homens, dificultando a negociação do uso dos preservativos e a adoção de práticas sexuais protegidas.

Outro fator de vulnerabilidade das mulheres está na anatomia do aparelho reprodutor feminino, porque as mulheres possuem maior superfície do trato vaginal exposto a secreções infectantes no decorrer do coito, para as IST em geral. É fato, ainda, que o líquido seminal contém maiores concentrações de partículas virais do que as secreções oriundas da vagina. Nas relações forçadas existe, ainda, o aumento do risco de traumas internos e, portanto, maior probabilidade de penetração de agentes patogênicos (FERREIRA, 2004).

Considerando a inicial concentração de casos de infectividade entre os homens, a possibilidade das mulheres se infectarem não foi visualizada pelos responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Esta invisibilidade colaborava para a resistência dos profissionais de saúde quanto à solicitação da sorologia para detecção do HIV. Este retardo no diagnóstico tem repercussão negativa para o tratamento precoce e melhor prognóstico (DOSSIÊ MULHERES COM HIV/AIDS, 2003).

2.2 A ENFERMAGEM E O CUIDAR HUMANO

Vivemos em um planeta fonte de inúmeras riquezas nos reinos minerais, animais e vegetais, que necessitam ser preservadas, cuidadas para que não venham se extinguir. Tendo em vista o nosso descuido estamos presenciando, constantemente, pedidos de socorro que emergem de todos os cantos do continente. Frente a esta problemática, sente-se a necessidade de um olhar para o futuro procurando, no presente, cultivar ações que minimizem danos.

Neste sentido, Boff (2004) defende que coloquemos em prática a ética do cuidado, buscando reprogramar as futuras ações humanas que estão colocando em risco a continuidade da vida. Vivenciamos descuido por todas as partes. Gradativamente, os recursos da natureza vêm sendo agredidos, mas essa agressão chegou a um limite tal, que se os seres humanos mantiverem essa conduta certamente irão encontrar o pior, o mesmo destino que tiveram os dinossauros.

Estas reflexões demonstram que a preservação do futuro requer práticas de ações cuidadoras, que objetivem proteger o planeta. É óbvio que o cuidado deve ser aplicado em todas as esferas, sejam relacionadas aos seres vivos ou aos inertes.

Martins (2009) chama atenção para o fato de que ao nascer, o ser humano é lançado em um mundo hostil, o qual em nada contribui para a sua sobrevivência, sendo que a natureza por si também não irá procurar meios de cuidar do ser recém-chegado. No entanto, este mundo, apesar da hostilidade, proporciona os recursos indispensáveis para que outros seres humanos possam cuidar do novo ser. Assim, inicialmente, a genitora assume as ações de cuidado para que este novo ser não venha sucumbir, frente à resistência do mundo. Posteriormente, de forma não tão intensa e com menos afeto, o cuidado passará a ser realizado pela sociedade humana do qual o indivíduo faz parte.

O cuidado possui uma dimensão ontológica, fundamental ao ser humano, que explicita o quanto este carece de cuidado, durante sua vida. O ato de cuidar, que se diferencia do tratar, também se constitui na essência do trabalho da equipe de enfermagem. Estamos tratando quando prestamos assistência técnica, em geral, com foco na doença. No cuidar, as ações são prestadas em uma perspectiva holística, porque os seres humanos não podem ser divididos e tratados separadamente como se fossem uma máquina, cujo funcionamento de uma parte independe da outra. Mulheres e homens necessitam ser visualizados no seu todo, cujo dinamismo interage constantemente com o meio ambiente.

Boff (2004) discorre que “cuidar é mais que um ato; é uma atitude [...]. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Para o autor, o cuidado surge a partir do momento em que se percebe a essência de todas as coisas, ao se descobrir a finalidade de viver, quando as pessoas percebem a necessidade de zelar e de se preocupar com os outros.

Para Collière (1999, p. 77) “cuidar é um acto de vida que tem primeiro e antes de tudo como fim, permitir à vida continuar a desenvolver-se”. O ato de cuidar do ser humano é complexo, pois existe uma grande subjetividade no “ser”. Neste sentido, corroboramos com Ayres quando discorre sobre

que estranho personagem, então, é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas o tempo deve a ele sua existência. [...] cada parte só ganha sentido numa totalidade e a totalidade tem seu sentido imediato e radicalmente dependente de cada uma de suas partes (AYRES, 2004, p.77).

Para este autor, o cuidado deve ser pensado em uma perspectiva hermenêutica. Este pensamento coaduna com o de Waldow (2001), ao enfatizar que o cuidado humano compreende uma forma ética onde seres humanos entendem e distinguem os direitos de outras pessoas, buscando promover o crescimento e o bem-estar do outro.

Nos últimos anos, emergiu a percepção da necessidade de construção de novos paradigmas voltados para o processo saúde-doença, os quais interferiram na organização dos serviços de saúde, nas ações de vigilância à saúde e no modelo de formação profissional (SILVA; SENA, 2008). Para as autoras

a integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado (SILVIA; SENA, 2008, p. 49).

Segundo o Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996, a atenção integral deve permear toda a rede de cuidados em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade pressupõe a implementação de ações, desde o acolhimento até a atenção a todas as necessidades humanas básicas expressas ou reprimidas da clientela, com vista a resolução dos principais problemas do(a) usuário(a). A referência para unidade de maior complexidade só deve acontecer quando a unidade não tiver condições de resolutividade do problema identificado (DANTAS, 2012).

Para Horta (1979), as necessidades humanas básicas se inter-relacionam e constituem necessidades que são comuns a todos os seres humanos podendo, no entanto, se manifestarem com intensidades e/ou formas diferentes de satisfação, entre cada ser. No geral, podem ser classificadas em: a) Psicobiológicas (oxigenação, locomoção, hidratação, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação térmica, hidrossalina, imunológica, vascular, percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa; ambiente e terapêutica); b) Psicossociais (segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer,

espaço, orientação no tempo, aceitação, autorrealização, autoestima, atenção); c) Psicoespirituais (religiosa ou teológica, ética e filosofia de vida).

De acordo com Mayeroff (1971), constituem ingredientes do cuidado:

- Conhecimento: para executar o cuidado é necessário que se conheça o outro ser que será objeto deste cuidado;
- Alternar ritmos: constitui o ato de ir e vir. Deve possibilitar a visão das coisas de forma isolada e depois conectada;
- Paciência: consiste em dar um tempo para que a outra pessoa se encontre, de acordo com o seu tempo. Isto não significa que se deve esperar passivamente que algo aconteça, mas sim dar-se completamente frente à participação com o outro;
- Honestidade: a pessoa deve ser honesta consigo mesma e buscar ver o outro como ele realmente é e não como deseja que ele deva ser;
- Confiança: deve-se confiar nas decisões da outra pessoa, permitir sua independência. Também envolve a capacidade de ter confiança em sua própria capacidade de cuidar e de aprender com os erros;
- Humildade: saber que sempre podemos aprender e que podemos adquirir conhecimento com o outro também. Ser consciente de suas limitações e de seus poderes;
- Esperança: Não significa simplesmente ter esperança no outro, mas esperar realização da outra pessoa através do seu cuidado;
- Coragem: ser capaz de abraçar o desconhecido, de viver com as experiências passadas e estar aberto para o presente.

O conceito de cuidado no contexto da atenção à saúde passou a ser direcionado para relações com enfoque no vínculo, no acolhimento e no estímulo à participação ativa do sujeito, objetivando a prática do autocuidado. A enfermagem vem buscando incorporar as novas tendências do cuidar dentro de uma perspectiva holística.

As doenças, apesar de fazerem parte do cotidiano das pessoas visto que, nunca, nenhuma sociedade esteve livre de enfermidades, resultam em acontecimentos negativos que alteram a ordem de vida das pessoas acometidas e da sociedade em geral. Exercer a enfermagem significa exercer a arte de cuidar de

forma sistemática, organizada e com maturidade, já que isto requer tomada de consciência das necessidades da pessoa objeto do cuidado, isto tudo sem perder de vista o foco no desenvolvimento de ações pautadas no conhecimento científico, buscando atingir o objetivo do trabalho em saúde, ou seja, contribuir para uma melhor qualidade de vida da clientela. Assim, “o cuidado, para que seja efetivo, deve munir-se de afetividade e sensibilidade do ser cuidador, além do conhecimento empírico, tão importante para a prática do cuidar” (DIAS; MOTTA, 2004, p. 43).

Há de se considerar que o cuidado deve ser personalizado, já que cada ser é único. Cada pessoa trás consigo necessidades, expectativas, medos, anseios e culturas diferentes. A enfermagem deve estar preparada para estas singularidades inerentes a cada ser humano. As normas operacionais ditas como padrão, carecem de flexibilidade e de adaptação constante no intuito de atender às necessidades humanas básicas da clientela. Constitui, ainda, desafio para a enfermagem, ir de encontro ao paradigma vigente que valoriza “a técnica, a impessoalidade, a neutralidade, a mensuração, a objetivação, a racionalidade” (WALDOW, 2004, p.123). A autora enfatiza que o uso da tecnologia ou de máquinas constitui barreira para o cuidado, colaborando para distanciar a enfermagem do(a) paciente.

Abaixo se tem uma representação gráfica do cuidado humano no qual, para Waldow (2001) representa uma maneira de viver e de se expressar; uma postura ética/estética para com o mundo no intuito de contribuir para o bem-estar de uma maneira global. Na representação gráfica visualizam-se as três dimensões que envolvem o ato de cuidar: o eu, o outro e o cosmos. Permeando estas dimensões têm-se elementos que influenciam de forma variável na promoção do cuidado, a exemplo dos valores, do conhecimento, da ética, da cultura, dentre outros.

Figura 1 - Representação gráfica do cuidado humano



Figura 1. Representação gráfica do cuidado humano conforme Waldow (6, 8).

Fonte: Waldow (1998) *apud* Waldow (2008)

O início da enfermagem deu-se com a evolução das práticas de saúde denominadas instintivas, onde o cuidado às pessoas enfermas estava direcionado à necessidade de garantir a manutenção da espécie. As mulheres eram as responsáveis pela assistência aos grupos nômades primitivos, de acordo com concepções religiosas e evolucionistas da época. Porém, quando atuar na cura tornou-se sinônimo de poder, os homens passaram a exercer esta prática. A este período seguiram-se as práticas de saúde mágico-sacerdotais, exercidas pelos sacerdotes, que traziam uma conexão entre a religião e a saúde primitiva (GEOVANINI, *et al*, 2005).

As práticas de saúde monástico-medievais traziam a influência dos determinantes sociais, econômicos e políticos da sociedade feudal, nas ações de saúde, sendo estas direcionadas às questões religiosas cristãs. Relata-se o surgimento da Enfermagem como uma prática leiga, desenvolvida por religiosos. Assim, “a abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos dão à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio”. As práticas de saúde que aconteceram na época pós-monásticas possibilitaram a evolução das ações de saúde especialmente o cuidado de Enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante (SANTOS; PERILLO, 2006, p.05).

A partir do final do século XIX, a atuação de Florence Nightingale, na Inglaterra, contribuiu para valorizar o trabalho de enfermagem ao propiciar uma melhor operacionalização nas ações direcionadas ao cuidado prestado pela enfermagem, por emergirem preocupações correlacionando as condições de vida com o processo saúde-doença, fato que contribuiu para a concepção da “Enfermagem Moderna”. No Brasil, o surgimento da Enfermagem como atividade profissional institucionalizada teve início com a implantação do curso de formação de profissionais de enfermagem em um hospital, no Rio de Janeiro. O ensino era feito por enfermeiras estrangeiras que haviam sido convocadas para esta finalidade (FERREIRA, 1997).

No entanto, há de se considerar que

a partir do séc. XX as técnicas de enfermagem se intensificam, instrumentalizando o cuidado de enfermagem. Por sua vez, o avanço da tecnologia faz com que a prática do cuidado enfatize a abordagem biomédica, o ser cuidado identificado pela sua patologia, tendo a doença como foco central do cuidado e desconsiderando-se a sua história. Nesse momento, o foco do cuidado está nas técnicas, na habilidade e na destreza do profissional (DIAS; MOTTA, 2004, p.42).

A metodologia de ensino que predominava, anteriormente, preparava os profissionais de enfermagem para atuarem sob a direção médica na qual o cuidado estava direcionado para a cura dentro de uma perspectiva tecnicista, apesar da profissão ter sua origem enraizada no cuidado humanizado que valoriza os aspectos psicoafetivos em suas ações cuidadoras.

No entanto, posteriormente, a enfermagem passou a reconhecer a necessidade de exercer o cuidado em sua totalidade, reconhecendo ser fundamental considerar também a mente, o corpo e o espírito nas ações de promoção e recuperação da saúde (KRUSE, 2006). Esta percepção quanto ao ato de cuidar implica no redirecionamento do paradigma dominante que se encontra voltado para a cura.

Collière (1999) pondera que o cuidado tem sido praticado de uma forma que distanciou a pessoa do seu meio ambiente, seja ele ecológico, social ou, até mesmo, de si próprio como indivíduo. A autora também argumenta que:

a ruptura entre corpo e o espírito, entre o homem e o meio, que se opera nas sociedades ocidentais, a multiplicação das técnicas de investigação e de reparação centrada na doença, abandonaram, pouco a pouco, o

questionar sobre as causas ligadas às maneiras de viver, às condições de vida, ao desejo de existir (COLLIÈRE, 1999, p. 239).

Neste sentido, vale lembrar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Ao chamar a atenção para estes fatores, a OMS enfoca uma concepção de que as patologias possuem múltiplos fatores, sejam eles condicionantes ou determinantes, no processo saúde-doença. Neste enfoque, tanto o tratamento quanto a prevenção deverão ter um olhar voltado para estas questões.

2.3 A ENFERMAGEM E O CUIDAR DE MULHERES QUE VIVEM COM O HIV/AIDS

O conhecimento científico, tanto o teórico quanto o prático, é importante para a qualidade do cuidado prestado pela equipe de saúde, já que a mesma preocupa-se com a manutenção da vida e com o bem-estar da clientela. Porém, é imprescindível que entre o(a) cuidador(a) e a pessoa a ser cuidada, exista uma relação de confiança, de empatia. Um bom relacionamento interpessoal influencia no sucesso do tratamento, já que “as vivências das condições de saúde e doença não se limitam a uma experiência puramente biológica, pois vem sempre carregada de pensamentos, percepções e sentimentos que podem representar um modo sócio-cultural e psico-afetivo de traduzir a vida” (CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 2008, p. 81).

Diamente e Teixeira (2007) chamam atenção para os vínculos que são formados a partir da proximidade entre a enfermagem e as pessoas que recebem os cuidados prestados por estes profissionais. Para as autoras, estes vínculos contribuirão para a autonomia da clientela, tornando-os sujeitos ativos frente à terapêutica utilizada.

Para Ayres (2001, p.64), cuidar perpassa a idéia de se edificar um objeto e realizar uma interferência sobre ele. Para um cuidado efetivo é necessário que se estabeleça e se sustente, no decorrer do tempo, uma afinidade entre espírito e matéria, entre o corpo e a mente, modelada de forma que “o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo”. Segundo este autor “a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar

das práticas de saúde. A atitude "cuidadora" precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde”.

Desta forma, é certo que estes vínculos serão benéficos, já que inúmeras patologias e agravos comprometem, significativamente, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Nesta pesquisa foi dado destaque à infecção pelo HIV/aids que, ao emergir no início dos anos 80, foi visualizada como uma doença que acometia apenas parte da população pertencente aos denominados “grupos de risco”. Posteriormente, dado ao avanço dos casos para outros grupos, bem como a identificação de novas formas de contágio, evidenciou-se a necessidade de discutir questões polêmicas que permeiam o cotidiano das pessoas vulneráveis ao contágio, a exemplo do exercício da sexualidade, das relações de gênero, do uso de drogas ilícitas, da cultura, dos conceitos de moral e costumes.

Há de se considerar que, para além dos importantes avanços do conhecimento no campo científico em relação à prevenção, o diagnóstico e a terapêutica, a associação entre o agravo e os comportamentos não aceitos socialmente contribuiu para consolidação do estigma e do preconceito frente às pessoas que vivem com a infecção, sendo comum a estes a rejeição e a exclusão social (GARCIA; KOYAMA, 2008). Assim, reitera-se ser salutar o empreendimento de esforços no sentido de que os cuidados de enfermagem disponibilizados à clientela que vive com o HIV/aids possam colaborar para uma melhoria do bem-estar, assim como para uma maior expectativa de vida.

A cura da infecção pelo HIV/aids, algo desejado, mas não alcançável até o momento, vem reforçar a importância das ações do cuidar por parte dos profissionais visto que, diante desta realidade, o cuidado prestado não objetivará a cura e sim contribuir para uma melhor qualidade de vida, cabendo à enfermagem “aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer” (WALDOW, 2004, p. 12-13). A enfermagem pode contribuir para que pessoas que vivem com o HIV/aids tenham uma melhor qualidade de vida. De acordo com Souza (2005, p.25)

existem duas formas de cuidar: uma forma, que é inerente a essência humana, e a outra forma, desenvolvida por meio de um processo sistematizado pelas enfermeiras. Mas, ambas as formas pretendem alcançar os mesmos objetivos que são: aliviar incômodos, apoiar, confortar, ajudar, favorecer, promover a saúde e evitar complicações.

Vale ressaltar que as unidades de saúde constituem locais de convivência que podem contribuir com a melhoria da autoestima, na minimização da exclusão social e no enfrentamento dos sentimentos negativos comuns às pessoas que vivem com o HIV/aids, por terem suas relações sociais comprometidas (FERREIRA, 2004).

Nesta perspectiva, os profissionais que atuam na área de saúde, dentre estes a equipe de enfermagem, passaram a se preocupar mais com a problemática, no intuito de prestar um cuidado integral, onde as necessidades diversas da clientela fossem consideradas, sejam elas no plano real ou no simbólico (SILVA; ABRANTES, 2005). Para Waldow (2004, p. 160),

o ser ou estar doente faz com que o ser se defronte com o não-ser, o vir a ser nada, o morrer. É um voltar-se para si mesmo. Ele pode habitar a doença, significando familiarizar-se com ela, aceitando-a, conformando-se e convivendo com ela; pode rebelar-se, tornar-se agressivo, solidário, pois tem medo, e o medo é ainda maior quando não está certo do tipo de perigo que sofre e do quanto se sente impotente para combatê-la.

Neste contexto, é certo considerar que as pessoas vivem em diversos grupos, desde o nascimento, influenciando e sendo influenciadas, e desenvolvendo diferentes formas de relacionamentos, as quais as pessoas formam redes com distintos graus de aproximação. A vivência com o HIV é um dos fatores que modifica a rede de relacionamentos “devido a problemas como o estigma, alterações psíquicas e físicas resultantes da evolução da doença e descoberta de segredos como o envolvimento com drogas e prostituição”. Há de se considerar que a dinâmica da rede vai além do processo saúde doença, sendo que “o acolhimento ou não do doente, a aceitação maior ou menor do soropositivo, a aproximação e o distanciamento de pessoas dependem de vários fatores que podem estar ligados a situações que ocorreram antes da doença” (SILVEIRA; CARVALHO, 2011, p. 646).

Resuto *et al* (2000) realizaram uma pesquisa, onde descrevem situações de medo e pânico, vivenciados pela equipe de enfermagem, ao se depararem com a prestação de cuidados às pessoas que vivem com o HIV/aids. Para as autoras, tais sentimentos vivenciados na época decorreram do fato do agravo ser infecto-contagioso, da pouca informação que possuíam sobre a doença e do desconhecimento acerca das características da personalidade da clientela.

Diante desta realidade somos levados a questionar: será que situações semelhantes foram vivenciadas por outras pessoas da equipe de enfermagem na

época? Será que após três décadas, desde o surgimento da epidemia, e tendo em vista as descobertas em relação à história natural da infecção, a realidade mudou? Pesquisas que evidenciam essa problemática são relevantes para que possamos analisar como estão sendo efetivadas as ações de cuidar na perspectiva da humanização, pela equipe de saúde como um todo e, em especial, a enfermagem. No grupo estudado, foram identificadas mudanças de atitudes no cuidado de enfermagem, a qual conseguiu superar os sentimentos negativos presentes na época em que prestaram assistência aos primeiros enfermos, que vivem com a patologia (RESUTO *et al*, 2000).

Waldow (2004, p.165) chama atenção para o fato de ser imprescindível que o profissional de saúde entenda como se sente a pessoa que está sendo cuidada e que esta poderá comprometer sua autonomia, sua integridade, a autoimagem e, ainda, suas relações sociais. Para esta autora, “a falta de compreensão destes aspectos pode ser mais danosa, prejudicial do que a própria doença”.

No geral, as ações relacionadas ao cuidado, que vão além do plano patológico, já que envolvem tanto as dimensões subjetivas quanto as objetivas, passaram a ser realizadas não somente na perspectiva afetiva cultural da clientela, mas pautada na importância da equipe em conhecer a vivência, as necessidades de ordem sentimental, buscando minimizar os problemas que permeiam o cotidiano das pessoas que vivem com o HIV/aids (CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 2008). Assim, é imprescindível que os aspectos psicoafetivos sejam considerados na prestação do cuidado às pessoas que vivem com o HIV/aids, pois os resultados mais efetivos do tratamento dependerão do tipo de cuidado prestado, cuidado este que vai além do enfoque técnico e biológico. Berto, Wunsch e Domingues (2007) aludem que o cuidado acontece por meio do abalo, ou seja, através de um ato praticado e, concomitantemente, recebido de outra pessoa havendo entre ambos o desejo do encontro, do intercâmbio entre todos ao mesmo tempo em que cada um possui seu lugar assentado.

No entanto, pesquisa realizada por Diamante e Teixeira (2007), onde foram informantes doze enfermeiros, somente dois enfocaram a importância de conhecimento no campo espiritual e psicológico para a prestação do cuidado. A maioria enfatizou o conhecimento técnico e científico. O resultado encontrado é preocupante, tendo em vista a relevância de que o cuidado seja prestado em uma perspectiva holística, onde as necessidades da clientela sejam consideradas no seu

todo. É emergente que o modelo biomédico, onde a assistência é focada na patologia, seja superado.

Watson (1988) enfatiza que a enfermagem, por lidar com seres humanos, necessita prestar cuidados onde os elementos que não podem ser objetivados, sejam considerados. A autora lembra que cuidar é também uma forma de se relacionar.

Ceccato e Van Der Sand (2001) discorrem que as ações cuidadoras como eixo central da enfermagem necessitam fundamentar-se na interação, num relacionamento mais próximo com a clientela, ou seja, na direção de que o cuidado humano possa ser resgatado. Para que isso ocorra é preciso que a enfermagem tenha um relacionamento interdependente, mútuo com o ser que está sendo cuidado, contribuindo para seu desenvolvimento, sua aprendizagem e recuperação. Desta forma poderá colaborar com a concretização de experiências novas, enriquecendo sua aptidão para o cuidado, impedindo perpetuação de uma conjuntura reducionista.

Dentre a clientela, objeto do direcionamento do cuidado da enfermagem, podem-se destacar as mulheres, em especial, as que vivem com o HIV/aids. Sabe-se que as mulheres possuem maior expectativa de vida do que os homens, mas, no entanto, também adoecem com maior frequência, sendo que a probabilidade de adoecimento está relacionada com a situação de discriminação social do que propriamente com fatores biológicos.

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, as ações de saúde focavam a assistência à saúde da mulher no campo reprodutivo. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação, e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004b).

O advento dos métodos contraceptivos e as iniciativas dos movimentos feministas culminaram em grandes avanços. A rede de saúde, ao prestar assistência integral à mulher, procura atender a suas necessidades, não somente no campo da saúde sexual e reprodutiva, mas também, em outras áreas. Dentre estas destacamos a infecção pelo HIV/aids, visto que a transição epidemiológica no perfil das pessoas acometidas pela infecção repercutiu na feminização do agravo.

Assim, surpreendentemente, a enfermagem deparou-se com uma clientela que não era alvo da atenção no programa de prevenção e controle da epidemia pelo HIV/aids. Esta realidade repercutiu em desafio para o ato de cuidar que necessita estar direcionado para atender a essa nova e inesperada demanda.

O cuidar de enfermagem pode estar direcionado para o mundo científico, com enfoque na ideologia, onde predomina a impessoalidade, devido ao seu caráter teórico e especializado ou pode corresponder ao abstrato. Pondera-se que as teorizações derivam da experimentação emergida do senso comum originando significados coletivos (MOSCOVICI, 2003).

A aids não ficou restrita ao mundo da comunidade científica. A epidemia invadiu as fronteiras do universo consensual, passando a compor o dia a dia das pessoas e trazendo novas representações, uma nova cultura e a incorporação de novos hábitos (MAIA, 1999).

Considerando as situações de estigma, preconceito e exclusão social que, comumente, permeia o cotidiano das pessoas que vivem com o HIV/aids, e levando em conta que os profissionais de saúde são, antes de tudo seres sociais e, portanto, passíveis de terem as mesmas representações da sociedade em geral, corroboramos com Formozo (2007), quando argumenta que a equipe de enfermagem, por viver e conviver tanto com o concreto quanto com o abstrato, provavelmente terá representações distintas, que poderão influenciar de forma positiva ou negativa as práticas de cuidado.

3 CAMINHO TEÓRICO – A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não esqueço de que minha vida é a maior empresa do mundo. E que posso evitar que ela vá à falência. Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um “não”. É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta.

Fernando Pessoa (s/d)

A TRS se originou na Europa quando, em 1961, Serge Moscovici, publicou a obra intitulada *Psychanalyse: son image et son public*. Na época, para os cientistas que atuavam nas áreas humanas e sociais, era fácil escrever sobre o comportamento individual e o coletivo (propostos por Durkheim) separadamente. Porém, demonstrar a relação existente entre ambos era desafiador. E esta separação implicava em separar, também, a sociologia da psicologia. Moscovici, o idealizador da teoria, buscou compreender a forma como o senso comum poderia contribuir com o saber científico e/ou outros modelos formais de conhecimento em “explicações práticas sobre a realidade social, o homem e a natureza” (ALEXANDRE, 2000, p. 163).

Moscovici (2003, p.49) abrevia o conceito de representações coletivas discorrendo que

se, no sentido clássico, as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (ciência, mito, religião, etc.), para nós, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo.

Segundo Reis e Bellini (2011, p. 150), as principais censuras de Moscovici ao ponto de vista das representações coletivas de Durkheim foram:

- 1) falta de preocupação em se buscar a origem da generalidade dos fenômenos que o conceito de Representação Coletiva engloba: a ciência, a religião, os mitos, a ideologia entre outros fenômenos sociais ou psíquicos;
- 2) a ausência da dinâmica das Representações Coletivas que não a torna adequada aos estudos de sociedades complexas como a nossa onde existem pluralidade de sistemas envolvidos (políticos, filosóficos, religiosos, entre outros) e uma alta rotatividade do fluxo de representação.

Assim, a TRS desenvolvida por Serge Moscovici, em 1961, partiu das indagações que pretendiam esclarecer porque existiam tantas tensões que resultavam no afastamento entre a ciência e o senso comum. Inicialmente, a teoria foi sofrer diversas agressões que colocavam em dúvida sua valorização, tanto no campo científico quanto para o conhecimento epistemológico e social (JODELET, 2005).

A teorização ganhou campo na psicologia social, ao focar as representações segundo a relação indivíduo-sociedade, refletindo a forma segundo a qual as pessoas constroem o conhecimento a partir da interação com a sociedade e com a cultura, dentre outros fatores, e a maneira como a própria sociedade constrói e reconhece este conhecimento em relação aos indivíduos. Nestes termos busca-se identificar a inter-relação entre sociedade e sujeito, que são mediados pelo processo comunicativo na construção da realidade (ARRUDA, 2002). A autora chama atenção para a forma como o universo científico e a comunicação informal, própria da vida cotidiana, exercem influência na polarização das representações.

A TRS teve origem na sociologia, encontrando na psicologia social uma maneira de ganhar teorização para ser utilizada como ferramenta para pesquisas realizadas em outras áreas do conhecimento, a exemplo da saúde e da educação (ARRUDA, 2002). Quando Moscovici propôs a TRS, não propôs uma teoria única, mas várias, ao indicar pressupostos e reconceituação do objeto próprio da psicologia social. Isto decorreu da teorização do pensamento do dia-a-dia de uma sociedade que era leiga, em relação à psicanálise que era o objeto social, presente para ela. A inclusão da dimensão simbólica como condição essencial para seu estudo contribuiu para que a teoria ganhasse densidade (MOSCOVI, 1961, 1976, 1985, 2003 *apud* CARMARGO, 2007).

Segundo Moscovici,

As representações que nós fabricamos de uma teoria científica, de uma nação, de um objeto, etc , são sempre o resultado de um esforço constante de tornar o real algo que é incomum (não familiar), ou que nos dá um sentimento de não familiaridade. E através delas nós superamos o problema e o integramos em nosso mundo mental e físico, que é, com isso, enriquecido e transformado. Depois de uma série de ajustamentos, o que estava longe, parece ao alcance de nossa mão; o era abstrato torna-se concreto e quase normal, (...) as imagens e idéias com as quais nós compreendemos o não-usual apenas trazem-nos de volta ao que nós já conhecíamos e com o qual já estávamos familiarizados (MOSCOVICI, 2003 p. 58).

As Representações Sociais (RS) são construídas porque temos necessidade de entender nossa relação com mundo que nos envolve, localizando-nos nele de forma física ou intelectual, ajustando-nos e conduzindo-nos no intuito de resolver os problemas existentes. Há de se considerar que interagimos com o meio social, seja convergindo ou divergindo, mas buscando compreendê-lo, seja gerenciando ou afrontando-o. Para Moscovici (1978, p. 58), “a representação de um objeto é uma rerepresentação diferente do objeto”. Neste entendimento, as representações sociais são edificadas e não, simplesmente, meras reproduções.

Partindo deste pressuposto, entendemos ser oportuna a utilização da TRS como eixo teórico desta pesquisa, já que a teoria oportuniza investigar fenômenos através da análise dos aspectos cognitivos e simbólicos, apreendidos através dos processos de interação e comunicação social, bem como o entendimento de como estas representações norteiam comportamentos individuais e/ou coletivos (MOSCOVICI, 1961). Há de se considerar que

as atitudes são construídas por meio da interação social, produto de comparações, sucessivas identificações e diferenciações que permitem situar nossa posição sobre um objeto diante dos outros em um dado momento. São também passíveis de mudança e transformação através da informação ou da experiência. Logo, diferentes pessoas podem ter diferentes atitudes diante do mesmo objeto e, estas avaliações podem mudar ao longo do tempo (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005, p. 333).

A teoria tem suas bases nas representações coletivas de Émile Durkheim, que trazia a noção de interação entre os seres humanos e a natureza. Estas representações buscavam analisar a realidade coletiva que denotava conhecimento, sentimentos e crenças do grupo social. Moscovici, a partir do entendimento que estas representações não são apenas tradutoras do conhecimento, mas que

também o produzem, optou por substituir o termo representações coletivas e elaborar o conceito de representações sociais.

As RS constituem formas de conhecimento socialmente elaboradas, produzidas no interior dos grupos sociais, com a finalidade de servir às comunicações e direcionamento de comportamentos. Podem refletir situações comuns do cotidiano, através de saberes que trazem consigo símbolos, estereótipos, mitos, atitudes, opiniões e, até mesmo crenças, oriundas de redes de comunicações, interações mútuas e experiências transmitidas de formas variadas e impregnadas de posicionamentos ideológicos (COUTINHO; SALDANHA, 2005). Ressalta-se que grupos de pertencimentos diferentes podem originar RS diferentes sobre um mesmo assunto.

Neste sentido, Markova (2005) salienta que as pessoas não nascem somente para a sociedade ou para a cultura, mas também para o senso comum, sendo este essencialmente relacionado a variadas formas de saber, de pensamento e de comunicação, refletindo nas atividades do cotidiano em geral. Estas colocações levam à compreensão de que a RS é social porque o significado do qualitativo pode ser alcançado quando se interroga “quem” e “porque”, e se elabora uma representação. Nestes termos, há de se convir que a representação surja na coletividade, e por isso, é social, sendo que sua reprodução “contribui exclusivamente para os processos de formação de condutas e orientação das comunicações sociais” (MOSCOVICI, 1978, p.77).

A aids, patologia emergente no início dos anos 80 teve, a partir daí, inúmeras descobertas em relação ao desnudamento de sua história natural, bem como a compreensão dos vários aspectos envolvidos na epidemia, os quais variavam em função de cada nova descoberta. A infecção pelo HIV/ aids é temida, muitas vezes causa espanto, principalmente pelo medo do isolamento, pelo possível dano ao *status* social e/ou familiar consequente da perda de chances de se ter participação social. O medo ao desconhecido leva as pessoas a criarem representações sociais dos novos fenômenos. Para o autor, as RS se diferenciam a depender da classe, da cultura do acesso a mais informações e da forma como a comunicação é difundida em relação ao fato. Assim, as representações polarizam um conjunto variado de significados capazes de interpretar e dar significado aos acontecimentos (MOSCOVICI, 1978).

De acordo com este autor, as representações sociais estão organizadas de maneira muito diversa segundo as classes, as culturas ou grupos e contribuem para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais. Elas se formam, principalmente, quando as pessoas estão expostas às instituições, aos meios de comunicação de massa, à herança histórico-cultural da sociedade. São imagens que condensam um conjunto de significações, de sistemas de referências que permitem que se interpretem os acontecimentos, que se dê sentido ao inesperado. Desta forma, é fundamental entender que o senso comum, constantemente é criado e recriado, principalmente quando há popularização do conhecimento (MOSCOVICI, 1978).

Assim, é interessante refletir que, apesar do conhecimento advindo do senso comum, também denominado de “saber ingênuo” ou “saber natural”, não possuir a mesma credibilidade do conhecimento científico, não devemos menosprezar sua significância, já que o mesmo direciona formas de viver cotidianamente. E, tendo em vista a importância dos estudos destas representações para a vida social, permitindo esclarecer os processos cognitivos e as interações sociais, este tipo de conhecimento é tido como legítimo (JODELET, 2001). Nesta perspectiva, nos últimos anos, pesquisas com enfoque nas RS têm sido realizados cada vez mais.

A TRS trabalha com a distinção de conhecimentos procedentes das diversas culturas que circulam “nas sociedades caleidoscópicas”, com a finalidade de apreender a significação destas “produções de sentido” (ARRUDA, 2005, p.232). A autora, citando Geertz (1978), lembra que toda cultura traz consigo um encadeamento de significados, sendo o objeto preciso da análise cultural a “lógica informal da vida real”.

Para a TRS, toda representação está diretamente relacionada a um sujeito ou a um objeto. Jodelet (2007) refere que, apesar da análise de uma determinada representação ser direcionada para o lado do sujeito, na teoria, a noção de subjetividade leva a uma concepção de pessoas não de forma isolada, mas como atores sociais que interagem com outras pessoas através de processos de comunicação social.

Na dinamicidade da RS existem dois aspectos importantes de serem compreendidos: a imagem e o conceito. Quando falamos da imagem, estamos nos referindo à reprodução do real de forma concreta. O conceito diz respeito à abstração do sentido do que é real, da significação que corresponde à imagem do

real. A formação das representações sociais se dá através dos processos de objetivação e ancoragem. Estes processos estão intrinsecamente ligados, modelados por fatores sociais que demonstram a forma como os aspectos sociais transformam o conhecimento em uma representação e como esta representação é capaz de transformar o social (JODELET, 1990; CHAMON, 2006).

Para Moscovici (1978), as RS apresentam um arcabouço formado por duas faces inseparáveis, sendo uma simbólica e a outra figurativa. No entanto, para cada figura há um sentido e vice-versa. Neste sentido, o autor enfatiza a existência dos dois processos por ele formulados (a ancoragem e a objetivação). O entendimento destes processos que constituem as RS é imprescindível para a compreensão da teoria.

A ancoragem consiste em inserir algo não familiar no pensamento existente (familiar), ou seja, a inclusão do novo ao que já é do conhecimento. A cristalização da RS refletirá na objetivação (processo no qual a formação de imagens existentes no plano abstrato irá se tornar concreta). Assim, o teor interno passará a representar o teor externo (MOSCOVICI, 1961- 1988). A objetivação “é um processo por meio do qual um conceito ou noção abstrata torna-se concreta por meio de imagens ou ideias”, ocorrendo quando acontece a materialização do abstrato (ANTUNES, 2012, p.27).

Em relação à ancoragem e a objetivação tem-se que

a ancoragem consiste na inserção orgânica daquilo que é estranho no pensamento já construído; o desconhecido é ancorado nas representações já existentes, tornando o estranho em familiar – processo de domesticação da novidade na realidade social vivida. A objetivação, operação formadora de imagens, diz respeito a cristalização de uma representação, isto é, a constituição formal do conhecimento, onde noções abstratas são transformadas em algo concreto, tornado-se tão vívidos que seu conteúdo interno assume o caráter de uma realidade externa. [...] A ancoragem é a interpretação do sujeito sobre uma dada realidade; e a objetivação é a simbolização (FERNANDES; FERREIRA, 2005, p. 37).

A ancoragem, apropriando-se do cognitivo, procura dar sentido ao figurado. Esse sentido contribuirá para a integração da RS a uma “rede de significados” e também, de forma hierarquizada, aos valores que já existiam na sociedade ou em determinados agrupamentos sociais (TURA, 2005). Desta forma, “ancorar significa classificar e nomear tudo que está sem classificação e sem nomeação. A representação é, portanto, basicamente um processo de classificação e nomeação,

um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos” (ANTUNES, 2012, p.26).

Dentre as diversas funções das Representações Sociais, quatro se destacam (PATRIOTA, 2007): a função de saber (as RS buscam explicar e dar sentido à realidade, ou seja, possibilitam que as pessoas possam explicar e compreender os atos concretos sobre a realidade); função de orientação (seu poder de explicação conjetura o nível da ação, constituindo um direcionamento para os comportamentos); função identiária (as RS permitem a construção de uma identificação social, ou seja, possibilitam diferenciar o grupo que a determinou dos outros grupos); função de justificação (as RS admitem explicações e justificativas das opiniões e dos comportamentos). Nestes termos, “a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas” (ABRIC, 1998, p.28).

A investigação no campo das Representações Sociais busca entender como as pessoas apreendem o mundo que as envolvem, procurando compreender seus problemas. Por isso a TRS tem sido utilizada nas pesquisas que buscam compreender e explicar a multidimensão da epidemia da aids, por reconhecer que essas representações evidenciam como as pessoas se posicionam frente ao agravo, seja em relação à prevenção, o tratamento ou a discriminação e a exclusão social.

A infecção pelo HIV/aids, denominada até pouco tempo de “mal do século”, evidenciou inúmeras repercussões que perpassam o aspecto biológico, envolvendo múltiplas dimensões de âmbito socioeconômico, político, jurídico, cultural, moral e, sem dúvidas, no campo psicossocial, pelo fato de suas vítimas terem que viver com o medo da chamada “morte programada” e também devido às situações de preconceito e exclusão social, comuns no cotidiano das pessoas que vivem com o agravo.

Para Knauth (1996), a abstração da representação da aids como patologia distante (do outro) interfere na compreensão de que a aproximação com uma pessoa que vive com o HIV/aids represente uma ameaça. Assim, considerando a possibilidade da existência de sentimentos negativos entre as pessoas que vivem com o HIV/aids, é de se esperar que talvez algumas representações não sejam explicitadas.

Problematizar essa situação requer considerações acerca da chamada “zona muda” das representações sociais, já que esta “faz parte da consciência dos indivíduos, ela é conhecida por eles, contudo ela não pode ser expressa, porque o indivíduo ou o grupo não quer expressá-la publicamente ou explicitamente” (ABRIC, 2005, p.23). O autor considera que nem sempre as pessoas que participam de uma pesquisa dizem realmente o que pensam, ao serem interrogadas, porque desejam passar uma boa impressão sobre elas mesmas. A zona muda não representa o lado inconsciente de uma dada representação, mas o seu lado oculto.

A maioria das pesquisas em RS realiza o levantamento de dados através do que é descrito pelos sujeitos pela fala ou por outros métodos que também são capazes de identificar o que seria explícito nos discursos dos informantes. Mas, será que sempre as pessoas dizem exatamente o que pensam, o que desejariam dizer? Para Abric (2003), é possível que certos fatos, a depender do contexto do momento, possam expressar uma zona muda (não explicitada) da representação social, a qual não é identificada através dos métodos que se utilizam classicamente para o levantamento das informações.

A zona muda é formada por elementos contranormativos, cujas representações ocultas, para que sejam identificadas, irá necessitar da utilização de métodos específicos de investigação que sejam capazes de reduzir a pressão normativa que incide sobre a pessoa que fornece os dados que se deseja levantar. Desta forma, as técnicas de substituição e a de descontextualização normativa são indicadas visando atingir este objetivo (MENIN, 2006).

Na aplicação da técnica de substituição o(a) informante será solicitado(a) a dar uma opinião própria sobre um determinado assunto. A seguir, solicita-se que responda de que forma acredita que outra pessoa (do mesmo grupo de referência que o seu) falaria sobre o mesmo assunto. Desta forma, a pessoa estará expressando ideias proibidas ao seu grupo falando pelo(a) outro(a). A técnica de descontextualização normativa prevê manipulação do(a) pessoa que coleta os dados, podendo ser alguém do mesmo grupo de pertencimento do sujeito entrevistado ou não. Trazer à tona, ideias contranormativas, é mais fácil quando o(a) entrevistador(a) não pertence ao mesmo grupo da pessoa entrevistada (MENIN, 2006).

4 METODOLOGIA

Uma pessoa inteligente resolve um problema, um sábio o previne.

Albert Einstein (s/d)

Uma das etapas importantes na construção de uma pesquisa é a definição da metodologia que será utilizada. A escolha depende da complexidade do objeto da pesquisa e também do problema levantado. Nesta perspectiva, é fundamental que a metodologia adotada possibilite o alcance dos objetivos propostos.

Trata-se de pesquisa de campo, de abordagem multimétodos, no qual foram apreciados aspectos de caráter qualitativo e quantitativo, que utilizou como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). A opção pela abordagem multimétodos deu-se pela percepção de que a aplicação de diferentes técnicas de análise e coleta proporcionaria melhor apreensão das significações e das imagens das participantes, acerca do fenômeno estudado.

Pesquisas de abordagem qualitativa, segundo Denzin e Lincoln (2006. p.23), procuram enfatizar

as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente [...] em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência. Os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação.

As pesquisas qualitativas possibilitam a apreensão das múltiplas dimensões dos fenômenos, identificando significados variados das experiências existentes no lócus investigado, oportunizando um melhor entendimento das relações existentes entre as pessoas, suas ações e o contexto onde estas ocorrem. Assim, o(a) pesquisador(a) será capaz de visualizar a relação existente entre o pensamento e a ação decorrente do fato focalizado por quem o vivencia (PAIVA; GALVÃO, 2004). Segundo, Bauer e Gaskell (2008, p.65), “a compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais especificados é a condição *sine qua non* da entrevista qualitativa”. Para estes autores o escopo da pesquisa qualitativa não é computar pessoas ou apreciações, mas “explorar o espectro de opiniões, as

diferentes representações sobre o assunto em questão” (BAUER; GASKELL, 2008, p. 68).

A pesquisa quantitativa pode ser usado na mensuração de dados quantificáveis, a exemplo de opiniões, atitudes e preferências comportamentais. Denzin e Lincoln (2006. p.25) discorrem que “os pesquisadores quantitativos são deliberadamente indiferentes à riqueza das descrições, pois este tipo de detalhe interrompe o processo de desenvolvimento das generalizações”.

De acordo com Dyniewicz (2009), nas pesquisas de cunho quantitativo, o(a) pesquisador(a) procurará levantar, de forma sistemática, dados que possam ser quantificados, controlados e analisados através de recursos estatísticos. A autora segue inferindo que este tipo de pesquisa é importante na realização de estudos que requerem algum tipo de mensuração.

A associação de resultados de dados obtidos através dos métodos quantitativos e qualitativos foi oportuna para a identificação de um conhecimento mais aprofundado sobre a temática desta pesquisa, o que proporcionou diferentes olhares em relação à natureza do fenômeno estudado - representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/aids - acerca do cuidado de enfermagem. Os dados que seriam obtidos através de uma única modalidade de busca permitiram uma validação mútua das informações emergidas de ambas as abordagens utilizadas (FLICK, 2009). Os dados quantificáveis foram levantados através do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), que oportunizou a geração de dados precisos e confiáveis, permitindo uma análise estatística. Os dados qualitativos foram produzidos através da aplicação de entrevistas.

A utilização da abordagem de multimétodos mostrou-se pertinente por possibilitar uma aproximação mais fidedigna com a realidade que permeia o cotidiano das mulheres que vivem com o HIV/aids, em relação ao HIV e a aids, bem como suas percepções em relação ao cuidado de enfermagem. Esta abordagem contribuiu na identificação, mais aprofundada, dos dados obtidos, visto que a infecção pelo HIV/aids, por possuir diferentes facetas, requer a associação de diferentes métodos, no intuito de poder apreender, em sua complexidade, a ancoragem das diversas representações comuns ou não ao grupo pesquisado.

Este tipo de abordagem nas pesquisas de RS não deve ser compreendido simplesmente como uma soma de métodos, mas como um recurso metodológico útil para se analisar a complexidade de uma representação. Portanto, os designs de

investigação que recorrem, ao mesmo tempo, aos métodos quantitativos e qualitativos asseguram uma interpretação mais integrada tanto dos resultados quanto das técnicas usadas (DEROSA, 2005).

A infecção pelo HIV/aids constitui agravo multifacetado que traz, consigo, variados graus de complexidade. Através da abordagem multimétodos, procuramos compreender como o cuidado de enfermagem é representado pelas mulheres que vivem com o HIV/aids e como elas representam o HIV e a aids no tempo atual. A aids teve a construção de sua história natural simultânea à sua construção social. Nessa construção, representações sociais foram elaboradas a partir dos fatos divulgados pela mídia em geral, a exemplo da associação entre soropositividade e medo da morte, adoecimento, discriminação, dentre outras. A opção pela TRS foi de grande valia já que escolher a metodologia utilizada requer que o(a) pesquisador(a) traga, não somente sua visão de mundo mas, também, as concepções teóricas e a capacitação criativa que repercutem na forma de apreender e compreender a realidade (PAIVA, 2000).

O processo de construção social da aids está além de ser apenas um fenômeno biológico, porque engloba diversas dimensões no campo socioeconômico e no campo da subjetividade. Assim, a pesquisa em RS se apresenta oportuna para explicar e compreender os diversos elementos que compõe o imaginário popular.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CENÁRIOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade de Salvador, capital do estado da Bahia. Salvador, cidade mais antiga do Brasil, possui uma população miscigenada, com predominância afrodescendente, recentemente declarada capital negra da América Latina. Neste sentido, ressalta-se a importância da variável raça/cor, utilizado como um dos itens que compõem os dados de identificação das informantes, tendo em vista o aumento de casos da infecção pelo HIV/aids entre os afrodescendentes.

A população soteropolitana está constituída de 2.675.656 habitantes, sendo 1.426.759 (53,3%) mulheres e 1.248.897 (46,6%) homens (IBGE, 2010). Em relação ao número de pessoas que vivem com a aids na Bahia, até dezembro de 2010, haviam sido notificados 17.886 (13% dos casos existentes no Brasil), destes 416 casos na cidade de Salvador (BRASIL, 2012a).

Os dados foram coletados em unidades ambulatoriais, credenciadas ao SUS, caracterizadas como Centros de referência para a assistência às pessoas que vivem com o HIV/aids, denominadas de cenário A e cenário B, os quais funcionam de segunda a sexta-feira (dias úteis), no período das 08 às 18 horas.

A estrutura física do cenário A é composta de nove salas para atendimento médico, uma sala para atendimento de enfermagem, uma sala onde funciona a secretaria e uma sala destinada à recepção da clientela. As consultas médicas são realizadas exclusivamente por médicos residentes, preceptores e docentes. As consultas de enfermagem, realizadas pela enfermeira, prioriza as mulheres com co-infecção para tuberculose.

O ambulatório disponibiliza as seguintes ações à clientela que vive com o HIV/aids: aconselhamento pré e pós-teste; oferta de sorologia para detecção do HIV; coleta de material para realização de sorologia para detecção do HIV; consulta médica de rotina com infectologista; consulta médica de rotina, se necessário, com diversos especialistas; consulta de enfermagem; atendimento odontológico, psicológico, farmacêutico e de serviço social, quando necessário; ações de educação em saúde individual e coletiva; atendimento domiciliar - manutenção de grupo de adesão ao uso de medicação antirretroviral (ARV) e dispensação de medicação ARV.

As atribuições da equipe de enfermagem, de acordo com informações cedidas pela coordenadora de enfermagem, são: realização de consulta de enfermagem (privativa do(a) enfermeiro(a)); verificação de sinais vitais; conferência do prontuário e do motivo do atendimento; orientações sobre o tratamento / uso de TARV e/ou outros medicamentos; orientação sobre sexo protegido / uso do preservativo; distribuição de preservativos; discussão sobre dificuldades de adesão ao tratamento; orientações nutricionais em geral; recepção e acolhimento de casos novos; triagem das intercorrências; notificação epidemiológica; controle de faltosos; atendimento e suporte para a família e atendimento às Doenças sexualmente transmissíveis (abordagem sindrômica).

O cenário B, que pertence à rede estadual de saúde disponibiliza atendimento à clientela através do SUS. A unidade, referência do Ministério da Saúde para Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids, possui um Núcleo de Apoio Científico que tem a finalidade de apoiar realização de pesquisas de cunho científico relacionados com Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV e aids.

O atendimento da unidade está voltado para as pessoas com diagnóstico de DST/HIV/aids referenciadas por outras unidades de saúde. Após a alta (por cura ou controle do quadro clínico de DST), o(a)s pacientes são contrarreferenciados para a unidade de origem. Nos casos de HIV/aids, o acompanhamento é feito continuamente. A transferência para outra unidade poderá acontecer por solicitação do(a) paciente. Quando há necessidade de internamento, o encaminhamento é realizado para unidade de tratamento secundário através da central de regulação do estado. A unidade disponibiliza modalidade de internação em regime de hospital dia.

O cenário B disponibiliza assistência médica (infecologia, cardiologia, neurologia, dermatologia, psiquiatria, pediatria e atendimento a lipoatrofia facial), equipe de enfermagem, assistência social, psicológica, odontológica, fisioterapia, nutrição, farmácia e exames laboratoriais (inclusive anatomia patológica), fornecimento de TARV e liberação de fórmula láctea para crianças expostas ao risco de transmissão vertical. O serviço conta ainda com uma brinquedoteca destinada ao lazer de crianças que vivem com o HIV/aids, ou que convivem com pessoas nesta condição.

4.2 INFORMANTES DA PESQUISA

Foram informantes mulheres que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (APÊNDICE – A) e que preencherem os seguintes critérios de inclusão:

- Viver com a infecção pelo HIV/aids, independentemente do tempo de diagnóstico;
- Cadastramento em unidade de referência para diagnóstico e tratamento de DSTS/HIV/aids;
- Idade a partir de 18 anos;
- Condições psicológicas que permitisse responder coerentemente as informações solicitadas.

Na delimitação da quantidade de pessoas selecionadas, aleatoriamente, para a entrevista (50 mulheres), levou-se em consideração o que Bauer e Gaskell (2008, p.71) apontam, ou seja: continuando a levantar informações análogas

(saturação dos dados) nas entrevistas, a aplicação de mais instrumentos não irá, essencialmente, melhorar a qualidade ou colaborar para uma apreensão com mais detalhes do assunto em questão. Isto acontece porque “as representações de tais experiências não surgem das mentes individuais; em alguma medida, elas são o resultado de processos sociais”. Por outro lado, os autores advertem que o número de entrevistas influencia diretamente no tamanho do corpus a ser estudado. Assim, deve-se ter o cuidado de não perder informações no relatório escrito, de modo que trechos do discurso que num primeiro momento poderiam não ter sentido, de repente, poderão “entrar em cena à medida que as contribuições de diferentes entrevistados são comparadas e contrastadas”.

As mulheres selecionadas realizavam acompanhamento e/ou tratamento ambulatorial, sendo 30 cadastradas no cenário A e 20 no cenário B, para responderem ao Teste de Associação Livre de Palavras e as entrevistas. Este quantitativo, na aplicação das entrevistas, poderia ser aumentado, caso houvesse necessidade. No entanto, considerando a identificação de saturação das informações levantadas encerrou-se sua aplicação após a quinquagésima mulher ser entrevistada.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A escolha das técnicas de coleta de dados é considerada uma das etapas mais significativas de uma pesquisa. Existem vários procedimentos de coleta de dados que possibilitam apreender as RS do cuidado de enfermagem, bem como do HIV e da aids. Nesta pesquisa, optou-se pelo uso do TALP e entrevista. As técnicas foram aplicadas pela própria pesquisadora. Antes de sua aplicação, procurou-se interagir com as informantes realizando, inicialmente, apresentação da pesquisadora e os objetivos da pesquisa. Rotineiramente também era perguntado: Como esta você? Podemos conversar um pouco? Procurou-se dirigir-se às informantes pelos seus nomes e conduzir a coleta, descontraidamente, para que sua realização não se tornasse cansativa.

A aplicação das técnicas deu-se em uma única sessão. Durante a aplicação, teve-se o cuidado de garantir a privacidade e evitar interferência externa para que a informante não perdesse a concentração em relação ao que estava sendo dito. Também buscou-se formular os questionamentos, cuidando para não induzir

respostas e zelando por não utilizar expressões corporais que denotassem gestos de reprovações, admirações e outros, frente ao exposto pelas informantes.

A inclusão das informantes se deu de forma aleatória, dentre as pessoas que vivem com o HIV/aids, independentemente do tempo de diagnóstico, totalizando 50 mulheres. Para a escolha aleatória das informantes, seguiu-se a seguinte rotina: na chegada ao ambulatório da unidade A foram consultados todos os prontuários clínicos dos usuários que seriam atendidos no dia da coleta. Estes prontuários foram disponibilizados pela técnica de enfermagem escalada no turno de realização da coleta. Selecionavam-se, aleatoriamente, as mulheres que atendiam aos critérios de inclusão. Posteriormente, em um local reservado, foram explicados os objetivos da pesquisa e convidou-se a cliente a participar da pesquisa mediante apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido. Ressalta-se que somente uma mulher convidada a participar da pesquisa não aceitou.

Na unidade B, a equipe se apresentou à coordenação do Núcleo de Apoio Científico, de onde foi conduzida pelo coordenador a uma das enfermeiras que estava de serviço no momento. Esta solicitou a uma das integrantes da equipe que relacionasse as mulheres que atendiam aos critérios preestabelecidos para a composição da amostra. Após a identificação das mulheres a serem entrevistadas, realizaram-se os mesmos procedimentos descritos para a unidade A. Nesta unidade não houve recusa para participação na pesquisa. Para facilitar a coleta, organizou-se uma lista contendo o nome das possíveis informantes, a depender da ordem de atendimento médico e/ou de enfermagem.

O roteiro da entrevista foi composto de duas partes: dados de identificação relacionados à caracterização sociodemográfica das informantes e oito questões abertas, abaixo relacionadas.

a) Dados de identificação

Utilizado para identificação das características sociodemográficas das informantes: idade, religião, estado civil, escolaridade, raça/cor autodeclarada, tempo de diagnóstico para o HIV/aids, tempo que frequenta a unidade ambulatorial, ocupação e renda familiar.

b) Roteiro de entrevista

Foi utilizado com a finalidade de orientar a pesquisadora no direcionamento do diálogo, de modo que as informações obtidas pudessem permitir o alcance dos objetivos propostos. O roteiro continha as seguintes questões preestabelecidas: Na época que tomou conhecimento que estava portadora do vírus HIV, o que você sabia sobre o HIV e a aids? Existem diferenças entre as informações que você tinha sobre o HIV e a aids, na época em que soube que era portadora do vírus e agora? O que mudou? Como tomou conhecimento das informações iniciais? E das novas informações? Qual sua opinião em relação aos cuidados de enfermagem recebidos nas unidades de saúde na condição de uma pessoa portadora do vírus HIV/aids? Para você, como é o cuidado de enfermagem às pessoas portadoras do HIV/aids? Quais fatos a levam a pensar assim? Você vivenciou alguma situação marcante em relação aos cuidados de enfermagem, considerando sua condição de portadora do vírus HIV/aids? Qual? A partir do momento em que você passou a receber cuidados de enfermagem devido ao seu diagnóstico, você percebeu mudanças nas formas de cuidar por parte desta(s) profissionais? Fale para mim o que a leva a pensar desta forma? Você deseja dar alguma sugestão para melhoria do cuidado de enfermagem as mulheres portadoras do HIV/aids?

4.3.1 Teste de associação livre de palavras (TALP)

O TALP, técnica projetiva desenvolvida por Carl Gustav Jung, foi utilizado, inicialmente, pelos psicanalistas com o objetivo de diagnosticar, psicologicamente, a composição da personalidade dos indivíduos. Sua aplicação objetivou diagnosticar como está constituída a personalidade individual de cada pessoa, a partir das evocações elaboradas frente aos estímulos indutores divididos em traumáticos e não-traumáticos. A técnica, validada desde a década de 80, tem sido utilizada em pesquisas, sobretudo os que utilizam a TRS. A técnica que oportuniza identificações dos conteúdos latentes e dos periféricos é de fácil aplicação por despertar interesse e colaboração por parte do(a)s informantes. Sua aplicação pressupõe que a estrutura psicológica do sujeito pode ser “palpável através das manifestações de condutas de reações, evocações, escolhas e criação, constituindo-se em índices reveladores do conjunto da personalidade” (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003; NÓBREGA; COUTINHO, 2003, p. 67).

As vantagens da utilização das técnicas projetivas estão pautadas na “ambiguidade do material apresentado e pela liberdade que é dada ao sujeito” e, também, na possibilidade do método abranger perguntas e respostas não diretivas, mas com capacidade de adentrar no campo metafórico, o qual permite ao informante “ao invés de tudo dizer, revelar enquanto esconde”, porque as respostas provêm do inconsciente (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003, p. 51).

As autoras seguem dizendo que, no campo da psicologia, existem duas modalidades de técnicas projetivas (temáticas e estruturais). As técnicas projetivas temáticas proporcionam revelações de elementos conflitantes, desejos, mecanismos de defesa ou momentos marcantes na história de vida. As técnicas projetivas estruturais permitem a identificação da forma como as pessoas percebem sua subjetividade e as inter-relações existentes entre o id, o ego e o superego. O TALP é classificado como técnica projetiva temática.

Os dados quantitativos foram levantados através do TALP (APÊNDICE – B), também, denominado teste de evocação livre de palavras que teve como estímulos indutores, referidos verbalmente: HIV (1), aids (2), cuidado de enfermagem (3) e cuidado de enfermagem às mulheres soropositivas (4). O TALP é uma investigação aberta, baseada na evocação de respostas a um estímulo indutor, que possibilita identificar as representações latentes desses conteúdos (NÓBREGA; COUTINHO, 2003). A técnica, de fácil aplicação e interpretação, consiste em solicitar à/ao informante que evoque através de palavras ou frases curtas, o que vier a sua mente, imediatamente após ouvir os estímulos indutores. A técnica buscou evidenciar respostas espontâneas e autênticas, as quais não poderiam ser evidenciadas em outras formas de coleta de dados.

No intuito de que a pessoa entendesse o funcionamento da técnica, antes da sua aplicação, foi realizada uma exemplificação de como ela funciona, utilizando-se estímulos indutores não relacionados com a problemática. Após a exemplificação, notou-se que as informantes entenderam a dinâmica da técnica. Desta forma, não houve dificuldade para sua execução que durou, em média, quinze minutos.

O TALP, facilmente utilizado nesta pesquisa, foi aplicado, individualmente, de acordo com as etapas abaixo relacionadas:

- a) Ilustração, com exemplos não relacionados ao objeto da pesquisa, buscando aproximação das informantes com a técnica;

- b) Salientada a importância de respostas através de uma única palavra ou expressões curtas;
- c) Apresentação verbal dos estímulos indutores na seguinte ordem: 1. HIV, 2. aids, 3. Cuidado de enfermagem, 4. Cuidado de enfermagem a mulheres soropositivas ao HIV;
- d) Solicitação às informantes que verbalizassem, rapidamente, as cinco primeiras palavras que viessem à mente ao ouvir cada estímulo indutor. As evocações referidas com tempo superior a 90 segundos, para cada estímulo indutor, foram desconsideradas;
- e) Realização de registro manual das palavras/expressões evocadas em formulário específico.

Antes de apresentar os estímulos indutores, no início da aplicação do teste, foi explicado como ele funcionaria. Ao observar que a informante apresentava dúvidas quanto ao funcionamento da técnica, foram utilizados exemplos de como seria feita a coleta dos dados utilizando um estímulo indutor não relacionado à temática, como: __ Quando você ouve a palavra televisão, o que lhe vem à mente? Assim foi explicado que, neste caso, as respostas poderiam ser: novela, diversão, jogo, passa-tempo, informação, entre outras. Quando necessário era realizada mais uma exemplificação. Após as apresentações dos exemplos notou-se que houve compreensão do que estava sendo proposto.

No decorrer da aplicação desta técnica projetiva, foi possível observar as reações das informantes frente aos estímulos indutores apresentados. Fatos que despertaram atenção foram as reações das mulheres diante dos estímulos indutores HIV e aids. A maioria, ao ouvir estas palavras apresentava expressão de tristeza. Muitas ficaram por alguns segundos “olhando o vazio”. Percebia-se uma melancolia profunda em suas expressões. Em vários momentos notavam-se lágrimas que teimavam em escorrer por suas faces.

Os resultados decorrem do processamento dos dados pelo *software Tri-Deux-Mots*, que emite relatórios, entre eles a representação gráfica das variáveis e das palavras significativamente evocadas, obtidas a partir da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Este *software* permite verificar as correlações existentes entre os grupos, bem como as relações de atração e de afastamento existentes

entre os diversos elementos, no campo representacional (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

Ao término de aplicação do TALP as mulheres foram convidadas a participar das entrevistas.

4.3.2 Entrevista

Para a coleta de dados qualitativos, optou-se pela realização de entrevista guiada por um roteiro. A entrevista “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Em relação à aplicação deste instrumento, Minayo (2004, p. 109-110) refere ser útil, dada a

possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Utilizar entrevistas individuais nas pesquisas sociais é salutar, visto não ser este instrumento

um processo de informação de mão única passando de um (o entrevistado) para outro (o entrevistador). Ao contrário, ela é uma interação, uma troca de idéias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas (BAUER; GASKELL, 2008, p.73).

O roteiro de entrevista (APÊNDICE - C) foi composto de duas partes. A primeira contemplou dados de identificação sociodemográfica das informantes. Na segunda, constaram as questões específicas (oito questões abertas). Todas as informantes que responderam ao TALP também participaram das entrevistas.

Inicialmente, pretendia-se gravar as informações oriundas das entrevistas. Mas, considerando o constrangimento expresso pela maioria das informantes quanto a essa forma de registro dos dados, optou-se por anotar as falas em instrumento específico. À medida que o diálogo fluía procedia-se, concomitantemente, ao

registro, por escrito, do que estava sendo dito. Procurou-se, atentamente, captar todas as palavras do discurso.

A aplicação de cada entrevista ocorreu em um intervalo compreendido entre 20 a 30 minutos, com tempo limitado à disponibilidade das informantes, na sala de espera, antes do atendimento agendado. Notou-se que este período não se mostrou exaustivo para as informantes. Antes de iniciar a coleta foi esclarecido que, caso a informante fosse chamada para o atendimento durante o procedimento, a coleta imediatamente seria suspensa, buscando não prejudicar o atendimento a ser realizado. Para evitar este contratempo, foram convidadas mulheres com um tempo previsto maior que o esperado para a entrevista.

Optou-se por convidar a participar da pesquisa, as mulheres que se encontravam da metade para o final da lista de espera, no intuito de que a chamada para o atendimento com o(a) profissional de saúde não interrompesse a coleta, não interferisse na rotina do serviço e não implicasse em qualquer prejuízo em relação aos interesses destas mulheres nas unidades de saúde. Durante a coleta, algumas informantes demonstraram expectativas em relação ao desejo de dirimir algumas dúvidas que possuíam sobre o agravo. Por esse motivo, ao término das entrevistas aproveitou-se para fornecer as informações solicitadas. Identificou-se que os questionamentos se relacionaram, em sua maioria, a esclarecimentos quanto às vias de transmissão do HIV e as contribuições da TARV no tratamento.

No intuito de assegurar o anonimato, as informantes foram identificadas através de numeração estabelecida, de acordo com a ordem de aplicação das entrevistas.

4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar a técnica de análise do conteúdo e a análise fatorial de correspondência. A associação destas técnicas foi feita por se considerar a relevância da sua complementaridade na análise dos resultados, fato aconselhável por possibilitar o enquadramento do pensamento das informantes a partir das análises das ideias existentes nas sociedades e como estas se organizam nas mentes dessas pessoas (PEREIRA, 2005).

4.4.1 Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

Os dados quantitativos, oriundos da TALP, foram submetidos à AFC. Esta análise teve como fundamentação básica evidenciar os eixos que explicam as respostas variadas, apresentando composições constituídas de elementos presentes no campo representacional, o que permitiu representar, graficamente, a atração existente entre as variáveis fixas e as de opinião, correspondentes às palavras/expressões evocadas pelas informantes (COUTINHO *et al*, 2013).

A AFC, realizada com o auxílio do *software Tri-Deux-Mot*, possibilitou a identificação dos planos fatoriais que contemplam as distribuições das palavras evocadas e das variáveis suplementares, através do posicionamento das informantes em relação às representações sociais sobre os estímulos indutores apresentados. Esta análise permitiu destacar nos eixos a visualização das oposições que evidenciam as respostas através dos arcabouços classificados, hierarquicamente, as quais constituem os elementos em seus campos representacionais. Para a execução desta análise procedeu-se a análise dos conteúdos das representações sociais sobre HIV, aids, cuidado de enfermagem e cuidado de enfermagem a mulheres que vivem com o agravo, expressas na representação gráfica, através das palavras/expressões evocadas com maior significância segundo as variáveis definidas como fixas (tempo de diagnóstico, idade, escolaridade e cor da pele autodeclarada).

Quanto ao tempo de diagnóstico para a infecção pelo HIV/aids, utilizaram-se os intervalos: a) 1 a 5 anos de diagnóstico; b) 6 a 10 anos de diagnóstico; c) mais de 10 anos de diagnóstico. O primeiro intervalo (1 a 5 anos de diagnóstico) não foi evidenciado no gráfico.

Para a variável idade foi escolhida a utilização de faixa etária, subdivididas em: a) 20 a 39 anos de idade; b) 40 a 50 anos de idade; c) acima de 50 anos de idade. Esta variável não foi evidenciada no gráfico da AFC.

Em relação à escolaridade utilizou-se, como classificação: a) ensino fundamental; b) ensino médio; c) ensino superior. Esta variável, também não foi evidenciada no gráfico da AFC.

No que concerne à cor da pele autodeclarada foram utilizadas as denominações: a) negra; b) não negras. Consideraram-se negras as informantes que se declararam pretas e pardas. As demais foram categorizadas como não negras.

A visualização do gráfico permitiu a percepção da objetivação existente no campo representacional ao tempo em que apresentou oposições entre evocações das informantes de cor da pele negra e não negra e entre as que possuíam de 6 a 10 anos de diagnóstico de vivência com o HIV/aids e as que possuíam mais de 10 anos para este diagnóstico.

A utilização das variáveis fixas foi oportuna, tendo em vista a possibilidade de influenciarem na elaboração das RS, as quais podem variar em função da cultura, dos dados históricos, dos fatores socioeconômicos, dentre outros.

O tratamento dos dados seguiu as seguintes etapas:

- Registro das palavras por estímulos indutores (formato *Word*). Para cada estímulo indutor foi criado um arquivo. Na listagem foram consideradas todas as palavras/expressões evocadas pelas informantes para a elaboração do dicionário;
- As palavras/expressões foram colocadas em ordem alfabética para identificação da frequência de repetições e, posteriormente, agrupadas por afinidades de sentido;
- Elaboraões das categorias de acordo com as frequências identificadas;
- Elaboraões das simbologias;
- Construção do banco de dados com posterior inserção no *software Tri-deux-mots*. Na construção do banco, incluíram-se todas as respostas das informantes, para cada estímulo indutor, respeitando-se a ordem das apresentações, bem como as variáveis fixas estabelecidas. Cada variável recebeu uma identificação numérica, de acordo com listagem, anteriormente realizada;
- Análise do relatório emitido pelo programa;
- Coloração das evocações e das variáveis no gráfico a partir da AFC emitida pelo *software Tri-deux-mots* (CIBIOS, 1995), versão 2.2.

As palavras emergidas do TALP foram consideradas quanto à frequência de repetição em seis vezes ou mais. No total foram evocadas 869 palavras sendo 260 diferentes. Os quatro estímulos indutores foram cruzados com as variáveis fixas propostas (apresentadas na cor preta no gráfico no intuito facilitar sua visualização): raça/cor (negra e não negra); faixa etária das informantes (20 a 39 anos, 40 a 50 anos e mais de 50 anos); tempo de diagnóstico para HIV/aids (1 a 5 anos, 6 a 10 anos e mais de 10 anos).

A variável faixa etária não obteve significância frente as RS do grupo pesquisado, assim como o tempo de diagnóstico para o HIV (1 a 5 anos). Pesquisa realizada por Santos (2007) com mulheres que vivem com o HIV/aids em uma cidade do interior da Bahia, também obteve o mesmo resultado em relação a variável idade. No entanto, foram verificadas oposições entre as variáveis raça/cor e tempo de diagnóstico a infecção pelo HIV/aids.

4.4.2 Análise Temática de Conteúdo

Os dados qualitativos oriundos das entrevistas foram submetidos à Técnica de análise de conteúdo (critério semântico). Essa técnica permite compreender, criticamente, o sentido das comunicações, bem como o seu conteúdo explícito ou não. A análise de conteúdo constitui um “conjunto de instrumentos metodológicos” úteis na análise das comunicações, sendo que o processo de análise pode oscilar entre o “rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” (BARDIN, 1977, p. 9).

A hermenêutica foi um dos primeiros campos a utilizar esta técnica. Sua apropriação no campo científico deu-se devido a sua aplicabilidade suscitada no rigor científico e por possibilitar identificação do real sentido da comunicação. A análise de conteúdo “pode ser usada como um procedimento metodológico, como uma técnica ou até como várias técnicas, para o estudo dos mais diversificados campos das ciências sociais”. Bardin, uma das principais estudiosas da análise de conteúdo, tem utilizado a técnica em investigações psicossomáticas e nas pesquisas que englobam comunicações de massa (COUTINHO, 2011, p. 20).

Para Bardin (1977, p.47), o tratamento e a análise dos dados, realizados através da técnica de análise de conteúdo

sugere três pólos cronológicos para a aplicação: a) pré-análise (que consiste na realização de sucessivas leituras do material com o objetivo de familiarizar-se com os depoimentos); b) exploração do material (quando as subcategorias e categorias são compreendidas e destacadas dos discursos); c) análise e interpretação dos dados (quando, de posse dos depoimentos de conteúdos mais predominantes, busca-se fazer as inferências e interpretações).

A análise de conteúdo pode ser utilizada tanto na abordagem quantitativa quanto na qualitativa. Na primeira, o(a) pesquisador(a) estará interessado(a) nos

dados estatísticos, quantificáveis através das frequências identificadas nas unidade de registro. A abordagem qualitativa deve contemplar: descrição, inferência e interpretação (COUTINHO, 2011).

A descrição está relacionada às características textuais, que deverão ser resumidas após tratamento inicial. A inferência consiste na “atribuição de sentido às características dos enunciados que foram levantados, enumerados e organizados”. A interpretação busca dar significação as características identificadas. Destas três etapas, a inferência, que se encontra entre a descrição e a interpretação, constitui o momento principal no qual o(a) pesquisador(a) deverá evidenciar seu domínio ao aporte teórico/metodológico e sua experiência. Este é o momento de revelação da “arte do pesquisador” (COUTINHO, 2011, p. 23).

Segundo Oliveira (2008), existem alguns conceitos-chaves que sustentam a realização da análise de conteúdo no sentido de poder instrumentalizá-la:

- Objetivação: a análise realizada pelo(a) pesquisador(a) deve ser clara e precisa, permitindo que outras pessoas possam realizar a mesma decomposição;
- Sistematicidade: deve ser considerado e analisado todo o conteúdo relacionado ao problema estudado e não apenas os relacionados com as teses do(a) pesquisador(a);
- Conteúdo Manifesto: requer não consideração das ideias e preconceitos que o(a) pesquisador(a) possui. A análise deve abordar, somente, os conteúdos manifestos;
- Unidades de Registro (UR): constitui os recortes necessários para segmentação do conjunto que irá fundamentar a análise do texto. A UR pode ser, desde uma palavra, até um parágrafo inteiro;
- Unidades de Contexto (UC): são unidades que possibilitam o entendimento da unidade de registro, possuindo dimensões maiores que esta;
- Construção de Categorias (CC): consiste em agrupar e reagrupar, a partir de um conjunto de critérios. Constituem classe que agrupa um conjunto de elementos com características comuns. Procura trazer uma nova organização, feita intencionalmente, as mensagens distinguindo-as do universo inicial;
- Análise Categorical (AC): Permite a classificação dos elementos significantes que constituem as mensagens. Procura considerar a totalidade do texto analisado;
- Inferência: constitui uma operação lógica a qual permite abordagem de uma proposição, desde que esteja relacionada a outras já aceitas como verdadeiras;

- Condições de Produção (CP): constitui-se da compreensão superficial dos textos, bem como, dos fatores que promoveram estas características, deduzidas de forma lógica, pelas correspondências existentes entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas sociológicas ou psicológicas que integram os enunciados.

Nesta pesquisa, a análise de conteúdo seguiu as seguintes etapas:

1. Pré-análise: nesta etapa procurou-se colocar em ordem as ideias iniciais, que possibilitaram uma visualização simplificada do plano de análise a ser operacionalizado;
2. Leitura flutuante (constituição do corpus: dados oriundos de cinquenta TALP e cinquenta entrevistas). As leituras iniciais foram importantes para a aproximação com os dados levantados e para identificação dos materiais que pudessem fornecer informações sobre os assuntos a serem analisados;
3. Organização das informações levantadas. Registrada a primeira pergunta com apresentação sequencial de todas as respostas emitidas. E assim sucessivamente;
4. Leitura exaustiva, visando explorar o material oriundo das entrevistas;
5. Preparação do material: recorte e eleição das unidades de análise;
6. Elaboração de blocos de respostas por aproximação de conteúdos;
7. Recorte, classificação e codificação;
8. Elaboração das categorias e subcategorias.

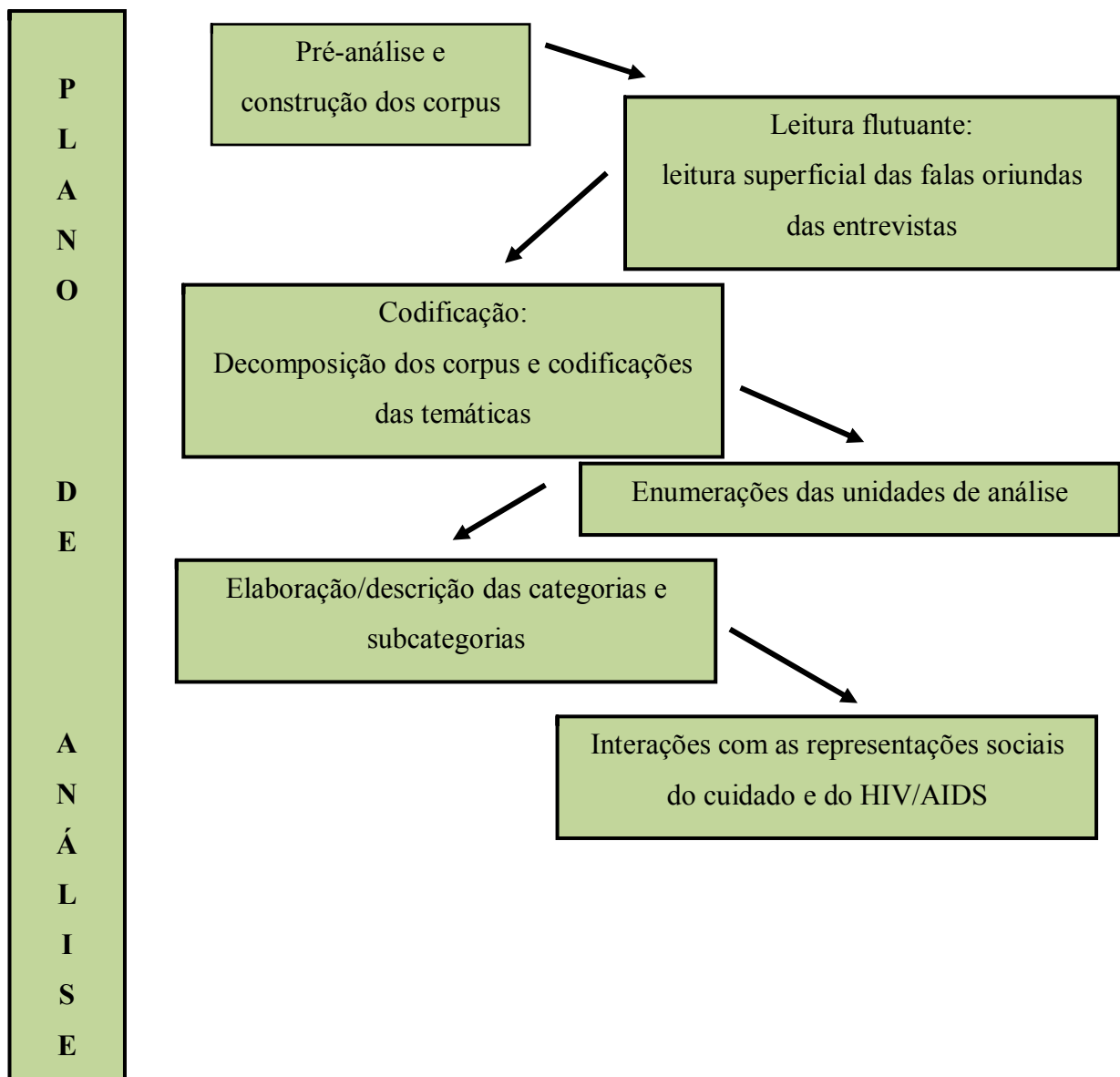
A realização da análise temática de conteúdo possibilitou identificação dos núcleos de sentido que compuseram as comunicações a partir das significações existentes entre as falas e o objeto analítico usado.

Oliveira (2008, p.570) enfatiza que

em termos de aplicação, a análise de conteúdo permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita, entre outros.

A realização da análise de conteúdo seguiu as fases recomendadas por Bardin (1997), conforme apresentado na figura a seguir.

FIGURA 2 - Plano de análise, Salvador-Bahia, 2013



Na pré-análise/constituição do corpus procurou-se levantar os materiais a serem analisados, retomada a comparação dos objetivos da pesquisa com os dados levantados. Na constituição do corpus, organizou-se o material de tal maneira que permitisse identificação de respostas fundamentadas no conhecimento científico.

Na leitura flutuante, realizou-se leitura superficial das falas oriundas das entrevistas, no intuito de se deixar impregnar pelo conteúdo das falas e, posteriormente, proceder à leitura exaustiva, mais sugestiva, capaz de possibilitar novos olhares para o fenômeno estudado. Na codificação buscou-se transformar os dados brutos de modo que permitisse alcançar o núcleo de compreensão do texto. Assim, procederam-se os recortes do texto em unidades de registro, procurando seguir o que foi planejado na pré-análise. Em alguns momentos, por utilizar multitécnicas de análise, foram considerados aspectos quantitativos para classificação e agregação dos dados. Desta forma, foram elaboradas tanto categorização teórica quanto com base empírica nas apresentações das temáticas.

Na elaboração/descrição das categorias e subcategorias, procurou-se abranger elementos que estão correlacionados. Assim, ideias ou expressões foram agrupadas em uma categoria/subcategoria que permitisse abranger todo o conteúdo, procurando trabalhar com os significados do que foi apreendido.

Posteriormente, buscaram-se interações com as representações sociais do cuidado e do HIV/aids, por reconhecer suas contribuições na percepção da realidade que permeia o cotidiano das pessoas que vivem com o agravo, oportunizando explicar, justificar e, em alguns momentos, questionar essa realidade.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Durante o desenvolvimento deste trabalho, procurou-se atender às normas e diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96¹ que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 1996).

Inicialmente, foram solicitadas, às instituições onde ocorreram as coletas dos dados, as emissões das cartas de anuência. Em seguida, o projeto foi protocolado na Plataforma Brasil, que encaminhou ao Comitê de Ética e Pesquisa

¹Resolução em vigor na ocasião em que o projeto de pesquisa foi submetido a Plataforma Brasil / CEP e da realização da coleta de dados.

(CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA para apreciação. O projeto foi aprovado, sob o parecer de número 212.894 (ANEXO – A).

Ao adentrar os locais de coleta a equipe foi apresentada às pessoas responsáveis pelas coordenações das unidades, que indicaram locais reservados onde poderia ser realizada a aplicação dos instrumentos de coleta de dados propostos. Nas duas unidades procedeu-se a entrega de uma cópia do projeto de pesquisa e do parecer do CEP, onde constava autorização para a coleta dos dados. No contato inicial com as participantes, cada uma foi esclarecida quanto aos objetivos da pesquisa e facultada a sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia de que a pesquisa poderia implicar em riscos mínimos, os quais seriam insignificantes em relação aos benefícios da pesquisa. Foi assegurada a garantia do anonimato e o sigilo sobre os dados informados e que poderiam deixar a pesquisa, se assim desejassem, sem prejuízo do tratamento, de acordo com o estabelecido na Resolução 196/96, (BRASIL, 1996).

Uma cópia do relatório final da pesquisa, após a defesa da tese, será encaminhada para cada coordenação dos ambulatórios onde os dados foram coletados. Pretende-se também, participar de reuniões científicas, nestes campos, com a finalidade de divulgar os resultados obtidos, se assim desejarem.

5 CONSTRUINDO O MOSAICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE VIVEM COM O HIV/AIDS

Nos dias de hoje, cada vez mais, acentua-se a necessidade de ser forte. Mas, não há uma fórmula mágica que nos faça chegar à força sem que antes tenhamos provado a fraqueza.

Pe. Fábio de Melo (s/d)

Este capítulo contempla a análise dos resultados, obtidos de acordo com as técnicas aplicadas no intuito de poder compartilhar com o(a)s leitor(a)s as representações sociais das mulheres que vivem com o HIV/aids. O objetivo da análise é buscar “os sentidos e compreensão”, sendo que o dito institui os dados estando a análise para além deste valor superficial (BAUER; GASKELL, 2008, p. 85).

Através dos resultados do TALP e das entrevistas, se procurou identificar os sentidos e o processo de formação das representações concernentes ao grupo que participou desta pesquisa. As informações, submetidas à análise de conteúdo, possibilitaram a elaboração de três categorias e cinco subcategorias, conforme apresentado no quadro 1. A análise foi realizada através da utilização de multitécnicas, dada à possibilidade de apreensão plural do objeto pesquisado.

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS INFORMANTES

No intuito de obter uma melhor visualização do perfil das informantes, os dados sociodemográficos serão apresentados no quadro a seguir.

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica das informantes. Salvador-Bahia, 2013.

VARIÁVEIS	Nº	VARIÁVEIS	Nº	VARIÁVEIS	Nº
OCUPAÇÃO		RENDA FAMILIAR		ESCOLARIDADE	
do lar	46	até 02 salários- mínimos ¹	50	Ensino fundamental	56
aposentada	12		08	Ensino médio	38
comerciante	12	03 a 04 salários- mínimos	42	Ensino superior	06
manicure doméstica	06 04	não informado			
outras	20				
FAIXA ETÁRIA		RELIGIÃO		ESTADO CIVIL	
20 a 39 anos	42	evangélica	56	solteira	52
40 a 50 anos	46	católica	34	união estável	32
acima de 50 anos	12	outra	10	viúva	16
RAÇA/COR AUTODECLARADA		TEMPO DE VIVÊNCIA COM HIV/aids		TEMPO QUE FREQUENTA O AMBULATÓRIO	
negra (preta e parda)	84 16	01 a 05 anos	30	01 a 05 anos	36
não negra		06 a 10 anos	32	06 a 10 anos	28
		mais de 10 anos	38	mais de 10 anos	36

Fonte: Unidades pesquisadas

Nota-se no quadro 1 que a maior parte das informantes (46%) exerce atividade dentro do lar. Quanto à renda familiar, observa-se uma concentração em valores de, no máximo, dois salários mínimos (50%). Poucas (8%) foram as que relataram ganho superior. Pesquisa realizada por Fonseca, Szwarcwald e Bastos (2002) também constatou que a maioria das pessoas que vive com a infecção pelo

¹ Salário mínimo na ocasião em que os dados foram coletados era equivalente a R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais).

HIV/aids tinha pouca escolaridade e baixo poder aquisitivo.

A infecção pelo HIV/aids teve importante transição epidemiológica caracterizada pela pauperização, juvenização, feminização, heterossexualização, aumento entre pessoas de raça/cor negra e entre aquelas com mais de 50 anos de idade. No que diz respeito à renda, pesquisa realizada na África, Estados Unidos e China demonstram que há relação direta entre baixo poder aquisitivo e a prevalência do HIV. Por esta razão, o agravo pode ser descrito como uma patologia resultante, entre outras variáveis, das desigualdades sociais e, neste sentido, é salutar a compreensão de que as pessoas que vivem em situação de pobreza se expõem a maiores riscos, não somente em relação ao HIV, mas também, a outras patologias cuja expansão esteja relacionada com fatores socioeconômicos (HOLMQVIST, 2009).

O Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo, órgão do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), disponibilizou relatório divulgando que a pandemia da aids se concentra nos locais em que há maior disparidade na distribuição da renda. Os resultados foram provenientes da consolidação de 11 pesquisas realizadas em 90 países pertencentes aos cinco continentes, relatando, no que tange a escolaridade, predominância para o ensino fundamental. Dentre os determinantes/condicionantes do processo saúde-doença, a escolaridade é considerada variável, o que influencia na prevalência de muitos agravos. Isto acontece porque o grau educacional propaga diferenças no que se refere à ascensão do conhecimento, assim como, nas expectativas e probabilidades de usufruir de novas informações (FONSECA *et al*, 2000). Em relação à infecção pelo HIV/aids, a informação/educação constitui instrumento importante para a eficácia das ações com enfoque preventivo.

A pandemia da aids vem apresentando, ao longo dos anos, importantes transformações no perfil das pessoas acometidas. Inicialmente, se concentrava entre pessoas que tinham mais de oito anos de estudo. A partir da década de 90 passou a se expandir para pessoas com poucos anos de estudo, as quais, conseqüentemente, encontram dificuldade na obtenção de informações e/ou no entendimento das orientações recebidas que possibilitem mudanças de comportamentos com vista a diminuir a vulnerabilidade para aquisição do HIV (BRASIL, 2003; PINTO, 2007). Nesta pesquisa, conforme apresentado no quadro 1, evidencia-se que 56% das informantes possuíam, apenas, o ensino fundamental.

O Ministério da Saúde (MS) destaca que, apesar da escolaridade de forma isolada não constituir indicador de condição socioeconômica das pessoas que vivem com o HIV/aids, é o que está mais próximo para ser utilizado como referência de pobreza. Várias pesquisas têm evidenciado esta relação (PINTO *et al*, 2007; BERTONI *et al*, 2010).

No que concerne à faixa etária, evidenciou-se que a maioria das informantes (88%) estava em idade reprodutiva (24 a 49 anos). O fato é inquietante porque a patologia poderá implicar na morbimortalidade de pessoas em fase produtiva. Por outro lado, estando essas mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativas são maiores as possibilidades de transmissão vertical do HIV.

No intuito de minimizar a problemática, o MS estabeleceu protocolo de conduta a ser implementada durante o pré-natal, no qual há recomendações de que toda gestante realize a sorologia para detecção do HIV, antes da 22ª semana gestacional. No caso de resultado de sorologia positiva para o HIV, é indicada a prescrição de medicação ARV a partir da 14ª semana de gestação, dentre outras medidas complementares.

As estratégias de enfrentamento das pessoas que vivem com HIV/aids, para além das ações programáticas das políticas públicas, são aquelas de caráter social, o apoio psicoemocional advindo de familiares, amigos e da igreja e/ou da vivência da espiritualidade que se constituem em suporte para vida cotidiana das pessoas que vivem com HIV/aids.

Em relação à religião, evidenciou-se que mais da metade das informantes (56%) se declarou adepta da igreja evangélica. O catolicismo (34%) foi evidenciado em segundo lugar. Destaca-se que a maioria referiu haver se tornado evangélica após conhecimento da soropositividade para o HIV/aids. Constatou-se, em vários depoimentos, que a motivação para ingressar na religião evangélica se deu em decorrência da fé de que o abandono da vida mundana e as incorporações de novos comportamentos de vida poderiam contribuir para a cura espiritual.

Pesquisa realizada por Santos (2007) obteve os mesmos resultados em relação a este fato, ao estudar mulheres interioranas que vivem com o HIV/aids. Coadunando, pesquisa realizada por Saldanha (2003) obteve que a aproximação com a religião aumentou, de forma significativa, após a revelação do diagnóstico, mostrando-se com um intenso elemento de enfrentamento na vivência com o HIV/aids. Na pesquisa de Saldanha, após tomar conhecimento da soropositividade,

houve aumento tanto na procura por uma religião, quanto na frequência de comparecimento à igreja. Ressalta-se que a maior aproximação se deu para com a igreja evangélica.

Neste sentido constata-se que,

a religião se transforma em uma alternativa de enfrentamento da doença surgindo como um importante apoio para o suporte emocional, causando alívio para o sofrimento e angústia impostos por doenças que não têm cura. A fé em um Ser Superior – Deus – traz esperança, fazendo-as superar e suportar a existência da doença (TEIXEIRA, 2009, p. 190).

A crença pode contribuir para a superação das dificuldades cotidianas frente à vivência com o HIV/aids. Mas, no entanto, é salutar orientar as pessoas que, independentemente da intensidade da sua fé, o tratamento medicamentoso deverá ser mantido.

No que concerne ao estado civil, destacou-se maior quantitativo de mulheres solteiras (52%). A união estável foi referida em menor proporção (32%). Dentre as que se declararam viúvas (16%), foi informado que a morte do cônjuge ocorreu devido a estágio avançado de aids.

A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 226, afirma que a família é a base da sociedade e que deve estar protegida pelo Estado, independentemente do tipo de vínculo conjugal que a tenha originado. Assim, no intuito de assegurar esta proteção, a união estável entre mulher e homem é reconhecida como entidade familiar. Tendo em vista esse entendimento, nesta pesquisa, considerou-se como união estável aquela que a informante possui união consensual ou que é casada.

Nos últimos anos temos nos deparado com aumento de casos de soropositividade ao HIV entre mulheres em relacionamento estável, por conta da maior dificuldade na negociação do uso do preservativo. Algumas pesquisas apontam que o fato de serem fiéis aos maridos representa segurança para as mulheres (OUTRAMARI, 2007). Neste sentido, a não percepção do risco implica em maior vulnerabilidade para o agravo.

A transição epidemiológica da infecção pelo HIV/aids, além da expansão dos casos para as mulheres em união estável, também tem se direcionado para os grupos afrodescendentes. O aumento de casos entre pessoas que se declararam

de cor negra caracteriza a vertente epidemiológica, denominada, por alguns pesquisadores, como enegrecimento da epidemia.

No que se refere à raça/cor autodeclarada, os dados demonstram expressiva presença de informantes (84%) de cor negra (pardas e pretas). Essa classificação segue a utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A Bahia possui 78% da população de cor negra. Em Salvador 79,5% da população se declarou negra (pardos e pretos). Com estes dados, a cidade é a maior do Brasil em relação a esta variável (IBGE, 2010). Ressalta-se que o quesito cor da pele passou a integrar os registros dos serviços públicos de saúde em 1999.

Discutir questões relacionadas ao processo saúde-doença considerando raça/cor da pele é salutar devido ao entendimento de que, reconhecidamente, a discriminação, o racismo, assim como as desigualdades sociais existentes em nossa sociedade, incidem diretamente na qualidade de vida dos afrodescendentes (BATISTA, 2004). O autor refere ainda que em nosso país, historicamente, as pessoas de cor negra possuem condições socioeconômicas inferiores aos demais. O grupo vive com menor acesso a escolaridade, menor poder aquisitivo, menores chances de inserção no mercado de trabalho, enquadramento em funções menos privilegiadas e que exigem menor qualificação. Em relação ao local de moradia, estes se aglomeram nas periferias das cidades, onde há menor oferta de benfeitorias, a exemplo do saneamento básico. Neste contexto, indiscutivelmente, que estarão mais propícios ao adoecimento e/ou agravamento das patologias diagnosticadas.

O Brasil é o país onde há uma maior concentração de pessoas afrodescendentes, fora da África. No entanto, apesar dessa realidade, ainda vivemos com o preconceito e a discriminação em relação à raça/cor, as quais se consolidam nas situações de racismo. Por considerar as implicações desta problemática para a qualidade de vida e saúde dos afrodescendentes, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou uma resolução para o combate ao racismo e/ou a discriminação social. No documento ficou estabelecido o período de 2013 a 2022 para que as ações se consolidem.

O Ministério da Saúde tem disponibilizado dados que evidenciam aumento da infecção pelo HIV/aids entre pessoas de cor negra. Neste enfoque, algumas, a exemplo da campanha realizada no Dia Mundial de Luta contra a aids (2005), que teve como *slogan* "Aids e racismo. O Brasil tem que viver sem preconceito". Na

época foi divulgado que, embora se evidenciasse predisposição à estabilização da epidemia, existia evidência da sua expansão em direção às pessoas com menor poder aquisitivo e que concentra a maioria das pessoas de cor negra (BRASIL, 2005b).

Porém, para Fry *et al* (2007), os dados apresentados não são satisfatórios para amparar a afirmação de que há uma analogia que caracterize a associação entre aids e cor da pele. No Brasil, a introdução da variável raça/cor nos sistemas de saúde é recente e ainda se encontra fragilizada. Para os autores, as políticas de saúde que englobem recorte racial necessitam considerar a conjuntura sociopolítica, a qualidade dos dados, a dinamicidade do sistema de informação, assim como a interpretação correta dos dados, para que o processo possa ser compreendido em todas suas nuances.

Há de se considerar que existe uma invisibilidade em relação à forma como a variável raça/cor, influencia na vulnerabilidade das pessoas de cor negra. Pesquisa realizada por Santos (2007) com mulheres que vivem com o HIV/aids, residentes em uma cidade do interior da Bahia, foi identificado que as informantes não tinham percepção da sua vulnerabilidade em função de possuir estrado socioeconomicamente desfavorável e que isto está associado a sua cor da pele.

Outro dado que consta no quadro 1 evidencia que a maioria das informantes (38%) tem diagnóstico de soropositividade para o HIV/aids há mais de 10 anos, sendo que o acompanhamento nas unidades ambulatoriais onde os dados foram levantados se dá em período equivalente.

Esta identificação ratifica a percepção de que um maior tempo de conhecimento acerca da sua condição de soropositivo(a) implique em maior procura pelas unidades de saúde, no intuito de receber o tratamento necessário em relação ao agravo. No caso de pessoas que vivem com o HIV, há uma recomendação de que as mesmas sejam acompanhadas em unidade de referência, independentemente da presença de quadro sintomático relacionado à presença do HIV no organismo da pessoa. Essa recomendação se deve à importância de que as pessoas que vivem com o HIV/aids sejam monitoradas periodicamente com a realização de exames (contagem de CD4, CD8 e carga viral) para que seja identificado, imediatamente, o momento da indicação do uso da TARV, o que independe o adoecimento por aids.

Quanto maior a frequência aos serviços de atendimento pela equipe de saúde, na condição de receptore(a)s de cuidados de enfermagem, maior a condição do(a) usuário(a) avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Lima e Ramos (2003) referem ser importante o reconhecimento técnico do(a) usuário(a) frente à qualidade dos serviços prestados por profissionais de saúde. As autoras enfatizam, ainda, ser útil este conhecimento para a ressignificação das práticas cuidadoras que o(a)s pacientes recebem.

5.2 A TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP)

O TALP tornou possível agrupar as palavras/expressões evocadas de acordo com o universo semântico. No decorrer da aplicação da técnica procurou-se observar as reações das informantes ao ouvirem os estímulos indutores disparados. Ao se apresentar os estímulos 1 (HIV) e o estímulo 2 (aids), foi possível perceber expressões de tristeza e melancolia nas fâcias da maioria das entrevistadas. Notou-se que, muitas não conseguiram evitar que lágrimas brotassem de seus olhos. Quando isto acontecia, perguntava-se à informante se desejaria continuar, ou não, com a pesquisa. Nenhuma delas optou por interromper o fornecimento dos dados.

5.2.1 Representações sociais que permeiam imaginário de mulheres soropositivas ao HIV/aids sobre HIV, aids e o cuidado de enfermagem

A utilização da Teoria das Representações Sociais, como referencial teórico, possibilitou identificar como as informantes percebem o fenômeno da infecção pelo HIV/aids, revelando como elas se relacionam com a síndrome e como compartilham suas expectativas em relação aos cuidados prestados pelos profissionais da enfermagem. A TRS subsidia o entendimento de como os elementos não familiares provenientes do conhecimento científico podem se tornar familiar, de modo a compor o conhecimento do senso comum. Neste sentido, “identificar o conhecimento das pessoas sobre aids e verificar o quanto esse conhecimento aproxima-se do científico permite localizar um fator caracterizador de vulnerabilidade frente ao HIV” (NATIVIDADE, 2010, p. 10). O autor enfatiza, ainda, que o conhecimento emergido do senso comum caracteriza-se por ser subjetivo, superficial, não exato, sensitivo, não sistemático, valorativo e acrítico.

Neste sentido, nos aquiescemos com Arruda (2002, p. 138) quando menciona que

as representações sociais constituem uma espécie de fotossíntese cognitiva: metabolizam a luz que o mundo joga sobre nós sob a forma de novidades que nos iluminam (ou ofuscam) transformando-a em energia. Esta se incorpora ao nosso pensar/perceber este mundo, e a devolvemos a ele como entendimento, mas também como juízos, definições, classificações. Como na planta, esta energia nos colore, nos singulariza diante dos demais. Como na planta, ela significa intensas trocas e mecanismos complexos que, constituindo eles mesmos um ciclo, contribuem para o ciclo da renovação da vida. [...] minha convicção [é] que nesta química reside uma possibilidade de descoberta da pedra filosofal para o trabalho de construção de novas sensibilidades ao meio ambiente. Ou seja, é nela que residem nossas chances de transformar ou, quando menos, de entender as dificuldades para a transformação do pensamento social.

As contribuições da TRS, em uma perspectiva transdisciplinar, foram significantes nesta tese, por entender-se que a composição fundamental das RS pode ser entendida como o alicerce de uma representação, ou seja, as condições da sua elaboração são as verdadeiras responsáveis pela probabilidade de elucidação, de interpretação do significado que os variados grupos conferem ao elemento representado. Há de se ponderar que toda representação, além de trazer à baila um objeto, possui um conteúdo formulado por um sujeito social, submerso em condições peculiares ao espaço e tempo em que ora se vive (JODELET, 2001).

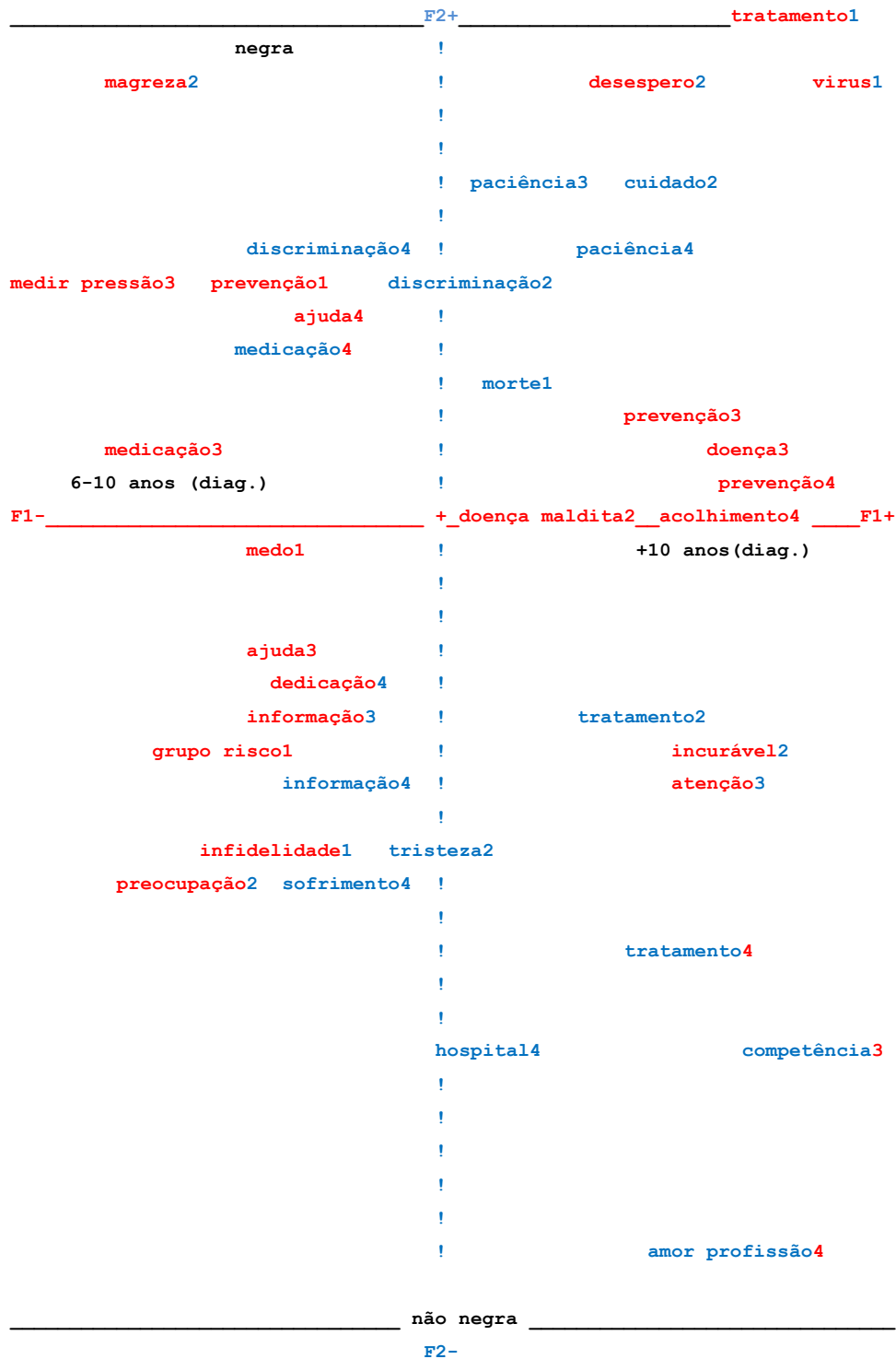
Porém, nem todo conhecimento constitui uma representação social. Para tanto, o conhecimento deve permear o cotidiano das pessoas, através do senso comum, ter sido elaborado socialmente visando pensar, interpretar e agir sobre a realidade. Uma representação para ser considerada RS deve atender os seguintes critérios: quantitativo (é preciso que a representação seja compartilhada por um grupo de pessoas); genético ou de gênese (a representação deve ser resultado da influência recíproca e dos fenômenos de comunicação na essência de um grupo); funcionalidade (a representação deve ser capaz de contribuir com a resolução de problemas, dando forma e orientando as relações). Assim, tem-se que o comportamento relacionado com a representação necessita fazer parte dos costumes rotineiros das pessoas que compõem o grupo (ALEXANDRE, 2004; SÁ, 1995; OLIVEIRA; WERBA, s/d).

O uso do TALP e das entrevistas foram úteis na apreensão das RS que permeiam o imaginário das mulheres que vivem com o HIV/aids. A transversalização

dos dados se deu devido à percepção das contribuições significativas do emprego de mais de um método, para estudar o mesmo objeto, dada a possibilidade de que sua associação possibilitaria uma visualização, mais próxima da realidade, em relação ao objeto ora estudado. Vários autores são favoráveis à utilização de diferentes métodos nas pesquisas que envolvem RS.

A seguir é apresentada a representação gráfica dos planos fatoriais 1 e 2, obtida através da AFC realizado pelo *software Tri-deux-mots*.

FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS PLANOS FATORIAIS 1 E 2



LEGENDAS				
Nº estímulo	1	2	3	4
	HIV	Aids	cuidado de enfermagem	cuidado de enfermagem às mulheres soropositivas
F1 (eixo negativo)	mulheres soropositivas com 6 a 10 anos de diagnóstico para HIV/aids			
F1 (eixo positivo)	mulheres soropositivas com mais de 10 anos de diagnóstico para HIV/aids			
F2 (eixo negativo)	mulheres soropositivas de raça/cor não negra			
F2 (eixo positivo)	mulheres soropositivas de raça/cor negra			

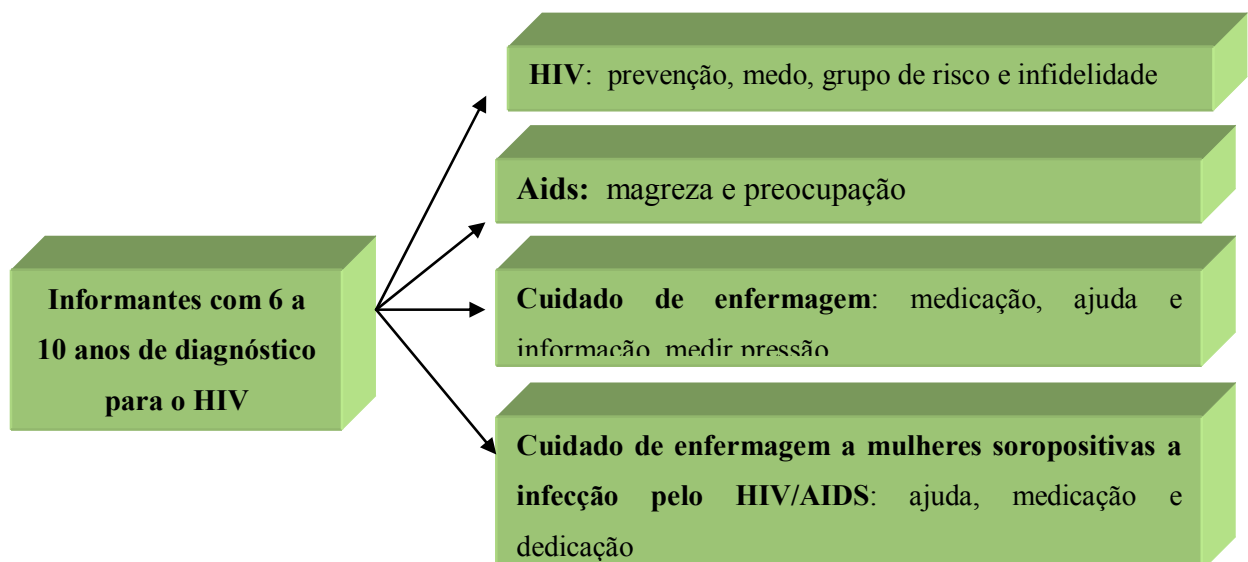
Fonte: Dados da pesquisa

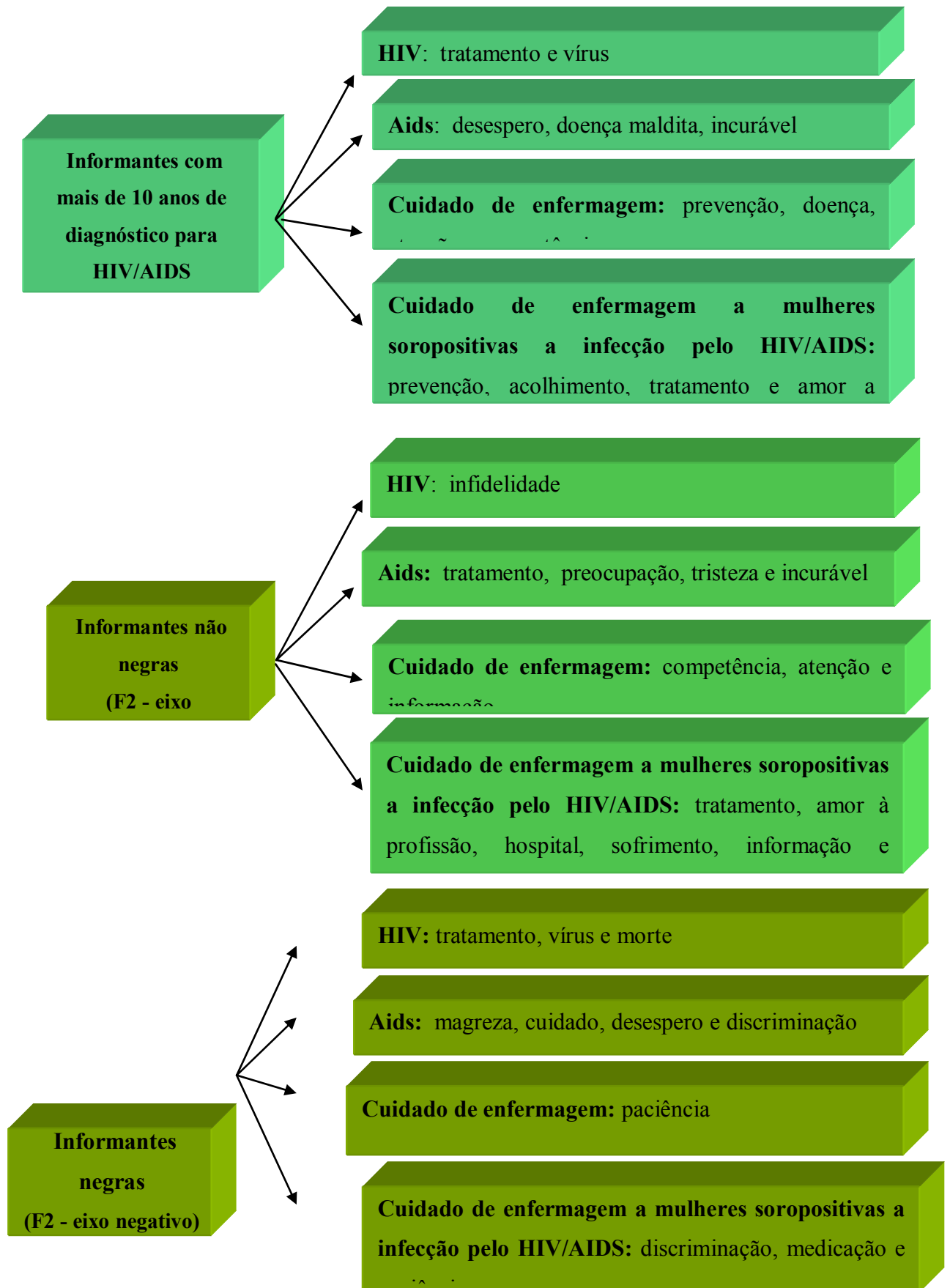
No gráfico, resultante do processamento dos dados do TALP pelo *software Tri-Deux-Mots*, o fator 1 (F1+ e F1-) e o fator 2 (F2+ e F2-) podem ser identificados através da diferenciação nas cores. O F1 se apresenta na cor vermelha, horizontalmente, evidenciando as representações mais significantes da pesquisa. O F2 que pode ser visualizado na vertical, na cor azul, complementa os resultados visíveis no F1. No entanto, o gráfico evidencia algumas evocações apresentadas em duas cores (azul e vermelho e vice-versa), como por exemplo “tratamento” e “preocupação”, dentre outras. Estas evocações denotam que a palavra/expressão teve significância tanto para F1, quanto para F2.

Os fatores F1 e F2 foram os que mais se destacaram na AFC, considerados assim, os de maior contribuição para a pesquisa. Na AFC o fator F1 obteve percentual de 33.7% em relação às diferenças no total de respostas evocadas (valor próprio de 0.059562). O fator F2 obteve percentual de 21.0% em relação à variação das respostas (valor próprio de 0.037013). Somando-se as duas variâncias, se obtém um percentual total de 54.7%, fato que permite atribuir credibilidade a pesquisa, dado que para as pesquisas de RS 30% já é considerado significativo.

A seguir, visando contribuir para melhor visualização da Representação gráfica dos planos fatoriais 1 e 2 (Figura 3), elaborou-se um delineamento de ramificação do TALP (Figura 4), que contempla as principais evocações das informantes da pesquisa (n=50), bem como as variáveis fixas, destacadas na cor preta e os estímulos indutores utilizados no decorrer da aplicação da TALP.

Figura 4 - Delineamento de ramificação da AFC, Salvador – Bahia, 2013





Fonte: Figura elaborada a partir das informações do arquivo referente ao programa IMPMOT (Software TRI- DEUX versão 2.2).

Ao atribuir tonalidade à figura 4 optou-se pela utilização da cor verde, apresentada em forma degradê. A preferência por esta cor se deu porque o verde é a cor que simboliza a profissão de enfermagem representando saúde, paz, tranquilidade e cura (BRASIL, 1999). A cor verde é também utilizada pelos demais cursos da área de saúde. Segundo a Resolução Confef a cor denota força, longevidade, esperança e imortalidade, sendo compreendida ainda como a cor do conhecimento. Assim, sua utilização é pertinente nesta pesquisa (BRASIL, 2002b).

De acordo os dados apresentados na figura 3, acima, evidenciando que as informantes com mais de 10 anos de diagnóstico para o HIV/aids, relacionadas no eixo (F1+), localizados no lado direito do gráfico, evocaram as palavras **vírus** (CPF = 38 e CPF = 27) e **tratamento** (CPF = 56 e CPF = 43) para o estímulo 1 (HIV). Estas evocações resultam da ancoragem de que a infecção é causada por um vírus cujo controle requer tratamento. No imaginário das informantes, a aids é causada por um vírus contagioso que penetra no corpo sendo capaz de causar doenças oportunistas e morte. Estas representações, apesar de terem sido elaboradas no início da epidemia, continuam se mantendo no imaginário popular, tanto das pessoas que vivem com o HIV / aids quanto das que são soronegativas para o agravo (COELHO, 2006). Vírus foi também palavra evocada em pesquisa sobre representações sociais e alteridade, realizado por Camargo, Bertoldo e Barbará (2009).

As informantes que possuem entre 6 a 10 anos de diagnóstico, relacionadas no eixo (F1-), localizado no lado esquerdo do gráfico, apresentaram, para o estímulo 1 (HIV), a ancoragem de representações como **prevenção** (CPF = 18), **medo** (CPF = 31), **grupo de risco** (CPF = 24) e **infidelidade** (CPF = 16 e CPF = 16). A **prevenção** constitui aspecto importante para a prevenção da infecção pelo HIV. No entanto, nota-se que as informantes possuem o entendimento de que as pessoas pertencentes aos **grupos de risco** (representação social que ainda persiste no imaginário popular) e as que praticam a **infidelidade** possuem maior risco de contrair o **HIV**. Desconstruir estas representações constitui aspecto importante para a eficácia das ações preventivas. As informantes, por viverem com o agravo, evocaram a representação do **medo**, sentimento negativo, que permeia o cotidiano das pessoas que vivem com a infecção/doença, possivelmente, decorrente do conhecimento de que a patologia tem caráter incurável.

Para o estímulo 1 (HIV), as mulheres que se declararam negras, relacionadas no eixo (F2+), localizado na parte superior do gráfico, representaram o

estímulo pelas evocações das palavras **tratamento** (CPF = 56 e CPF = 43), **vírus** (CPF = 38 e CPF = 27) e **morte** (CPF = 16). No entendimento destas informantes, o HIV é um **vírus** que pode causar a **morte**, sendo possível o prolongamento da vida, através do **tratamento** correto. O reconhecimento de que o tratamento é eficaz contribui para que a representação de **morte** possa ser substituída pela representação de vida. Em oposição a estas representações, as informantes que se declararam não negras, representaram o estímulo 1 (HIV), relacionadas no eixo (F2-), localizado na parte inferior do gráfico através da ancoragem da palavra **infidelidade** (CPF = 16 e CPF = 16). A noção de **infidelidade** remete à traição, falta de respeito por parte do(a) parceiro(a). Notou-se que a **infidelidade**, para este grupo, possui valor simbólico, em relação ao que ocorre fora do relacionamento amoroso. As informantes representaram que a infidelidade constitui risco para a aquisição do HIV.

Em relação ao estímulo 2 (aids), as informantes com mais de 10 anos de diagnóstico (F1+), ancoraram suas representações, comparando o agravo e uma **doença maldita** (CPF = 15), de caráter **incurável** (CPF = 27), cuja convivência traz **desespero** (CPF = 38 e CPF = 27). Estas RS englobam aspectos de caráter biológicos e psicossociais, correlacionando o conhecimento formal com o informal, em relação ao agravo. Em oposição, as informantes que possuem entre 6 a 10 anos de diagnóstico (F1-), evocaram que a aids causa **magreza** (CPF = 29 e CPF = 25). Sendo este um dos sinais de adoecimento, traz consigo **preocupação** (CPF = 16 e CPF = 16).

As informantes que se declararam negras (F2+), representaram o estímulo 2 (aids), como uma doença que causa **magreza** (CPF = 29 e CPF = 25), sendo comum o a pessoa que vive com o agravo se deparar com situações de **discriminação** (CPF = 32) e **desespero** (CPF = 38 e CPF = 27). Sendo assim, o **cuidado** (CPF = 17), realizado de acordo com o princípio da humanização, será fundamental. Em oposição, as mulheres que se declararam não negras, representaram a aids (F2-), como sendo uma doença **incurável** (CPF = 27), que necessita de **tratamento** (CPF = 18) e que gera **tristeza** (CPF = 30) e **preocupação** (CPF = 16 e CPF = 16).

As informantes com mais de 10 anos de diagnóstico (F1+) representaram o estímulo 3 (cuidado de enfermagem) como necessário à **prevenção** (CPF = 31) de **doenças** (CPF = 46) sendo a **atenção** (CPF = 23 e CPF = 23) e a **competência**

(CPF = 34 e CPF = 38) fatores importantes para uma melhor qualidade do cuidado disponibilizado por este(a)s profissionais. Em oposição, as informantes que possuem 6 a 10 anos de diagnóstico (F1-), representaram este estímulo, correlacionando-o à administração de **medicação** (CPF = 73). As informantes representaram ainda que o cuidado pode ser implementado através da **ajuda** (CPF = 38) e da **informação** (CPF = 15 e CPF = 15) e **medir pressão** (CPF = 80).

As informantes que se declararam negras (F2+) representaram o estímulo 3 (cuidado de enfermagem) enfocando a importância de se ter **paciência** (CPF = 24) na execução da prática cuidadora. Opondo-se, as informantes que se declararam não negras, para este estímulo, demonstraram ancoragem através de **competência** (CPF = 34 e CPF = 38) a qual está interligada com **atenção** (CPF = 23 e CPF = 23) à clientela e também a disponibilização de **informação** (CPF = 15 e CPF = 15).

Em relação ao estímulo 4 (cuidado de enfermagem às mulheres soropositivas), as informantes que apresentam mais de 10 anos de diagnóstico (F1+), evocaram como RS do cuidado de enfermagem às mulheres que vivem com o HIV/aids a importância da realização do **tratamento** (CPF = 16 e CPF = 39), lembrando ser este, quando realizado corretamente, importante para a **prevenção** (CPF = 40) de doenças oportunistas. O grupo representou, ainda, o **acolhimento** (CPF = 22) e o **amor à profissão** (CPF = 17 e CPF = 98) como requisitos necessários para que o cuidado atenda às necessidades da clientela. Contrapondo-se, as informantes que tem entre 6 a 10 anos de diagnóstico (F1-) representaram este estímulo discorrendo que a **ajuda** (CPF = 38) às pessoas enfermas pode ser realizada através da administração de **medicação** (CPF = 17 e CPF = 21), importante no tratamento da aids. A **dedicação** (CPF = 17 e CPF = 16) foi evocada como uma necessidade para a prática do cuidado integral.

De outra forma, visualiza-se que as informantes que se declararam negras (F2+), representaram o estímulo 4 (cuidado de enfermagem às mulheres soropositivas) lembrando a importância da administração da **medicação** (CPF = 17 e CPF = 21), cuja ação requer **paciência** (CPF = 27). Porém, foi salientado que algumas vezes poderão surgir situações constrangedoras que caracterizam a **discriminação** (CPF = 26) na prestação de cuidados às pessoas que vivem com o HIV/aids. Em oposição, as informantes que se declararam não negras (F2-) representaram o estímulo evocando através da necessidade de **tratamento** (CPF = 16 e CPF = 39), o qual, algumas vezes necessitará ser realizado no **hospital** (CPF =

96), o que poderá intensificar o **sofrimento** (CPF = 18) pré-existente, resultante da difícil convivência com o HIV/aids. Neste contexto, evocaram ainda que a equipe de enfermagem muito pode contribuir com **dedicação** (CPF = 17 e CPF = 16), cujo **amor à profissão** (CPF = 17 e CPF = 98) facilitará um atendimento integral, onde a **informação** (CPF = 47) seja disponibilizada, rotineiramente, no intuito de contribuir para um maior enfrentamento na difícil convivência com o agravo.

As evocações das palavras que aparecem na cor vermelha são consideravelmente significantes para o fator 1. Respectivamente, as que se apresentam na coloração azul são significativas para o fator 2. Algumas palavras/expressões foram significantes para os dois fatores (F1 e F2), quais sejam: **tratamento, vírus, infidelidade** (estímulo 1), **magreza, preocupação, desespero** (estímulo2), **competência** (estímulo 3), **tratamento, amor à profissão** (estímulo 4). Nestes casos, receberam as colorações azul e vermelha simultaneamente.

A AFC aponta predomínio de representações sociais sobre o HIV/aids correlacionadas às impressões emergidas no início da epidemia. Em relação ao cuidado de enfermagem, verifica-se que a discriminação foi expressa como uma evocação negativa, relacionada a este estímulo.

Houve evocações para todos os estímulos apresentados. Em algumas situações, as informantes não conseguiram expressar as cinco palavras solicitadas. Quando isso aconteceu, deu-se por encerrada a aplicação do estímulo e seguiu-se a coleta, apresentando o próximo estímulo indutor. As evocações referentes aos estímulos 1 (HIV) e (aids) foram realizadas com maior rapidez em relação aos estímulos 3 (cuidado de enfermagem) e 4 (cuidado de enfermagem as mulheres soropositivas). Contudo, este fator não constituiu empecilho para a aplicação da técnica.

As variáveis escolaridade e faixa etária não apresentaram significância no jogo de oposições, possivelmente porque as informantes revelaram predominância para o ensino fundamental e concentração de idade na faixa etária de 24 a 49 anos.

As leituras exaustivas das 50 entrevistas e da AFC possibilitaram identificar as significações das evocações para os estímulos, possibilitando apreender as RS do cuidado de enfermagem. A transversalização das técnicas utilizadas contribuiu para a elaboração de três categorias e cinco subcategorias conforme o disposto no Quadro 2.

Quadro 2: Categorias e subcategorias emergidas da transversalização entre a análise temática de conteúdo e o TALP. Salvador, Bahia, 2013

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. A importância da informação para a prevenção do HIV/aids e o enfrentamento da infecção/doença.	1.1 HIV/aids como uma infecção/doença pouco conhecida 1.2 HIV/aids como uma doença maldita que afeta o “outro” e que representa o fim da vida
2. Repercussões da discriminação social no cotidiano das pessoas que vivem com o HIV/aids	2.1. Discriminação, preconceito e violência institucional gerando insatisfação da clientela em relação ao cuidado de enfermagem
3. O (des)cuidar de enfermagem para o enfrentamento da infecção pelo HIV/aids	3.1 O cuidado de enfermagem percebido como uma relação de ajuda 3.2 O cuidado de enfermagem que não atende às necessidades das pessoas que vivem com o HIV/aids

Fonte: Dados da pesquisa (Salvador-Bahia, 2013).

A seguir, apresentaremos as representações sociais das mulheres que vivem com o HIV/aids em relação aos estímulos indutores (HIV, aids, cuidados de enfermagem e cuidado de enfermagem a mulheres soropositivas para o HIV/aids) apreendidas, a partir da aplicação do TALP, processada pelo *software Tri-Deux-Mots*, concomitantemente com os resultados das entrevistas, de acordo com as categorias e subcategorias emergidas da análise temática de conteúdo.

CATEGORIA 1: A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO HIV/AIDS E O ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO/DOENÇA.

O conhecimento constituiu estratégia de prevenção e controle da infecção pelo HIV/aids sendo, também, eficaz para que as pessoas portadoras do agravo possam visualizar possibilidades favoráveis de enfrentamento da problemática, já que a tomada de decisão depende não somente do acesso, mas também, da compreensão da informação veiculada. Sabe-se que o desenvolvimento humano resulta não só de seus potenciais genéticos, mas, sobretudo, das capacidades que decorrem do aprendizado, o qual se dá no decorrer das diferentes etapas da vida de cada ser humano. A aprendizagem que se encontra vinculada com o desenvolvimento cognitivo contribui para que as pessoas compreendam melhor o que está ao seu redor, dando-lhe capacidade para se ajustar ao ambiente físico e, também, ao social (MOTA; PEREIRA, s/d).

A construção e assimilação do conhecimento requerem

estruturas capazes de assimilá-lo. Caso contrário, o novo não será significativo para o sujeito, conseqüentemente não será assimilado pela estrutura. Se for significativo, a estrutura sofrerá uma perturbação e, procurando retomar o equilíbrio, a estrutura se reorganiza e evolui para um novo patamar de conhecimento (FREZZA; MARQUES, 2009, p. 281).

Para estes autores, o desenvolvimento das estruturas proporcionou ampliação do conhecimento, cuja evolução traz novas maneiras de apropriação, contribuindo para edificar novos conhecimentos que possam sanar suas necessidades. Frente a estas necessidades, a pessoa abarca padrões explicativos para os mais variados fenômenos. Admite-se ser o senso comum a mais importante fonte das explicações do que acontece no cotidiano.

A mídia possui função intercessora entre o conhecimento científico e o consensual, permitindo que as teorias sejam socializadas e veiculadas para o senso comum. Neste sentido, as informações que circulam sobre determinado assunto influenciam, sobretudo, na elaboração das RS. Partindo deste pressuposto, Moscovici realizou uma analogia entre três sistemas de comunicação de massa (uma revista e dois jornais) com a elaboração de representações sociais. A análise permitiu formular que existem três sistemas de comunicação, quais sejam: propagação, difusão e propaganda (TUZZO; BRAGA, 2009; MOSCOVICI, 2003). Segundo Moscovici, existe uma interligação entre as modalidades comunicativas e as elaborações das RS. Há de se considerar que uma mesma informação poderá ter diferentes interpretações, porque as pessoas possuem valores diferentes. Ademais,

os contextos relacionados com religião e política possuem uma predisposição para tendência a controvérsias,

porque as relações dos indivíduos com essas questões extrapolam as informações e são colocadas sob a ótica de doutrina, crença ou idolatria. Assim, uma informação que contraste os valores previamente adquiridos terá uma tendência à resistência e à não aceitação (TUZZO; BRAGA, 2009, p. 142).

A política pública estabelecida pelo Ministério da Saúde para prevenção e controle da infecção pelo HIV/aids vem desenvolvendo campanhas educativas, produzindo materiais instrutivos e buscando capacitar profissionais que atuam na área de saúde e educação para atuação nesta área. No entanto, a apreensão destes conhecimentos vai ter maior ou menor aderência entre a população, quanto maior for a proximidade com os casos, o grau de escolaridade e a adequação dos conteúdos com as possibilidades de vulnerabilidades. O desconhecimento aumenta a vulnerabilidade, o estigma e o preconceito, dificultando o enfrentamento da doença de forma geral.

Tuzzo e Braga (2009), embasados nos discursos de Vala (2006) e Torres (2009), referem que a propagação consiste em uma forma de comunicação, na qual os conteúdos das mensagens estão direcionados para o próprio grupo visando agregar uma nova informação no sistema de valores que o grupo já é possuidor. A difusão representa o oposto da propagação porque se direciona a vários públicos. Nestes casos, os conteúdos das mensagens, por serem organizados, indistintamente, não consideram as diferenças sociais que existem na pluralidade dos grupos. Por outro lado, a propaganda contribui para uma percepção de mundo conflituosa e fragmentada, ou seja, ao mesmo tempo em que coopera com a asseveração da identidade grupal, oferece subsídios para a construção negativa da imagem de outro grupo.

Discutir estas interfaces do processo comunicativo é profícuo para a compreensão de como estas podem influenciar na formação das RS, as quais norteiam o comportamento. Neste contexto, pondera-se que nem sempre as pessoas que referem conhecimento acerca da promoção/proteção da saúde estão aptas a exercerem um comportamento considerado saudável. No caso da infecção pelo HIV/aids, o conhecimento esperado é aquele capaz de direcionar para que a pessoa se reconheça vulnerável e coloque em prática as medidas de prevenção.

Do total das entrevistadas, 46% das informantes relataram desconhecimento acerca do agravo, principalmente antes da revelação do diagnóstico. Esta constatação é relevante porque a desinformação constitui um dos fatores de vulnerabilidade individual ao HIV/aids.

Não sabia nada... praticamente nada... Tinha ouvido falar muita pouca coisa sobre isso. Só sabia que era uma doença que punha em risco a vida das pessoas. Só isso (Informante 1, 1º grau incompleto, 55 anos, soropositiva há 11 anos).

Da aids não sabia, nadica de nada. Já ouvi falar de como evitar outras doenças de rua (DST), mas não da aids. Naquela época se falava pouco da doença (Informante 19, 2º grau incompleto, 47 anos, soropositiva há 12 anos).

A infecção pelo HIV/aids, desde seu surgimento, tem sido veementemente estudada pela comunidade científica. Inúmeras descobertas foram feitas em relação às vias de transmissão, tratamento, prevenção/control e redução de danos de um modo geral. Porém, nesta quarta década de convivência com a epidemia, ainda nos deparamos com pessoas desinformadas acerca do assunto. A desinformação sobre o HIV/aids, também foi evidenciada em outras pesquisas (SANTOS, 2007; ALEXANDRE, 2010). Estas pesquisas são importantes, dada a possibilidade de apreender as RS que a população possui sobre o HIV e a aids. Por outro lado, há de se ponderar que disponibilizar informações, de caráter científico, sobre o agravo poderá ser útil para que a população vulnerável possa se proteger da infecção pelo HIV. Assim, pode-se asseverar que

o conhecimento científico, produto de especialistas, gera informações capazes de identificar, categorizar, combater e evidenciar as repercussões da AIDS na vida humana, a partir de uma proposta de neutralidade de valores, sua apropriação pelos leigos proporciona a construção de um conhecimento de senso comum – as representações sociais (MOSCOVICI, 1981 *apud* NATIVIDADE; CAMARGO, 2011a, p. 166).

A **informação**, sobretudo no campo das práticas sexuais, constitui importante estratégia de enfrentamento para a prevenção e controle do HIV/aids. Neste enfoque, é salutar contemplar as implicações das relações de gênero no exercício da sexualidade, bem como os direitos sexuais e os reprodutivos de mulheres e homens, pois os dados epidemiológicos apontam que a epidemia se concentra entre as pessoas que estão na fase reprodutiva, produtiva e sexualmente ativa.

As RS, que se manifestam através das ações cotidianas, se exteriorizam através do processo comunicativo elucidado através da mídia ou de pessoa a pessoa. Essas representações, que circulam de boca em boca e/ou através dos meios de comunicação, poderão sofrer influência da desinformação (JODELET, 2001). Assim, aprofundar conhecimento sobre estas representações poderá contribuir para o enfrentamento do agravo através da implementação de ações de educação em saúde que possam proporcionar a ancoragem de novas representações sociais.

Indiscutivelmente, as diversidades de informações são importantes, tanto para a prevenção do HIV/aids, quanto para uma melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/aids. Através dos dados empíricos, identificou-se que a maioria das informantes, mais precisamente 27 (54%), possuía, ainda que de forma superficial, alguma informação sobre o HIV/aids antes do diagnóstico da soropositividade. Entretanto, referiram sua ampliação no curso da patologia.

Frente a esta realidade questionou-se quais as principais fontes de informações sobre HIV/aids antes e/ou após o diagnóstico de soropositividade. Frente ao pressuposto de que as RS são elaboradas a partir do conhecimento que emerge no dia a dia, mas, também, do conhecimento reificado, pretendeu-se, com a utilização da teoria, identificar como as informantes construíram seus saberes em relação às informações sobre o HIV/aids.

O acesso à informação, veiculada através de diferentes fontes, constitui direito de todos os seres humanos. Atualmente, uma das fontes mais utilizadas no acesso à informação são a *internet* e o uso de aparelhos móveis (celulares) e as tecnologias ubíquas. Pensar em tecnologia ubíqua da informação significa ter a compreensão de que, em um futuro próximo, a computação em rede estará disponível, ilimitadamente, a todo o momento e em todos os lugares, sem que as pessoas percebam que isto está acontecendo. Neste sentido, a finalidade “da computação ubíqua é mover os computadores do foco central de atenção dos usuários para um mundo invisível, onde eles são usados subconscientemente, para aumentar a eficiência das ferramentas e meios de comunicação existentes” (ROLINS, 2001, p. 12).

No que se referem às doenças, as informações são de relevância incontestável, quer seja para sua prevenção/controle ou para o enfrentamento das patologias. Muitas das fontes geradoras de informações, antes do diagnóstico de

soropositividade para o HIV, citadas pelas informantes, constituem formas de socialização do saber e de massificação das RS. Porém, com relação à participação da mídia na propagação de informações sobre o agravo, é salutar lembrar que

os tabus relacionados ao sexo e à droga, os medos de contaminação pelo HIV e da morte, o preconceito com pessoas portadoras do HIV/AIDS, com os profissionais e com os locais de atendimento foram reforçados pelos meios de comunicação de massa, que deveriam ter a função oposta de despertar a solidariedade e recuperar a legitimação dos direitos sociais. Entretanto, as divulgações concernentes à AIDS estavam vinculadas às campanhas de prevenção e explicitavam os mesmos medos, preconceitos e impotência vivenciados diretamente pelas pessoas portadoras do HIV/AIDS, profissionais e população. A ênfase na utilização de meios de comunicação eficientes, como as campanhas publicitárias, construíram conflitos na compreensão das mensagens, sem demonstrar uma preocupação com o que estava sendo comunicado (MOREIRA, 2003, p. 94).

A autora refere ainda que as primeiras campanhas de prevenção da infecção foram disponibilizadas pelo Ministério da Saúde através da televisão. Naquele momento, os sistemas de saúde que se mantinham distantes do contexto da epidemia não possuíam profissionais qualificados para assistir à população que necessitava de informações e de assistência. No entanto, as campanhas iniciais foram criticadas por enfocarem a baixa expectativa de vida, a intolerância, a falta de clareza da informação e a injustiça social. As Organizações não governamentais procuraram se manter vigilantes aos teores das campanhas, evidenciando a maneira como estas eram apreendidas pelas pessoas que vivem com o HIV/aids. No entanto, suas censuras geraram somente alterações nas comunicações, sem conseguir distorcer a imagem que permeava as divulgações (MOREIRA, 2003).

Evidenciar a expressiva participação da mídia, falada e escrita, na transmissão de informações é oportuno, considerando-se a compreensão de que a (re)construção cognitiva das RS são influenciadas pelas informações veiculadas pela mídia. As principais fontes de informações referidas pelas informantes, desta pesquisa, foram: televisão (63%), conversas informais com pessoas conhecidas (50%), *internet* (7%), folhetos informativos distribuídos em unidades de saúde (6%), livros (6%), revistas (3%). A(o)s profissionais de saúde e, em especial, a equipe de enfermagem, não foi citada.

A televisão constitui veículo de comunicação frequentemente utilizado por ser de fácil acesso, baixo custo, possibilitar a integração do som com a visualização da imagem captada em seu movimento, como também, por possibilitar a

identificação das diversas expressões das pessoas que participam do programa apresentado (MEDEIROS, 2012). Outro aspecto positivo em relação à televisão é o fato de que às vezes você está assistindo a um determinado programa e, durante o mesmo ou nos intervalos comerciais, surgirem assuntos de interesses diversos, no caso informações sobre o HIV/aids. No entanto, se sabe que na maioria das vezes a mídia disponibiliza informações limitadas, o que pode implicar em dúvidas sobre o assunto e ocasionar deduções incorretas do ponto de vista científico.

É válido lembrar que a televisão tem se apresentado como fonte estratégica de divulgação de assuntos relacionados à infecção pelo HIV/aids, desde o início da epidemia. No entanto, esta mesma mídia televisiva foi responsável pela pulverização de informações que levaram a elaboração de um imaginário alarmista, por estimular a discriminação e o preconceito, ao correlacioná-la a “grupos de risco” e a certeza da morte precoce como consequência da infectividade. Desta forma, passou a existir um potencial simbólico, centrado na culpa, onde a pessoa portadora do vírus era apresentada como promíscua ou delinquente por ter um comportamento que divergia do elaborado pelo senso comum (REIS, 2010).

As RS, que se expressam através das falas, contribuem para um melhor conhecimento do mundo. Estas representações podem ser transmitidas através de imagens midiáticas, enraizadas nas condutas e organizações de ordem espacial ou material (JODELET, 2001).

Muitas informantes citaram este meio de comunicação.

Eu gosto de assistir muita televisão. Às vezes aparece um programa que fala de aids, antigamente eu lembro que falava mais. Na época do carnaval passa muito programa falando da camisinha, que é importante para não pegar aids nada (Informante 29, 1º grau incompleto, 41 anos, soropositiva há 11 anos).

Outro dia participei de uma oficina que falaram de aids. A televisão também passa coisas sobre isso. Li também no livro da escola do meu filho sobre a aids e outras doenças de rua (Informante 5, 1º grau incompleto, 41 anos, soropositiva há 15 anos).

A televisão é considerada o mais importante meio de comunicação de massa, podendo se articular com o público de todas as classes sociais. É um meio de comunicação de aprendizagem social que produz e reproduz relações sociais. As pessoas tendem a ser influenciadas pelos modelos de comportamento social

difundido por esta fonte ((MEDEIROS, 2012). A recepção de informações através de conversas informais foi a segunda fonte mencionada pelas informantes.

Assisto muito pouco à televisão. Algumas vezes ouvi uns programas que falavam de aids. Eu sempre costumava falar da aids com minhas colegas. Sempre que tinha um bate-papo e se falava de sexo, sempre tinha alguém que falava da aids. Mas a gente nunca pensa que um dia ia pegar (Informante 41, 2º grau completo, 50 anos, soropositiva há 09 anos).

As conversas informais resultam em troca de informações, que podem ser corretas ou incorretas, pois as pessoas utilizam nos seus discursos apreensões ancoradas tanto no conhecimento científico quanto no senso comum. Vale ressaltar que esta forma de comunicação possibilita a criação de vínculos de amizade entre pessoas que compartilham de problemas semelhantes. No entanto, é necessário discutir o teor das informações veiculadas através desse tipo de conversa, pois, em se tratando da epidemia do HIV/aids, conteúdos distorcidos das informações podem implicar em maior vulnerabilidade à infecção ou em interferência negativa nas ações de tratamento. Frente ao exposto, Jodelet (1998) refere que as RS modelam o relacionamento entre os sujeitos e destes para com o mundo. Porém, há de se convir, que nem sempre uma **informação** leva a atitude voltada para a prevenção.

Para Moscovici (1978, p.74),

do ponto de vista social, as proposições, reações e avaliações que fazem parte da representação se organizam de forma diversa em diferentes classes sociais, culturas e grupos, constituindo diferentes universos de opinião. Cada um desses universos apresenta três dimensões que fornecem a visão global de seu conteúdo e sentido: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem. A atitude é a mais frequente das três dimensões e, talvez, mais geneticamente primordial, sendo “razoável” concluir que uma pessoa se informa e representa alguma coisa unicamente depois de ter adotado uma posição e em função da posição tomada.

Resultados semelhantes a estes foram identificados por Camargo e Botelho (2007), quando pesquisaram fontes de informações de discentes do ensino médico em relação ao HIV/aids. A televisão e a escola foram as principais fontes citadas na transmissão da **informação**. Revistas, jornais e amigos foram descritos como fontes secundárias. A pesquisa apontou ainda, baixo grau de conhecimento quanto a transmissão do HIV, entre o(a)s informantes que tiveram pessoas conhecidas como a fonte principal de **informação** sobre o assunto. A não omissão de profissionais de saúde e da equipe de enfermagem como fonte de **informação** denota que,

provavelmente, estes estão perdendo oportunidades de realizar ações de educação em saúde.

Esta constatação é relevante, visto que a educação em saúde constitui recurso através do qual o conhecimento concernente à área de saúde, por meio dos profissionais de saúde, poderá alcançar o cotidiano da população, proporcionando elementos para a elaboração de novos hábitos de vida e novas condutas comportamentais em relação à saúde (ALVES, 2005). No que se refere ao processo saúde/doença, a recepção de novas informações é importante para a prevenção/controle e enfrentamento do HIV/aids e de outras patologias, por proporcionar uma resposta positiva frente à problemática. Mas, o sucesso das ações irá depender das adequações referentes às informações efetivas que cada pessoa possui sobre um determinado assunto.

As dúvidas sobre o HIV/aids, que assolaram o campo científico no início da epidemia, implicaram na geração de diferentes representações acerca de como a infecção poderia se propagar. Muitas destas representações se cristalizaram no imaginário popular, persistindo até os dias atuais, apesar dos avanços no campo científico que já possui o mapeamento das vias de transmissão do patógeno, cientificamente comprovadas. A identificação destas representações é importante para conhecer e compreender como o fenômeno é percebido. Esta percepção influenciará proposições de ações preventivas, uma vez que os planos de intervenções a serem elaborados necessitam da identificação dos fatores de vulnerabilidades individual e/ou social que as pessoas estão expostas.

Neste contexto, Arruda (2002, p.16) refere que as “condições de produção da representação afirmam com veemência a marca social das representações, assim como seu estatuto epistemológico marca a sua função simbólica, e os processos e estados, o seu caráter prático”. Para a autora, o simbolismo que permite compreender ou banalizar o mundo, proveniente de um indivíduo criativo e ativo, apresenta caráter autônomo e cognitivo, úteis na construção da realidade social, sendo que “a ação e a comunicação são seu berço e chão: delas provém e a elas retorna a representação social”.

Assim, perguntou-se às informantes se o conhecimento sobre a infecção pelo HIV/aids havia mudado após constatação da soropositividade. A maioria disse ter adquirido novas informações. Entretanto, muitas vezes, as informações referidas foram acompanhadas de dúvidas. Os dados levantados permitiram concluir que o

tempo de diagnóstico de soropositividade para o HIV e o grau de escolaridade não se apresentaram como fatores de influência para as representações do grupo pesquisado. Abaixo, destacam-se algumas das respostas para este questionamento.

o que sei agora? É um risco para qualquer pessoa ter aids. Ela ataca rico ou pobre, preto ou branco, mulher da vida e mulheres sérias. Todo mundo pode pegar. Sei mais agora que antes (Informante 12, 1º grau incompleto, 39 anos, soropositiva há 01 ano).

Antes eu não tinha nem noção do que era. Ouvia dizer que fulano ou ciclano tinha aids, mas nunca tinha visto ninguém de perto com isso. No início, logo que eu soube que estava com aids, fiquei revoltada e não queria ouvir falar em nada. Mais depois eu pensei bem e vi que precisa saber mais sobre essa, essa doença maldita. Ela pega na relação sexual e acho que também pela doação de sangue. Antes eu não sabia de tudo isso (Informante 19, 2º grau incompleto, 47 anos, soropositiva há 12 anos).

A informante de número 12 fez uma colocação pertinente a respeito do comportamento epidemiológico do agravo quando referiu que a disseminação do vírus independe de raça/cor, classe social e tipo de parceria. Todas as pessoas são vulneráveis, entretanto, existem alguns fatores que aumentam a probabilidade à infecção, dentre eles os de conotação social. Por esta razão, as pessoas de raça/cor negra têm apresentado aumento nos percentuais de contaminação, já que o HIV tem se propagado mais rapidamente entre pessoas de menor poder aquisitivo e socialmente discriminadas, extrato em que se concentram as pessoas afrodescendentes em nossa cidade. Observa-se, pois, ao longo dos anos, que as taxas de infectividade pelo HIV vêm decrescendo entre as pessoas de raça/cor branca e aumentando entre as negras (pretas e pardas), o que implica no processo de enegrecimento da epidemia (BRASIL, 2012a).

Dentre as formas de veiculação do HIV, a transmissão vertical merece destaque por implicar em risco de infectividade do concepto. Nesta pesquisa, que teve como informantes mulheres que vivem com o HIV/aids, em idade reprodutiva, discutir esta questão é fundamental. Porém, apesar de esta via ser a causadora da maior proporção da infecção em crianças, somente duas (4%) das informantes representaram esta possibilidade durante as entrevistas. No TALP a TV não foi mencionada.

Na gravidez a aids pode contagiar o neném. O povo comenta que até dando mama isso pode acontecer, como pode. O leite do peito a gente sempre ouviu dizer que é tão bom para a saúde das crianças (Informante 28, 2º grau incompleto, 25 anos, soropositiva há 12 anos).

Eu agora sei sobre a prevenção. Que é preciso usar camisinha e ter poucos parceiros para evitar se contaminar. Também sei que a doença é transmitida pelo sangue e que a mulher grávida pode passar para o bebê. Depois da contaminação é que fiquei sabendo como se transmite e como se pega. Podia ter sabido dessas coisas antes, não é mesmo? (Informante 36, 1º grau incompleto, 50 anos, soropositiva há 07 anos).

Os discursos evidenciam uma representação simbólica da função reprodutiva da mulher ao denotar a possibilidade do corpo feminino constituir uma forma de transmissão do HIV. Por outro lado, a objetivação do aleitamento materno como via de infectividade, poderá desencadear representações sociais negativas acerca da impossibilidade de amamentar e do contágio do leite materno, porque realizar o aleitamento materno é uma representação culturalmente construída, naturalizada e transmitida de uma geração a outra. Pesquisa realizada por Teixeira (2009) com mulheres que vivem com o HIV identificou RS, acerca do ato de não poder amamentar, como: **ruim, egoísmo, difícil não poder amamentar.**

A TV do HIV possui significação impactante para a genitora porque, além de esta via representar a possibilidade de transmissão do vírus para o conceito, incide em um golpe para a mulher, que talvez nem tivesse conhecimento de sua condição de soropositiva antes do pré-natal. Por outro lado, há de se ponderar a possibilidade de que a mulher passe a refletir sobre sua relação conjugal, por necessitar justificar a causa da sua infectividade (BORGES, 2009).

Nos últimos anos, segundo o protocolo de recomendações para prevenção da transmissão vertical, a taxa de infectividade, por esta via, em menores de 13 anos, vem decrescendo gradativamente (BRASIL, 2007b).

Existem vários fatores que interferem na patogênese da TV, a saber (BRASIL, 2007b. p.50),

- **Virais:** carga viral elevada, genótipo e fenótipo viral (diversidade circulante e resistência viral);
- **Maternos:** estado clínico e imunológico comprometido, presença de outras DST e outras co-infecções, estado nutricional deficiente;
- **Comportamentais:** reinfecção, seja por reexposição sexual ou compartilhamento de seringas;
- **Obstétricos:** trabalho de parto prolongado e tempo de ruptura das membranas amnióticas (bolsa rota por mais de quatro horas aumenta a taxa de transmissão vertical progressivamente: cerca de 2% a cada hora, até 24 horas), via de parto, presença de hemorragia intraparto e parto instrumentalizado;
- **Inerentes ao recém-nascido:** prematuridade, baixo peso ao nascer e tempo de aleitamento materno (grifos do autor).

Apesar da comprovada efetividade das medidas preventivas, várias pesquisas têm evidenciado precariedade no cuidado disponibilizado, por parte dos profissionais de saúde e na rede de serviços, para a aplicação do protocolo em suas diversas etapas (BRASIL, 2012b). Por outro lado, também existem barreiras diretamente relacionadas às mulheres como dificuldade de adesão ao uso da TARV devido aos efeitos colaterais das medicações, manutenção da rotina nos horários indicados e necessidade de manter sigilo em relação ao tratamento para que familiares e/ou a vizinhança não tomem conhecimento da sua condição de soropositividade ao HIV/aids (ARAÚJO *et al*, 2008). Algumas informantes discorreram sobre a importância na adesão ao tratamento e das contribuições deste para o controle das doenças oportunistas.

Agora eu sei muito mais porque me aprofundei no assunto. Sei que necessito me cuidar mais. Prevenir doenças oportunistas. Saber da importância dos remédios que será para o resto da vida. Hoje a sociedade sabe mais sobre a doença. Meus familiares e meu marido sabem que eu tenho aids e não me discriminam. Isso ajuda muito. Eu já presenciei várias discussões em uma família que uma pessoa tinha aids. As pessoas separavam copo e talheres com medo da contaminação. Acho que isso era por conta da ignorância (Informante 08, 1º grau incompleto, 36 anos, soropositiva há 12 anos).

Os remédios têm que ser tomado sempre, certinho. Não pode deixar de tomar na hora certa. Eu esqueço às vezes porque ando muito esquecida de tudo. Tem hora que saí na rua e fico tentando me lembrar para onde eu ia. O médico sempre fala que é para tomar os remédios certo para não ficar doente (Informante 18, 1º grau incompleto, 58 anos, soropositiva há 02 anos).

Estas representações são importantes porque evidenciam apreensão do conhecimento científico sobre a patologia, ao passo que proporcionam condições para interpretação da realidade social vivenciada pelo grupo. Neste sentido, corroboramos com Jodelet (2001, p.21) quando refere que RS constituem “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. A identificação destas representações dará suporte para entender como a possibilidade de tratamento se apresenta no imaginário das pessoas que vivem com o HIV/aids.

Os discursos acima apresentados evidenciam a elaboração de RS acerca da possibilidade de tratamento para o agravo. Assim, a ancoragem pré-existente, que relacionava aids a mortalidade precoce, vem gradativamente sendo substituída pela

representação da aids como uma doença crônica. A disponibilização da TARV teve grande impacto ao proporcionar a possibilidade de manter a carga viral sob controle, diminuindo significativamente as possibilidades do aparecimento das doenças oportunistas e, conseqüentemente, interferindo positivamente na qualidade de vida e saúde das pessoas que vivem com a infecção pelo HIV/aids. Mas, para a eficácia do tratamento é imprescindível a adesão ao tratamento corretamente evitando, assim, diminuição nas taxas de CD4 / CD8, bem como o risco de resistência viral a terapia. Algumas informantes salientaram a importância de buscarem informações (tanto na aplicação das entrevistas quanto no TALP) sobre o agravo em geral.

Hoje eu tenho mais interesse em assistir noticiário que fale da aids, também, leio informes que recebi no hospital. Sei mais sobre o assunto, fico mais atenta agora. Meus filhos também me orientam (Informante 18, 1º grau incompleto, 58 anos, soropositiva há 02 anos).

A doença se transmite de outras formas. Não é só pelo uso de drogas não. Basta ter mais de um parceiro, tomar sangue contaminado. Também tem risco, mas hoje é mais difícil pegar assim porque o sangue é examinado. Tenho procurado me informar mais (Informante 14, 1º grau incompleto, 37 anos, soropositiva há 16 anos).

A **informação** consiste no recebimento de uma mensagem possível de ser entendida pelas pessoas que a estão recebendo. No entanto, nem sempre há veracidade na informação recepcionada. E, quando a informação recebida não tiver veracidade, poderá implicar na apreensão de uma falsa crença, a qual, no caso da aids e outras IST, poderá incidir em uma maior vulnerabilidade de exposição ao agravo. As informações corretas constituem importantes ferramentas para a prevenção e controle do HIV/aids.

A **informação** constitui instrumento essencial para o aprendizado que poderá influenciar na adoção de uma postura reflexiva importante para a tomada de decisão que, em relação à infecção pelo HIV/aids, poderá se dar no campo da prevenção da infectividade ou evitando o desenvolvimento de doenças oportunistas.

Acumular conhecimento que provém de fontes externas é processo vital e contínuo para os seres humanos. A construção da representação da aids resulta de uma multiplicidade de fatores que se entrelaçam para dar sustentação a esta construção. Novas informações poderão trazer novos conhecimentos, novos olhares em relação a um dado fenômeno. Mas, se conhecer é importante, saber o que fazer com este conhecimento é fundamental.

Neste contexto, salienta-se que

o conhecimento e o acesso às informações são imprescindíveis para a realização de escolhas, e nisto incluem-se as práticas de empoderamento, que podem atender à estratégia básica para a promoção da saúde, considerada como tecnologia educacional inovadora (TADDEO *et al*, 2012, p. 2928)

A difusão da informação/conhecimento sobre o processo saúde-doença é salutar para o empoderamento das pessoas, por possibilitar a ampliação dos saberes em relação aos vários fatores que influenciam no processo saúde-doença. O empoderamento pode decorrer tanto do sentido de capacitar o(a) paciente para saber mais sobre sua doença, quanto através do saber compartilhado pelos profissionais. Assim, o empoderamento contribuirá para minimização da assimetria existente entre estes dois atores sociais, onde o paciente constitui a parte mais vulnerável do relacionamento (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MADEIRA, 2007).

Segundo estes autores, empoderar é um termo do neologismo utilizado

para exprimir a idéia do poder, da força que os agentes vulneráveis socialmente devem exercer para serem capazes de decidir sobre suas próprias vidas. Também é compreendido como a garantia dos meios e dos instrumentos para que os agentes vulneráveis socialmente consigam mudar fatos, costumes e normas que causam desigualdades de poder (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MADEIRA, 2007, p. 149).

Taddeo *et al* (2012) salientam que o empoderamento resultante da compreensão da pessoa enferma sobre suas experiências vivenciadas poderá contribuir para uma melhor eficácia terapêutica, advinda tanto da negociação, quanto da elaboração de um plano de ação elaborado conjuntamente. Nesta perspectiva, salienta-se que os pacientes, principalmente os portadores de doenças crônicas, ainda que não possam controlar sua doença, poderão gerenciar melhor a qualidade de vida, através da concepção de uma consciência crítica, em relação aos problemas vivenciados.

Dados epidemiológicos evidenciam a expansão da epidemia do HIV/aids para o sexo feminino, principalmente entre mulheres que possuem parceiro fixo (BRASIL, 2012b). Uma estratégia para conter o direcionamento da epidemia para este grupo consiste em manter as mulheres informadas. Informações, estas, que tenham ênfase em ações preventivas que sejam contributivas no sentido de sensibilizá-las quanto a sua vulnerabilidade e para a necessidade do uso de

preservativo em toda relação sexual, independentemente, de estar ou não em relação estável. Particularmente, para as mulheres que vivem com o HIV/aids a informação poderá assessorar nas ações de autocuidado, no enfrentamento da patologia e na adesão ao uso da TARV. Assim, quaisquer destas situações repercutirão, favoravelmente, a uma melhor qualidade de vida e saúde da população exposta aos riscos e danos advindos da vivência com a infecção/doença.

Teixeira (2004) refere que a veiculação da **informação** precisa ser compreensível, que tenha credibilidade e que seja consistente, mesmo com o passar do tempo. É fundamental que seja personalizada, no desígnio de atender as necessidades do(a) receptor(a), ponderando, ainda, o nível cultural e cognitivo da clientela.

Conhecer o conteúdo da **informação** das mulheres que vivem com o HIV/aids é importante, visto serem as RS “teorias do senso comum”, as quais são elaboradas por um agrupamento de pessoas que buscam aclarar uma dada realidade (MOSCOVICI, 1981). Jodelet (2001, p.17) menciona que “as representações sociais circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais”.

Vive-se em uma sociedade onde há necessidade de constante compartilhamento de novas informações, no sentido de que o aprendizado, considerado obsoleto, possa ser substituído por outros saberes, produzindo novas representações. Toffler (2005) refere que o(a) analfabeto(a) do século XXI não está representado por quem não sabe ler ou escrever, mas, por aquele(a) que for incapaz de aprender, desaprender e reaprender. Considera-se preocupante a identificação das mesmas representações sobre o HIV/aids, elaboradas antes do conhecimento do diagnóstico de soropositividade, por algumas informantes. Nesta subcategoria agrupamos algumas destas representações.

Continuo sabendo o mesmo de antes. Não tenho nenhuma informação nova não (Informante 12, 2º grau completo, 42 anos, soropositiva há 13 anos).

Continuo com o mesmo conhecimento de antes. Sei de mais nada não (Informante 9, 2º grau completo, 47 anos, soropositiva há 03 meses).

O aprendizado compõe o cotidiano dos seres humanos desde o nascimento até a morte. Em geral, aprende-se com as diversas experiências, a cada momento,

na troca de informações emergidas de bate-papo ou por meio de outras fontes. Assim, questiona-se quanto a estas pessoas que relataram manter o mesmo conhecimento, antes e após a informação sobre o diagnóstico, se ainda estariam sob o impacto da revelação e, por isso, resistentes ao aprendizado de novas informações, afastando-as da possibilidade de se defrontar com novos saberes que as levem a refletir sobre atitudes não preventivas adotadas anteriormente, chegando inclusive a rejeitar ou negar qualquer aproximação com a informação e/ou com a patologia.

Nesta perspectiva, houve informantes que afirmaram não desejar obter informações sobre a infecção.

Prefiro não saber de nada. Eu não gosto de ficar ouvindo sobre isso porque acho que quanto mais a gente sabe mais traumatizada fica. Prefiro continuar sem saber. Eu só aceitei conversar com você porque achei você foi muito educada na hora em que falou se eu queria participar da pesquisa. Outra vez me pediram para participar de uma pesquisa e eu não aceitei. Evito tudo que fala sobre aids. Se começar um programa na televisão eu desligo. Quando pego os folhetos eu jogo fora logo que saio daqui (Informante 30, 1º grau incompleto, 43 anos, soropositiva há 06 anos).

Toda pessoa que vive com a infecção pelo HIV/aids ou outras patologias tem o direito de receber informações sobre o agravo. No entanto, devido ao sentimento de negação, quem vive com doenças estigmatizantes e incuráveis, como é o caso da aids pode, algumas vezes, desenvolver atitudes de defesa, considerando que a doença pode representar ameaça ao futuro.

Este processo pode tumultuar a relação existente entre a pessoa enferma, o mundo e/ou consigo mesma, fazendo emergir sentimentos negativos, de intensidades variáveis, a exemplo da apreensão, do temor e desesperança, promovendo, inclusive, um afastamento do contexto social. A intensidade e o tipo de reação irão depender de alguns fatores, tais como: prognóstico e tempo de duração da doença; capacidade individual de tolerância perante as frustrações e, ainda, do relacionamento interpessoal com os profissionais da equipe de saúde. O adoecimento ativa reações fisiológicas no intuito de recuperar a homeostase abalada, ativando defesas psicológicas as quais poderão originar sentimentos de negação e rejeição, dentre outros (VECHIA, 2009).

A autora esclarece, ainda, que a negação pode remeter a uma recusa total ou parcial da doença. Isto acontece como uma forma de defesa contra a aceitação

de estar acometido(a) por uma enfermidade. Na rejeição a pessoa já tem consciência do seu diagnóstico, mas evita falar ou realizar ações que a remetam à patologia.

Estes tipos de reações psicológicas que acarretam sofrimento psíquico, muitas vezes mais profundos e difíceis de serem superados dos que os de ordem biológica, poderão dificultar o enfrentamento da doença. Nestas situações, a equipe de enfermagem necessitará de estratégias viáveis, que possibilitem trabalhar essas emoções através da ajuda na superação dos sentimentos negativos, da disponibilização de informações claras e objetivas, de acordo com as necessidades de cada pessoa, otimizando um cuidado integral, visando uma melhor qualidade de vida e saúde das pessoas que vivem com o HIV/aids.

Conforme já descrito anteriormente, as informações são fundamentais para a diversidade de ideias e para a formação de representações acerca do fenômeno estudado. Nas últimas décadas, os meios de comunicação se diversificaram, devido ao desenvolvimento na área da tecnologia da informação.

Nesta pesquisa, as fontes de informações após o diagnóstico de soropositividade para o HIV, mais frequentes, foram: televisão (33%), folhetos informativos distribuídos em unidades de saúde (13%), *internet* (12%), livros (12%), equipe médica (12%). A equipe de enfermagem ficou em último lugar com (3%).

Como já mencionado anteriormente, a televisão, que foi citada pela maioria das informantes como primeira fonte de informação, consolida-se como importante meio de comunicação de massa. Cabe ressaltar que, contrapondo-se ao momento anterior ao diagnóstico, quando as unidades de saúde, a enfermagem e os demais profissionais sequer foram lembrados como fonte de informação pelas entrevistadas, desta feita aparecem, mesmo que em menor proporção. Os folhetos distribuídos pelos serviços foram a segunda fonte de informação mais citada.

Fiquei sabendo de muita coisa pela televisão. Às vezes conversando com minha médica e outros pacientes que vem aqui também. Fora daqui não converso muito e se alguém tá falando eu fico só escutando (Informante 36, 1º grau incompleto, 50 anos, soropositiva há 07 anos).

Gosto de ler folhetos. Na internet já tentei olhar mais não entendi muito o que estava escrito lá. A médica fala bastante sobre a doença e como a gente se cuidar (Informante 37, 2º grau incompleto, 38 anos, soropositiva há 10 anos).

[...] me informo mais na internet. Gosto porque encontro muita coisa. Quando ganho folheto leio e jogo fora logo, porque tenho medo que lá em

casa desconfiem que tenho aids (Informante 39, 2º grau incompleto, 30 anos, soropositiva há 08 anos).

A utilização dos folhetos informativos constitui meio eficaz de propagação da informação. Estes instrumentos têm baixo custo, capacidade de difusão entre grande número de pessoas em curto espaço de tempo. Devem possuir objetividade na transmissão dos conteúdos, empregarem elocução de fácil entendimento para as pessoas leigas e/ou com baixo grau de escolaridade. As desvantagens deste veículo de informação são a impossibilidade de leitura por parte de pessoas analfabetas e conter, em sua maioria, superficialidade dos teores apresentados.

A gente troca informações com outras pessoas. A maioria daqui do hospital. Na doação de sangue eles falam sobre a aids. Na televisão também fala. Na época do Cazuzá era só o que se falava (Informante 44, 1º grau incompleto, 38 anos, soropositiva há 09 meses).

O serviço também dá informações. Mais, eu gosto muito das conversas com os conhecidos. É bom porque a gente vê que todo mundo tem problemas com essa doença. A gente acaba desabafando umas com as outras (Informante 33, 2º grau completo, 25 anos, soropositiva há 04 anos).

A interação entre a equipe de enfermagem e a clientela é imprescindível para uma melhor qualidade na prestação dos cuidados, na perspectiva da integralidade. A realização de ações de educação em saúde está além do repasse de informações, porque pressupõe a ocasião na qual o(a) paciente poderá falar dos seus anseios, dirimindo suas dúvidas. Conjetura a disponibilização de ferramentas que contribuam para que a pessoa possa colocar em prática o autocuidado através da (re)orientação de práticas comportamentais, buscando a autonomia plena, mas consciente da importância da participação ativa de quem esta sendo cuidado(a), no processo de cuidar. Em outras palavras, que possa exercer a cidadania de forma plena, com vista a uma melhor qualidade de vida e saúde, seja através da prevenção da doença, da promoção da saúde ou da minimização dos danos em relação a uma patologia já instalada (OLIVEIRA; ANDRADE; RIBEIRO, 2009).

Para Ferraz *et al* (2005) *apud* Góes e Cava (2009, p. 933), a educação em saúde está além dos cuidados básicos. Ao promover ações educativas, a enfermagem potencializa a prática do cuidar sendo capaz de “intervir de forma construtiva nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, onde um aprende com o outro”.

A importância da **informação**, que constitui uma necessidade primária dos seres humanos, também foi evocada como representação social do cuidado de enfermagem. Para Duarte, Ferreira e Lisboa (2012, p. 228),

para que o paciente se sinta realmente cuidado, são necessárias informação e atenção a ele, e ao que estiver a ele relacionado durante a prática da equipe de saúde, o que reafirma a interação como algo inerente ao cuidado, tanto para os enfermeiros quanto para os clientes.

Para a enfermagem, a interação com a clientela através do processo informativo é fundamental porque grande parte das ações cuidadoras, para que tenham êxito, necessitam de uma boa relação interpessoal entre o(a) cuidador(a) e quem é objeto do cuidado. A **informação** se faz importante porque através dela a clientela poderá adquirir um maior conhecimento sobre a doença e, conseqüentemente, uma maior compreensão sobre como o agravo evoluiu, como se transmite, quais os cuidados necessários em relação ao tratamento ou até mesmo, como evitar transmiti-la a outras pessoas. Estas informações, quando compreendidas, poderão contribuir para elaboração de novas representações sociais sobre uma determinada patologia ou para a manutenção das representações já ancoradas, de acordo com as informações que circulam em uma localidade. Neste sentido, Moscovici (1978) refere que a informação constitui uma das três dimensões da configuração da composição da RS.

A **informação** poderá reafirmar um conhecimento existente ou veicular uma novidade. Quando este novo conhecimento é percebido como uma novidade incontornável, implicará em sua familiarização, fato que se dará através do processo de ancoragem do novo, que passará a coexistir no universo do pensamento que existia anteriormente. Esta ação, que possui uma função essencialmente cognitiva, possivelmente, irá registrar o elemento desconhecido/estranho no ambiente social e ideacional (JODELET, 2001). Os grupos sociais receberam a denominação de Moscovici (1978) de “sábios pensadores”, dada a possibilidade de se apropriarem do conhecimento difundido socialmente, modificando-os de maneira a torná-los compreensíveis.

A importância da **informação** foi também foi representada nas entrevistas abaixo.

Tenho pouca leitura, mas procuro ler o que posso sobre a aids. Um dia, logo depois que soube da contaminação, uma mulher deu uma palestra e disse que a gente precisa saber das coisas. Disse que não ter informação era como se a gente tivesse em um quarto com todas as luzes apagadas. Ela disse. Imagine que vocês estão lá dentro e que alguém quer bater em você. Se você não pode ver a pessoa fica impossível se defender. Ela explicou que muita gente que sabe que está contaminada quer evitar falar da doença, mas que isso não é bom. Ela disse que precisamos conhecer o inimigo para saber como lutar contra ele. Eu achei isso muito interessante. Depois desse dia, sempre tenho procurado saber mais (Informante 34, 1º grau incompleto, 37 anos, soropositiva há 05 anos).

Ao correlacionar RS com **informação** Arruda (2002, p. 134) expressa que

a representação social seria uma forma de conhecer típica dessas sociedades, cuja velocidade vertiginosa da informação obriga a um processamento constante do novo, que não abre espaço nem tempo para a cristalização de tradições, processamento que se esteia no olhar de quem vê. A representação social, portanto, não é uma cópia nem um reflexo, uma imagem fotográfica da realidade: é uma tradução, uma versão desta. Ela está em transformação como o objeto que tenta elaborar.

A troca de informações deve ser priorizada sempre que possível, pois quando devidamente compreendida poderá contribuir para as ações de autocuidado, o que constitui um dos objetivos do cuidado de enfermagem. Há de se considerar que diversas informantes demonstraram, durante a aplicação das entrevistas, o anseio para a aquisição de informações diversas sobre a infecção pelo HIV/aids. Por outro lado, é importante lembrar que as pessoas que recebem informações poderão se tornar agentes multiplicadores do conhecimento adquirido. Assim, a educação em saúde terá alcance externamente ao local onde as ações foram executadas.

O discurso da informante 1 evidencia que:

As informações são importantes. Muita gente não sabe sobre a importância de se proteger. Às vezes a gente só fica sabendo depois que se contamina e daí não tem mais jeito. Um dia, no ponto de ônibus, ouvi duas pessoas conversando. Eles falavam que jamais usariam camisinha porque tirava o tesão. Deram um depoimento como se a camisinha fosse uma coisa ruim. Parece que não sabiam que poderia evitar a aids e outras doenças transmitidas pelo sexo. A pior é a aids, porque não tem cura. Achei um absurdo escutar isso. Ainda existem muitas pessoas desinformadas. Acho a divulgação pouca. As pessoas só descobrem depois que se contaminam a importância de usar a camisinha e se livrar de pegar o vírus (Informante 1, 1º grau incompleto, 55 anos, soropositiva há 11 anos)..

Para Moscovici (1998) as comunicações sociais, através das quais se organiza o senso comum, compreendem maneiras de assimilar de forma concreta as

RS. Estas representações podem ser expressas, tanto nos discursos do senso comum, quanto nos provenientes das ciências, das religiões ou de diferentes formas de informações partilhadas. O autor refere, ainda, que as RS expressam uma cadeia de apreciações, esclarecimentos e afirmações que são elaboradas nas relações que ocorrem no cotidiano sendo, o diálogo interpessoal, significativa para que este processo ocorra (MOSCOVICI, 1981).

Jovchelovitch (2004, p.22) ao referir a idéia de Habermas (1988) destaca que

a representação está imersa na ação comunicativa: é a ação comunicativa que a forma, ao mesmo tempo que forma, em um mesmo e único processo, os participantes da ação comunicativa. A ação comunicativa envolve a linguagem assim como envolve ação de tipo não discursivo; estas se manifestam nas práticas do cotidiano, nas instituições sociais e nas estruturas informais do mundo vivido.

Jodelet (2001) explicita que as RS constituem sistemas de interpretação que possibilitam nosso relacionamento com o mundo, através da orientação e organização das comunicações sociais. Estas representações influenciam de várias maneiras na propagação e assimilação do conhecimento, no desenvolvimento, tanto coletivo quanto individual, na forma dos grupos se expressarem, assim como nas transformações sociais. Neste sentido, a autora refere, ainda, a importância do enfoque das RS na área de saúde para a

assimilação (ou não – assimilação) das informações, necessário se faz considerar os sistemas de noções, valores e modelos de pensamento e de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriar dos objetos de seu ambiente, particularmente aqueles que são novos, como foi o caso da AIDS nos anos 80 (JODELET, 1998, p.26).

Sendo a aids uma doença contagiosa, incurável e em franca expansão, ações voltadas para sua prevenção e controle são fundamentais. Desta forma, indiscutivelmente, a **informação** e a educação em saúde representam ferramentas de grande valor no enfrentamento da problemática. Assim, considerando a crescente possibilidade da procura das unidades de saúde pelas pessoas que vivem com o agravo, torna-se necessário que a enfermagem possa dispor de habilidades pedagógicas para realizar ações de educação em saúde direcionadas para valorização da vida, dentre outras coisas (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Subcategoria 1.1: HIV/aids como uma infecção/doença pouco conhecida

Em relação à epidemia do HIV/aids, a produção do conhecimento em nossa sociedade tem apresentado lacunas que implicam na invisibilidade dos indivíduos em relação aos diversos fatores que permeiam a infecção/doença. Tal realidade pode resultar do fato do senso comum envolver “crenças, costumes e erros conceituais que podem vir a acarretar dificuldades no desenvolvimento cognitivo dos sujeitos que procuram uma formalização de seus conhecimentos” (FREZZA; MARQUES, 2009, p. 287).

Foucault (2004, p.27) refere que saber e poder se correlacionam e que “não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber; nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder”. A infecção pelo HIV/aids constitui fenômeno multifacetado no qual a invisibilidade no reconhecimento às necessidades de proteção pode favorecer atitudes de negligência e, conseqüentemente, maiores exposições a múltiplas situações de risco.

Nos discursos das informantes foram citadas expressões, tais como: “sei pouco”, “acho que”, “não tenho certeza”, o que evidencia incertezas que inviabilizam a real problemática influenciada na (re)significação das vulnerabilidades para o agravo, pois nestes casos, a realidade não será, de fato, reconhecida pela pessoa. A incerteza, no plano epistemológico, se encontra na borda de ignorância do conhecimento informal. A análise moderna da crise paradigmática científica acarretou discussões sobre certeza e incerteza. No aforismo clássico, a progressão da ciência contribuiria para minimização das incertezas. Por outro lado, o pensamento contemporâneo buscou avaliar incerteza e certeza de forma mais conexa. A incerteza representa elemento inseparável dos produtos humanos, dentre eles a ciência. A certeza, oriunda do desenvolvimento científico, abre prontamente espaços para futuras incertezas e novas dificuldades (ROSSO; BANDEIRA; COSTA, 2002).

De acordo com os dados levantados, pode-se inferir que o conhecimento das participantes sobre as vias de transmissão, prevenção e sobre a evolução da infecção pelo HIV/aids está limitado. Porém, percebe-se, nas falas, que há uma invisibilidade deste conhecimento, pois ao mesmo tempo em que as entrevistadas referem não possuir informações, expressam fatos que denotam conhecimento

sobre o agravo. A identificação dessa incerteza é preocupante porque o descrédito na informação gera insegurança e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade do indivíduo à aquisição do HIV ou para o enfrentamento da infecção/doença, conforme já referido anteriormente. Dubugras (2008, p.19) refere que “em muitos casos, as incertezas existem porque a informação científica simplesmente não está disponível”. No entanto, o autor chama a atenção para o fato de que incerteza não significa ignorância. Ignorância denota ausência do conhecimento. Na incerteza os elementos são conhecidos, mas de forma inconsistente.

A minimização da vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV/aids requer que o indivíduo se empodere de práticas e conhecimentos, algumas vezes de complexo caráter social, a exemplo da acessibilidade às informações adequadas sobre o agravo, compreensão das informações obtidas com competência para sua apropriação (NEVES, 2003).

Por outro lado, é conveniente o entendimento de que a divulgação do conhecimento científico sobre o agravo seja benéfica para a prevenção da epidemia, desde que englobe, não somente, a importância quanto ao uso dos preservativos, mas também, a origem do vírus, a epidemiologia, o tratamento, os estudos sobre as vacinas (terapêuticas e preventivas), a discriminação e o preconceito (BOUSFIELD, 2007).

O relato das informantes possibilitou identificar a insipiência do conhecimento que possuíam sobre a infecção pelo HIV/aids. As incertezas demonstradas são preocupantes porque as pessoas que possuem pouco conhecimento acerca do HIV/aids tendem a agir de forma preconceituosa em relação às que são portadoras do agravo, porque podem ter falsas concepções sobre as vias de contaminação, e o desconhecimento quanto aos meios de transmissão pode implicar em maior vulnerabilidade à aquisição da infecção (ANTUNES, 2012).

Todavia, reconhece-se que nem sempre a informação, por si só, não seja capaz de transformar o comportamento. Mudar o comportamento não é fácil porque esta ação requer mudança de valores, de crenças preexistentes, demanda que a vontade de mudar seja almejada. Para que isso ocorra, é necessário que a pessoa possua autocontrole frente às situações que envolvem riscos.

Percebe-se, nos relatos, que as informações referidas, embora permeadas de dúvidas, evidenciam semelhanças entre o senso comum e o conhecimento

científico. Esta aproximação entre as duas formas de ancorar o conhecimento pode ser resultado das informações propagadas, desde o início da epidemia, pelos meios de comunicação de massa e/ou de crenças socialmente compartilhadas.

Nesta linha de entendimento, será feita uma abordagem sobre a transmissão sanguínea do HIV, a qual foi mencionada pelas informantes. A transmissão deste vírus, através da citada via, pode ocorrer por meio do uso de drogas injetáveis, da transfusão de sangue/hemoderivados e por acidentes envolvendo objetos perfurocortantes potencialmente contaminados. No entanto, os discursos apresentados não mencionam todas estas possibilidades. As informantes focaram somente a transfusão sanguínea, sem mencionar as outras probabilidades.

No entanto, a disseminação do HIV através desta via tem diminuído devido à implantação do programa de troca de seringas e de redução de danos; o aumento da segurança na transfusão de sangue/hemoderivados está relacionado, principalmente, à triagem na seleção do(a)s doador(e)s e de investimentos tecnológicos para melhoria da qualidade nas análises laboratoriais realizadas. As ações contemplam, ainda, orientações para que os profissionais tenham maior cautela na indicação das transfusões de sangue/hemoderivados em geral (BRASIL, 2004a).

Dados do MS demonstram que somente 0,3% a 0,6% dos casos de aids entre homens e mulheres, respectivamente, registrados nos país, em maiores de 13 anos de idade, desde o início da epidemia, ocorreram por transfusão de sangue/hemoderivados (BRASIL, 2012a). A diferença percentual entre os sexos, neste caso, parece não ser significativa.

Em relação ao uso de drogas injetáveis, no período de 1980 a 2012 a transmissão do HIV, entre pessoas com mais de 13 anos de idade, através desta via, corresponde a 16,3% (sexo masculino) e 7,0% (sexo feminino) do total de casos notificados em nosso país (BRASIL, 2012a).

As informantes, quando questionadas, não souberam esclarecer quais tipos de drogas poderiam estar associadas a uma maior vulnerabilidade dos usuários ao agravo. Os efeitos psicoativos das drogas em geral, que podem interferir na percepção dos riscos específicos, aumentando a vulnerabilidade do(a) usuário(a) por deixar de adotar medidas de proteção durante a prática sexual como o uso do preservativo, dentre outros, também não foi explicitado.

Algumas falas evidenciam incoerência entre o conhecimento cientificamente comprovado em relação à transmissão do HIV e o ancorado pelo senso comum. A alusão à transmissão através do beijo na boca e do compartilhamento de objetos (copo) evidencia a existência de falsas crenças em relação ao assunto. Sabe-se que, embora haja isolamento de partículas do vírus na saliva, até o momento, não há casos notificados por esta via.

A saliva contém enzimas que neutralizam o HIV. Alguns autores, no entanto, chamam atenção para a possibilidade, pouco significativa, de transmissão se houver lesões sangrantes na boca da pessoa que vive com o HIV/aids e, também, na mucosa oral da outra pessoa. No entanto, esta possibilidade não deve ser comparada aos riscos de outras formas efetivas de veiculação do vírus (GARCIA, 2008). Em relação ao compartilhamento de objetos como talheres, copos e outros, o risco de transmissão do HIV é inexistente.

Neste sentido, pode-se inferir que as falsas crenças existem devido à falta de informações adequadas sobre o agravo. Considerando que as RS, na maioria das vezes, são determinantes de condutas, torna-se necessário que informações seguras sejam disponibilizadas para que representações ancoradas em falsas crenças sejam desconstruídas, já que poderão aumentar a vulnerabilidade das pessoas à infecção por inviabilizar a percepção dos riscos reais.

As representações sociais são formadas através de interações do cotidiano que se apresentam pela comunicação. A TRS relacionada aos saberes sociais, busca construir e transformar estes saberes em relação a diversos contextos sociais. Porém, apesar de reconhecer que o saber social pode estar intrínseco em quaisquer áreas do conhecimento, para a teoria interessa, especificamente, o fenômeno das RS (JOVCHELOVITCH, 2008).

Campelo (2009, p. 18) contribui, expressando que

investigar fenômenos, na área da saúde, que constituem problemas sociais e articular com as Representações Sociais significa uma proposta desafiadora e complexa, à medida que se propõe buscar a compreensão de uma teoria, seja para identificar e interpretar estes problemas, como também para compreender grupos, culturas ou sociedades, bem como comportamentos e atitudes dos sujeitos envolvidos que apresentam estreita relação com os conhecimentos, as imagens, as metáforas, as crenças e os valores dentro de um contexto histórico e social.

Nesta perspectiva, há de se considerar a importância das ações de educação em saúde, no intuito de combater a desinformação e fornecer subsídios para o enfrentamento do agravo pelas pessoas que vivem com a infecção pelo HIV/aids. Por outro lado, no que se refere à multiplicidade de parceiros, identificou-se que as informantes possuem representações que vão de encontro à realidade epidemiológica, segundo a qual todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV. Epidemiologicamente, a maior incidência de transmissão do HIV, no sexo feminino, está entre as mulheres que possuem parceria fixa. O fato é corroborado por Santos (2007, p. 19) quando salientou que:

no primeiro momento, a construção das representações sociais da AIDS se ancorou nas representações das “doenças venéreas”, que eram doenças que acometiam pessoas com comportamento sexual desviante. Estas representações levaram as mulheres com parceria fixa a serem vistas como protegidas ou invulneráveis, não sendo, portanto, alvo de campanhas e/ou programas com enfoque na prevenção e controle, passando a integrar, cada vez mais, a estatística de incidência da infecção.

Considerando o processo de feminização da infecção pelo HIV e o expressivo aumento de casos entre mulheres em relacionamento estável, o MS lançou, desde 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST. No início da epidemia da infecção pelo HIV/aids, as ações de prevenção e controle não contemplavam as mulheres em relacionamento estáveis/parceria fixa, fato que contribuiu para a disseminação da infecção, neste grupo populacional.

Um dos principais entraves para a efetivação das medidas preventivas, entre as mulheres com relacionamento estáveis/parceria fixa, está na adesão ao uso do preservativo, por parte dos cônjuges. Nestes casos, a negociação do uso deste artefato sofre influência das relações de gênero as quais empoderam mulheres e homens de forma diferenciada. Neste sentido, o Plano (BRASIL, 2007a, p. 9) destaca que:

- A inexistência ou a insuficiência de políticas públicas que efetivem os direitos humanos das mulheres, conforme estabelecido em diferentes instrumentos acordados internacionalmente como a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) e o Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994);
- A persistência de um olhar sobre a saúde das mulheres com um enfoque meramente reprodutivo, concentrando esforços na proteção à maternidade;
- A falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres;

- A falta de acesso à educação por parte de vastos contingentes de meninas e mulheres, notadamente na África e alguns países da América Latina e Caribe;
- A persistência de padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo tanto masculino quanto feminino;
- A menor empregabilidade feminina, a ocupação das posições mais precárias pelas mulheres e nos setores informais da economia;
- A violência doméstica e sexual

As RS da aids relacionadas a comportamentos sexuais surgiram, no início da epidemia, quando determinados grupos populacionais, no caso, mulheres profissionais do sexo, eram considerados pertencentes aos “grupos de risco”.

Reconhecendo serem as RS resultantes de conhecimento elaborado no coletivo e comum a um determinado grupo social, com grande probabilidade de circular entre o meio e, ainda, por serem determinantes de práticas comportamentais, chama a atenção o fato das mulheres conservarem no imaginário esse entendimento (JODELET, 2001). Esta percepção reforça a condição de invulnerabilidade já que, ao associarem a infecção à multiparceria, as mulheres que estão em relacionamento estável se sentirão protegidas e, portanto, provavelmente não irão recorrer à prática do sexo protegido.

Há de se ponderar que a evocação da associação entre multiparceria sexual e HIV/aids pode representar castigo, porque segundo a tradição judaico-cristã, que constitui uma das ramificações religiosas brasileiras, os atos corporais considerados puros ou impuros, podem atrair bênçãos ou castigos divinos. Nesta perspectiva, a aids estaria ligada a condutas desviantes (SAMPAIO, 2009).

As demais representações acerca do conhecimento sobre o agravo, destacadas pelas informantes, condizem com o que é cientificamente comprovado como, por exemplo: ser transmissível por relação sexual; não possuir cura; que se transmite através de relações sexuais desprotegidas; que a convivência com a infecção pelo HIV/aids gera discriminação; que a transmissão pode ocorrer, mesmo que a pessoa tenha boa aparência

Segundo dados do MS (BRASIL, 2012a), a transmissão do HIV através da relação sexual constitui a principal forma de disseminação do vírus. Entre as pessoas com mais de 13 anos de idade, 88,7% dos casos notificados de aids, a transmissão ocorreu pela via sexual (32,6% heterossexual, 11,2% bissexual e 21,1% homossexual).

A fala da informante 32, sobre o fato de que uma pessoa de boa aparência pode transmitir o vírus, condiz com o conhecimento científico. O HIV possui longo período de incubação (média de 7 a 9 anos) sendo que, durante este período, a pessoa infectada estará transmitindo o vírus mesmo na ausência de quaisquer sintomatologias.

Antes da disponibilização da TARV as pessoas com diagnóstico de aids apresentavam estado clínico debilitado, caracterizado pela caquexia, doenças dermatológicas, dentre outras, que despertavam curiosidade e suspeita quanto à vivência com o HIV/aids. Nos últimos anos, devido à eficiência da terapia, podem ser vistas pessoas que vivem com a aids, mas que possuem bom estado geral, fato que impede qualquer levantamento de possibilidades de suspeita de vivência com o HIV/aids através da aparência física. Coadunando com este fato, o MS lançou uma campanha cujo *slogan* proferia que “Quem vê cara não vê aids”. Neste sentido é salutar a ancoragem da percepção de que toda e qualquer pessoa poderá viver com o HIV/aids até que se prove o contrário. Assim, a prática sexual protegida deve ser assegurada, independentemente de quem seja o(a) parceiro(a) e da sua aparência física.

No decorrer da prestação de cuidados realizados durante a atuação profissional, através de conversas informais com pessoas que vivem com a infecção pelo HIV/aids, ouvem-se diversos relatos, nos quais a clientela referia não ser capaz de suspeitar de quem pudesse ter adquirido a infecção, porque só haviam se relacionado com pessoas aparentemente sadias. Relatos deste tipo levam a crer que existe uma desinformação, por parte da população, acerca do longo período de incubação do vírus e da ação da TARV.

Esta é a quarta década de convivência com a epidemia do HIV/aids. No decorrer deste tempo, a disponibilização de informações e a prática sexual protegida têm se mostrado como ferramentas importantes para a prevenção/controlado do agravo. No entanto, uma parcela significativa das informantes demonstrou, em sua maioria, possuir informações incipientes sobre o HIV/aids, nesta pesquisa.

A taxa de infectividade pelo HIV/aids se apresenta, em sentido ascendente, em todos os países. Informações apropriadas sobre o agravo constituem uma das estratégias de prevenção e controle da epidemia. Nesta pesquisa, foi dado destaque à apropriação do conhecimento, oriundo do senso comum, pela população em geral,

por oportunizar a construção de representações sociais, as quais influenciam no pensar e no agir da população (NATIVIDADE; CAMARGO, 2011a).

Jodelet (2001) enfatiza que as RS se opõem ao paradigma da informação, colocando o conhecimento reificado como invariável. No caso das RS, o conhecimento veiculado estimula a diversidade e a invenção, ao tempo em que desafia a complexidade. Assim, temos que as RS são passíveis de mudanças, a partir do momento em que novas informações poderão contribuir para a ancoragem de novos fenômenos.

Para Moscovici (1978), a elaboração das RS se solidifica, a depender das diversas informações relacionadas ou não com os aspectos cognitivos. A aids não é apenas uma epidemia médico-biológica, é uma epidemia que engloba a moral, o social e, até mesmo o linguístico, e possui significados (BÍSCARO, 2006). É uma epidemia que conglobera estigma, preconceito, angústia, medo da morte, medo do desconhecido. São tantas as significações, que às vezes fica difícil encontrar palavras para representá-las.

Neste sentido, convém repensar que

a AIDS, como doença, provoca alterações nas funções biológicas do corpo que o conhecimento médico hoje pode controlar ou reverter. A AIDS, como significante, vai representar alguma coisa para cada sujeito a partir de uma construção fantasmática própria realizada por ele em torno deste significante. Esta construção resulta da incidência do significante no inconsciente, provocando efeitos (BORGES, 2009, p. 51).

Muitos são os avanços científicos relativos à epidemia da aids; dentre eles, destaca-se a descoberta da TARV que ocasionou para os portadores de aids maior expectativa e qualidade de vida. Com o tratamento correto, a aids deixou de ser sinônimo de morte anunciada para se tornar um agravo de evolução crônica. Os avanços tecnológicos permitiram ainda, identificar de forma confiável, as formas de transmissão do vírus e as medidas eficazes de prevenção da infectividade. Porém, nota-se que muitas representações elaboradas no início da epidemia, a exemplo de **morte, doença, medo, magreza, doença maldita, preocupação, grupos de risco**, ainda permeiam o imaginário popular.

O **medo**, que se constitui num sentimento negativo, foi significante na AFC das mulheres que possuem entre 6 e 10 anos de diagnóstico de soropositividade e, também, no conteúdo das entrevistas das mesmas. O **medo** permeia o cotidiano

das pessoas que vivem com o HIV/aids. Mas, **medo** de que? **Medo** da morte, **medo** da rejeição, **medo** do isolamento, **medo** de contaminar outras pessoas. São muitas as representações do **medo** (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2001; NATIVIDADE; CAMARGO, 2011b). E, pode-se notar que, às vezes, as informantes nem conseguiram especificar de que sentiam medo, fato que oportuniza a inferência de se entender ser o medo do desconhecido, da incerteza em relação ao futuro.

No decorrer das entrevistas, algumas informantes deixaram transparecer suas representações do **medo**.

[...] Não gosto de falar esse assunto. Só de falar o nome dá medo porque as pessoas que pegavam morriam logo. Ficavam muito magras (Informante 13, 1º grau incompleto, 25 anos, soropositiva há 08 meses).

No senso comum, permanece a representação da aids relacionada com a **morte**, tal qual era apresentada pela mídia, no início da epidemia, mostrando que as pessoas acometidas pelo agravo iam, gradativamente, enfraquecendo, perdendo o vigor até acontecer o óbito. Embora a disponibilização da TARV tenha se configurado em uma eficaz ferramenta para reverter este processo, esta representação inicial não foi ressignificada.

Nos últimos anos, são encontradas pessoas portadoras de aids apresentando bom estado geral. Porém, nesta pesquisa, as informantes ainda possuem representações do início da epidemia, que correlacionam aids com debilidade física, o que denota a persistência de componentes emocionais enraizados no imaginário da população em geral. O **medo**, em alguns momentos, apareceu vinculado à possibilidade de contaminar outras pessoas através de contato social:

[...] Tenho medo de tudo. Até de contaminar minha filha que dorme comigo na mesma cama. O médico disse que assim não pega, mas eu fico na dúvida (Informante 14, 1º grau incompleto, 37 anos, soropositiva há 16 anos).

O **medo** permeia o imaginário das pessoas que vivem com o HIV/aids. O receio de transmitir o vírus através de relações sociais sugere que a informante ancorou esta representação no conhecimento difundido no senso comum, já que não há evidência científica da disseminação do HIV desta forma. Pesquisa realizada por Thiengo, Oliveira e Rodrigues (2005), também encontrou falsas crenças na

percepção social do fenômeno. Por outro lado, as informantes fizeram referência à via de transmissão do HIV, que possuem comprovação no campo científico. O depoimento a seguir apresenta esta consideração:

Eu podia ter evitado estar assim, depois que soube nunca mais fiz sexo, tenho medo de passar a doença. A médica falou que também tem risco de pegar outra doença venérea e piorar minha saúde. De uns tempos para cá frequento uma igreja, sou crente agora. Tento viver uma vida normal, trabalho. A aids muda a vida da gente, minha vida mudou muito depois disso, tenho muito medo da discriminação. Na minha igreja ninguém sabe que tenho o vírus, fico com medo de contar, mesmo na igreja tem gente que discrimina, em todo lugar tem (Informante 26, 2º grau completo, 50 anos, soropositiva há 10 anos).

O **medo** é um dos maiores inimigos dos seres humanos e pode estar relacionado a diversos fatores, como por exemplo, uma doença grave ou que traga, em si, preconceito e insegurança quanto à estabilidade socioeconômica ou emocional. O **medo** perante determinadas doenças pode ser pior do que a própria doença, porque as alterações emocionais tendem a atingir inicialmente o espírito, para depois se manifestar através do corpo e das relações sociais (ALVARENGA, 2010).

Gomes, Silva e Oliveira (2011) ressaltam que identificar as representações do HIV/aids e sua influência nas diferentes facetas das experiências que permeiam o dia-a-dia dos indivíduos, poderá repercutir em melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com o agravo. O **medo** também pode ser considerado como uma atitude de proteção, desde que surja de fatos reais de ameaça à vida. É certo que todos, em algum momento de nossas vidas, já demonstramos medo de alguma coisa, sendo que a sua intensidade e duração dependem do histórico de vida de cada pessoa (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

Segundo Junqueira (2013), o medo surge quando nossas fantasias se mostram como se fossem realidade, podendo estar ou não relacionado com algo concreto que o explique. O medo pode ser considerado nosso inimigo quando nos impede de ir ao encontro dos nossos objetivos, impedindo-nos de progredir. Por outro lado, o medo pode ser nosso aliado quando contribui para nos proteger do perigo real. Então, sentir medo é uma coisa normal desde que aprendamos a dirigir nossa atenção para o lado positivo do medo.

A verbalização do sentimento de **medo**, em todas as suas vertentes, tem sido uma RS, de forte valor simbólico, presente desde o início da epidemia, seja qual

for o grupo de pertencimento da pessoa que vive com o HIV/aids. Sabe-se que, provavelmente, se as pessoas que vivem com o agravo tivessem informações precisas sobre a infecção/doença, certamente, parte das situações que geram medo seria minimizada, pois, desta forma, ocorreria a transformação de conteúdos não familiares em familiares.

Gomes, Silva e Oliveira (2011) referem que o **medo** é uma RS negativa cuja elaboração social encontra reforço na linguagem e nas metáforas utilizadas na fala e no pensamento sobre o HIV/aids. Alvarenga (2010, p.24) discorre que a aids ainda possui presunções variadas, onde a maior parte é imaginária:

a AIDS ainda está no apogeu, ainda recebe hipóteses variadas, a maioria repleta de fantasias. Sendo pouco conhecida, ela dá margem à criatividade de cada um de seus explicadores. O discurso de cada um tem pretendido conhecer a realidade, organizá-la, impor normas de conduta, segregar pessoas, proteger, etc. As lacunas do desconhecido, muito frequentes, são preenchidas “com os delírios” e propósitos de cada um ou de cada grupo, conforme a concepção de mundo do indivíduo que vai explicá-lo. [...] O fruto de todas essas fantasias, mitos e histórias mal contadas é o pânico diante do pouco conhecido, assim como foi a tuberculose, a lepra e a peste negra. Possivelmente, à medida que os fatos se forem tornando conhecidos, ficará o medo sensato e objetivo da doença, não mais o horror que está tomando conta dos amantes, até de alguns médicos e profissionais ligados à área de saúde.

Destarte, é importante refletir sobre o porquê das pessoas, apesar de reconhecerem que possuem medo do HIV, não adotam no cotidiano a prevenção para que diminua sua vulnerabilidade frente ao agravo. Pesquisa realizada por Camargo e Botelho (2007) ilustra esta reflexão quando identificou na população estudada o sentimento de **medo** do HIV e da realização da sorologia para detecção deste vírus. No entanto, o **medo** não foi expresso quando o assunto abordado foi a quantidade de parceiro(a)s com os quais haviam mantido relacionamento sexual, durante o ano anterior.

No decorrer da epidemia, quanto mais se produz e veicula a informação/conhecimento sobre a infecção pelo HIV/aids, mais se amplia a possibilidade de ocorrer a familiarização do desconhecido e, no caso especial da representação do **medo**, era de se esperar que modificações nos processos de ancoragem e objetivação dessa RS contribuíssem para seu desaparecimento. Entretanto, não é o que vem ocorrendo, talvez em decorrência da desarticulação

entre o conhecimento do senso comum e do conhecimento científico, como bem refletem, no trecho abaixo, Leme, Bussab, Otta (1989, p.30):

toda representação tende a tornar familiar o não familiar. Na dinâmica da familiarização, os objetos e eventos são reconhecidos, compreendidos com base em encontros anteriores, em modelos. Aqui a memória predomina sobre a lógica, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo. [...]. Neste universo consensual, o veredicto precede o julgamento. A ciência segue um caminho inverso, principalmente no nível lógico: vai das premissas às conclusões. Isto parece ser tão ao arrepio do que fazemos espontaneamente que todo um aparato de lógica e de prova é recrutado para ir contra esta tendência de tornar o não-familiar, familiar. Muito pelo contrário, a ciência torna o familiar, não-familiar.

Torna-se necessário o combate à “epidemia do medo” que acompanha a epidemia do HIV/aids, ao tempo em que evidenciam a proliferação de uma “epidemia de significados” que, silenciosamente ou não, incidem no seu enfrentamento, por interferir tanto na prevenção, quanto no controle do agravo. Estas intervenções podem ocorrer através de novas posturas, pelo fortalecimento de comportamentos pré-existentes, ou ainda, pela elaboração de “novas representações sobre sexualidade, comportamento e transmissibilidade” (DISCACCIAT; VILAÇA, 2001; COELHO, 2006, p.14).

Uma das significações do **medo** é a percepção de que o HIV constitui uma ameaça à vida. Desta forma, a **morte** foi representada tanto no TALP quanto nas entrevistas.

Quando soube que tinha o vírus achei que ia morrer logo que não ia ver meu filho crescer, todo mundo acha isso, é a primeira coisa que a gente pensa. Depois os médicos conversaram comigo e falaram que tomando os remédios direitinhos eu ia viver muito tempo. No começo não acreditei muito, mas depois acabei conhecendo muita gente que tinha aids há mais tempo e que nem parecia, comecei a acreditar no que o médico falou (Informante 29, 1º grau incompleto, 41 anos, soropositiva há 11 anos).

De acordo com Gomes, Silva e Oliveira (2011), quando ocorre o diagnóstico de soropositividade ao HIV, é comum a elaboração de representação que relaciona diretamente a aids com a **morte**. Porém, com a assimilação de novas informações há uma tendência de que a representação de morte seja ressignificada pela representação de vida e de novas perspectivas de vida.

Algumas informantes ainda se referem à representação da **morte** como no início da epidemia quando ela, comumente, acontecia em pouco tempo. Pesquisas têm evidenciado que o diagnóstico de soropositividade ao HIV pode significar uma

decretação de morte precoce devido à ligação imaginária entre o binômio morte e aids (LABRONICI, 2007). Pesquisa realizada por Reis (2010) evidenciou que a noção de doença grave, letal e limitante constitui forte representação hegemônica entre pessoas que vivem com o HIV/aids. Assim,

ancoradas nas representações por elas elaboradas, essas mulheres não são capazes de incorporar aos seus saberes os avanços no que tange ao tratamento da AIDS, que, com os medicamentos e o suporte social, jurídico e psicológico conquistados ao longo da convivência com a doença, não sinalizam o imediatismo da morte (REIS, 2010, p.93).

Para as informantes, a convivência com o HIV/aids foi marcada, inicialmente, em sua maioria, pelo temor da **morte**. Contudo, com a participação em grupos de adesão, a recepção de informações disponibilizadas pela equipe de saúde durante as consultas e/ou através de materiais informativos têm contribuído para reelaboração de novas representações sobre a evolução da infecção. As ancoragens de novas representações têm permitido uma melhor expectativa em relação ao futuro.

Dentre as RS que se cristalizaram a partir do início da epidemia temos os sinais de emagrecimento, que aparece em várias pesquisas, interligando a infecção pelo HIV com adoecimento por aids, a exemplo das pesquisas realizadas por Torres *et al* (2010) e Galvão (2009). Observou-se no TALP que as informantes que tem entre 6 a 10 anos de diagnóstico para HIV/aids representaram o agravo como causador de **magreza**. Nas entrevistas, esta representação apresentou correspondência com as variáveis destacadas na AFC.

Já tinha ouvido dizer que quem tinha aids ficava bem magrelo e morria logo outra (Informante 33, 2º grau completo, 25 anos, soropositiva há 04 anos).

A magreza, quando a pessoa esta muito magra, com cara de doente, dá para desconfiar da aids. Antes, a televisão mostrava pessoas com aids tão magras, dava até para contar as costelas (Informante 12, 1º grau incompleto, 39 anos, soropositiva há 01 anos).

Esta é uma RS que necessita ser desconstruída porque nem todas as pessoas com perda ponderal vivem com o HIV/aids, assim como as que vivem com o HIV/aids podem se apresentar com um Índice de Massa Corpórea dentro da média desejável para uma vida saudável. Quando a aids surgiu, a mídia apresentava a imagem de pessoas com grande perda ponderal. Os sinais de caquexia eram

marcantes e impactaram o imaginário popular retratando a doença, até os dias atuais, a partir desta representação imagética. A associação entre **magreza** e aids, por muito tempo levava as pessoas a ficarem desconfiadas que a outra poderia ter a doença quando se apresentava muito magra. E, não é sem razão, que a figura de Cazuzza, da época em que ainda não se contava com as eficientes medicações que hoje são disponíveis, continua sendo lembrada.

Os sinais de **magreza** podem estar relacionados a inúmeras outras doenças ou até mesmo, a atual cultura de culto ao corpo esbelto, perfeito, no qual se associa beleza a baixo peso. Assim, muitas mulheres têm procurado se manter magras para serem consideradas bonitas. Por outro lado, com o surgimento da TARV a aparência física das pessoas que vivem com a aids se apresenta diferente daquela inicial. As grandes invenções e descobertas caracterizaram o século XX como uma época de importante desenvolvimento tecnológico. No entanto, por outro lado, o conhecimento científico foi desafiado pela aids, doença transmissível, **incurável**, capaz de ocasionar altos índices de morbidade e mortalidade, e que passou a ocupar forte valor simbólico no imaginário popular. O impacto do agravo repercutiu na elaboração de representações negativas (BASTA, 2006).

As representações que permeiam o imaginário das pessoas portadoras do HIV/aids trazem consigo a necessidade de observar o agravo em suas diversas interfaces. Nestas quatro décadas, a epidemia da infecção pelo HIV/aids teceu uma ampla rede de significações, algumas delas metafóricas, outras de sentimento de culpa pela contaminação, da vergonha de viver com o HIV/aids e de castigo, quando acreditam que a contaminação advém de um comportamento social inadequado.

Durante muito tempo, as metáforas foram consideradas como algo meramente figurativo que poderia descrever, inadequadamente, determinada experiência. Pesquisas recentes têm evidenciado que a metáfora pode ser uma forma de personificar uma experiência e que, através da linguagem metafórica as lacunas de comunicação existentes entre os profissionais de saúde e os pacientes poderiam ser minimizadas (LAWLEY; TOMPKINS, 2012). Para os autores, as metáforas podem se idiossincráticas, porém não aleatórias, porque são organizadas de tal forma que possibilitam a representação existente entre a mente e o corpo que a produziu.

Em função dessas representações, advindas do estigma e do preconceito, as pessoas com o HIV e a aids vivenciam emoções singulares permeadas de

sofrimento dentro de um contexto repleto de significados, dentre os quais: o medo do abandono, de ser julgado e de revelar sua identidade social, a culpa pelo adoecimento, a impotência, a fuga, a clandestinidade, a omissão, a exclusão e o suicídio, originados e construídos pelo real convívio com o social que reforça os hábitos e as expectativas e que estão profundamente enraizados numa sociedade preconceituosa (LABRONICI, 2007). Para Monteiro (2002, p.31),

as narrativas e metáforas criadas em torno da AIDS demonstram, mais uma vez, que uma epidemia é percebida como ameaçadora não apenas em função da sua dimensão epidemiológica, mas dos significados simbólicos construídos em torno da mesmas; isto é, das informações produzidas, interpretadas e legitimadas como verdades.

Nesta rede de significações da HIV/aids, a **preocupação** com o agravo foi uma RS que se destacou na AFC e nas entrevistas. A evocação da palavra **preocupação**, na maioria das vezes, corresponde a um sentimento negativo, um anseio frente à probabilidade de que algo não tenha o desfecho esperado. Em relação à aids, são muitos os motivos de preocupação que permeiam o cotidiano das pessoas que vivem com o HIV/aids.

Para Santos, França Júnior e Lopes (2007), com o aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com o HIV/aids, após utilização da TARV, a preocupação passou a ser em relação à qualidade de vida dessas pessoas por apresentarem maior dificuldade nas relações sociais do que as pessoas que vivem com outras patologias. Assim, o temor quanto à discriminação, já discutida anteriormente, representa um dos motivos de **preocupação** das pessoas que vivem com o HIV/aids. O medo de vir a contaminar alguém é outro aspecto que traz **preocupação** para as informantes, principalmente, quando existem dúvidas acerca das vias de transmissão do vírus e/ou quando existem cristalizações de falsas crenças, a exemplo de que o HIV pode ser transmitido através da picada de mosquito, do uso compartilhado de objetos de uso pessoal, do banho em piscinas, pela aproximação física, dentre outras (SALDANHA; ARAÚJO; SOUSA, 2009; SANTOS *et al*, 2009).

Identificou-se, ainda, uma **preocupação** em informar aos filhos e a outros parentes acerca da necessidade da implementação de ações preventivas, principalmente em relação ao uso do preservativo; resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada por Praça, Souza e Rodrigues (2010).

Interessante verificar como o conhecimento da soropositividade desperta **preocupação** em tentar sensibilizar outras pessoas para as práticas preventivas. Diante do exposto, pode-se salientar que, possivelmente, a vivência da soropositividade contribuiu para a conscientização da vulnerabilidade ao agravo e que a infectividade poderia ter sido evitada através do uso do preservativo.

A maioria das pessoas tem conhecimento de que o HIV se transmite através da relação sexual e que o preservativo pode contribuir para a prevenção, entretanto, não conseguem mudar o comportamento para adotá-lo em suas relações. Obviamente, porque existem diversos fatores que dificultam essa prática. Todavia, quando as pessoas percebem que poderiam ter evitado a contaminação com o uso da camisinha, despertam a necessidade de tentar sensibilizar outras pessoas, principalmente familiares e amigos para o risco que estão correndo.

Subcategoria 1.2: HIV/aids como uma doença maldita que afeta o “outro” e que representa o fim da vida

Salienta-se que as RS apreendidas através do TALP, para os estímulos indutores 1 e 2, quais sejam, respectivamente HIV e aids, também foram evidenciadas nas narrativas apresentadas abaixo, tais como: **vírus, tratamento, doença maldita e incurável, morte, magreza, cuidado e discriminação, prevenção, grupo de risco, infidelidade**. Nas falas das informantes 1 e 4, apresentadas a seguir, percebe-se que as informações mencionadas permitiram que seus conteúdos transitassem entre o conhecimento procedente do senso comum e o conhecimento científico.

Sobre a aids eu não sabia nada. Ouvia falar que era uma doença que botava risco de vida, que não tinha cura. Que a pessoa podia ter a tuberculose ou outras coisas. A aids não tem cura até agora a menos que a ciência descubra um tratamento (Informante 1, 1º grau incompleto, 55 anos, soropositiva há 11 anos).

Não tem cura não (aids). A pessoa doente fica fraca, muito fraca. O que eu sei não mudou nada não. O vírus fica se multiplicando, ficando mais no nosso corpo. Isso é muito ruim. Daí a gente tem que se tratar para sempre. O coquetel. Acho que o tratamento é para o resto da vida (Informante 4, 2º grau completo, 24 anos, soropositiva há 03 anos).

A infecção pelo HIV/ aids constitui agravo, até o momento de caráter incurável, e em franca expansão em todo o mundo. A representação da aids como

doença **incurável** condiz com os resultados de outras pesquisas sobre o assunto (PATRIOTA, 2005) e com o conhecimento científico visto que, até o momento, a ciência ainda não conseguiu encontrar a cura para a aids embora exista tratamento eficaz no sentido de inibir a replicação viral. Porém, a eficácia do tratamento irá depender, dentre outras coisas, da forma com que a pessoa irá aceitar o fato de viver com uma doença sem cura. Para Tomio (2006, p.27) quando se trata de patologia de caráter **incurável** “a progressão ou seu controle estarão relacionados ao sentido subjetivo que o sujeito dá para a doença. Uma maneira saudável de lidar com suas emoções define a sua relação com a doença e como vai enfrentá-la”.

No entanto, apesar da existência de tratamento paliativo, viver com uma doença **incurável** não é fácil porque requer a utilização de medicação por toda a vida. E, é preciso considerar que o uso da TARV não é tão simples, pois implica na necessidade de acompanhamento regular pela equipe de saúde, além da possibilidade da ocorrência de efeitos colaterais de intensidade e frequência variáveis, fatos que às vezes dificultam a adesão ao tratamento.

Frente ao diagnóstico de uma doença **incurável**, é comum que a pessoa reaja vinculando o agravo para outros grupos, ou seja, “Eu não”, “o meu grupo não”. Neste contexto, existe uma compreensão da aids como sendo uma doença estrangeira e/ou de grupos marginalizados, ou seja, uma doença que atinge outros grupos sociais. Esta forma geral de percepção pode corroborar para germinação do sentimento de invulnerabilidade, conseqüentemente, com a concepção de que determinados comportamentos e práticas não constituem meios de exposição à infecção (JOFFE, 1998).

A autora sustenta, apoiada no discurso de Moscovici, que o motivo da aids ser percebida como doença do outro, se deve ao fato de que o temor, frente ao desconhecido, implica na elaboração de representações sociais dos fenômenos que são novos, porque o que é estranho causa medo, por implicar em ameaça à vida cotidiana das pessoas. Assim, a trilogia entre a aids como doença mortal, contagiosa e **incurável** contribui para a segregação das pessoas acometidas, por sustentar pavores e medos comuns nestas situações (PAULILO, 1999). São várias as representações que incidem na percepção do HIV/ aids como um agravo do outro. Certamente, o fato da infecção/doença ser, até momento incurável e ser comum a vivências de situações de estigma e preconceito, sejam alguns dos fatores que, também, influenciam nesta compreensão.

A elaboração das RS acontece porque, comumente, os diversos grupos procuram elucidar os fatos vivenciados. Pesquisa realizada por Oltramari (2001), com profissionais do sexo, identificou que as mulheres que tinham relação estável acreditavam que a maior probabilidade de adquirir o HIV/aids seria maior para aquelas que não tinham parceria fixa. Por outro lado, as que não tinham parceiro fixo, possuíam representações opostas, ou seja, que o risco seria maior para as companheiras que em união estável porque existiria maior dificuldade em negociar o uso do preservativo. Nota-se que cada grupo de pertencimento percebia “o outro” como potencial risco de se infectar. Percebe-se, na fala da informante 1, a representação da aids associada à tuberculose como uma das doenças oportunistas cristalizadas no senso comum, a qual encontra respaldo nas publicações teóricas sobre a evolução da patologia. Nota-se que existe o entendimento, embora permeado de incertezas, quanto à possibilidade de que a tuberculose ou alguma outra doença poderá levar a um processo de adoecimento, interferindo no bem-estar e colocando a vida em risco.

A relação entre aids e **magreza**, muitas vezes representada como cadavérica, parece estar bastante fortalecida no imaginário popular. Nesta pesquisa, se evidenciou que as informantes correlacionavam caquexia com aids. Assim, chama atenção o referido por Moscovici (1978) quando refere que as RS, fixadas nas experiências compartilhadas entre os grupos, constituem maneiras de se pensar ou se conhecer especificamente as ligações das pessoas, seja entre si ou com o mundo.

O **tratamento** foi representado para este grupo estudado, como uma possibilidade de manutenção da vida, através do controle da multiplicação viral. Esta percepção também foi evidenciada em outras pesquisas, a exemplo do realizado por Torres e Camargo (2008). Diante destes pressupostos, discutir a importância do tratamento à luz da TRS possibilita apreender tanto o conhecimento teórico quanto o emergente da vivência social comum aos atores que integram o grupo de pertencimento ora pesquisado. Possivelmente, a apropriação desta informação se deva ao fato das informantes já estarem em uso da TARV. A introdução do uso da terapia ocorre a partir do aumento da carga viral (acima de 100 mil cópias), da quantificação das células CD4 e CD8 (inferior a 500 células) e/ou de quadro clínico (presença de doenças oportunistas) apresentado. Ressalta-se que nenhuma informante referiu à possibilidade de resistência viral ao uso dos medicamentos

disponíveis e, somente duas, evidenciaram representações acerca dos efeitos colaterais da terapia.

Em suas relações habituais, os sujeitos concretos apreendem e significam processos, de graus de complexidade variáveis, em relação aos agravos que podem ocasionar adoecimento, sofrimento e morte. No que diz respeito à aids, se encontram imbricados múltiplos fatores a exemplo da percepção de que a doença não possui cura, de que o tratamento não poderá ser interrompido, da importância do uso contínuo do preservativo nas relações sexuais para evitar contaminação do(a) parceiro(a) e de outras intercorrências que permeiam o cotidiano das pessoas que vivem com a infecção/doença. Algumas informantes evidenciaram a importância de se cuidar usando o preservativo.

*Da doença eu sabia pouco. Sabia do uso da camisinha porque a aids é uma doença sem cura. Então, temos que ter **cuidado**? (Informante 2, 2º grau completo, 34 anos, soropositiva há 04 anos).*

*Tinha ouvido falar que Cazuza morreu disso, mas não sabia o que era. A gente tem que ter **cuidado**, botar a camisinha para não pegar aids e para não passar para os outros. Tem que ter pouco parceiro, ir no médico nos dias certos, não beber e tomar os remédios certinho também (Informante 6, 1º grau incompleto, 53 anos, soropositiva há 14 anos).*

Da aids eu não sabia nada. Já tinha ouvido falar de como não pegar outras doenças da rua, mas não da aids. No meu caso era difícil evitar porque eu peguei do meu marido. Ninguém usa camisinha com o marido. Como eu ia adivinhar que isso podia acontecer? (Informante 19, 2º grau incompleto, 47 anos, soropositiva há 12 anos).

Para as informantes desta pesquisa, a representação da aids, segundo o modelo biologicista, remete a uma doença grave, que pode causar a morte e que carece de medidas de prevenção, no caso, o uso do preservativo.

O **cuidado**, que possui uma dimensão ontológica é essencial à constituição humana, sendo um determinante da sua prática. Em latim **cuidado** significa cura, que era escrita coera (ação de cuidado, de preocupação, inquietação ou desvelo para com alguém que a pessoa goste). Nesta dimensão, o cuidado é colocado em prática quando a existência de uma pessoa tem significância para a outra (BOFF, 2005). A compreensão do cuidado, enfatizado por Boff, guarda aproximação com o *slogan* utilizado pelo MS “Quem ama se cuida”. No entanto, se sabe que somente a realização de campanhas informativas não terá impacto na minimização dos problemas, pois é preciso que haja, concomitantemente, estratégias capazes de

contribuir para a sensibilização das pessoas quanto à necessidade de mudança comportamental, da implementação de medidas que tenham impacto no cuidar de si.

No que se refere à aids, o cuidado guarda intrínseca relação com a prevenção que, por sua vez, está relacionada com o uso da camisinha e o acesso à informação. As campanhas educativas, realizadas pelo MS, têm procurado sensibilizar a população quanto à importância do uso do preservativo, a exemplo do que ocorreu no carnaval de 2013, no qual foi utilizado o *slogan* "A vida é melhor sem aids. Proteja-se, use sempre camisinha".

Porém, apesar destas medidas, nota-se que na prática, embora algumas mulheres reconheçam ser importante o uso da camisinha para a prevenção da infecção, nem sempre seguem esta recomendação. Uma das explicações para a não adesão ao uso do artefato, durante o ato sexual, se deve à dificuldade da negociação com o parceiro em detrimento de prevalecer o cuidar de si. Há de considerar, ainda, que a partir da história natural da aids as mulheres passaram a se perceber invulneráveis, ampliando a resistência ao uso da camisinha, em decorrência da percepção do agravo como algo distante, ou seja, a aids como doença do outro, sendo este outro um usuário de drogas, um homem que faz sexo com outro homem ou pessoas de comportamento inseguro (SILVA, 2006; PAIVA, 2000).

Rodrigues *et al* (2012) chamam atenção para o fato que

a representação social da AIDS como *doença do outro* determina distanciamento de pessoas e/ou grupos populacionais para condutas que possibilitam à prevenção da doença, dentre elas a prática de sexo seguro. A associação da AIDS ao enfoque de grupo de risco, influenciada por campanhas educativas que enfatizam os comportamentos sexuais na susceptibilidade ao HIV, determina que as pessoas, de forma geral, se definam como isentas da possibilidade de adquirir a doença, comprometendo, conseqüentemente, a adoção de ações de prevenção.

Outra faceta da representação sobre prevenção da aids, em mulheres, foi desnudar que o fato de estar em união estável pode inviabilizar a percepção da vulnerabilidade à infecção do HIV, o que tem sido ratificado por pesquisas que têm demonstrado que a noção de fidelidade dificulta a negociação do preservativo, principalmente, quando existe relação amorosa entre o casal. Nestes casos, a solicitação do uso do preservativo pode ser interpretada como desconfiança (OLTRAMARI, 2007). Conhecer estas RS é fundamental por sua contribuição na

compreensão da realidade, no entendimento das práticas sociais, no esclarecimento de como se dá a tomada de decisões e na definição da identidade grupal (ABRIC, 2001).

Convém compreender a visão de mundo, que os diferentes grupos sociais possuem, por se entender que esta percepção poderá influenciar na elaboração das RS e, conseqüentemente, nas condutas com enfoque preventivo ou em comportamentos que aumentem a susceptibilidade das pessoas ao agravo. A expansão dos casos da infecção pelo HIV/aids entre mulheres em união estável possui na relações de gênero, um significativo fator que predispõe a susceptibilidade do grupo. As relações de gênero, que são determinadas por questões sociais, econômicas, culturais e históricas, dentre outras, determinam as desigualdades que refletem no empoderamento de mulheres e homens em nossa sociedade atual, onde ainda predomina o patriarcado.

Na década de 70, por influência do movimento feminista, o conceito de gênero sofreu reformulação passando a evidenciar diferenças entre as dimensões biológicas e sociais e a forma como o ser mulher ou o ser homem é construído culturalmente em cada sociedade. Desta maneira, evidencia-se que o ser mulher ou ser homem, em uma determinada sociedade, é consequência da realidade social e não das determinações anatômicas. Nesta perspectiva, há de se considerar a indigência de múltiplos olhares em relação às vulnerabilidades de ambos os sexos, não somente para com o HIV/aids mas, também, para outros agravos. Assim, este conceito torna-se oportuno para a articulação entre vulnerabilidade feminina ao agravo e as dimensões sociais, de justiça, de ética, dentre outras que podem repercutir em danos às pessoas expostas aos riscos.

Em outra dimensão, a constatação da infecção por um vírus que pode causar adoecimento e morte cooperou para a elaboração da representação do cuidado, no sentido de cuidar de si, para uma melhor qualidade e expectativa de vida. O cuidado, também foi representado em outras pesquisas realizadas sobre a temática, a exemplo do realizado por Rodrigues *et al* (2012) e Saldanha, Félix e Araújo (2008). Estas representações sobre o cuidado em relação à aids são importantes porque, para além de conferirem significado à patologia, orientam condutas que poderão reforçar a autonomia para o autocuidado (HERZLICH, 2005). Esta visão pluralista transcende a ingênua percepção de que o foco do tratamento esteja voltado somente para o uso da TARV.

Outro aspecto que despertou atenção foi a evocação da expressão “**grupos de risco**”, que denota a persistência de uma representação elaborada no início da epidemia, quando a concentração dos casos se dava entre pessoas que pertenciam aos agrupamentos considerados de “risco” para a infecção. Pesquisa realizada por Gomes, Silva e Oliveira (2011), destaca predomínio da noção de “grupos de risco”, mesmo após a introdução do conceito de vulnerabilidade.

Há alguns anos, o conceito socialmente elaborado da expressão “grupos de risco”, oriundo do conhecimento do senso comum era esperado. Com a utilização do conceito de vulnerabilidade, emergido do conhecimento reificado e as informações que evidenciam as mudança de perfil das pessoas que vivem com o HIV/aids, esperava-se que este tipo de representação já estivesse sido ressignificada.

Vale refletir sobre a importância da comunicação na elaboração das RS, assim como quanto à forma, como as RS se disseminam através da comunicação. Neste sentido, corrobora-se com Moscovici (2003, p. 371) quando, ao se referir à comunicação e à representação, salienta que “uma condiciona a outra, porque nós não podemos comunicar sem que partilhemos determinadas representações e uma representação é compartilhada e entra na nossa herança social quando ela se torna um objeto de interesse e de comunicação”. Por outro lado, é fato que a difusão, a divulgação e a propagação de uma comunicação possam influenciar o sistema de comunicação. “A difusão é relacionada com a formação das opiniões; a propagação com a formação das atitudes e a propaganda com a dos estereótipos” (JODELET, 2001, p.30).

Esta construção simbólica interfere nas ações de prevenção da infecção, pois quem não pertence a estes grupos acredita estar protegido da possibilidade de se infectar com o HIV. A impregnação desta representação implica na percepção do agravo como algo distante, algo direcionado para pessoas e/ou grupos que são considerados diferentes, por exercerem comportamentos distintos. Estas representações objetivavam a representação da aids como doença do outro, ou seja, a aids relacionada a nações estrangeiras e a grupos marginalizados. O novo acontecimento, ao circular, foi “objetivado não apenas na imagem de praga, mas em uma praga que se abatia apenas sobre identidades marginais: homossexuais, africanos, haitianos, drogados, prostitutas” (JOFFE, 1998, p. 298; OLTRAMARI, 2004).

No intuito de compreender e explicar a disseminação da infecção para outros grupos onde qualquer pessoa, independentemente de possuir comportamento de risco pode se infectar surgiu o conceito de vulnerabilidade. A vulnerabilidade representa medidas e naturezas variantes em relação à susceptibilidade de pessoas ou da sociedade para a infecção, para a enfermidade ou para a morte em decorrência de aids de acordo com peculiaridades advindas dos aspectos sociais, individuais e/ou programáticos (AYRES, 1997).

Para Alves-Mazzotti (2008, p.21)

nas sociedades modernas, somos diariamente confrontados com uma grande massa de informações. As novas questões e os eventos que surgem no horizonte social frequentemente exigem, por nos afetarem de alguma maneira, que busquemos compreendê-los, aproximando-os daquilo que já conhecemos, usando palavras que fazem parte de nosso repertório. Nas conversações diárias, em casa, no trabalho, com os amigos, somos instados a nos manifestar sobre eles procurando explicações, fazendo julgamentos e tomando posições. Estas interações sociais vão criando “universos consensuais” no âmbito dos quais as novas representações vão sendo produzidas e comunicadas, passando a fazer parte desse universo não mais como simples opiniões, mas como verdadeiras “teorias” do senso comum, construções esquemáticas que visam dar conta da complexidade do objeto, facilitar a comunicação e orientar condutas.

A objetivação dessa RS suscita uma maior vulnerabilidade de pessoas não pertencentes aos grupos vulneráveis. A representação de “**grupo de risco**”, emergida no início da epidemia, tem se mostrado como RS hegemônica na construção histórica e social da epidemia pelo HIV/aids, entrelaçando representações do passado e do presente. A vinculação entre aids e prática homossexual ainda permeia o cotidiano das pessoas, apesar dos dados epidemiológicos e da construção biomédica demonstrar que o perfil das pessoas que vivem com o agravo ter apresentado alterações (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALD, 2005). A noção de **grupo de risco** se mantém, provavelmente porque as informações difundidas não modificam, imediatamente, as RS que são compartilhadas por um determinado agrupamento de pessoas (AVI, 2000).

Dados do MS tem evidenciado aumento nas notificações de casos de aids entre os heterossexuais e diminuição entre os homo/bissexuais (BRASIL, 2012a). A inversão desta pirâmide epidemiológica provavelmente se deu pelo reconhecimento entre os HSH de sua vulnerabilidade e a adoção de medidas preventivas, a exemplo do uso do preservativo. Situação inversa ocorreu com as pessoas de prática

heterossexual. Uma das informantes falou a respeito da prevenção, referindo-se de forma diversa das demais quando disse:

Tinha pouca informação. Tem que se prevenir não é? É preciso dar conselho para os filhos. As meninas de hoje não aguentam ver um homem bonito que correm para cima e estão todos empesteados. Eu falo para minha filha tomar cuidado com os homens bonitos que tem mais risco de pegar aids. As pessoas feias quem quer? Ninguém quer pegar então o risco é menor (Informante 24, 1º grau incompleto, 46 anos, soropositiva há 12 anos).

O imaginário permeia o cotidiano das pessoas, contribuindo para a compreensão de uma dada realidade. Para Arruda (2007, p. 114), “o imaginário é um fenômeno coletivo, com fortes componentes psicossociais, ainda, não explorados de forma sistemática”. A autora discorre, também, sobre a relação entre o imaginário e o saber, ressaltando que este não se fundamenta apenas na razão, sendo o pensamento abstrato capaz de simbolizar o que não está apresentado de forma clara para a percepção das pessoas em geral.

A imaginação, que se encontra conectada ao plano figurativo da fantasia, constitui uma das funções cognitivas do viver humano. O imaginário social pode se apresentar, dentre outras coisas, através de mitos, rituais e simbologias. Deve-se considerar que “o trabalho de apropriação dos símbolos e configuração do imaginário a partir de um objetivo específico em função de interesses de determinados grupos sociais permite falar em “poder simbólico”. Analisar o imaginário ou o sistema simbólico pressupõe que sejam apreciadas suas formas de elaboração e reprodução, ou seja, “os sistemas sociais no qual estão inseridos e sua função social”. Não considerando isto, “a análise pode assumir uma função ideológica, no mínimo, da neutralidade do intelectual e de suas produções” (SERBENA, 2003, p. 5-6).

Discutir a amplitude do conceito que envolve o imaginário é uma atividade complexa. Segundo Castanha, Lacerda e Zagonel (2005, p. 96)

o mundo do homem não é um mundo de fatos, é um mundo imaginário: a razão, a linguagem lógica e conceitual, a ciência, a arte, a religião e os sentimentos são dimensões imaginárias. Não há contraposição entre o real e o imaginário, porque o real é construído socialmente. O real, portanto, é a interpretação que os homens atribuem à realidade, por meio das incessantes trocas entre as objetivações e as subjetivações que se fazem constantemente. Por conta disso, o ser humano experimenta dois mundos:

aquele em que vive diariamente, controlado, e o que lhe permite o imaginário, o sonho acordado.

Então, se há um pensamento de que “pessoas bonitas” são mais vulneráveis, infere-se que, quando estiver se relacionando com alguém que considera feio(a) a pessoa irá se sentir segura. Deve-se ponderar que o “ser bonito” seja um conceito subjetivo, porque o padrão de beleza varia de pessoa a pessoa. No entanto, é fato que o conhecimento proveniente do senso comum pode impulsionar comportamentos de vários grupos. Assim, um conceito, inicialmente desconhecido pelo grupo, poderá ser acomodado no universo simbólico tornando o estranho, algo familiar, através da ancoragem do pré-existente neste universo (CARVALHO, 2002).

Algumas falas evidenciaram a existência de falsas crenças sobre o HIV/aids.

Eu ouço falar que é coisa de gay, de mulheres da vida (profissionais do sexo), que era arriscado pegar quando doava sangue. A gente sabe pouco dessas coisas. Quando falaram que Cazuzza e Lauro Corona, se não me engano, morreu com aids eu pensava que pegava nos artistas. Tem também a Sandra Bréia, parece que ela morreu de aids, foi? Tem hora que eu acho que mesmo quem não tem cara de doente pode botar a aids. Aqui (SAE) já conheci um tanto de gente empesteadada. Cada um com uma história. Outro dia uma mulher disse só tinha o marido dela, os dois eram da igreja de crente fazia tempo. Daí o marido ficou doente, muito tempo doente e os médicos não descobriam o que era. Só depois de muito tempo viram que era aids e aí foi tarde, ele acabou morrendo. Daí mandaram ela fazer o exame e deu. É o fim dos tempos, essa maldição esta em todo lugar para acabar com o sossego da gente (Informante 32, 1º grau incompleto, 35 anos, soropositiva há 13 anos).

A doença causa discriminação, as pessoas pegam porque não usam camisinha. A mulher grávida pode passar para o filho por causa do de mamar. Já escutei o povo falar de uma vacina, é verdade? Sei pouco moça. Há, ia me esquecendo do beijo na boca e de beber água no mesmo copo. Em casa eu tenho um copo separado (Informante 35, 1º grau incompleto, 29 anos, soropositiva há 02 anos).

Considerando que a informante vive com o HIV há mais de uma década, esperava-se que a propagação e a difusão das informações já tivessem sido objetivadas através de ações de educação em saúde, das informações difundidas pelos profissionais de saúde e a partir da própria vivência em relação à soropositividade. As falsas crenças podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade das pessoas ao HIV interferindo nas ações de caráter preventivo porque os seres humanos tendem a fazer escolhas a partir daquilo que acreditam. Assim, corroboramos com Lescura e Mamede (1990) *apud* Neves (2005, p. 40) quando referem que

para apreensão do significado de comportamento preventivo, é necessário entender uma ampla variedade de ações preventivas que demonstre como elas estão inter-relacionadas. Quando o comportamento refere-se de maneira moderada e não totalmente à saúde, a alteração pode estar voltada para a variável crença sobre a doença. A crença pode variar de pessoa para pessoa, apresentar-se diferente em uma outra pessoa, de doença para doença, mas o importante é tentar identificar que fatores estão concorrendo para essa diversificação de ações em saúde. Embora a tomada de ação preventiva seja um ato voluntário, nota-se que as pessoas são motivadas por sua própria decisão; então, como a motivação é individual, a tomada de decisão em saúde está baseada na crença individual, isto é, no grau de percepção e motivação que a pessoa tem sobre uma determinada realidade.

Neste contexto, faz-se necessário desmistificar estas e outras crenças infundadas que interferem, negativamente, nas ações de prevenção do agravo. Há possibilidade de que estas representações sejam transmitidas para outras pessoas e, assim, este entendimento sem fundamentação científica seja disseminado no imaginário popular deve ser ponderado.

A infecção pelo HIV/aids, desde seus primórdios, levou a elaboração de diversas representações simbólicas e metafóricas. Uma destas representações foi a percepção do agravo como uma **doença maldita**. A construção destas representações, elaboradas pelas informantes a respeito da aids, possui aproximação com as representações da ocorrência de epidemias que aconteceram no passado, denominadas pestes ou **doenças malditas**. Estas doenças, na época, ocorriam devido às precárias condições sanitárias existentes nas cidades e, do desconhecimento das causas das doenças infectocontagiosas. Estes agravos dizimaram inúmeras populações, prejudicando o crescimento demográfico e interferindo no curso da historicidade das localidades onde as mesmas ocorreram (REZENDE, 2009).

A epidemia da aids, ancorada como **doença maldita**, pode trazer angústia e se incorpora no imaginário, da mesma forma sombria com que eram ancoradas as epidemias do passado. Para outros, poderá ser representada através de uma relação com condutas sexuais não aceitas socialmente. Desta forma, poderá haver uma forte aproximação entre RS e alteridade, projetando-se para outra pessoa/grupo aquilo que se deseja afastar de si própria (ARRUDA, 2007).

A variedade de conceitos ancorados em relação à realidade social da aids, algumas vezes, vai de encontro ao evidenciado pelo consenso científico. Neste contexto, Woodward (2000, p.17) refere que “a representação inclui as práticas de significação e os sistemas simbólicos por meio dos quais os significados são

produzidos, posicionando-nos como sujeito”. Metaforicamente percebe-se que, às vezes, a aids é tida como uma doença cruel que leva a variados desarranjos nos planos individual e social.

Em relação a esta percepção as informantes relataram que:

*É uma maldição que ninguém sabe de onde veio, uma doença maldita que arrasa com quem tem ela, para mim não existe doença pior que essa (Informante 19, 2º grau incompleto, 47 anos, soropositiva há 12 anos).
É triste saber que tem essa doença maldita no sangue, que afugenta os amigos, todo mundo tem medo (Informante 07, 2º grau completo, 46 anos, soropositiva há 13 anos).*

Diante do exposto, Sêga (2000, p. 130) evidencia que

a “familiarização do estranho”, junto a ancoragem, faz com que prevaleçam os meios de pensamentos antigos, arrumando os já conhecidos. Essa categoria de pensamento caracteriza-se pela memória e pela predominância de posições estabelecidas, aciona mecanismos gerais como classificação, categorização e precedimentos de explicação que obedecem a uma lógica específica. [...] O sistema de representação fornece os meios, as balizas pelas quais a ancoragem vai classificar no familiar e explica de uma maneira familiar.

Esta representação também pode estar associada ao fato de que, no início da epidemia, a aids ter sido chamada de “peste gay” ou “câncer gay”. Na ocasião os HSH representavam a maior parte das pessoas contaminadas. Para alguns religiosos, a aids constituía castigo que recaiu sobre os homens que tinham prática homossexual, considerada como um comportamento desviante ao aceitável pela sociedade em geral.

Estas evocações nos fazem refletir sobre a forma aprofundada de como as RS são cristalizadas, pois apesar da mudança no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/aids (atualmente os heterossexuais representam a maioria das pessoas infectadas), ainda persistem representações do início da epidemia. Neste contexto de subjetividade, a infecção pelo HIV/aids foi representada, em uma dimensão afetiva, de valor simbólico, pela evocação da palavra **tristeza**. Este sentimento, como RS de pessoas que vivem com o HIV/aids, tem sido identificado em outras pesquisas (MARQUES; OLIVEIRA; GOMES, 2004; SOUZA JÚNIOR, 2009).

As emoções constituem fenômenos de considerável complexidade por ser um processo que abrange todo o organismo, podendo ser classificadas em simples ou complexas, dependendo da capacidade de poder, ou não, ser reconhecida

através de expressões faciais. A **tristeza**, exemplo de emoção simples, constitui um dos sentimentos “associado a todo o universo psicológico de significações semânticas” onde o ser humano demonstra desânimo ou até mesmo frustração perante uma coisa ou alguém. Este é um sentimento negativo que pode ocasionar reações de ordem física ou emocional como choro, anorexia, insônia, depressão e arrependimento, dentre outras, por estar associado à perda de algo valioso. Quando a pessoa toma consciência de que poderia ter feito algo para evitar o dano, poderá haver potencialização deste sentimento, o qual é expresso, com frequência, pelas pessoas que vivem com o HIV/aids (ROAZZI *et al*, 2011; BARROS; COUTINHO, 2005, p.56).

Pesquisa realizada por Souza Júnior (2009), com pessoas que vivem com a aids em uso de TARV, identificou que 33% das informantes relataram sentimentos de **tristeza** ou de depressão, em grau que variava de intenso a muito intenso. As informantes desta pesquisa também representaram suas tristezas quando participaram das entrevistas.

Essa doença deixa a gente muito triste sem vontade de viver (Informante 35, 1º grau incompleto, 29 anos, soropositiva há 02 anos).

Agora não adianta pensar tanto porque só faz aumentar mais essa tristeza danada. Essa doença maldita faz a gente perder toda a alegria de viver (Informante 40, 1º grau incompleto, 31 anos, soropositiva há 07 anos).

A aids traz consigo significados que podem se apresentar no plano simbólico ou no concreto e que podem ser expressos em várias dimensões. Viver com aids é um desafio que necessita ser superado a cada dia. A aids não pode ser representada como o fim. É preciso que as pessoas encontrem novas formas de representar os constantes desafios para poder entender que é possível ter uma vida normal, mesmo na condição de uma pessoa que vive com o HIV/aids. Este entendimento é imprescindível para o sucesso do tratamento e uma melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com o agravo.

Frente à complexidade que circunda a vida das pessoas que vivem com o HIV/aids, tem-se que, ao cuidar, o profissional necessitará ter um olhar direcionado para além dos aspectos da clínica, um olhar que considere a variada rede de significações possíveis de exercerem influência direta no prognóstico. Há de se

considerar a relevância da desconstrução destas representações negativas para um melhor enfrentamento e qualidade de vida destas mulheres.

CATEGORIA II: REPERCUSSÕES DA DISCRIMINAÇÃO SOCIAL NO COTIDIANO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM O HIV/AIDS

O diagnóstico de soropositividade ao HIV é feito através de exame sorológico. A positividade do teste ocorre após o término da janela imunológica que possui duração média de 30 a 60 dias, após a infecção pelo HIV. O recebimento de um resultado positivo implica no despertar de reações diversas de sofrimento, de intensidade e duração variáveis. Neste contexto, a forma como a informação foi revelada será relevante para minimizar o impacto deste momento, bem como os sentimentos advindos posteriormente.

A comunicação da soropositividade ao HIV/aids constitui um processo complexo, que inicia na coleta do material, passando pela espera do resultado, a notificação do diagnóstico e o período que segue após o diagnóstico. Todo este período é altamente estressante, devendo ser considerado em conjunto com a temporalidade sócio-histórica em que ocorreu e das diversas etapas de manejo das patologias classificadas como crônicas (RABUSKE, 2009).

A revelação de uma patologia grave implica em “impacto significativo após sua revelação. Além de colocar em cena a angústia em relação ao prognóstico e o medo da morte, vem abalar sua ilusão de perfeição e imortalidade”. Há de se ponderar ainda que “a comunicação de que será preciso pedir o exame já é capaz de produzir angústia antes mesmo do conhecimento de seu resultado” (BORGES, 2009, p.35-37).

Nesta pesquisa, as informantes revelaram o despertar de sentimentos negativos diversos, no momento do diagnóstico, a exemplo de surpresa, raiva, desespero, negação e medo, dentre outros. Tais sentimentos emergem porque “quando as pessoas vivenciam situações de ameaça a sua integridade física ou emocional, costumam ficar fragilizadas e, às vezes, não se sentem capazes de resolver solitariamente seus conflitos” (BRASIL, s/d, p.5). A apreensão dessas RS poderá contribuir para uma melhor compreensão das necessidades de apoio emocional às pessoas que vivem com o HIV/aids, pois um maior empoderamento para o enfrentamento da doença depende da desmistificação da imagem negativa

que o agravo possui no imaginário popular. As informantes expressaram o quão impactante foi o momento da descoberta de ser HIV positiva.

Eu fui pega se surpresa quando soube que estava com aids. Não gosto de falar sobre essa doença maldita não. Quando saio daqui (centro de referência) esqueço que tenho essa doença. Lá fora não fico pensando senão enlouqueço (Informante 27, 3º grau incompleto, 39 anos, soropositiva há 11 anos).

Ah, moça (pausa). A senhora não faz idéia do que é ter essa doença (pausa). Era melhor ter morrido antes de saber. Se eu não tivesse a minha filha (pausa), nem sei. Eu faço de tudo para tirar do juízo que tenho. Rezo muito, muito mesmo para não perder o juízo (Informante 1, 1º grau incompleto, 55 anos, soropositiva há 11 anos).

Nota-se, nestes discursos, que o conhecimento do diagnóstico constitui momento de grande conflito. Isso provocou um choque emocional tão intenso que culminou no desenvolvimento de uma reação caracterizada pelo sentimento de negação. Pesquisa realizada por Rabuske (2009) também evidenciou que as pessoas que vivem com o HIV/aids utilizam a negação como uma estratégia de defesa para o enfrentamento da nova realidade.

Porém, do ponto de vista da psicanálise, aceitar a realidade poderia ser um auxílio para adquirir atitudes de enfrentamento. Então, por que a pessoa nega sua condição? Isto acontece porque a aids representa a morte do sujeito, de parte deste e/ou de seus objetivos, constituindo uma perda, de grande amplitude, da qual a pessoa não poderá se ver livre. Desta forma, o que é negado pela realidade é restituído pelo imaginário. Assim, a representação da negação implica em distanciamento de suas perdas, “é como se nada estivesse acontecendo” (FERREIRA, 1994, p. 60).

Segundo Moreira, Mesquita e Melo (2010, p. 154),

A fase da negação é usada por quase todos os pacientes ou nas primeiras fases da doença ou logo após a sua constatação. Não acreditam que o que está ocorrendo realmente seja verdade. ("Não, eu não, não pode ser verdade"). Este mecanismo funciona como um "pára-choque", quando se recebe notícias inesperadas e chocantes, sendo geralmente temporária e, algumas vezes, é substituída por uma aceitação parcial.

Aguiar e Simões-Barbosa (2006) realizaram uma pesquisa, no qual as informantes entrevistadas também representaram o quão dramático e impactante é a notificação de um diagnóstico para o HIV/aids. Segundo os autores, após esta

revelação as entrevistadas passaram a viver com uma espécie de cicatriz que as rotulava como sendo distintas das demais, o que lhes atribuía uma sentença de adoecimento em potencial, ainda que assintomáticas.

Estas representações evidenciam como o agravo é compreendido no contexto da subjetividade, sendo percebido com significações distintas para cada informante. Uma explicação plausível para esta ocorrência é o fato das RS serem oriundas de figurações, imagens ou ainda de expressões do dia a dia, segundo as quais são atribuídas significações capazes de moldar atitudes e comportamentos (MOSCOVICI, 1978). A apreensão com as consequências da vivência com o HIV/aids pode implicar no surgimento de um sentido específico para a palavra cuidado. As informantes passam a entender que, diante de uma condição crônica como a aids, que não pode ser curada, existe algo ao seu alcance que ainda pode ser feito.

Neste sentido, vale ressaltar que

a multiplicidade de fatores individuais que interagem com os mecanismos mediante os quais a doença se instala e progride num organismo é de tal ordem de complexidade, que jamais existirão dois casos iguais nem duas pessoas que respondam de forma idêntica ao mesmo tratamento (VARELLA, 2004, p. 132).

Tendo em vista a complexidade e a dimensão da subjetividade na convivência com o HIV, assim como o trauma que acompanha o momento da descoberta do diagnóstico, o aconselhamento pré e pós-teste para detecção do HIV torna-se fundamental. O aconselhamento ajuda a pessoa a suportar os problemas de ordem emocional, advindos da sua condição de saúde, fornecendo informações sobre a patologia, dando coragem para que o indivíduo expresse suas dúvidas e temores, proporcionando condições para a identificação do risco e contribuindo para a tomada de decisões adequadas, de modo a obter uma melhor qualidade de vida (BITTENCOURT, 2004).

O aconselhamento consiste em um bate-papo “baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados à DST/HIV/aids” (BRASIL, 2004c, p.7). O apoio social é referido como agente catalisador da minimização do sofrimento psíquico, na diminuição de sintomatologia associada a alterações psiquiátricas, a menor incidência de quadro

de ansiedade, de depressão e, conseqüentemente, contribuindo para melhor enfrentamento da infecção/doença (CARVALHO, 2007).

Silveira (2008) contribui com o exposto, referindo que a dor e o sofrimento intenso, frente ao diagnóstico, levam a pessoa a não querer crer no que ouviu. Esta negativa pode constituir-se em papel adaptativo, às vezes, imprescindível, para que o indivíduo possa restabelecer a rotina do seu cotidiano. Contudo, a manutenção dessa percepção poderá ser maléfica porque, neste enfoque, a pessoa poderá acreditar que tudo está bem e que, portanto, inexistente a necessidade de se cuidar.

Na esfera psicoafetiva da convivência com o HIV/aids, o **desespero** também foi representado pelas informantes desta pesquisa. Esta representação foi descrita em várias pesquisas sobre a temática, a exemplo dos realizados por Thiengo, Oliveira e Rodrigues (2005); Castanha *et al* (2006) e Souza (2008).

O conhecimento da sua condição, como portador(a) do HIV, infecção/doença incurável, permeada de representações cotidianas de estigma e preconceito influencia, não apenas no biológico, mas principalmente, no psíquico das pessoas que vivem com o agravo, deixando-as fragilizadas psicologicamente. A percepção quanto às mudanças significativas na maneira de viver contribuiu para que sentimentos variados, dentre estes, o **desespero**, se faça presente no momento da revelação diagnóstica (WAIDMAN; BESSA; SILVA, 2011, THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005). O sentimento de **desespero** foi evidenciado nas falas das participantes, conforme trechos abaixo

Quando fiquei doente (pneumonia, diarreia, perda de peso e fraqueza) fui para o hospital, levei mais de três meses internada. Fizeram todo tipo de exame e nada. Depois fizeram o da aids. Fiquei assombrada, quando o resultado chegou quase morri. Foi um desespero que só, não sabia o que fazer. Essa doença é maldita, pior que o câncer. Pensei em me matar. Naquele tempo eu não era crente, ia pouco a igreja. [...]. Só não me matei porque ficava pensando, quem ia cuidar dos meus filhos. Os meninos não iam ter ninguém para cuidar deles. Um dia assisti a um programa na televisão falando dos milagres que a igreja fazia. Fui lá e orei, orei muito, sabe? Foi bom, me senti melhor, agora sou outra pessoa. A fé pode curar. Fiz exame mês passado e a médica disse que deu vírus sem contagem. Isso é bom, não é? (Informante 48, 2º grau completo, 49 anos, soropositiva há 11 anos).

Quando recebi o resultado positivo fiquei desesperada. Chorei muito, muito mesmo. Foi um desespero total, não gosto nem de lembrar. Com o tempo a gente vai aprendendo a viver com isso. É preciso ter fé, muita fé para não ficar doida de tanto pensar (Informante 50, 1º grau incompleto, 35 anos, soropositiva há 06 anos).

Eu não pensava que fosse pegar aids um dia, nunca me passou isso pela cabeça. Só saía com pessoas que eu conhecia, pensava que não tinha perigo. Tomava comprimido para não pegar embucha (engravidar). No pré-natal, a médica pediu os exames. Eu fiz tudo, mas nunca passou pela minha cabeça que um dos exames era para aids. Quando fui levar o resultado e o médico contou que eu tinha aids, desesperei ... Nem quero lembrar daquela hora (Informante 46, 2º grau completo, 25 anos, soropositiva há 02 anos).

Estas falas são relevantes por que o desequilíbrio emocional interfere, diretamente, na qualidade de vida, incidindo em um movimento cíclico cuja desesperança possa tornar a pessoa uma possível suicida (WAIDMAN; BESSA; SILVA, 2011). Os dados apontam que frente ao diagnóstico de soropositividade ao HIV as informantes ficaram desesperadas por não possuírem informações adequadas em relação à evolução do agravo e, esta insegurança, gerou expectativas negativas que se manifestaram através do **desespero**.

A atitude preconceituosa que recai sobre as pessoas que vivem com o HIV/aids desencadeiam vários conflitos, por implicar na necessidade de incorporar uma nova identidade social. Neste sentido, é comum a identificação de que o diagnóstico de soropositividade ao HIV tem impacto negativo para as pessoas que estão nesta condição. Na maioria dos casos, sabe-se ser comum a manifestação de **desespero** frente ao acontecimento irrevogável, impactante, entendido, na maioria das vezes, como o fim da vida. Durante o trajeto da doença estas representações poderão ou não ser substituídas, a depender de novas ancoragens e objetivações que possam emergir.

Shinyashiki (2009) ratifica o exposto, referindo que o **desespero** aparece porque existe o temor de que não exista solução para o problema vivenciado e por conta das incertezas frente à evolução da infecção/doença. Nestes casos, a falta de esperança poderá dar lugar à exacerbação do **medo**, o qual impede a pessoa de pensar em possíveis formas de contornar a situação.

O momento da revelação do diagnóstico de soropositividade para o HIV/aids é crítico, pois envolve a comunicação de uma infecção/doença que, além de ser incurável e estigmatizante, irá requerer mudanças significativas no estilo de vida. Assim, o manejo adequado da informação poderá trazer contribuições para uma melhor aceitação do diagnóstico amedrontador. Neste momento, é importante que o foco da atenção esteja direcionado para as necessidades emocionais que irão aflorar.

O momento do diagnóstico foi revelado como algo doloroso. A maioria das informantes destacou a falta de apoio por parte dos profissionais responsáveis pela comunicação.

Dois médicos me deram o resultado do exame. Parecia que o mundo tinha caído nas minhas costas. Fiquei desesperada, sem saber o que fazer, tinha medo de morrer logo. Eu estava com um problema no útero (HPV). Um médico conversou comigo e o outro ficou lá, em pé só me olhando de rabo de olho sem falar nada. Saí da sala chorando, desesperada. Daí apareceu uma enfermeira e mandou eu voltar no dia marcado para consultar com o médico. Ninguém me deu atenção. Não gosto de me lembrar desse dia (Informante 4, 2º grau completo, 24 anos, soropositiva há 03 anos).

Soube quando fazia pré-natal do meu segundo filho. Fazia com uma enfermeira lá no posto perto de casa, na cidade (X) que eu morava antes de vir para Salvador. Ela me mandou fazer um bocado de exames. Quando dei os resultados ela me mandou passar na médica que disse que eu tinha aids e que ia ter que ir para outro lugar continuar os exames de gravidez. Não sabia que tinha exame para aids, fiquei sem entender nada. Mim deu um medo danado, daí pensei que podia ser exame errado, mas a médica disse que não, que eu tinha isso mesmo e que ia ter que tomar remédio para não passar a doença para o nenê. Desde aquele dia parece que eu morri por dentro não tenho mais alegria para nada (Informante 47, 1º grau incompleto, 48 anos, soropositiva há 12 anos).

As falas das informantes denunciam, dentre outros elementos, a ausência do aconselhamento como atividade preconizada pelo Ministério da Saúde para os Centros de Testagem e Apoio Sorológico (CTAS). Estas unidades têm regulamentado que toda comunicação de diagnóstico de soropositividade ao HIV deve ser feita mediante aconselhamento, a ser realizado por profissional de saúde qualificado para esta atividade. O processo de aconselhamento deve estabelecer uma “comunicação aberta e se caracteriza por permitir a expressão de conflitos e sentimentos, possibilitando maior acesso aos recursos para lidar com as dificuldades” (RABUSKE, 2009, p.22).

O diálogo, embora se constitua numa ferramenta de trabalho em saúde, de tecnologia classificada como leve, é estratégia importante para a ressignificação da doença e para entender como suportar melhor as perdas (BRASIL, 2012b).

Para Jucá (2010), existe um desafio para que a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes esteja pautada no princípio da humanização. Para o autor, esta assimetria resulta de um complexo emaranhado de representações onde existem conflitos, desigualdades de classe, diferenças de *status* social, de escolaridade e, ainda, de categorias de vida entre os profissionais e os pacientes. Além destas questões existe a formação acadêmica que não habilita

os profissionais para valorizar a escuta, o que afeta a qualidade do cuidado disponibilizado.

Nesta perspectiva, recomenda-se o uso do Protocolo Spikes, originariamente produzido para ser utilizado no momento de informar o diagnóstico de câncer, que pode ser útil para a comunicação de outras más notícias, a exemplo do HIV/aids. O protocolo contempla as seis etapas descritas a seguir (BAILE *et al*, 2000):

- Etapa 1 - Planejamento da entrevista: o profissional deve ensaiar como e de que forma a comunicação será realizada devendo recordar que a notícia, embora ruim, pode contribuir para que o paciente projete melhor seu futuro.
- Etapa 2 - Avaliar a percepção do paciente: antes de comunicar o diagnóstico, é recomendado procurar saber o que o paciente sabe sobre a situação médica a exemplo “O que você sabe sobre o seu quadro clínico?” e “qual a sua concepção sobre a solicitação deste exame?” Este momento é importante para esclarecer possíveis desinformações acerca do assunto a ser discutido.
- Etapa 3 – Obter o convite do paciente: Quando o paciente manifesta a vontade de obter informações, isto pode suavizar a ansiedade que comumente acompanha a revelação de uma notícia ruim. Algumas perguntas pertinentes seriam “De que maneira deseja que eu fale dos resultados dos exames realizados?” e “Você prefere que eu fale mais sobre a forma como a doença evolui ou sobre como será o tratamento?”. Caso o paciente não demonstre interesse em aprofundar a discussão isto deve ser respeitado. No entanto, recomenda-se que o(a) profissional se disponibilize para responder perguntas futuras.
- Etapa 4 – Dar conhecimento e informação ao paciente: comunicar, antecipadamente, que tem uma notícia ruim a repassar pode minimizar o impacto do momento. Nestes casos frases como “Lamento, mas preciso lhe dar uma notícia ruim”. É indicado ainda usar vocabulário que o paciente possa entender com facilidade, evitar dureza em relação ao prognóstico desfavorável, repassar as informações, pausadamente, procurando conferir, periodicamente, o entendimento do paciente.
- Etapa 5 – Falar sobre as emoções dos pacientes com respostas que demonstrem afeto: esta é uma das etapas mais difíceis porque as emoções poderão variar, significativamente, entre cada paciente e, até mesmo, durante o tempo de

conversação. Neste momento, é importante que o profissional ofereça apoio e solidariedade, através de uma resposta afetiva. A resposta afetiva pressupõe quatro etapas: observar, atentamente, toda e qualquer emoção do paciente; se o paciente se mantiver calado use perguntas abertas para estabelecer um diálogo; identifique o motivo da emoção; por último, o profissional deve tentar expressar que conseguiu entender a ligação existente entre a emoção visualizada e o motivo que a gerou.

- Etapa 6 – Estratégia e resumo: possuir um projeto para o futuro contribui para diminuir a ansiedade e a insegurança do paciente. Mas, antes de discutir a condução de um plano de tratamento é preciso saber se o paciente está preparado, naquele momento, para esta discussão. Deve-se ponderar se a partilha de responsabilidades do paciente, na tomada de decisão, é uma atitude benéfica.

Percebe-se que o impacto inicial da revelação diagnóstica correlaciona aids com **morte**. Pesquisa realizado por Gomes, Silva e Oliveira (2011), também evidenciou que a aids representava o final da vida e que o diagnóstico seria sua sentença letal. Em ambas pesquisas, a representação de **morte** imediata esteve presente na imaginação das pessoas que vivem com o HIV/aids.

O diagnóstico de soropositividade ao HIV/aids é vivenciado de formas diferentes, a depender de como a doença é entendida em cada cultura, porém, de maneira inevitável, o diagnóstico possui valor negativo para quem o recebe. A oscilação emocional que se apresenta neste momento comumente traz consigo angústia, a qual causa um intenso desarranjo na ordem representacional do psíquico. A amplitude dessa desordem é que irá definir o trauma (experiência da agressão para o sujeito que é violentado, que se percebe tomado pelo **sofrimento**). Assim, estes abalos que transitam entre um campo e outro podem constituir uma fresta para a inconsciência, sendo o discurso do profissional de saúde, a representação que poderá nomear a angústia vivenciada, servindo de molde onde o sujeito regredido poderá se apoiar evitando que o trauma se instale, ou minimizando a intensidade deste acontecimento (CAVALLARI, 1997). As contribuições desta autora, apesar de terem sido feitas há mais de uma década, explicitam o cotidiano que permeia o momento da revelação diagnóstica para o agravo, ainda nos dias atuais.

Para Ballone (2008) a humanização no atendimento na área de saúde parece não estar sendo colocada na prática, ao se constatar que a assistência centrada nas ações técnicas e científicas, não é acompanhada de uma

correspondente qualidade do relacionamento interpessoal entre a equipe e o usuário, o que constitui estratégia para proporcionar conforto e melhor qualidade de vida. Para o autor, os procedimentos realizados pelos médicos e/ou outros membros da equipe de saúde não consideram e subestimam as necessidades psíquicas e emocionais da clientela.

Defende-se a importância de cuidado pautado no princípio da integralidade, onde todas as necessidades básicas do usuário sejam contempladas. Pensar as RS construídas frente a um diagnóstico de soropositividade ao HIV/aids é remeter a unidade de saúde como um espaço da familiaridade para realização de exames e recebimento de resultados. No entanto, quando se trata da sorologia para o HIV esta familiaridade deixa de existir por que o indivíduo passa a viver uma situação nova, não esperada e, portanto, capaz de causar estranheza, insegurança, **medo** do desconhecido, da incerteza diante do futuro obscuro.

A identificação destas RS, que destoam do princípio de humanização e de integralidade da ação cuidadora, poderá contribuir para a sensibilização da equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde, quanto à abordagem de condutas que possam atender às necessidades de ordem biológica e psicológica da clientela que vive com o HIV/aids.

Este achado leva à reflexão sobre a colocação de Silveira (2008, p.18) quando expressa que

Há ainda muitos profissionais que se sentem pouco preparados, inseguros e são surpreendidos em como conduzir adequadamente essa questão em sua prática. O profissional vivencia a revelação como momento de grande enfrentamento e angústia que o leva, inclusive, a questionar seu preparo profissional, frente às múltiplas etapas da revelação do diagnóstico.

Os resultados expressam que aquilo que o MS normatiza através das políticas públicas em relação à testagem para o HIV, nem sempre está sendo operacionalizado. Neste sentido, Soratto e Zaccaron (2010) evidenciam a necessidade de capacitação dos profissionais para cuidarem das pessoas que vivem com o HIV/aids, procurando preservar os preceitos da ética e da bioética. A autora ressalta, ainda, a importância da reflexão sobre valores, o processo de trabalho da enfermagem junto ao paciente e familiares do programa de HIV/aids, análises sobre a ética do cuidado, os estigmas que envolvem a aids e sobre os preconceitos que cada pessoa pode trazer consigo.

A importância da consideração dos aspectos subjetivos, culturais e sociais desta infecção/doença não pode ser menosprezada. O indivíduo não deve ser olhado a partir de uma condição reducionista, na qual se perca de vista a relevância do modo de viver e sua articulação com a sociedade e com o mundo. É mister que técnicas institucionais e sociais de distintas naturezas afetam o processo saúde-doença de várias maneiras (REY, 2011). E, em se tratando do HIV/aids, a cristalização existente no imaginário popular que associa aids a **morte**, a **discriminação** contribui para que haja um forte significado psicológico que irá repercutir no enfrentamento da doença.

Neste sentido, deve-se aquiescer com Santana (2013) quando menciona que o embasamento do conhecimento está centrado na habilidade de compreender o que está ao nosso redor, fato que alude significar o que foi apreendido pelos sentidos, para que se possam realizar os acoplamentos necessários entre os objetos percebíveis, o que possibilitará a visão do todo. Corroborando Key (2011, p.56) refere que a forma como o profissional de saúde fala sobre uma doença constitui

um momento importante, pois a explicação e o próprio contato com o outro geram uma condição afetiva propícia para começar a gerar sentidos subjetivos que permitam assumir esta nova condição, incorporar o novo fato a sua identidade, essa é uma produção de sentidos e não uma elaboração racional.

O conhecimento da soropositividade implicou no desencadeamento de sentimentos subjetivos, importantes para a familiarização do agravo. O fato torna imprescindível uma comunicação entre o profissional e o usuário do serviço de modo que atenda as várias demandas emergidas após o conhecimento da soropositividade. Várias pesquisas identificaram que o processo de comunicação no momento do diagnóstico pode ter repercussões positivas ou negativas (INGERSOLL; HECKMAN, 2005).

Outras narrativas, em menor proporção, 04 (8%) evidenciaram apoio por parte dos profissionais de saúde, ao comunicarem resultado de sorologia positiva ao HIV. A notificação de uma notícia ruim possui conotação especial, por implicar no desenvolvimento de conflitos de ordem emocional, tanto para o paciente quanto para o profissional. Neste momento, é esperado, comumente, que o profissional de saúde procure estabelecer uma relação de ajuda, buscando dar suporte à dor e ao sofrimento emergente da informação recebida.

Quando contaram que o teste tinha dado isso não esperava, me assombrei. Fiquei tentando lembrar o que tinha feito de mal para isso acontecer comigo. A vida da gente acaba depois que sabe de uma coisa dessas. Uma enfermeira tentou me ajudar, mandou eu ter calma e deu um monte de orientação. Falou que eu precisava me cuidar, tomar os remédios o resto da vida, que não ia poder parar. Tomar cuidado para não passar a doença. Ela disse que com o coquetel tomado certinho ia ser muito bom. Na hora não acreditei, mas, agora tu vê, nem parece que tenho aids. Tomo os remédios tem 10 anos e não sinto nada (Informante 29, 1º grau incompleto, 41 anos, soropositiva há 11 anos).

Tem 09 anos que tive doente e fui internada com tuberculose, aquela que dá no pescoço (ganglionar). Não sabia que tinha essa doença (HIV). Demorou para eu saber. Também tinha disenteria, fiquei magra e meu cabelo caiu bastante. O resultado quase me matou. Foi duro, muito duro mesmo. Lá no hospital uma enfermeira sempre conversava comigo, dava um monte de conselho. Eu gostava quando era o dia dela trabalhar porque sempre conversava com a gente. Ela era muito boazinha (Informante 28, 1º grau incompleto, 42 anos, soropositiva há 02 anos).

Os seres humanos possuem várias necessidades. Dentre estas, a de apoio psicológico nos momentos de crise. Ao ser apoiada, a pessoa poderá exteriorizar suas emoções e sentimentos, minimizando dúvidas e desordens no campo emocional que são comuns em momentos impactantes. O sentido subjetivo que emana da nova situação, advinda após o diagnóstico, por não ser estático, poderá se apresentar sob várias nuances. Deve-se ponderar a importância da “conversação como ferramenta terapêutica”, já que a mesma poderá servir de base para o começo de “um processo de subjetivação diferenciado”, que possa suscitar alternativas quanto aos significados subjetivos que surgem na ocasião do recebimento do diagnóstico, e que serão relevantes “nos significados iniciais que o sujeito vai atribuir a doença” (REY, 2011, p.57).

O impacto causado pela surpresa do diagnóstico se torna desalentador porque a pessoa, por desconhecer o agravo, não sabendo como agir, passará a se questionar sobre o que o futuro obscuro lhe reserva. Estas interrogações poderão interferir, negativamente, nas ações de enfrentamento da infecção/doença. Neste contexto, ressalta-se a necessidade de que os profissionais de enfermagem possam prover suporte para que, através de uma comunicação adequada, o impacto do diagnóstico seja minimizado. O plano de ação dos cuidados deve ser elaborado de forma organizada e, em parceria com outros membros da equipe, principalmente a equipe médica e o(a) psicólogo(a), no intuito de que melhores resultados possam ser alcançados.

Nota-se, nos depoimentos apresentados, o reconhecimento da importância das informações e do apoio que a equipe proporcionou no momento da surpreendente revelação do diagnóstico. O impacto do diagnóstico parece ter sido exacerbado pelo fato da circunstância que levou à realização do teste já que estas mulheres não correlacionavam a sintomatologia apresentada à possibilidade de soropositividade ao HIV. Assim, é válida a inferência de que um paciente bem informado poderá substituir a vivência do luto pelo sentimento de esperança, de poder viver com a infecção/doença, com uma melhor qualidade de vida. Os profissionais de saúde, através da construção de uma relação de apoio, poderão contribuir para a (re)significação do ser HIV positivo.

Neste momento de conflito, o posicionamento do profissional de saúde foi representado como um ponto de apoio, uma fonte de luz na obscuridade. A **discriminação** vivenciada pelas pessoas que vivem com o HIV/aids tem sido descrita em diversas pesquisas (TEIXEIRA, 2009; LOPES; BUCHELLA; AYRES, 2007; FREITAS *et al*, 2012).

A filha da minha vizinha estava muito magra, com falta de ar. Ela morava em São Paulo e veio pra cá depois da doença. Na rua todo mundo comentava que era aids, ninguém queria ir na casa dela com medo de pegar. Eu ficava de olho nos meus filhos para não irem lá. Ela morreu não demorou muito. Daí a gente pensava que todo mundo que tinha isso morria logo. Foi um choque quando descobri que estava com aids. Lembrei logo da vizinha, fiquei muito triste, desesperada, com medo das pessoas fugir de mim também. Não sei se tinha mais medo de morrer ou de ser rejeitada (choro). Não conto para ninguém que estou com isso, nem minha família. Tem sete anos já. A médica falou que a doença não pega assim fácil, que o risco é sexo sem camisinha, que na gravidez tem risco para a criança. Eu perguntei se devia separar as coisas em casa e ela disse que não. Que precisava usar a camisinha quando tivesse sexo com meu marido. Para ele eu falei porque a médica disse que ele tinha que fazer o teste também. Mas ele não tem não, acho que peguei de um namorado que tive antes dele (Informante 40, 1º grau incompleto, 31 anos, soropositiva há 07 anos).

É muito doloroso viver assim, com medo das pessoas te discriminar. Na hora que soube, que o médico me disse que eu era aidética, nem gosto de lembrar. Depois a gente perde a vontade de viver. Meus amigos afastaram, até minha família tem medo. Maldita doença essa (Informante 30, 1º grau incompleto, 43 anos, soropositiva há 06 anos).

O enfoque das narrativas acima é profícuo, porque contribui para o mapeamento dos modos de subjetivação que permeia o momento da revelação da soropositividade ao HIV/aids.

O combate à discriminação tem sido um dos maiores desafios das ações relacionadas ao cuidado prestado às pessoas que vivem com o HIV/aids, assim como, das ações educativas e tema de congressos e eventos científicos diversos. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos para o tratamento, diagnóstico e o conhecimento das formas de evolução da infecção e das vias de transmissão, a discriminação e o preconceito, ainda constituem uma barreira a ser vencida na prevenção/controle do agravo e para alcance de uma melhor qualidade de vida das pessoas acometidas pela infecção. Melo (2000) chama a atenção para o fato de que o estigma contribui não somente para o isolamento, mas também, para que estas se tornem, deprimidas e desconfiadas. Por outro lado, a autora contribui, ainda, lembrando que uma pessoa estigmatizada poderá adquirir uma postura previamente defensiva, agindo agressivamente e/ou provocando outras pessoas, fato que poderá implicar em marginalização do indivíduo que foi vítima do estigma.

No intuito de minimizar a discriminação o termo “aidético” foi substituído por “soropositivo” sendo, atualmente, usado a terminologia “pessoa que vive com o HIV/aids”. No entanto, cotidianamente, nas narrativas emanadas do senso comum persiste a utilização do termo “aidético”, conforme o dito pela informante de codinome Angústia (VALLE, 2002). A construção social da epidemia, inicialmente correlacionada a comportamentos tidos como desviantes, contribuiu para que as pessoas portadoras do agravo fossem vítimas de situações discriminatórias e estigmatizantes. Desta forma, é de se esperar que no momento do diagnóstico o receio da discriminação e da exclusão social, as quais tem se apresentado como fenômenos persistentes sejam fortemente representados. E, na tentativa de evitar que isto aconteça, torna-se comum a ocultação do diagnóstico, conforme o relatado no discurso acima. Situação semelhante foi ratificada em pesquisa realizada por Carvalho e Galvão (2008). Para Abric (2000) as RS concebem a identificação grupal com significativo papel no domínio social desempenhado pelo prosseguimento de cada um de seus componentes nos procedimentos de socialização.

O momento da percepção do ser HIV positivo é fortemente marcado por sentimentos negativos de intensidades e significações variadas. Buscar estas representações pode ser útil na compreensão do impacto destas, para o enfrentamento da infecção/doença.

A história social da aids, ancorada na classificação de “grupos de risco”, dividiu as pessoas que convivem com o HIV/aids em agrupamentos distintos. De um

lado, ficaram as denominadas vítimas, devido à contaminação ter acontecido por transmissão vertical ou transfusão de sangue e/ou hemoderivados. Do outro, as consideradas culpadas pela infectividade, a exemplo das que adquiriram o vírus através da transmissão sexual e/ou por uso de drogas ilícitas. Estas representações foram elaboradas, a partir do imaginário popular que relacionava a infecção pelo HIV a comportamentos “desviantes”, o que colaborou para que a discriminação e o preconceito passassem a fazer parte do dia a dia das pessoas que vivem com o HIV/aids. Além disso, a ausência de um conhecimento, no início da epidemia, sobre as formas de transmissão contribuiu para o fortalecimento desta ancoragem.

Discriminação, estigma e preconceito constituem as faces mais perversas da epidemia do HIV/aids. Por esta razão, corrobora-se com Oliveira (2004) quando afirma que a discriminação traz consequências maléficas para a epidemia do HIV/aids, constituindo entrave para as ações de prevenção e controle, podendo afastar as pessoas dos programas que possuem esta finalidade. Isto porque, elas podem optar por ficar na suspeita em ser, ou não, portador(a) do vírus devido ao receio de se expor à possibilidade de vivenciarem situações discriminatórias.

Para Borges (2009, p. 40), o estigma se origina como se fosse uma sinalização do que é “considerado indigno, desonroso, como se o diagnóstico representasse o sinal infamante apontando o sujeito como o criminoso, o culpado, aquele que a sociedade quer banir das vistas e do contato”. Segundo o autor, as patologias que causam estigma encarceram o paciente numa rede, em um circuito de significações complexas e, portanto, difíceis de serem desfeitas.

Sabemos que a discriminação se consolida em diferentes maneiras e com graus de intensidade variáveis. Talvez seja por esta razão que as informantes da pesquisa que se autodeclaram de cor negra tenham, mais fortemente, representado a **discriminação** em seus discursos e no gráfico que apresenta a AFC. Reconhecidamente, pessoas de cor negra estão mais vulneráveis à vitimização em situações que envolvam discriminação e preconceito, apesar da Constituição Federal (BRASIL, 1988, p.5-9) estabelece que:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; [...]

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação; [...]

XLI - a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;

XLII - a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei.

A **discriminação** constitui uma violência contra os direitos humanos. Ela implica na “morte social ou morte civil”, ou ainda, em “uma morte antes da morte” porque “a desigualdade, o preconceito, a **discriminação**, o racismo, também, são doenças graves, que acometem grande parcela da sociedade brasileira” (BRASIL, 2008a, p. 17). A “morte social não é natural, é fabricada, construída. É abandono, solidão, dor. Acaba sendo, muitas vezes, mais intensa e dolorosa do que as perdas físicas” (SOUZA, 2008, p.50). Daí a afirmação comum entre as pessoas que vivem com o HIV/aids de que é mais difícil viver com a discriminação do que com o vírus. Sendo assim, “garantir, assegurar e promover saúde significa combater tanto os males causados por vírus, bactérias e afins, como aqueles provenientes de valores morais conservadores, segregacionistas e reacionários” (BRASIL, 2008a, p. 17).

A convivência com o HIV/aids, comumente, vem acompanhada de situações marcadas pelo estigma e pela **discriminação** por parte de familiares, amigos e, infelizmente, também, por profissionais que atuam na área de saúde. Os discursos, a seguir, enfocam algumas destas situações.

Todo mundo tem que apoiar porque senão a pessoa morre mais rápido porque vive isolado. A pessoa com aids sofre demais porque muita gente fica evitando a gente (Informante 13, 1º grau incompleto, 25 anos, soropositiva há 08 meses).

Queria que não tivesse discriminação em nenhum lugar que atendesse pessoas com aids. O preconceito é pior do que a aids (Informante 19, 2º grau incompleto, 47 anos, soropositiva há 12 anos).

A discriminação é um problema grande, muito grande mesmo. Trás muito sofrimento. Já ouvi muita gente aqui se queixando disso. É de toda parte, até da família (Informante 22, 1º grau incompleto, 42 anos, soropositiva há 10 anos).

Nos outros lugares (unidades de saúde) que eu vou não conto que tenho aids. Tenho medo de mudarem o jeito que me tratam. Prefiro morrer logo do que vê o povo me olhando de rabo de olho e cochichando que sou aidética outra (Informante 42, 1º grau incompleto, 38 anos, soropositiva há 12 anos).

Várias pesquisas apontam que a discriminação às pessoas que vivem com o HIV/aids representa violação aos direitos humanos e um entrave para os

programas de prevenção, controle e tratamento do agravo. Devido ao temor de serem discriminadas nas instituições de saúde, muitas pessoas evitam frequentar os programas destinados ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids, fato que poderá comprometer a qualidade de vida em geral (OLIVEIRA, 2004).

A Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus HIV, de 1989, regulamenta que:

- I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
- II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- III - Todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de **discriminação** (grifo nosso).
- V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/AIDS, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
- VI - Todo portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/AIDS um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada **discriminatória** e ser punida por lei (grifo nosso).
- VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/AIDS, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
- IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/AIDS compulsoriamente, em caso algum. Os testes de AIDS deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.
- X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
- XI - Toda pessoa com HIV/AIDS tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

A discriminação e o estigma contribuem para a desvalorização dos cidadãos por produzirem iniquidades ou exacerbarem as pré-existentes. Várias pesquisas têm mostrado que as pessoas que vivem com a infecção pelo HIV/aids têm enfrentado barreiras para serem atendidos em unidades de saúde, quando informam seu diagnóstico ou quando seu quadro clínico demonstra sinais de comprometimento compatível com o agravo. Assim, ele(a)s preferem não revelar o diagnóstico, fato

que poderá implicar em um atendimento deficiente devido à omissão de informações importantes na definição de conduta a ser adotada, frente a cada caso (GARBIN *et al*, 2009).

Pesquisa realizada por Garbin *et al* (2009) identificou que a maioria dos casos de discriminação ocorridos nas instituições de saúde tinha como protagonista o(a)s enfermeiro(a)s. Em seguida apareceu a equipe médica com 35,3% dos casos. Outro dado interessante que a pesquisa identificou foi o local de ocorrência destas situações: 85% ocorreram em estabelecimentos públicos de assistência à saúde.

Esta realidade leva a uma reflexão sobre a atitude antiética destes profissionais. Em relação à atuação da enfermagem, há de se considerar que o Código de ética dos profissionais de enfermagem, em seu artigo 81 rege, como competência do(a) enfermeiro(a), “Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação econômica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (BRASIL, 2007c).

Representações sociais oriundas do preconceito e da ignorância levam as pessoas que vivem com o HIV/aids a vivenciarem anseios diversos, como já referido anteriormente, onde há inúmeras repercussões, tanto de ordem biológica quanto psicossocial. No caso da **discriminação**, se evidencia o **sofrimento** que advém do temor em relação à possibilidade de abandono, de exclusão social nos diversos espaços por onde estas pessoas transitam. O sofrimento vivenciado pelas pessoas que vivem com o HIV/aids, guarda relação com aquele experienciado no luto, o qual vai além da percepção da perda concreta da saúde e da vitalidade. A vivência do luto se repercute em danos imensuráveis para a autoestima, porque o objeto perdido é disforme, catastrófico e nebuloso, o que pode fazer com que o viver perca totalmente o sentido, dando lugar a um **sofrimento** enraizado no inconsciente (VERAS, 2007).

O **sofrimento** possui dimensão qualitativa e subjetiva, podendo se relacionar com “à ruptura da identidade, variando de acordo com o sujeito que sofre as circunstâncias que o atinge e seus valores culturais”. Neste sentido, sua intensidade poderá estar relacionada com vivências passadas ou anseios quanto a acontecimentos futuros. Quando o **sofrimento** está associado ao adoecimento, poderá ter uma abrangência mais complexa, repercutindo em sentimentos de angústia, de vulnerabilidade e, até mesmo, de perda do controle ou de comprometimento da integralidade (TEIXEIRA, 2010). A autora refere ainda que o **sofrimento** influencia, negativamente, na qualidade de vida. Porém, há de se

considerar que o **sofrimento** faz parte da vida humana e que seria impossível evitar que, em certos momentos, se depare com situações que causam **sofrimento** momentâneo ou mais duradouro.

Morins (2009, p.27) refere que

o sofrimento revela-se como um fenômeno complexo, que pode advir de diversas fontes e ocorrer nas variadas fases do ciclo de vida. Também o meio ambiente e a reação a ele têm influência no sofrimento, tornando-se numa experiência psico-emocional difícil de sustentar e de definir.

No caso da aids, sentimentos negativos como angústia, tristeza e o **sofrimento** surgem quando a pessoa toma consciência de que está portando uma doença incurável. Comumente, esta percepção irá originar sentimentos negativos devido ao medo da morte, da própria doença e da rejeição. Ressalta-se ser o sentimento de rejeição um dos mais angustiantes que uma pessoa poderá vivenciar, associando-se, comumente, a percepção de perdas, frustração e falta de amor, dentre outros (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; COUTINHO; SALDANHA, 2005).

Segundo Barbosa (2006) *apud* Morins (2009), o sofrimento pode ter várias dimensões:

- **Sufrimento Físico** – pode se manifestar através da algia, que surge em decorrência de uma doença ou da realização de técnicas dolorosas. Pode implicar em limitação da capacidade de relação entre a pessoa e o mundo, o que causará o sofrimento;
- **Sufrimento Psicológico** – Pode ser mental ou emocional. O mental pode ser resultado de déficit de memória, de concentração, da dificuldade em administrar perdas ou, ainda, de falta de controle cognitivo. O sofrimento emocional pode se manifestar através de variações no humor, insônia, desejo de morte ou pensamentos suicidas, em menor proporção.
- **Sufrimento Relacional** – Abrange cunho familiar e o social. O social se relaciona aos problemas com a família, com profissionais da área de saúde, questões de ordem econômica e aos relacionados ao deficit de apoio sócio-comunitário. No plano familiar estão os problemas de comunicação entre o paciente e sua família, o sentimento de culpa por estar dependente, disfunções sexuais e, ainda, preocupação constante com o futuro.

- **Sofrimento espiritual** – Este tipo de sofrimento engloba a dimensão do sentido do viver, se relacionando com conflitos existenciais e, correlacionando passado, presente e futuro.

O **sofrimento**, físico ou psíquico, interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas que vivem com doenças incuráveis e/ou causadoras de estigma. Assim, as pessoas que vivem com o HIV/aids serão duplamente afetadas, porque o agravo traz consigo repercussões de cunho biológico, psicossocial e, também, porque não dizer, espiritual. Nestes casos, o sofrimento estará relacionado ao medo da morte, do adoecimento, da dependência, da discriminação por parte dos familiares e das pessoas do seu círculo de amizade. Deve-se considerar os sentimentos de culpa pela aquisição da infecção comum entre as pessoas que vivem com o HIV/aids. Tendo em vista este entendimento, corrobora-se com Almeida (2004, p. 162) quando refere que

às vezes não existem palavras que estimulem a coragem, às vezes é preciso simplesmente mergulhar no audacioso exercício da vida, do qual o amor, o prazer, a angústia, o sofrimento, o medo e a morte fazem parte, e que por si só podem representar fatores ameaçadores, mas que são fatores essenciais no processo criativo e transformador do 'ser' humano.

O cuidar é a base do trabalho da equipe de enfermagem. Sendo assim, torna-se impossível que os profissionais não se depararem com pacientes acometidos pelo sofrimento em diferentes proporções. Desta forma, é imprescindível que estes profissionais estejam preparados para prestar um cuidado, fundamentado no modelo holístico onde se possa contribuir para minimizar este sentimento que tanto interfere no bem-estar dos usuários dos serviços de saúde.

Analisar as RS que as pessoas podem elaborar em relação ao **sofrimento** é relevante, visto que todo elemento de representação, independentemente de ser real, físico, imaginário ou social, versa sobre a relação existente entre o anseio de uma pessoa em relação a um objeto. E todo anseio é possuidor de valores, que podem ser positivos ou negativos (NÓBREGA; FONTES; PAULA, 2005).

Em pesquisa realizada por Marques, Oliveira e Gomes (2004) o(a)s informantes também evocaram a palavra **sofrimento**, frente às representações do cuidado de enfermagem. Botti *et al* (2009, p. 402) salientam a importância de que o profissionais de saúde valorizem as representações não biológicas, emocionalmente significantes, relacionadas ao processo de adoecimento porque “os aspectos

psíquicos, emocionais e sociais da epidemia são fontes de grande sofrimento para o portador e sua família”. Salientam-se as contribuições da assistência qualificada dos profissionais de saúde, sobretudo da equipe de enfermagem, no intuito de ajudar a clientela a enfrentar a vivência com o agravo.

Subcategoria 2.1. Discriminação, preconceito e violência institucional gerando insatisfação da clientela em relação ao cuidado de enfermagem

A eficácia do cuidado em saúde guarda relação com o vínculo firmado entre a clientela e a instituição de saúde. O relacionamento interpessoal existente entre o profissional de saúde e o(a) cliente que se encontra sob seus cuidados interfere no sucesso do tratamento, mesmo quando existem condições de diagnóstico e de terapia medicamentosa adequadas. O vínculo institucional ideal se consolida através “do afeto, da subjetividade, da capacidade de se colocar no lugar do outro e respeitar suas emoções, crenças, opções, idéias e sentimentos” (BRASIL, 2012b, p.96).

Nas últimas décadas, importantes avanços na área de tecnologia das ciências médicas, contribuíram para desvendar diversos enigmas existentes sobre as mais variadas patologias. Em relação à aids os progressos em relação à terapia medicamentosa, ao diagnóstico e às medidas de prevenção propiciaram maior expectativa e qualidade de vida das pessoas que vivem com o agravo. Entretanto, os avanços no campo da medicina não conseguiram encontrar soluções para minimizar as questões de ordem subjetiva que permeiam o cotidiano das pessoas infectadas pelo HIV. Ayres (2009) destaca que, desde o término do século XX, as práticas de saúde têm buscado, nas propostas de integralidade, promoção e vigilância da saúde, humanização do cuidado, dentre outras, sanar a crise que a legitima.

Santos *et al* (2011) refere que a violência institucional que ocorre no âmbito das instituições de saúde podem decorrer de omissão (devido a negligência ou descaso para com a clientela à medida que suas necessidades básicas não são atendidas) ou comissão (indica a execução de procedimentos não necessários e não desejáveis). De acordo com dados publicados pelo Ministério da Saúde, a violência institucional abrange a má qualidade dos serviços, abusos que ocorrem em detrimento das relações desiguais de poder entre a clientela e os profissionais de

saúde no interior das instituições. Este tipo de violência pode acontecer de várias maneiras, a exemplo de: perambulação em busca de atendimento, deficit na escuta, desatenção no atendimento, ações discriminatórias, imprecisão nos diagnósticos, impedimento de acompanhamento, dentre outros (BRASIL, 2002).

Os serviços de atenção ambulatorial especializada em HIV/aids são unidades de saúde que desempenham ações assistenciais à clientela que vive com o HIV/aids, focadas na prevenção e no tratamento. Estas unidades têm como finalidade disponibilizar atendimento integral e qualificado à clientela através de equipe multidisciplinar. Dentre as principais atividades dispensadas encontram-se: cuidados proporcionados pela equipe de enfermagem, assistência nas áreas de infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia, apoio e orientação psicológica, orientações farmacêuticas, realização de exames diagnósticos e de monitoramento, distribuição de preservativos, atividades de educação em saúde e controle de DST e do HIV (BRASIL, 2012b).

Alguns relatos chamam a atenção para possíveis situações que poderiam estar relacionados com atitudes de discriminação, as quais se consolidaram por ações de negligência no atendimento e/ou demonstração de invisibilidade em relação à pessoa portadora do HIV/aids, que necessitava ser atendida por profissional de saúde. Atitudes semelhantes podem constituir casos de violência institucional, fato que evidencia as falhas na rede de atendimento às pessoas que vivem com o HIV/aids.

A assistência tem que melhorar muito. Tem lugar que a gente não pode nem falar que tem aids por causa dessa droga de preconceito. Aqui (ambulatorio) não é igual o hospital (X) que fiquei internada. Lá o povo (profissionais de saúde) nem olhava na cara da gente só porque sabia que a gente tinha aids. Será que não sabem que ninguém pega porque quer? Quem não gosta do que faz devia procurar outra coisa para fazer, você não acha? (Informante 19, 2º grau incompleto, 47 anos, soropositiva há 12 anos).

Precisa acabar a discriminação. As pessoas não deviam discriminar o pobre do que já sofre com a doença. Outro dia escutei uma médica dizendo na televisão que o paciente que tem aids deve ser tratado como todo mundo (Informante 26, 2º grau completo, 50 anos, soropositiva há 10 anos).

Graças a Deus sempre sou bem tratada, sem discriminação. Mais eu não conto em todo lugar que estou com isso (aids). No posto lá vizinho de casa ninguém sabe, tenho medo da discriminação. Lá todo mundo conhece todo mundo. Faz pouco tempo que fiquei internada para tirar o útero (histerectomia). Fui bem tratada lá também, mas eu tenho uma colega que foi fazer um exame do estômago, aquele que coloca a mangueira (endoscopia) e quando disse que tinha aids não fizeram, rejeitaram ela (Informante 36, 1º grau incompleto, 50 anos, soropositiva há 07 anos).

A apreciação destes discursos permitiu obter informações sobre o conteúdo das RS em relação às situações discriminatórias vivenciadas pelo grupo pesquisado. As palavras “**discriminação**”, “**preconceito**” e “**rejeição**” constituem elementos que conjeturam um conteúdo negativo no qual a assistência em saúde foi representada pelas depoentes. As considerações destas representações sinalizam a necessidade de ressignificação dos cuidados que os profissionais de saúde disponibilizam à clientela. Jodelet (2001) quando menciona que estamos constantemente partilhando o mundo com outras pessoas ao tempo em que nele nos sustentamos, algumas vezes concordando e, em outras, discordando, buscando compreendê-lo, gerenciá-lo ou afrontá-lo. A importância das RS se dá pela possibilidade de poder dar nomes e determinar, conjuntamente, os diversos aspectos do nosso cotidiano, de forma a interpretá-los, estatuí-los e, se necessário, realizar uma tomada de posição a seu respeito e defendê-la. Apreender estas representações possibilita compartilhar parte da vivência destas pessoas.

A informante 41 narrou uma situação onde um profissional de saúde se recusou a prestar cuidados a uma pessoa que vive com o HIV/aids. Este tipo de discriminação pode implicar em caracterização da marginalização das pessoas que vivem com o HIV/aids em unidades hospitalares e/ou ambulatoriais. Casos como estes poderão implicar em “distanciamento físico e social”, no rompimento ou na desestabilização de vínculo entre o profissional e o paciente, necessário à “credibilidade da equipe profissional e a adesão ao tratamento e especialmente às medidas preventivas de contágio da doença” (SADALA, 2000, p.51).

As representações das informantes evidenciam a desestruturação da relação de confiança existente entre os profissionais e a clientela. Este histórico poderá influenciar negativamente na criação de vínculos que priorizem a corresponsabilidade dos sujeitos no cuidar de si. Neste sentido, concorda-se com Winnicott (2005) quando explicita a existência de duas formas de ambientes (uma que amplia o desenvolvimento dos procedimentos de maturação das pessoas, e outra cuja disparidade possa ocasionar o surgimento de um *self* não verdadeiro).

Na vida em sociedade é comum a categorização das pessoas de acordo as características esperadas para cada grupo, sendo assim, pré-concebido o perfil de cada pessoa que irá compor determinado agrupamento. Desta forma, quando uma pessoa que não possua os atributos esperados adentra neste espaço social é vista

como um ser estranho. Nesta ótica, poderão emergir atributos que torna o ser diferente dos outros que compõem a categoria. Destarte, “deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma [...]”. As pessoas que vivem com o HIV/aids podem sofrer estigma em decorrência da deformação física, das inferências à culpa individual pela exposição ao HIV e pela identidade relacionada a raça/cor (GOFFMAN, 1988, p.6).

Nesta perspectiva, deve-se considerar que o indivíduo estigmatizado possa ter uma postura que vacile “entre o retraimento e a agressividade, correndo de uma para a outra, tornando manifesta, assim, uma modalidade fundamental na qual a interação face-a-face pode tornar-se muito violenta”. Por outro lado se sabe que as características estigmatizantes podem ser compartilhadas com pessoas amigas e/ou da família (GOFFMAN, 1988, p.27). Este reconhecimento pode exacerbar o impacto que a pessoa desenvolve frente ao estigma.

Nesta pesquisa, as RS das informantes que vivem com o HIV aids em relação às situações de discriminação e estigma ratificam o descrito na literatura científica sobre o assunto. A seguir, serão destacadas outras representações que abarcam a insatisfação das informantes em relação aos cuidados disponibilizados nas unidades de saúde, nas quais já receberam algum tipo de atendimento na condição de uma pessoa que vive com o HIV/aids. A representação da **discriminação** pelas mulheres de cor negra pode estar associada à experiência de ser mulher negra e viver com o HIV/aids.

Nos dados empíricos advindos das entrevistas, foram apreendidas representações que retratam experiências vividas no processo de adoecimento, quando referiram além da discriminação, a falta de atenção, pouca informação e a necessidade de uma escuta terapêutica. Esta contradição leva a inferir que na AFC foram evidenciadas as RS do cuidado ideal, enquanto que nas entrevistas, aquelas referentes ao cuidado real.

Esta contradição foi percebida desde o início da coleta dos dados e constituiu-se em motivo de inquietação, devido à percepção da existência de sobreposição de representações antagônicas da *práxis* de enfermagem. Entretanto, ao buscar explicações sobre estas contradições, pode-se constatar que as diferentes técnicas utilizadas na apreensão do material empírico seguem diferentes caminhos e, por isso mesmo, encontram diferentes resultados. A utilização de

multitécnicas de coleta é uma recomendação para as pesquisas aportadas na TRS, o que possibilita assegurar e apreender informações que se completam, oportunizando uma análise mais próxima do que foi apreendido (TEIXEIRA *et al*, 2013).

O TALP, por exemplo, por se constituir numa técnica projetiva é útil na identificação dos conteúdos latentes que emergem a partir de um estímulo, neste caso, o cuidado de enfermagem em geral e para as mulheres que vivem com HIV/aids. Estes conteúdos dificilmente poderiam ser apreendidos nos discursos oriundos de outras técnicas, tais como a entrevista, cujas respostas aos questionamentos das entrevistadas advêm de discursos elaborados a partir de conexões de cunho político, ideológico, de crenças, valores, culturas, entre outras. A complementariedade das técnicas possibilitou que, nesta pesquisa, pudessem aflorar representações sociais acerca do cuidado de enfermagem, que exprimem o cuidado ideal, cristalizado no imaginário popular e o cuidado real, tal qual ele foi efetivado. Frente ao exposto reitera-se o que referem Borges *et al* (2003, p. 114) ao expressarem que

As concepções sobre a prática de enfermagem se forjam a partir das representações sociais de profissionais e da contrapartida oferecida pelo olhar dos outros acerca de seu fazer. Pode-se afirmar que a imagem da profissão é delineada por dois lados da mesma moeda: como as profissionais se percebem e como o trabalho destas é compreendido pela sociedade. Por isso, não basta apenas que as enfermeiras desenvolvam competências técnicas, cognitivas, éticas e atitudinais que as capacite para a prática dos cuidados.

As evocações contidas na AFC evidenciaram a noção do cuidado em uma dimensão que contempla o ser humano com sua complexidade, contribuindo para o enfrentamento das circunstâncias que desagregam o sentido da existência humana, comum as pessoas que vivem com o agravo.

CATEGORIA III: O (DES)CUIDAR DE ENFERMAGEM PARA O ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

No Brasil, a preocupação com a saúde coletiva tem sido objeto de atenção dos governantes desde o século passado. Porém, a complexidade dos fenômenos objetivos e subjetivos que envolvem a epidemia do HIV repercute em grandes

desafios para as atividades desenvolvidas no setor saúde. As abordagens de atendimento devem ser realizadas de modo a atender às “especificidades, peculiaridades e a singularidade de cada pessoa”. Compreender as diversas dimensões do fenômeno demanda novos espectros, bem como a constituição de conhecimento interdisciplinar e a “implementação de uma rede resolutive voltada para a atenção integral à saúde” das pessoas que vivem com o HIV/aids (BRASIL, 2012b, p.15-17). A satisfação da clientela acontece quando suas expectativas e necessidades são atendidas, fato que contribui para maior receptividade e credibilidade nas atividades que a instituição oferece.

A prestação de cuidados às pessoas que vivem com o HIV/aids suscita a apropriação de variadas possibilidades de intervenção, que tramitam entre o biológico e o subjetivo. Desse entendimento, deriva a noção de humanização no atendimento na área de saúde, que implica na disponibilização do cuidado, centrado nos aspectos éticos e bioéticos, na apropriação do conhecimento técnico com base científica, como também, na oferta de cuidados que atendam às necessidades básicas da clientela, sejam elas de ordem biológica ou psicoemocionais.

Neste enfoque, Ballone (2008) argumenta que o incremento tecnológico no campo da medicina contribuiu para que determinados aspectos do indivíduo, a exemplo das crenças e dos valores, passassem a não ser priorizados. A patologia, elemento central do saber científico, monopolizou a aplicação das atividades no campo da saúde, corroborando para que os aspectos, majoritariamente técnicos, recaíssem sobre a humanização da prática médica em geral.

Para a referida autora a humanização do atendimento requer: aprimoramento contínuo do conhecimento científico pautado no interesse e na competência; minimização, sempre que possível da dor, atendendo as lamentações físicas e emocionais; disponibilização de informações sobre a patologia, o prognóstico e o tratamento; respeitar o modo e a qualidade de vida do paciente, assim como sua privacidade e dignidade; compreender a importância do suporte emocional e requisitar condições de trabalho adequadas.

Segundo a Política Nacional de Humanização “humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004b, p.6). Partindo do entendimento de que a humanização constitui uma proposta de bom senso no uso das tecnologias em

articulação com os projetos existenciais da clientela, o acolhimento pode ser pensado como uma das ferramentas úteis na efetivação desta proposta. O acolhimento deve valorizar a escuta ampliada dos problemas vivenciados pelo paciente, através de um atendimento bidirecional, onde ocorra a inclusão da clientela, de forma ativa, na condução de todo o processo. Mas, para uma resposta satisfatória, torna-se essencial que a prática do acolhimento não seja um ato isolado; toda a equipe deverá estar envolvida através de um constante aprimoramento (BRASIL, 2012b).

Algumas informantes referiram satisfação com o cuidado assistencial, focando as relações sociais, nas quais os profissionais de saúde devem atender a todos da mesma maneira, ou seja, sem qualquer tipo de discriminação.

Tenho boas lembranças do tempo que me trato aqui, graças a Deus. Todos são ótimos comigo, não tenho do que me queixar. Nunca fui discriminada, sou bem tratada, as pessoas são amigas (Informante 3, 1º grau incompleto, 48 anos, soropositiva há 05 anos).

Comecei aqui faz pouco tempo, gosto do tratamento. Os médicos, as enfermeiras, todos atendem bem. O pessoal comenta que é sempre assim, sem discriminação. Ainda bem porque chega o medo da discriminação lá fora (Informante 6, 1º grau incompleto, 53 anos, soropositiva há 14 anos).

Eu sempre fui bem tratada, aqui e por onde passei (se referindo à unidade hospitalar). Fiquei seis meses internada e não tenho do que me queixar. Qualquer coisa que precisava o pessoal resolvia tudo e tratava a gente bem (na unidade hospitalar). Nunca teve discriminação (Informante 18, 1º grau incompleto, 58 anos, soropositiva há 02 anos).

Observa-se, nas alocações acima, a discriminação sendo representada como entrave impactante para que as informantes se sentissem à vontade durante o atendimento. Assim, a discriminação pode constituir um viés para a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde. Dentre as estratégias afirmativas que buscam coibir atos discriminatórios e estigmatizantes, destaca-se a Constituição Brasileira de 1988, através da qual o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado. A Constituição possui como princípios básicos: igualdade, inclusão social e universalidade. Segundo o princípio da universalidade todas as pessoas têm direito ao acesso aos serviços de saúde da rede pública, sem que sofra qualquer tipo de **discriminação**.

Neste enfoque, a identificação do nível de satisfação da clientela é uma das estratégias para verificação da qualidade dos cuidados prestados pela equipe de

enfermagem. No entanto, observa-se discurso limitado em relação a essa satisfação descrita. Talvez isto se dê em virtude do baixo nível de escolaridade da maioria das informantes e, também, pelo desconhecimento de como deveriam ser, de fato, desenvolvidas as ações de cuidados disponibilizadas pela enfermagem.

O crescente aumento de casos de pessoas infectadas pelo HIV implica em maior probabilidade de que os profissionais de enfermagem se deparem com a prestação de cuidados às pessoas que vivem com o HIV/aids. As interrogações iniciais em relação às formas de transmissão do HIV levaram estes profissionais a exercerem as ações de cuidados de maneira temerosa. O avanço científico e tecnológico produziu novas informações que contribuíram para a identificação das vias de transmissão, além das formas seguras de proteção contra o HIV. Porém, o avanço científico e tecnológico não elimina a **discriminação** que reside em atos pessoais resultante de princípios, crenças e valores pré-concebidos. Assim, desde que as normas de segurança ocupacional sejam rigorosamente respeitadas, o(a)s profissionais de enfermagem poderão prestar cuidados às pessoas que vivem com o HIV/aids sem o risco de se infectarem.

Assim sendo, não há porque haver qualquer tipo de **discriminação** no desenvolvimento das atividades que requerem contato direto com o(a) paciente e/ou dos objetos potencialmente contaminados com fluidos orgânicos. Ao evidenciarem a insatisfação com os cuidados disponibilizados as informantes destacam em seus discursos situações de violência institucional, cometidas por profissionais que integram a equipe de enfermagem:

O atendimento às vezes é bom e às vezes ruim, depende da enfermeira. Umas são mais preocupadas com os pacientes, outras não estão nem aí. Um dia, tinha ido ao posto de saúde para fazer uma consulta, quando falei que tinha aids a enfermeira que estava me atendendo não tocou mais em mim. Ficou só me olhando de um jeito diferente, parecia que estava com medo só de estar na sala, perto dela. Isso é discriminação eu sei (Informante 26, 2º grau completo, 50 anos, soropositiva há 10 anos).

Já fui discriminada no Hospital (X). As enfermeiras me trataram mal no pronto socorro. Fiquei muito triste, basta a discriminação da família e ainda, ter que aguentar isso no hospital. Imagina. Tu passando mal, precisando ser atendida logo e as pessoas te olhando e mostrando, falando com os outros que você tem aids. Daí fica todo mundo te olhando, com cara de susto. Para chegar perto de mim botavam luva e, aquele negócio na cara que cobre o nariz (máscara). Eu via que com os outros (pacientes) era diferente (Informante 35, 1º grau incompleto, 29 anos, soropositiva há 02 anos).

As pessoas que vivem com a infecção sentem-se com sua cidadania negada, em decorrência do estigma, preconceito e discriminação. Porém, discutir sobre esta problemática requer um olhar analítico sobre os direitos humanos, ou seja, direitos que devem ser assegurados a todo e qualquer ser humano, independente de situação socioeconômica e cultural, raça/cor, religião ou posicionamento político-partidário, diagnóstico clínico, dentre outras coisas. Promover a saúde requer o combate não somente aos agentes biológicos patogênicos, mas também, aos diversos fatores reacionais que causam segregação e a chamada “morte em vida”. A aids evocou reflexões acerca da

vida e sobre a morte; sobre como e quando viver; sobre quando e como morrer. Fez-nos entender que sobreviver não é sinônimo de viver, e que apenas o resgate da dignidade é capaz de trazer vida para quem acredita só ter a morte, garante saúde para quem se pensa doente (BRASIL, 2008a, p. 17).

Suscitou o reconhecimento de que a discriminação envolve relação de poder entre os grupos tidos como desvalorizados e os que se sentem em situação de superioridade. Neste tipo de relação incidem as desigualdades sociais que são produzidas ou reproduzidas, à medida que as situações estigmatizantes se consolidam na prática (PARKER; AGGLETON, 2001).

Os dados coletados contribuíram para a visualização da forma como o (des)cuidar de enfermagem interfere na qualidade dos cuidados disponibilizados às pessoas que vivem com o HIV/aids, assim como os caminhos, as vezes considerados não assertivos, que são utilizados no atendimento a este grupo de pertença.

Subcategoria 3.1: O cuidado de enfermagem percebido como uma relação de ajuda

Algumas informantes expressaram, embora timidamente, as contribuições do sistema de saúde alicerçada no princípio da integralidade do cuidado. Compreender a significação que o paciente atribui à natureza do problema vivenciado, bem como quais suas aspirações quanto à ajuda profissional almejada, necessita ser um dos pilares do olhar da enfermagem ao desenvolver sua *práxis* com ênfase no cuidar humano. Esta *práxis* deve buscar, tanto quanto possível,

assegurar o conforto físico e mental das pessoas sob seus cuidados. Há que se considerar, que o caráter profissional da enfermagem, com base em conhecimentos científicos nas diversas especialidades, contribui para o bem-estar do(a) paciente, e para o enfrentamento da nova condição advinda do diagnóstico da enfermidade. Desenvolver uma *práxis* deliberativa requer da enfermagem a compreensão dos aspectos do(a)s pacientes que foram/estão afetados e necessitam de ajuda.

O encontro clínico entre a enfermagem e o(a) paciente na ocasião do diagnóstico pode ocorrer de forma humanística e acolhedora ou assimétrica e conflituosa. Todavia, a postura adotada pelo(a) profissional guarda relação com sua formação no âmbito acadêmico, pois esta deve prepará-lo(a), considerando suas características pessoais e a subjetividade que envolve o momento, para que a qualidade do cuidar-cuidado não fique comprometida.

Para Gomes *et al* (2008) o conceito de humanização é polissêmico, podendo ser ancorado pelo senso comum como resultante das relações interpessoais, percebidas como acolhedoras para com aquele(a)s que estão em sofrimento. Outra faceta deste conceito requer a incorporação de leituras fundamentais relacionadas ao humanismo revisitado, que considere as necessidades gerais que cada experiência humana traz sem, contudo, menosprezar os aspectos éticos.

Frente à revelação de uma doença de diagnóstico sombrio é comum as pessoas questionarem “Por que comigo?”. Para Varela (2004, p.5), isto comumente ocorre porque “o diagnóstico de uma doença fatal é um divisor de águas que altera radicalmente o significado do que nos cerca: relações afetivas, desejos, objetos, fantasias, e mesmo a paisagem”. Neste sentido, deve ser lembrado que “nada transforma tanto o homem quanto a constatação de que seu fim pode estar perto”. De acordo com Ayres (2004) transformar um encontro terapêutico em uma relação de cuidado requer uma busca ativa que relacione o aspecto técnico com o humanista na atenção à saúde de modo que o sentido existencial do cuidado possa ser alcançado.

Ao relatarem a visibilidade do cuidado de enfermagem na ocasião do diagnóstico de soropositividade ao HIV/aids as informantes expressaram:

Essa vida é cheia de surpresa, quando menos espera aparece coisas que acabam com qualquer um. Saber que tem aids é muito difícil. Me disseram que era aids no hospital (X), estava adoentada, já tinha passado por um bando de médico sem ninguém descobrir o que era. O doutor veio e contou que o teste deu... Que teste? se eu nem sabia que teste era. Daí o médico

falou que era aids. Nossa, fiquei muda, depois comecei a gritar, chorei sem parar. Nem sei de onde, veio um moço, um enfermeiro, conversou um monte comigo. Disse que eu não ia morrer não, que já existia remédio para a pessoa viver bastante, que eu tinha que ter esperança e fé, que tinha muita gente com isso, que ele já tinha cuidado de gente que chegava no hospital muito pior e que melhorava depois. Sempre que eu estava triste, chorando, sem querer comer vinha sempre ele ou as outras enfermeiras para me animar (Informante 23, 1º grau incompleto, 42 anos, soropositiva há 03 anos).

Fiquei internada uns três meses porque estava muito doente. Tinha emagrecido muito, uma disenteria que não parava com nada, nadinha mesmo. Depois de um tempão que estava lá fizeram o exame da aids. Na hora que deram o resultado nem sei o que deu em mim. Tu não imagina como é ter isso! A enfermeira conversava bastante comigo, dava muito palavra, me consolava. Ela ficou com dó do meu desespero. Todas as enfermeiras tratavam a gente bem, acho elas competentes, ficam no hospital resolvendo tudo. Dava remédio, tirava a pressão, perguntava se estava sentindo alguma coisa. Nem sei o que podia ter acontecido se todo mundo tivesse me discriminado... (Informante 25, 1º grau incompleto, 56 anos, soropositiva há 10 anos).

Frente ao exposto, Borges (2009, p. 86) dispõe que “o profissional responsável pela comunicação do diagnóstico revela um resultado positivo para o HIV pode ser decisivo no desenrolar de uma história, uma vez que, nesses momentos, questões dolorosas ligadas à vida e à morte costumam vir à tona”.

Nota-se que os discursos apresentados reiteram as RS evocadas no TALP sobre o cuidado de enfermagem, ou seja, **ajuda, paciência, atenção, competência e amor à profissão**. Considerando a relação entre representações sociais e os fenômenos sociais e cognitivos coaduna-se, com Jodelet (1986) quando salienta que as RS constituem figurações que suscitam um aglomerado de significações; princípios de referência que admitem decodificar o que acontece dando significado ao imprevisto, qualificando tanto os fenômenos quanto os sujeitos com os quais existe um relacionamento. Constituem teorias que possibilitam instituir as ocorrências que aconteçam entre eles, ou seja, uma forma de refletir e explicar a realidade do cotidiano.

A busca por **ajuda**, principalmente frente à presença de patologias debilitantes é esperada. No decorrer da vida de cada um, constantemente depara-se com situações difíceis de serem solucionadas. Situações estas que, certamente, em algumas vezes necessita-se do auxílio de outras pessoas para que se possa solucioná-las ou minimizá-las no intuito de vislumbrar uma melhor qualidade de vida e saúde. Mas, a depender do problema a ser solucionado a tão esperada ajuda terá que ser dada por um profissional qualificado. No processo de enfrentamento da

doença, o(a) paciente reconhecer que necessita de ajuda é o primeiro passo e, talvez um dos mais importantes, para a superação dos problemas em geral.

Em se tratando de pessoas que vivem com o HIV/aids, considerando as especificidades já discutidas acerca do agravo, a busca por ajuda profissional poderá contribuir para a superação das dificuldades por elas vivenciadas. Deve-se ponderar, ser comum as pessoas que vivem com o HIVaids ocultarem o diagnóstico dos familiares, amigos e pessoas mais próximas. Assim, sem poder contar, na maioria das vezes, com o apoio destas pessoas, a equipe de enfermagem poderá ser uma das alternativas.

Costa, Oliveira e Formozo (2012, p. 245) discorrem que a prática cuidadora da enfermagem

insere-se em todas as fases da epidemia do HIV/aids, uma vez que tem por objetivo o cuidado às pessoas, desde o estado supostamente sadio até o surgimento de agravos, englobando atividades desde a educação em saúde até intervenções por meio de procedimentos técnicos, ao longo do tratamento.

O objetivo da prestação de cuidado deve estar direcionado para o bem-estar do(a) paciente, o que poderá ser alcançado através do atendimento das suas necessidades básicas, quer sejam elas de caráter físico ou emocional. Sendo assim, ao cuidar, a enfermagem irá procurar ajudar a(o) paciente a alcançar equilíbrio entre a mente, o espírito e o corpo (WATSON, 1988). O sucesso do cuidar consiste em ajudar a pessoa a obter este tão necessário equilíbrio. Assim, não é por acaso que a OMS preconiza que para se ter saúde é necessário bem estar físico, mental e social.

Salimena (2010) enfatiza que a relação entre a enfermagem e a clientela não pode estar restrita à aplicação de procedimentos técnicos. É necessário que exista uma interação permeada por gestos que transmitam sensação de **ajuda** e de confiança, no intuito de ser possível o esclarecimento de dúvidas, a minimização das expectativas em relação ao tratamento e a demonstração dos sentimentos negativos ou positivos vivenciados pelo(a)s pacientes. Pode-se afirmar, ainda, que a enfermagem possui a capacidade de ajudar as pessoas que buscam seus serviços num contexto multidimensional porque a essência do cuidar vai além dos aspectos biológicos.

Para Oriá, Moraes e Víctor (2004, p.294)

o objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado. Cuidado esse que deve ser prestado de forma humana e holística, e sob a luz de uma abordagem integrada, não poderíamos excluir o cuidado emocional aos nossos clientes, quando vislumbramos uma assistência de qualidade. Ao cuidarmos de alguém, utilizamos todos os nossos sentidos para desenvolvermos uma visão global do processo observando sistematicamente o ambiente e os clientes com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência. No entanto, ao nos depararmos com as rotinas e procedimentos técnicos deixamos de perceber importantes necessidades dos clientes (sentimentos, anseios, dúvidas) e prestar um cuidado mais abrangente e personalizado que inclua o cuidado emocional.

Corroborando com o descrito, Leininger (1988, p. 9) enfoca que o cuidar em enfermagem corresponde aos

modos cognitivamente aprendidos, humanísticos e científicos, de ajudar e capacitar um indivíduo, família ou comunidade, a receber serviços personalizados, através de processos, técnicas e padrões de cuidados específicos e culturalmente definidos, para melhorar ou manter uma condição favoravelmente saudável para a vida ou morte.

Nas RS das informantes, apreendidas na análise fatorial de correspondência, a satisfação com o cuidado de enfermagem foi simbolizada pelo interesse da equipe por seu estado de saúde ao procurar suprir suas necessidades básicas afetadas. A análise dos dados levantados denota que a evocação da palavra **ajuda**, como RS do cuidado em enfermagem, foi elaborado por, provavelmente, existir uma percepção mais subjetiva do entendimento da ação cuidadora por parte destes profissionais.

O adoecimento constitui evento de complexidade variável, podendo trazer consigo diversas alterações, tanto no campo físico quanto no emocional. Assim, neste contexto, o cuidado, também, poderá ser objeto de distintos significados.

O cuidado centrado no princípio da humanização e da integralidade, seja em relação à prevenção, recuperação da saúde, nascimento ou, ainda, a colaboração para uma morte digna, constitui componente epistemológico do trabalho de enfermagem (WALDOW, 2006). Para Sanna (2007) “a enfermagem é uma ciência e uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida”.

Na AFC, em relação ao estímulo 3, evidenciaram-se representações que permeiam o imaginário popular sobre o cuidado de enfermagem. Neste sentido, as palavras/expressões destacadas pelas mulheres que possuem de 6 a 10 anos de diagnóstico foram de que a enfermagem, no seu processo de cuidar, **ajuda**,

administra **medicação**, **mede pressão** e fornece **informação**. Para aquelas que possuíam mais de 10 anos de diagnóstico, a enfermagem cuida da **doença**, atuando na **prevenção**, com **atenção** e **competência** e, independente do tempo de diagnóstico, as mulheres negras evocaram a necessidade da **paciência** na prestação do cuidado, enquanto que as não negras destacaram serem a **atenção**, **competência** e **informação** elementos importantes para esta *práxis*.

Ao serem estimuladas sobre o cuidado de enfermagem, as mulheres que vivem com o HIV/aids (estímulo 4), que possuem de 6 a 10 anos de diagnóstico, referiram as palavras **medicação**, **ajuda** e **dedicação**, enquanto as que possuíam mais de 10 anos de diagnóstico, evocaram **prevenção**, **tratamento**, **amor à profissão** e **acolhimento**. As informantes de cor negra, assim como as não negras, além de destacarem o que circula no imaginário popular sobre a *práxis* de enfermagem (**paciência**, **medicação**, **dedicação**, **informação** e **amor à profissão**), evidenciaram elementos do processo de adoecimento, tais como, **sofrimento**, **hospital** e **tratamento** com os quais se deparam por viverem com o HIV/aids. Neste direcionamento, vislumbrou-se que as informantes evocaram, ainda, a importância da **competência** em relação à prática do cuidado de enfermagem.

A **competência** profissional implica em capacidade, conhecimento e habilidades necessárias para exercer a profissão de forma que possa atender, com êxito, às expectativas da clientela. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no item Princípios Fundamentais, refere que “O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com **competência** para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética” (grifo nosso). No seu artigo 5 (DAS RESPONSABILIDADES E DEVERES), o Código regulamenta que compete aos membros da equipe de enfermagem “Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, **competência**, responsabilidade, honestidade e lealdade” (grifo nosso), no artigo 10 (DIREITOS) “Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade” (BRASIL, 2007c).

Nos últimos anos, discussões acerca da competência profissional da enfermagem têm sido preocupação tanto do(a)s enfermeiro(a)s, quanto dos gestores, tendo em vista que a equipe de enfermagem representa a maioria que compõe o quadro de recursos humanos na área de saúde das instituições,

interferindo diretamente na qualidade e custo da assistência, bem como, na sua eficácia (CAMELO, 2012).

As RS evocadas através da palavra **competência** levam a crer que exista uma imagem positiva por parte da clientela, cristalizado no senso comum, em relação às ações cuidadoras que são realizadas pela enfermagem, conforme alguns relatos extraídos das entrevistas. Desta forma, observa-se que a competência constitui uma das prerrogativas para a construção da identidade da enfermagem.

A atuação da equipe de enfermagem é fundamental para a efetivação e a eficácia das ações que permeiam o processo saúde doença da população em geral. No entanto, apesar da relevância do trabalho destes profissionais, sabe-se que, nem sempre, a equipe consegue dar visibilidade necessária à valorização da categoria por parte da sociedade como um todo. Nesta pesquisa, embora tenha predominado o discurso que denota invisibilidade para com os cuidados de enfermagem, em alguns momentos, as informantes expressaram reconhecimento quanto ao valor do trabalho da equipe, conforme o relatado nos discursos abaixo. Estas narrativas contribuíram para identificação do que existe de representação acerca da atuação deste(a)s profissionais em unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar.

Menina, quando estava no hospital (X) uma enfermeira trazia livros e lia, brincava com os doentes. Às vezes ela aparecia com roupa de palhaço, brincava e dava presentinhos para todos que estavam internados. Mandava a gente cantar com ela. Nunca vi isso em nenhum lugar, mas era legal o jeito que ela fazia (Informante 2, 2º grau completo, 34 anos, soropositiva há 04 anos).

Essas meninas (equipe de enfermagem) são uns anjos. Cuidam dos doentes bem que só, parece que nasceram para isso. Eu nunca daria para trabalhar assim. Ficar o dia todo vendo gente doente. Tem doente de todo jeito, tem uns que dá um trabalho que só. Mas, mesmo assim elas dão toda atenção. Tem que ter muito amor pela profissão. Quando estava no hospital com meu marido vi muito doente aborrecido, de mau com a vida e o pessoal atendia sempre com paciência. Eu não sei se estivesse no lugar delas ia ter tanta paciência (Informante 17, 3º grau completo, 61 anos, soropositiva há 20 anos).

Eu comecei a tomar o coquetel, mas não tomava direito, daí tive diarreia, perdi peso, tive febre, dor no peito, ficava cansada, com falta de ar, à toa. Não tinha vontade de comer e minha boca doía quando tentava comer. O médico disse que isso aconteceu porque eu não tomava os remédios direito, que nem ele mandou. Disse que eu tinha sapinho na boca. Piorei tanto que foi preciso me internar. Passei três meses lá no hospital. Lá tinha uma enfermeira que era crente, da Igreja do pastor Edir Macedo. Ela lia a bíblia para os doentes. Falou que é preciso ter muita fé. Depois que deixei o hospital passei a ir mais na igreja. Um dia tomei coragem e contei para o padre [...]. (Informante 31, 1º grau incompleto, 40 anos, soropositiva há 09 anos).

A satisfação com o cuidado disponibilizado pela equipe de enfermagem é manifestada nestes discursos. Verifica-se que as informantes se sentiram acolhidas e confiantes no trabalho da enfermagem que é realizado no ambiente hospitalar. Considerando ser a equipe de enfermagem os profissionais que mais permanecem ao lado do(a)s pacientes essa confiança depositada nesses profissionais se torna essencial para fortalecimento do vínculo paciente/profissional a qual repercute na recuperação dessas mulheres. Estas representações caracterizam positivamente o cuidado de enfermagem e contribuem para a visibilidade da profissão.

O ato de cuidar constitui um movimento que deve estar voltado para alguém ou para algo que desperte nosso interesse, buscando contribuir para o bem-estar do outro. A implementação do cuidado vai além do que seria necessária à realização de um procedimento de ordem técnica. Cuidar exige desenvolvimento de um pensamento crítico, onde haja reflexão sobre: quem é a pessoa a ser cuidada? Quais suas necessidades? De que forma poderá ser ajudada? O que é necessário saber sobre sua condição e/ou sua história? (WALDOW, 2008). A autora enfatiza, ainda, que o profissional que presta cuidados necessitará obter a confiança do(a) cliente para que ele(a) possa contribuir com o cuidado, o qual, certamente, promoverá o crescimento de ambos. Para Abric (2001), as RS definem a identidade grupal, traduzem a realidade, norteiam as práticas sociais e influenciam nas tomadas de decisões.

Assim, quando se trata de aids, o cuidado passa a exigir maior complexidade nas ações, porque a convivência com o agravo traz consigo uma dimensionalidade diversificada, a qual, para ser suprida na perspectiva da integralidade, irá requerer preparação embasada não somente no conhecimento técnico-científico mas, também, em ações pautadas na humanização do cuidado.

O cuidado de enfermagem, também foi representado pela palavra **atenção**. A **atenção** é uma forma de demonstrar interesse por alguma coisa, consiste na capacidade de assimilação, do poder de observação que cada um possui. Chalifour (2008) suscita que a prestação de cuidados em enfermagem implica em uma relação de ajuda, na qual é necessário que seja dada **atenção** no sentido de atender às diversas necessidades apresentadas pelo(a) paciente, sejam elas de ordem cognitiva ou biológica.

Sendo assim, para o êxito da atuação de enfermagem, a atenção às necessidades do(a) paciente é fundamental. E, sabe-se que nem sempre o(a) cliente expressa suas necessidades, seus anseios de forma verbal. Assim, é imprescindível que a enfermagem esteja atenta para captar, o dito e o não dito, no intuito de prestar os cuidados integrais com vista a atender às necessidades básicas do(a) paciente, seja no ambiente hospitalar ou em unidades de atenção ambulatorial.

A prestação de cuidados de enfermagem deve considerar não somente o acesso às novas tecnologias, ora disponíveis, mas principalmente, centrar suas ações na humanização do cuidado, no estabelecimento de uma relação interpessoal que possibilite o(a) cliente expor suas necessidades tanto físicas, quanto emocionais. O diálogo, o respeito, a proteção e a atenção serão fundamentais para que esse objetivo seja alcançado (SALIMENA, 2010). Neste sentido, deve-se considerar que “o importante para a humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não-técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas” (AYRES, 2004, p.17).

Boff (2004) salienta que o cuidado vai além de um simples ato; cuidar é uma atitude que envolve muito mais do que um instante de **atenção**. Constitui uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com a outra pessoa. Dar **atenção** ao paciente é uma forma de cuidar. As ações de cuidado se diferenciam de um(a) paciente para outro(a) porque cada pessoa é única, cada uma possui necessidades que variam no sentido e na intensidade. Alguns precisarão de mais **atenção** que outros. A enfermagem precisa estar preparada para identificar quais pacientes necessitam de **atenção** mais emergencial, ser capaz de elencar quais necessidades foram afetadas, ouvir atentamente o que o(a) paciente tem a dizer tanto no campo biológico quanto no emocional. Neste sentido, a anamnese e o exame físico, realizados pela enfermagem serão os primeiros passos para uma intervenção individual personalizada.

Para Costa *et al* (2006) a atuação da enfermagem não necessita unicamente de informações sobre um conjunto de especialidades exclusivas, pois, independentemente do campo de atuação da enfermagem é exigido que estes profissionais dispensem um cuidado fundamentado no princípio da integralidade, envolvendo os aspectos psicológicos, biológicos, sociais e espirituais, especialmente quando o(a) cliente é portador de uma patologia de caráter crônico.

Estas pessoas precisam de maior atenção porque se deparam com problemas decorrentes, tanto dos aspectos físicos quanto éticos da epidemia.

Assim, deve-se considerar que a atuação de enfermagem deve estar além dos cuidados específicos no campo das enfermidades de ordem física. A atenção deve estar centrada nos aspectos bio-psicossociais como um todo. No decorrer da aplicação das entrevistas as informantes também representaram a **paciência** como necessária ao cuidado por parte da equipe de enfermagem. A **paciência** constitui um dos elementos importantes para a eficácia dos relacionamentos interpessoais, pois, representa um estado de equilíbrio onde a pessoa se controla para não perder a calma. Algumas pesquisas têm relatado a evocação da palavra paciência como RS do cuidado de enfermagem (RODRIGUES *et al*, 2007; MONTEIRO, 2002).

Ter paciência, quando se trata do cuidado de enfermagem pode representar um desafio, já que sua prática está permeada por diversas situações conflitantes, dentre estas a sobrecarga de atividades e o pouco tempo para sua realização. Nestes casos, a impaciência e a ansiedade poderão aflorar, incidindo em uma ação cuidadora não satisfatória. Guimarães (2008) salienta que a forma como a pessoa exerce o cuidado se fundamenta, também, na forma com que o outro se relaciona no mundo. Assim, falando de maneira existencial, significa ser zeloso e solícito com o outro, direcionado pela **paciência** e pela resignação.

Corroborando com o descrito Mayeroff (1971) *apud* Silva (2011) referem que cuidar se constitui num processo, numa forma de relacionamento no intuito de contribuir com o crescimento e a realização do outro sendo que, para que isto aconteça, é necessário informação, calma, ânimo, sinceridade, confiança, humildade, fé e um ritmo que seja próprio. Pesquisa realizada por Salimena (2010, p. 338) identifica que o(a)s pacientes

valorizam os cuidados de enfermagem, quando voltados não somente para ações técnico-científicas que tenham como foco suas necessidades biológicas. Também sinalizam como importante o atendimento de aspectos interpessoais, aludidos como atenção, carinho e paciência. Portanto, essas mulheres manifestaram e verbalizaram necessidades que ultrapassaram os limites dos procedimentos técnicos, uma vez que abrangem o ser do humano em sua dimensão existencial.

A RS de **paciência** frente ao cuidado de enfermagem vem demonstrar que as informantes a consideram um dos atributos ou habilidades inerentes ao trabalho da enfermagem. Essa percepção é importante visto que o cuidar constitui uma arte

onde a enfermagem busca responder positivamente aos anseios da sua clientela. A satisfação em relação ao cuidado recebido, também foi representada pelo “**amor à profissão**”. Esta evocação leva a uma reflexão sobre o tempo considerável de vida que o enfermeiro passa trabalhando, seja em função remunerada ou não. O trabalho dignifica, enobrece, constitui uma necessidade para a maioria dos seres humanos. Nesta pesquisa foi destacado o trabalho que constitui a atividade profissional da enfermagem.

O **amor pela profissão** contribui para a formação de um bom profissional. Gostar do que se faz é imprescindível, principalmente, em se tratando da equipe de enfermagem que atua diretamente, na maioria das vezes, com pessoas enfermas, as quais necessitam de cuidados diversificados e de pessoas com habilidades necessárias para ajudar na recuperação da saúde, na prevenção da doença ou no seu enfrentamento. O trabalho da enfermagem transcende o aspecto biologicista. Assim, se o(a) profissional não tiver amor pelo que faz, possivelmente irá colecionar situações negativas e estressantes. Deve-se levar em conta os baixos salários, a sobrecarga de trabalho e as condições insalubres de trabalho destes profissionais, nos quais, muitas vezes o **amor pela profissão** é o alicerce para sustentar com determinação os desafios das jornadas diárias.

Evocar a expressão “**amor à profissão**” como RS do cuidado de enfermagem a mulheres que vivem com o HIV/aids remete a uma percepção positiva do trabalho da equipe ou uma visão romântica da prática cuidadora. Nestas situações, a relação entre afetividade e o cuidado de enfermagem pode constituir fator oclusivo ao atendimento das necessidades da clientela que seriam importantes para o restabelecimento da saúde ou uma melhor maneira de enfrentar o processo de adoecimento (SAMPAIO, 2011). Nota-se que as informantes que evocaram estas representações se referiram à forma humanizada de prestação de cuidados por parte deste(a)s profissionais.

O adoecimento fragiliza a pessoa, altera a rotina cotidiana desorganizando, de certa forma, o equilíbrio do dia a dia, interfere nas imagens corporais e simbólicas, além de poder gerar sentimentos negativos. Assim, o cuidado a ser dispensado às pessoas que vivem com agravos de grande impacto biopsicoemocionais e sociais, como é o caso da infecção pelo HIV/aids, terá uma complexidade maior. Neste sentido, algumas pesquisas têm evidenciado que a clientela refere desejar receber um atendimento humanizado onde predomine o

carinho, a atenção, a paciência e o amor, ou seja, que haja sensibilidade no ato de cuidar (SALIMENA, 2010).

Estes achados são significantes, onde o grau de satisfação da clientela pode ser um dos indicadores da qualidade do cuidado de enfermagem às pessoas que buscam seus serviços já que, um dos objetivos do cuidado é atender às expectativas da clientela. Nestes casos, é salutar haver um bom relacionamento interpessoal entre quem presta e quem recebe cuidados. Uma pessoa que vive com o HIV/aids, ao procurar assistência em unidade de saúde, desejará receber cuidados integrais, de forma humanizada. Neste contexto, o atendimento deverá ser direcionado tanto para os aspectos físicos, quanto para os emocionais, a depender das necessidades que cada pessoa traz consigo.

Na aplicação do TALP, as palavras fé e esperança (embora não tenham tido significância na AFC) foram evocadas 06 vezes pelas informantes. Algumas pesquisas têm abordado a importância da religiosidade para o enfrentamento de diversas patologias, a exemplo de pesquisa realizada por Santos e Guimarães (2011) na qual destaca a importância da fé para a superação dos diversos problemas decorrentes da convivência com a infecção/doença. Estas representações denotam sentimentos positivos em relação às contribuições da enfermagem ao orientar as pessoas que sofrem com uma enfermidade a buscarem ajuda na religiosidade/espiritualidade.

Através da fé buscamos uma aproximação com alguma divindade, no intuito de encontrar um suporte emocional para lidar com os diversos problemas decorrentes do adoecimento. Para Boff (2001) o fundamental não é a religiosidade (ser adepto de uma determinada religião/igreja), mas, sim a espiritualidade (a crença em um ser superior) independentemente de pertencer ou não a uma determinada religião. Para este teólogo, a espiritualidade representa ajuda nos momentos difíceis, pois, através dela haverá integração e caminhos para buscar um novo paradigma civilizatório (vivência em harmonia com a Mãe Terra).

Neste sentido, “a espiritualidade vem sendo descoberta como dimensão profunda do humano, como elemento necessário para o desabrochar pleno de nossa individuação e como espaço de paz no meio dos conflitos e desolações sociais e existenciais” (BOFF, 2001, p.18). Diante desta realidade, pergunta-se: Será que a enfermagem está preparada para cuidar da espiritualidade do(a)s pacientes? Santos e Guimarães (2011, p.35) lembram que, ao longo do tempo, a “enfermagem

abandonou sua herança religiosa juntamente com a dimensão espiritual do cuidado, optando o caminho da ciência restrita que prioriza o cuidado físico em detrimento de outras dimensões”. Para as autoras, a busca pelo reconhecimento científico da profissão e o avanço tecnológico contribuíram para que o(a)s profissionais fragmentassem o cuidado se distanciando de suas origens.

No entanto, vale lembrar que o foco do cuidado de enfermagem se concentra na capacidade que o(a)s profissionais possuem de identificarem as necessidades mediatas e imediatas da clientela e, de estarem apto(a)s a suprir estas necessidade através das habilidades e competências específicas, ou através do encaminhamento a outro(a)s profissionais e/ou instâncias. A atuação prática da enfermagem deve estar voltada para o princípio da integralidade, onde tanto as dimensões biológicas quanto as psíquicas, sociais e espirituais possam ser contempladas (SOUZA, 2006).

Considerar aspectos relacionados à espiritualidade na prestação de cuidados contribui para melhoria da qualidade de vida por promover minimização do sofrimento, fortalecimento da segurança e, melhor aceitação das dificuldades em geral que cada pessoa apresenta. O cuidado, para ser terapêutico, deve ser acolhedor, humanizado, espiritualizado e manter proximidade com cada ser cuidado. Desta forma, o “cuidar espiritualmente caracteriza-se por compreender, relacionar-se, comunicar-se, interagir e estar com o outro” (MANENTI; SORATT, 2012, p. 44).

A prestação de cuidados, em qualquer nível de assistência, pode fazer com que os profissionais de saúde se defrontem com queixas dos pacientes que ultrapassam os limites do adoecimento. Assim, o ato de cuidar do profissional de saúde direcionado para o alívio do sofrimento necessitará perpassar a dimensão objetiva, adentrando no campo da subjetividade, onde a escuta, o acolhimento, a compreensão, a esperança, dentre outros, poderão trazer alívio para os sentimentos experienciados (SMEKE, 2006).

Soares, Nóbrega e Garcia (2004) chamam a atenção para o fato de que, apesar da necessidade de repensar a prestação de cuidados às pessoas que vivem com a infecção pelo HIV/aids no contexto da espiritualidade, esta é uma questão frequentemente deixada de lado pelo(a)s profissionais. Este tipo de comportamento ocorre porque o(a)s profissionais não se sentem capacitado(a)s a intervir. Os autores enfatizam, ainda, que o bem-estar no campo da espiritualidade é

fundamental para o enfrentamento dos problemas decorrentes da infecção pelo HIV/aids.

Quando se fala em cuidado integral, que pressupõe atendimento às necessidades básicas dos pacientes, é certo que a espiritualidade deve ser considerada, pois se sabe que, apesar da maioria da população brasileira se declarar católica, outras religiões são professadas. Há os que crêem em um ser superior e também os que não são adeptos de nenhuma religião. Sendo assim, é imprescindível que a enfermagem considere os aspectos religiosos de cada paciente, bem como suas necessidades no campo da espiritualidade, independente da sua religião ou daquela que o(a) paciente seja praticante, pois como bem disse Dalai Lama, "a melhor religião é a que mais te aproxima de Deus, do Infinito. É aquela que te faz melhor."

Duas informantes correlacionaram a **prevenção** (evocação presente no TALP) com o cuidado disponibilizado pela equipe de enfermagem. Esta é uma representação, em relação à aids, que pode estar relacionada à prevenção da infecção e/ou profilaxia de doenças oportunistas, faculta a predisposição ao embrião de uma nova forma de exteriorizar a visibilidade do trabalho da equipe.

Outro dia, no posto (Unidade Básica de Saúde), na palestra a enfermeira disse que se a gente usasse a camisinha direto não pegava aids. Uma pessoa pode não ter cara de aidético e ter aids e não demonstrar, daí fica difícil saber. Eu não sabia disso, pensava que todo mundo que tinha aids ficava com cara de aidético. Agora me lembro do que a enfermeira falou. Eu tenho aids faz tempo (8 anos) e nem dá para desconfiar. Nunca ninguém percebeu que tenho (Informante 5, 1º grau incompleto, 41 anos, soropositiva há 15 anos).

É preciso fazer o tratamento (TARV) direitinho, do jeitinho que o médico mandou porque senão os micróbios (vírus) aumentam, deixa a gente enfraquecida. Foi uma enfermeira que disse isso, que a gente pode evitar ter um monte de doenças e não morrer de aids. Ela falou para a gente comer bem, não beber (bebidas alcoólicas), fazer, todo ano, o exame preventivo (Papanicolau) - (Informante 6, 1º grau incompleto, 53 anos, soropositiva há 14 anos).

As ações preventivas são realizadas, principalmente, nos espaços de assistência primária em saúde, enquanto que as direcionadas ao tratamento têm ênfase nas unidades secundárias. Porém, as ações de prevenção disponibilizadas pelas unidades de saúde, ainda são incipientes, centradas em estratégias restritas, decorrentes de atos de caráter individual que são realizados de forma não integrada com a comunidade (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Vale ressaltar que a

formação de uma RS se dá a partir das ideias que circulam no cotidiano dos grupos sociais, que são elaboradas socialmente denotando um conhecimento do senso comum e que são passíveis de mudanças, desde que novas informações circulem na sociedade (MOSCOVICI, 2003). No que se refere à aids, por sua condição de incurável, há uma grande divulgação, propagação e difusão de informações sobre ações preventivas o que favorece a produção de representações sociais sobre **prevenção**.

Em se tratando de prevenção, a equipe de enfermagem pode atuar realizando ações que evitem que a pessoa se exponha ao risco de contrair um determinado agravo ou na prevenção de complicações que poderão ocorrer em consequência de uma patologia já instalada, ou seja, a atuação pode se dar tanto no campo assistencial, como no educativo. No caso da infecção pelo HIV/aids a equipe de enfermagem pode contribuir, significativamente, das duas formas. Neste sentido Collière (2003) explicita que a enfermagem não pode focar sua atenção somente na doença. Para a autora a(o)s profissionais de enfermagem necessitam estar atenta(o)s a todos os fatores que possam influenciar na promoção da saúde, na prevenção da doença e, também, aos fatores que possam favorecer a recuperação da pessoa doente.

Dezem e Sampar (2006, p. 35) dizem que todo programa de enfermagem, com enfoque preventivo, na área de saúde da mulher deve contemplar os cinco princípios abaixo-relacionados :

1. Identificação de populações de alto risco. Inclui a verificação de fatores de risco para determinadas patologias.
2. Rastreamento. Compreende o que se chama de busca ativa. Visa a separar pessoas aparentemente saudáveis, que possam apresentar uma doença, de pessoas que possivelmente não são portadoras; identificar casos não diagnosticados por meio de consultas e exames em massa e em população assintomática.
3. Detecção. cuja finalidade é o diagnóstico precoce de doenças (prevenção secundária).
4. Tratamento. Tratar os fatores predisponentes para evitar que doenças surjam ou haja agravamento e se assegure o controle efetivo de doenças.
5. Educação e prevenção primária. Engloba todos os programas educativos de orientação e esclarecimento de dúvidas e preocupações das mulheres, visando à prevenção de doenças primárias e a cura das existentes.

Ações neste sentido são fundamentais para o aumento da expectativa e da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/aids. Compete à enfermagem ressignificar seu papel em relação à prestação de cuidados a serem realizados

através de uma perspectiva holística que possa contribuir para o enfrentamento do HIV/aids.

A evocação da palavra **prevenção** demonstra que as informantes possuem RS fundamentadas em um conhecimento científico acerca do assunto. Neste caso, o uso da TARV constitui ferramenta fundamental para a prevenção do quadro sintomatológico decorrente da imunossupressão.

A eficácia da terapêutica está relacionada ao uso correto das medicações. No início da epidemia do HIV/aids, viver com a infecção/doença era sinônimo de adoecimento e morte programada. Com o surgimento dos ARV, que possuem a função de inibir a replicação viral do HIV, as pessoas que vivem com a infecção/doença passaram a ter uma maior expectativa e qualidade de vida, pois quanto menor for a contagem viral no organismo maior as possibilidades de que o sistema imunológico esteja apto a defender-se contra as infecções oportunistas.

No entanto, mesmo diante dos avanços no campo terapêutico, existe um percentual de pacientes (10 a 20%) que não consegue suprimir a viremia da forma esperada (falha virológica primária); outros apresentam a chamada falha virológica secundária (após cerca de um ano de tratamento). Outro aspecto a ser considerado é a resistência viral ao tratamento, limitando a opção de drogas a serem utilizadas. Esta resistência ocorre, principalmente, em decorrência de falhas na adesão ao uso correto das medicações (TEIXEIRA; SILVA, 2008).

Camargo e Capitão (2009) chamam atenção que a taxa correta de adesão ao tratamento se encontra em torno de 50%. Os autores enfatizam, ainda, a importância de um olhar para os diversos fatores que estão correlacionados com a adesão, dentre eles: sexo, idade, perfil social e econômico, fatores relacionadas à patologia (sintomatologia não aparente e melhoria dos resultados de exames laboratoriais), existência de distúrbios psiquiátricos, tipo e tempo de tratamento, os efeitos colaterais presentes e ainda assistência médica e as barreiras na acessibilidade ao serviço.

Porém, o sentido atribuído a uma representação poderá ou não influenciar na adoção de medidas preventivas. Rossi e Rossi (2011) referem que as RS que estão ligadas à individualidade e à cultura são difíceis de serem modificadas. Para que isto aconteça, é necessário entender o que originou a ancoragem da representação e a forma como esta se encontra enraizada.

A representação do cuidado evocada pelo grupo também apresentou uma percepção da necessidade de **tratamento** disciplinado, não direcionado exclusivamente para o uso de medicações. Fatores como uma boa alimentação, não ingestão de bebidas alcoólicas, importância de realizar os exames solicitados periodicamente, adesão adequada ao uso da TARV, realização do exame papanicolau, foram citados, o que evidencia certa apropriação com o disposto no conhecimento científico. Em pesquisa realizada por Torres e Camargo (2008) foram identificadas RS semelhantes.

Notou-se que a realização do tratamento representa para muitas informantes uma esperança de maior sobrevida. Esta ancoragem contribui para que as dificuldades advindas dos efeitos colaterais, da necessidade de comparecimento regular à unidade de saúde, dentre outras, sejam superadas.

A identificação destas RS é importante para entender como as pessoas representam um dado fenômeno e de que forma a ancoragem dos elementos caracterizadores das representações irão nortear as ações individuais ou do grupo (ROUQUETTE, 1998). Destacou-se que as informantes com maior tempo de convivência com o HIV/aids representaram mais preocupação em relação ao tratamento em geral. Outro aspecto a ser considerado na dinâmica da infecção/doença é possibilidade do desenvolvimento de infecções oportunistas frente à imunodepressão do sistema imunológico.

A vivência com o HIV/aids afeta as pessoas de formas diferentes. Algumas estão mais preparadas para enfrentar o problema e outras não. Na prestação de cuidados, a enfermagem deverá estar alerta para as necessidades de cada paciente, pois estas variam na forma e na intensidade. Estas representações evidenciam a satisfação de algumas informantes acerca do cuidado de enfermagem. Porém, como não há maior aprofundamento nos diálogos e considerando que somente três (6%) das informantes fizeram este relato, reitera-se ser precoce afirmar que a equipe esteja preparada para a prestação de cuidados tendo como foco o princípio da integralidade.

A palavra **dedicação** foi evocada como uma necessidade para a prática do cuidado integral. Para Somenzi (2005), o termo dedicar-se, embora possa sofrer variação de uma pessoa para outra, de forma geral, significa o jeito de alguém se voltar para um determinado objetivo de forma intensa e completa. Quando uma pessoa se dedica a alguma atividade, irá procurar executá-la da melhor maneira

possível, investindo para uma maior qualidade dos resultados a serem alcançados. Em se tratando do trabalho desenvolvido pela enfermagem, principalmente quando a clientela é portadora de doença incurável, a dedicação é essencial visto que, na maioria das vezes, a enfermagem estará lidando com pessoas enfermas, que necessitam de ajuda para minimizar danos à saúde e para enfrentar os diversos problemas advindos com a doença e/ou tratamento.

Cuidar de pessoas que vivem com a infecção pelo HIV/aids é complexo, isto por que muitas vezes os profissionais se depararam com situações conflituosas, pessoas fragilizadas por estarem com suas necessidades básicas afetadas, gente que necessita de muita atenção e compreensão, em decorrência da multidimensionalidade que a infecção/doença representa, da dificuldade que as pessoas têm de lidar com o diagnóstico e com outras situações decorrentes do adoecimento e/ou das situações de discriminação e preconceito, de isolamento social que permeiam o cotidiano de suas vivências.

Neste sentido, corroboramos com Freitas (2002) quando diz que é necessário superar a dicotomia entre objetividade e subjetividade e, por esta razão, o ato de cuidar deve consistir em uma resposta profissional onde exista relação entre objetividade e atitudes e onde prevaleça a dedicação entre os seres humanos.

Quando uma pessoa se dedica a alguma coisa, certamente irá procurar fazer o melhor, porque a pessoa estará concentrada no seu objetivo de modo a desejar que o resultado seja o mais perfeito possível. Neste sentido, há de se convir que quando uma pessoa gosta do que faz, certamente será mais fácil se dedicar, ter um empenho melhor buscando alcançar um resultado com a maior qualidade possível.

O(A)s pacientes que vivem com a infecção pelo HIV/aids, doença incurável, de evolução crônica, necessitarão dos cuidados de profissionais da área de saúde durante toda a sua vida. Estes cuidados deverão ser prestados no sentido de garantir atendimento integral às necessidades básicas afetadas.

Diante dessa percepção, Volpato e Santos (2007) referem que

o cuidado surge somente quando a outra pessoa tem importância para o cuidador, para assim, dedicar-se à pessoa cuidada, dispondo-se a participar do seu destino, buscas, sofrimentos, sucessos, enfim, da sua vida, sendo que o cuidado transforma-se em bom trato para com outro. Em função desse voltar-se ao outro, a atitude de cuidar também gera preocupações, inquietações e responsabilidades por parte de quem cuida.

Há de se convir que ao cuidar, ao demonstrar dedicação para com a pessoa enferma, certamente a enfermagem estará contribuindo para o enfrentamento da doença, para a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas que vivem com o HIV/aids que buscam atendimento em unidades de saúde. O grupo evocou, também, o **acolhimento** e o **amor à profissão** como requisitos para o cuidado.

A integralidade do cuidado, ou seja, atender a pessoa considerando as diversas necessidades que afetam o seu bem-estar e a possibilidade de recuperar sua saúde, constitui um dos grandes desafios no campo de atuação da enfermagem. Nesta ótica, nos deparamos com a importância do **acolhimento** para que o(a) cliente se sinta amparado(a), tendo seu atendimento voltado para suas necessidades individuais.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), o acolhimento representa uma vertente da Política Nacional de Humanização, a qual não deve ter horário, lugar ou profissional específico para efetivá-lo. Deve permear todas as ações realizadas pelo(a)s profissionais de saúde visando sua concretização nos encontros terapêuticos ocorridos nos serviços de saúde. O acolhimento constitui uma forma ética de atendimento que requer que o(a) cliente possa ser escutado(a) em suas queixas, na sensibilização para a importância como protagonista no processo de adoecimento e de saúde, na responsabilidade pela solução dos problemas existentes, com acionamento das redes de interação dos saberes. Ou seja, o ato de acolher representa compromisso de resposta às necessidades das pessoas que buscam os serviços de saúde.

O acolhimento pode ser compreendido, também, como “ato ou efeito de acolher expresso, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2006, p.6).

O acolhimento constitui uma postura ética que, para ser efetivado, não necessita de espaço ou de profissional específico. Constitui uma troca de saberes, compartilhamento das necessidades, das angústias, das possibilidades e das atenções. O acolhimento se diferencia da triagem por não ser classificado como uma etapa do processo, mas como uma ação a ser realizada em qualquer local de uma unidade de saúde, independentemente do momento. Acolher pressupõe a escuta das queixas (tantos dos problemas de ordem física quanto dos subjetivos), a identificação das vulnerabilidades, a permissão para que o usuário possa exteriorizar

suas avaliações do serviço, a procura por respostas aos problemas identificados, e, quando necessário, a realização de encaminhamentos no intuito de assegurar resolução dos problemas existentes (BRASIL, 2004b).

Ser acolhido(a) representa uma das necessidades da clientela que procura as unidades de saúde. Mas, infelizmente nem sempre isso acontece. Algumas pesquisas têm evidenciado a existência de temor por parte dos usuários dos serviços de saúde em relação ao medo de não serem acolhidos (SOARES; SILVA, 2003). Na prestação de cuidados às pessoas que vivem com a infecção pelo HIV/aids, o acolhimento é fundamental por poder contribuir com a aceitação da doença, melhor adesão ao uso da TARV, esclarecimentos de dúvidas quanto às vias de contaminação, cuidados diários na vida cotidiana, superação do medo da discriminação e da morte, como exercer a prática sexual de forma saudável, dentre outras coisas.

Pesquisa realizada por Costa e Cambiriba (2010), no qual foi perguntado aos membros da equipe de enfermagem o que entendiam por acolhimento, foi evidenciado que as respostas condiziam com o proposto pelo Programa Nacional de Humanização (PNH). A pesquisa também evidenciou discrepâncias entre a teoria e a prática em relação ao acolhimento na atuação de alguns profissionais, fato que demonstra a fragilidade existente na assistência prestada nas unidades de saúde em relação à atenção para com a clientela que necessita de cuidados integrais.

Outra contribuição desta pesquisa foi à identificação dos fatores que dificultavam a prática do acolhimento. Os mais significativos foram: falta de união entre os membros da equipe de enfermagem, carência de recursos humanos e estrutura física inadequada.

O acolhimento é essencial para a prestação de cuidados em enfermagem, porque o ato de acolher implica na necessidade da busca por um contato afetivo que procure encontrar a dimensão mais humana que a outra pessoa possui, respeitando as diferenças existentes e ampliando o vínculo entre a equipe de saúde e a clientela por ela assistida (ZIEGELMANN, 2004).

Para Santos e Santos (2011), o acolhimento representa um desafio para a produção do cuidado, pode se constituir em uma prática inovadora para o fortalecimento do cuidado, assim como, representa um dispositivo útil na consolidação do princípio da integralidade, uma ação produtora para ações de educação em saúde, adesão ao tratamento medicamentoso e de melhoria da

qualidade de vida. O acolhimento pode ser considerado uma ferramenta útil na reorganização da assistência das unidades de saúde.

Neste sentido, Merhy (1998) e Leite, Maia e Sena (1999) referem que o paciente que é acolhido, que tem suas necessidades sanadas, que é devidamente orientado irá se sentir confiante em relação ao cuidado que esta recebendo, entendendo que a mesma poderá contribuir para sua recuperação.

Subcategoria 3.2: O cuidado de enfermagem que não atende às necessidades das pessoas que vivem com o HIV/aids

A *práxis* do cuidado, de acordo com o princípio da integralidade, precisa estar para além da efetivação de procedimentos centrados na técnica, pois o cuidar deve contemplar as necessidades de ordem biológica e subjetivas que cada ser humano possui. O MS faz uma alusão à força terapêutica da escuta e da palavra, bem como da eficácia das ações educativas e da contribuição matricial para o estabelecimento de maneiras de se obter uma reciprocidade na relação profissional-usuário. Valorizar o conhecimento estruturado na clínica e na epidemiologia é imprescindível para a demarcação do plano terapêutico. Mas, concomitantemente, salientam a importância da escuta, da comunicação, do vínculo e da responsabilidade, elementos imprescindíveis para a efetivação do cuidado. Desta forma, “os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário, como tem sido na maioria dos casos” (BRASIL, 2010, p.10).

A escuta, assim como a observação das diversas formas de comunicação não verbal, pode colaborar para identificação dos fatores que ocasionam angústia, preocupações ou outros sentimentos de conotação negativa que geram insatisfação frente à qualidade dos cuidados prestados pela equipe de saúde (BRASIL, 2012b).

O tratamento continua o mesmo, mas deviam dar mais atenção, conversar mais (Informante 1, 1º grau incompleto, 55 anos, soropositiva há 11 anos).

Carece de mais esclarecimento, deixar a pessoa falar mais. A gente aqui só fica ouvindo, sempre as mesmas coisas, tudinho igual (Informante 35, 1º grau incompleto, 29 anos, soropositiva há 02 anos).

Tenho um bocado de dúvida, eles podiam falar mais sobre a doença para tirar as dúvidas que a gente tem. Explicar tudo mais direitinho, sabe? Para a gente

tirar as dúvidas. Tem muita coisa que a gente quer saber e não sabe (Informante 39, 2º grau incompleto, 30 anos, soropositiva há 08 anos).

Pesquisa realizada por Aguiar e Simões-Barbosa (2006, p. 2120), as informantes referiram analisar os cuidados prestados pelo profissionais a partir da “capacidade técnica, disponibilidade para a escuta, afetividade, paciência e clareza nas informações transmitidas”. Para as entrevistadas, a primazia pelos profissionais que possuem este perfil resulta da possibilidade da “proximidade afetiva com eles, facilita a compreensão e incorporação dos termos técnicos que utilizam”.

No decorrer das coletas dos dados observou-se baixa valorização da escuta ativa por parte dos membros da equipe de enfermagem que disponibilizam cuidados de enfermagem nas unidades pesquisadas. A escuta ativa constitui recurso terapêutico fundamental para ajudar o(a) paciente a suprir suas necessidades básicas afetadas. Rosário (2009, p.30) refere com a finalidade de se “melhorar a comunicação com o doente o enfermeiro deve desenvolver e valorizar a capacidade de escuta como atitude essencial ao estabelecimento de uma comunicação eficaz, que estará na base de uma verdadeira relação de ajuda”.

Escutar pode ser definido “como a sensibilidade de estar atento ao que é dito, ao que é expresso através de gestos e palavras, ações e emoções” (CERQUEIRA, *et al*, 2011, p.13). A autora chama atenção para o fato que escutar e ouvir possui significados diferentes. O ouvir está relacionado com o sentido da audição, ficando restrito ao que é expresso verbalmente pelo emissor. O escutar não se restringe ao que é explicitamente revelado. Nesta perspectiva, o escutar transcende o ouvir, constituindo componente relevante para a efetivação do princípio da integralidade do cuidado. Quando a escuta ativa não é adequada, o processo de comunicação estará afetado, fato que, possivelmente, irá repercutir na qualidade do cuidado disponibilizado pelos profissionais de saúde.

Apreende-se nas representações das informantes elementos expressivos que significaram a insatisfação com o atendimento prestado na unidade ambulatorial, principalmente em relação ao déficit de **informações** sobre a infecção/doença, fato que vem ratificar as representações significativas na AFC extraídas por meio do TALP. A palavra “informação” foi evocada para o estímulo 3 (cuidado de enfermagem) e para o estímulo 4 (cuidado de enfermagem a mulheres soropositivas ao HIV/aids). Vislumbra-se que não houve oposição entre estas evocações e que na análise temática, esta subcategoria contemplou um

representativo número de unidades de análise (68%). As **informações** sobre a infecção pelo HIV/aids, quer sejam oriundas do conhecimento científico ou do senso comum, influenciam no enfrentamento da infecção/doença, assim como, nas medidas de prevenção à exposição ao agravo. Em pesquisa realizada por Ribeiro *et al* (2006), também foram encontrados resultados semelhantes.

Nesta perspectiva, seria fundamental que os profissionais que prestam cuidados as pessoas que vivem com o HIV/aids, incorporassem a rotina de discutirem com a clientela os variados assuntos relacionados à infecção/doença, tais como: vias de infecção, prevenção, evolução da infecção, exercício da prática sexual para as pessoas que vivem com o HIV/aids, importância do uso da TARV, dentre outros temas. Embora a forma de se comunicar altere de acordo com o modo de ser de cada profissional, de maneira geral, as **informações** podem contribuir para o melhor enfrentamento da doença e para maior expectativa e qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/aids.

Oliveira *et al* (2005) contribuem referindo que uma das finalidades do cuidado de enfermagem é cooperar para que o(a) paciente possa ser sujeito ativo no esquema terapêutico. Para as autoras, esta participação está correlacionada com a forma como o processo comunicativo se estabelece, pois as relações de confiança são importantes para minimizar sentimentos como a ansiedade e o medo, dentre outros, empoderando a pessoa em processo de adoecimento a pelejar dignamente pela sua recuperação.

As relações que se firmam entre os profissionais que atuam em unidades de atendimento e as pessoas que vivem com o HIV/aids podem criar ambientes de trabalho que favoreçam ou prejudiquem o enfrentamento da infecção/doença. Nota-se nos discursos das informantes que estas, ao procurarem os serviços especializados, trazem consigo, além do aspecto biológico da doença, uma variada dimensão subjetiva, as quais repercutem no processo saúde-doença. Sendo assim, as ações desenvolvidas através das instituições que produzem saúde devem considerar todos estes aspectos.

Para dar conta destes desafios, visualiza-se a necessidade da implementação de uma abordagem comunicativa entre profissionais de saúde e a clientela que esteja para além do envio e da concepção de um teor informativo. Destaca-se, assim, a amplitude de um processo comunicativo que forneça bases

para a construção e atualização de novas formas de observar o mundo, o sofrimento, o cuidado e o cuidar de si (DESLANDES; MITRE, 2009).

Idealmente é indispensável a garantia de que os profissionais de saúde repassem informações e instruções adequadas, no intuito de assegurar que os portadores de patologias crônicas possam gerenciar suas condições clínicas. Para que isso se consolide, a clientela deve estar engajada em um local onde se sinta apta a exteriorizar seus questionamentos, que possa dar início e manter uma atitude de autogerenciamento através de ações de “aconselhamento, educação, retroalimentação e outros auxílios aos pacientes que apresentam condições crônicas estão associados a melhores resultados” (OMS, 2006, p.36).

Além do reconhecimento do déficit de **informações** como um dos entraves para a satisfação em relação aos cuidados recebidos em unidade de assistência especializada às pessoas que vivem com o HIV/aids, as informantes fizeram menção a outros fatores que constituem o (des)cuidar no contexto destas relações institucionais.

O atendimento é igual em todo canto. A gente chega cedinho e fica esperando a boa vontade de ser atendida e voltar logo para casa. Mas se a gente precisa o que vai fazer? Tem que esperar mesmo. Também, cada dia parece que tem mais gente com isso. O bom é que os remédios não faltam. Nem sei se fosse para comprar na farmácia se eu ia poder, já ouvi dizer que custa caro (HIV/aids) - nada (Informante 47, 1º grau incompleto, 48 anos, soropositiva há 12 anos).

A demora é grande. Tem vez que passo a tarde inteirinha para o médico atender. Quando demora muito já nem dá para marcar os exames, daí tem que voltar outro dia. Para quem mora longe e não tem dinheiro para a condução (transporte) é difícil [...]. Essa doença mexe com tudo (Informante 30, 1º grau incompleto, 43 anos, soropositiva há 06 anos).

O tempo de espera e a demanda para o atendimento foram referidas, significativamente por (36 e 38%, respectivamente) das informantes, como um dos fatores de insatisfação na qualidade dos cuidados disponibilizados. Estas queixas já são exteriorizadas há algum tempo. Pesquisa realizado por Silveira e Carvalho (2002), os usuários dos serviços de saúde já discorriam sobre a delonga no tempo de atendimento.

Conhecer as representações das usuárias dos serviços, as quais vivenciam os problemas enumerados, em relação à satisfação com a qualidade do atendimento realizado, é salutar para as proposições de ações direcionadas à melhoria na qualidade do atendimento em unidades especializadas. Segundo o MS, a qualidade

na execução de serviços em unidades de saúde pressupõe seis grandes dimensões: segurança, efetividade, centralidade no usuário, pontualidade, eficiência e equidade na assistência (BRASIL, 2010).

A ociosidade comum no tempo de espera para o atendimento médico foi representado negativamente por impaciência, ansiedade e até mesmo desmotivação para os próximos retornos. Estas experiências podem constituir entrave para fortalecimento do vínculo entre a clientela e os serviços de saúde. Pesquisa realizada por Vasconcelos (2009) encontraram-se resultados similares.

Um aspecto representado positivamente por uma das informantes foi a garantia do fornecimento da terapia medicamentosa e o reconhecimento da importância da distribuição gratuita dos medicamentos. Alguns discursos enfocaram maior insatisfação com o cuidado realizado pelos componentes da equipe de enfermagem pertencentes ao sexo masculino.

[...] Mais atenção na internação. Lá a pessoa gente fica só, com ninguém para conversar. Quem trabalha com enfermagem devia conversar mais com o doente. Mas é assim em todo lugar. Mas quem escolhe esta profissão tem que gostar, gostar muito. Todo dia tem que lidar com pessoas doentes, gente morrendo. As mulheres dão mais atenção do que os homens porque têm mais jeito para cuidar das pessoas doentes. Os homens são mais grosseiros, as mulheres têm mais jeito (Informante 3, 1º grau incompleto, 48 anos, soropositiva há 05 anos).

A informante relaciona o cuidado na perspectiva das relações de gênero quando refere que as mulheres prestam cuidados com mais atenção do que os homens e que isto é uma característica feminina. Discutir as relações de gênero e seu impacto na construção da masculinidade e da feminilidade é fundamental para entender a diversidade que envolve a divisão social do trabalho em enfermagem. Esta constatação, feita pela informante, provavelmente está relacionada ao fato de a enfermagem ser, desde seus primórdios, uma profissão predominantemente ligada ao sexo feminino, pois o ato de cuidar sempre fez parte do universo das mulheres, as quais desde cedo são preparadas para serem as cuidadoras no lar.

Para Ojeda *et al* (2008, p. 79) “as subjetividades que compõem as profissões da Área de Saúde são permeadas de saberes, tidos como *verdades* naturalizadas e inquestionáveis que perpassam as relações sociais”. Para as autoras, nas sociedades existem elementos cuja veracidade define regulamentos, validam ou ignoram práticas, articulam valorizações sociais diferenciadas. Portanto,

“as práticas profissionais e acadêmicas das diferentes profissões são atravessadas por saberes de gênero que desenham e redesenham papéis historicamente construídos entre homens e mulheres”.

Corroborando Muroya, Auad e Brêtas (2011, p. 115) mencionam que existe uma convergência em integrar a *práxis* do cuidado “exclusivamente ao universo feminino, ou seja, a interpretação do cuidado como representativo da enfermagem no sentido de “maternagem” e significando-o como “essência feminina”. As mulheres foram as primeiras a exercer atividades relacionadas com a medicina, devido a sua aproximação com o solo, sendo que, por meio da agricultura, tenha desenvolvido conhecimento em relação às ações medicinais da botânica em geral. De acordo com a tradição, as atividades realizadas pelas mulheres estão direcionadas para o tomar conta, o cuidar e o tratar e estão correlacionadas com dois pólos, quais sejam, o nascimento e a morte. Refletir sobre “o cuidado humano como uma forma de estar, de ser e de se relacionar, as mulheres, inquestionavelmente, podem ser consideradas cuidadoras por excelência (WALDOW, 2001).

Este olhar corrobora com o que Bourdieu (2005) evidencia, ou seja, que as diferenças simbólicas que existem entre os gêneros, bem como a divisão social do trabalho, são muitas vezes justificadas pela diferenciação anatomofisiológica que existe biologicamente entre o sexo masculino e o feminino. Porém, há de se considerar que existem diferenças genéticas entre os sexos. Mas quando nos referimos às relações de gênero, estamos direcionando nosso olhar para os aspectos socioculturais e históricos, dentre outros, que determinam as relações de poder entre homens e mulheres em uma determinada sociedade. E, da mesma forma que estas relações são construídas, podem ser modificadas com o tempo.

Esta categoria abarcou significativa presença em unidades de análise (72%). Sua importância se deu devido à possibilidade de demonstrar que existe uma faceta oculta do trabalho de enfermagem a qual, nesta pesquisa, foi sustentada pela invisibilidade da atuação da categoria nas unidades ambulatoriais que compuseram o cenário onde a pesquisa foi realizada.

Aqui todo mundo é educado, atende bem. Tenho mais aproximação com os médicos, não sei quase o que falar das enfermeiras (Informante 25, 1º grau incompleto, 56 anos, soropositiva há 10 anos).

Gosto muito da médica que me atende. É gente boa, sempre pergunta como vou, se estou sentindo alguma coisa. O pessoal de enfermagem atende a

gente pouco, pesa, vê a pressão, às vezes mede também (Informante 27, 3º grau incompleto, 39 anos, soropositiva há 11 anos).

Tem pouca enfermeira aqui. Sou mais atendida pelos médicos e pela moça do social. Sempre fui bem tratada, acho que atendem bem sim, não vejo ninguém reclamando muito (Informante 50, 1º grau incompleto, 35 anos, soropositiva há 06 anos).

Tem quatro anos que venho aqui e gosto, as consultas são boas. Tem uns que se a gente está com a cara fechada pergunta logo o que está acontecendo. Aqui todo mundo sabe da aids e não liga (se referindo à equipe médica). A enfermeira (técnica de enfermagem) chama a gente, tira a pressão e pesa. Tem dia que é uma, tem dia que é outra (Informante 33, 2º grau completo, 25 anos, soropositiva há 04 anos).

A enfermeira é difícil atender, quem atende é sempre um médico ou a médica. Uns são bem novinhos, tem hora que fico pensando se eles sabem mesmo (se referindo aos residentes). Quando eu tive tuberculose e pneumonia falavam que queriam me ver logo boa (Informante 42, 1º grau incompleto, 38 anos, soropositiva há 12 anos).

O cuidar humano sempre foi o foco do trabalho da equipe de enfermagem que, ao longo do tempo, se fortaleceu pautado no conhecimento científico e no avanço tecnológico. Na prática, nota-se que, o(a) enfermeiro(a), na maioria das vezes, se incube da realização de tarefas que requerem maior capacidade intelectual, deixando para os demais membros da equipe o trabalho manual, fato que, comumente, implica em maior aproximação com o paciente. Este processo de divisão de trabalho, para além de originar conflitos internos, conjetura-se na visão negativa em relação à assistência ao paciente e interfere na autonomia do profissional enfermeiro(a) uma vez que, frequentemente, o afasta de sua ação cuidadora direta, minimizando o seu potencial de ação nesse processo.

Existem várias maneiras de cuidar. O cuidado pode ser efetivado com ênfase na técnica, focando apenas a eficácia do procedimento realizado. Há, também, o cuidado onde as ações têm de caráter autoritário, sendo a tomada de decisão unilateral, realizada pelos profissionais. Mas, há o cuidado atento, que se efetiva quando o conhecimento técnico-científico “é acompanhado pela intenção de aproximar-se e relacionar-se de pessoa a pessoa” (SADALA, 2000, p.12).

Durante muito tempo, no decorrer da formação profissional, os profissionais de enfermagem eram preparados para evitar uma aproximação com o paciente que envolvesse qualquer relacionamento sentimental. A aprendizagem, centrada nos aspectos técnicos e científicos, reproduzia o modelo biomédico de assistência, o qual constitui viés para a relação de proximidade entre paciente e profissional. Com a priorização do atendimento às indigências de ordens biológicas, os aspectos

relacionados aos sentimentos e necessidades de cunho subjetivo são deslocados para outros planos (GONÇALVES, 2000; SOUZA *et al* 2006).

Na contemporaneidade, o cuidado é pensado numa dimensão que abarque, cada vez mais, o fortalecimento das inter-relações entre profissional e paciente, ou seja, uma forma de ser e de se relacionar conforme clarificado por Meyer, Waldow e Lopes (1995). Desta forma,

a prática clínica deve, quando preocupada com a busca da qualidade de vida, realizar uma ampla avaliação funcional com o propósito de detectar as prováveis perdas nessas áreas. Essa abordagem propõe, na verdade, uma mudança radical no “paradigma do cuidado”, rompendo com a tradição da assistência orientada para a doença, em direção a uma abordagem orientada para a função e a qualidade de vida (VERAS, 2004, p. 158-159).

Assim, é pertinente trazer à baila os conceitos de cuidado desenvolvidos por Ayres (2009) e Meyer, Waldow e Lopes (1995) já que estes se complementam, permitindo uma maior aproximação com o cuidado de enfermagem às pessoas que convivem com o HIV/aids. Para Meyer, Waldow e Lopes (1995, p.16), o cuidado humano constitui a essência do trabalho de enfermagem. Para estas autoras o cuidado humano envolve

esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar humanidade ajudando pessoas a encontrar significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura, quando então um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas.

Ayres (2009, p.133), contribui referindo que o cuidado constitui

uma atenção à saúde ativamente instruída pelo sentido existencial do adoecimento na experiência de indivíduos e comunidades, e conseqüentemente atenta aos significados e implicações práticas das ações técnicas demandadas, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

De modo geral, a enfermagem se faz presente em todas as etapas do cuidado, quer seja ela relacionada à prevenção, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento, bem como no atendimento das necessidades de ordem subjetiva. No entanto, a organização do processo de trabalho de enfermagem, em unidades de atenção ambulatorial, diferente das unidades de atenção hospitalar, acaba sendo

realizada de forma mais fragmentada, os procedimentos de enfermagem são inespecíficos, diluídos na equipe e com redução de estabelecimento de vínculos em decorrência da natureza do atendimento que requer uma periodicidade entre consultas, em média de 3 a 4 meses.

Além disso, o termo enfermagem acaba diluindo os papéis desenvolvidos por enfermeiras e demais exercentes da enfermagem e, como não há uma atividade que identifique seus trabalhos, a exemplo do que ocorre com a prática médica através da consulta, as informantes não reconhecem a atenção da enfermeira nas ações desenvolvidas.

Em diversos momentos, os discursos das informantes denotavam invisibilidade e/ou desinformação em relação à categoria profissional dos componentes da equipe de enfermagem. Elas denominaram enfermeiras todas as componentes da equipe de enfermagem, o que coaduna-se com a representação social veiculada no senso comum. De acordo Gomes *et al* (2011), para a população inexistente uma representação do cuidado prestado pelo(a) enfermeiro(a), devido a inexistência de uma reconstrução de ordem representacional e/ou cognitiva em relação a composição da equipe.

Pesquisa realizada por Baggio e Erdmann (2010) também identificou que a clientela representa o(a) enfermeiro(a), o(a) auxiliar e o(a) técnico(a) de enfermagem como pertencentes à mesma categoria profissional. Os autores salientam que estas representações, veiculadas através da mídia, são ratificadas em estudos sobre a temática. Gomes *et al* (2011) evidenciam que a intensa aproximação do cuidado de enfermagem com as atividades burocráticas, reforçam a percepção de que, frequentemente, sua forma de cuidar seja agregada com a do auxiliar/técnico de enfermagem. A imagem profissional do(a) enfermeiro(a) é fruto de

uma rede de representações sociais da Enfermagem, as quais por meio de um conjunto de conceitos, afirmações e explicações, reproduz e é reproduzida pelas ideologias originadas no cotidiano das práticas sociais, interna/externas a ela. A imagem profissional remete-nos à própria identidade profissional, em sua intrincada rede de significados que se pretendem exclusivos e, portanto, inerentes àquela profissão. A imagem profissional se consubstancia, assim, na própria representação da identidade profissional, que é em si um fenômeno histórico, social e político (SILVA; PADILHA; BORENSTEIN, 2002, p. 586).

Quando perguntamos às informantes se haviam passado por consultas com as enfermeiras, atendimento pré e/ou pós consulta médica com a equipe de

enfermagem, 22 (44%) disseram que há realização de pré-consultas médicas, as quais são realizadas por auxiliar/técnico de enfermagem compreendendo, em geral, a aferição de pressão arterial, verificação do peso e, às vezes, da estatura. Somente 06 (12%) das informantes narraram realização de consulta com enfermeira, cujo enfoque do atendimento estava centrado em orientação quanto a doenças oportunistas, quadro de instabilidade sintomática aguda e/ou irregularidade na adesão ao uso da TARV.

Vale ressaltar que a atuação da enfermeira aparece no contexto do modelo biomédico, o qual não valoriza as necessidades de ordem subjetiva, as quais, como já mencionado anteriormente, são comuns na vivência de pessoas portadoras de doenças incuráveis e estigmatizadas. Estes relatos chamam a atenção por serem das unidades onde os dados foram coletados, Unidades Especializadas de Referência para Diagnóstico e Tratamento de DST/HIV/aids. A consulta de enfermagem que proporciona o encontro terapêutico entre a enfermeira e o paciente necessita ser entendido como um momento condescendente, de significância, para que a interação seja efetivada através de uma *práxis* que busque contribuir para que as necessidades do paciente sejam atendidas. Neste sentido, poderá legitimar sua autonomia profissional e contribuir com a visibilidade profissional.

Ayres (2009) adverte ser comum se censurar o enfoque tecnológico, fragmentado e direcionado para a doença, salientando a necessidade de um melhor relacionamento interpessoal entre a clientela e os profissionais de saúde. Nota-se que as representações das informantes em relação à atuação da equipe de enfermagem diferem do que as profissionais que atuam nos serviços afirmaram corresponder a uma rotina em relação aos cuidados disponibilizados cotidianamente.

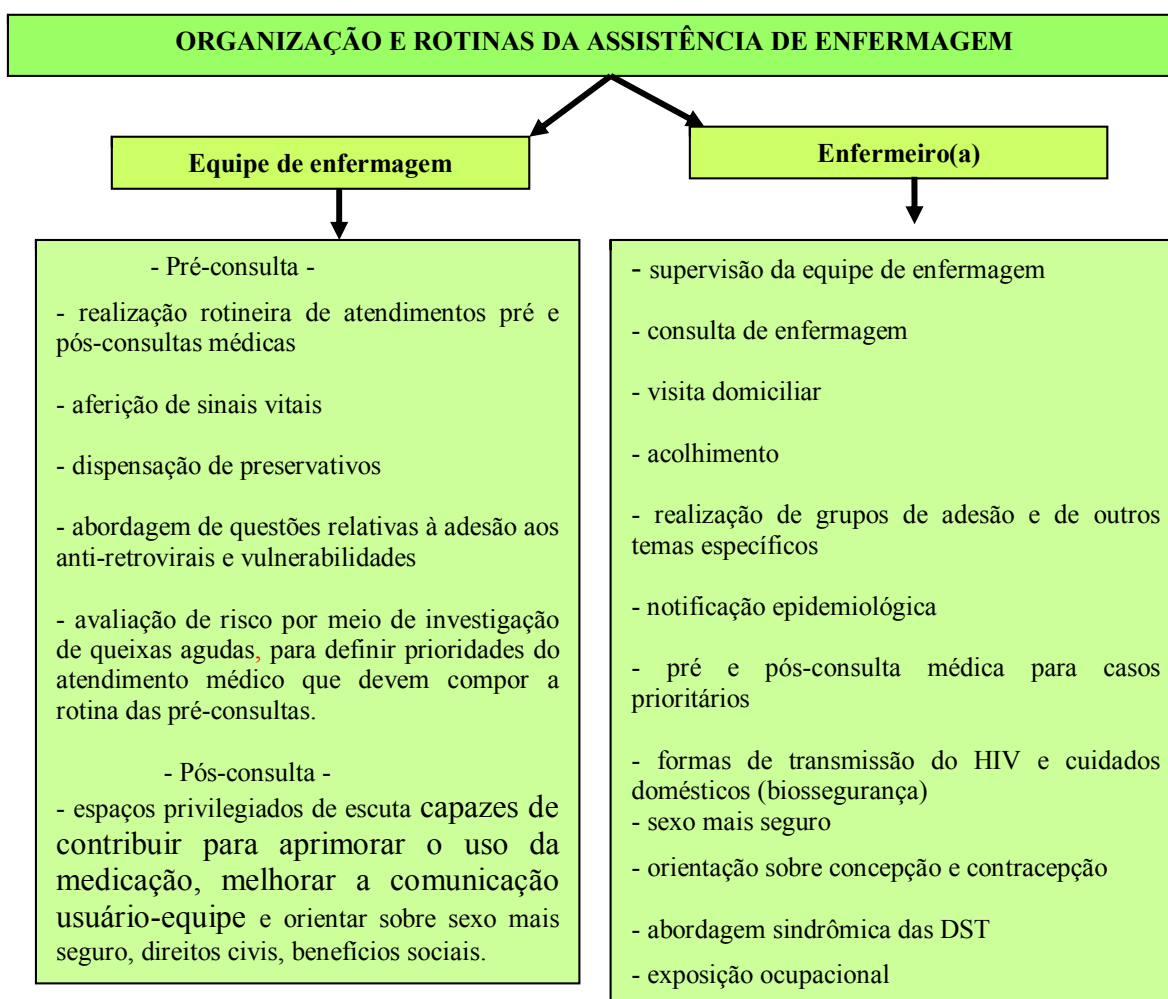
Enfermeiras e técnicas de enfermagem integram a equipe de enfermagem da unidade A. Dentre as atividades realizadas rotineiramente pelas enfermeiras, estão: acolhimento e incentivo a adesão a TARV (feitos individualmente no decorrer da consulta de enfermagem), realização de pré e pós-consulta, supervisão da equipe; consulta direcionada aos familiares; organização de eventos alusivos ao Dia Nacional de Combate ao HIV/aids, campanha de realização do teste rápido. No agendamento, há priorização para o atendimento dos casos que requerem intervenção mais rápida. As técnicas de enfermagem realizam verificação de

pressão arterial, mensuração do peso, verificação da estatura e curativos. Estas informações foram repassadas por uma das enfermeiras que atuam na unidade A.

Na unidade B, a equipe está composta por enfermeiras, técnico(a)s e auxiliares de enfermagem. Constituem atividades desempenhadas pelas enfermeiras: acolhimento, aconselhamento individual, triagem e consulta de enfermagem. O(a)s demais componentes da equipe realizam atividades semelhantes as descritas na unidade A, para os profissionais que integram esta categoria. Estas informações foram repassadas por uma das enfermeiras que atuam na unidade B, a qual foi indicada pela coordenadora do serviço de enfermagem.

A figura abaixo apresenta as atividades intrínsecas à equipe de enfermagem nos Serviços Especializados de Atendimento as Pessoas que vivem com o HIV/aids, segundo o preconizado pelo Programa Nacional.

Figura 5 - Organização e rotinas da assistência de enfermagem nos Serviços Especializados de Atendimento as Pessoas que vivem com o HIV/aids



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b).

A comparação entre o proposto pelo Programa Nacional e o informado pelas unidades permite inferir que existe uma lacuna entre o normatizado e o operacional, fato que pode ser um dos fatores que estejam contribuindo para a invisibilidade dos cuidados de enfermagem que ora são praticados.

O cuidado humano, realizado de forma integral e holística, direcionado para o indivíduo, família e/ou comunidade, constitui a base da atuação profissional da equipe de enfermagem. Castanha (2004, p. 13) menciona que a atuação de

enfermagem reúne a complexidade e a pluralidade de ações inseridas na sociedade, tornando-se uma profissão singular em diferentes dimensões. Executa, em seu cotidiano, atos de cuidado que transitam do mais simples para o mais complexo, associados aos mecanismos e às habilidades que envolvem o sentir, o fazer e o pensar. No entanto, não obstante o seu ser-presença e o seu ser-fazer, no processo de cuidar, o enfermeiro fica muitas vezes eclipsado, isto é, não visibilizado, embora sua presença, com certeza, torne-se um diferencial no momento de agir cuidadosamente.

O processo de prestação de cuidados realizado pela enfermagem abrange complexas dimensões que tramitam entre o saber e a *práxis*, sendo esta às vezes passível de sofrer atribulações, mas, também, conquistas importantes, à medida que o conhecimento vai sendo (des)construído ou reconstruído, vislumbrando a possibilidade de tramitar por novos caminhos. Neste sentido, a *práxis* terá seu valor reconhecido quando há respeito e confiança entre os integrantes da equipe multidisciplinar, o suprimento das necessidades da clientela, uma coordenação organizada das ações realizadas na instituição de saúde e retorno social, dentre outros aspectos (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

A sobreposição de atividades que o profissional de enfermagem possui pode ser uma das explicações para a invisibilidade que a clientela possui em relação à atuação destes trabalhadores em unidades ambulatoriais. A ausência de delimitação do campo de atuação, bem como a diversidade de atividades comum à profissão corroboram para que este fato aconteça (BAGGIO; ERDMANN, 2010). Uma segunda explicação para o fato seria a realização de uma *práxis* centrada no modelo biomédico, a qual não prioriza as demandas de ordem subjetiva e, portanto, difíceis de serem identificadas (GOMES *et al*, 2011).

Backes *et al* (2008), coadunam com o pensamento de que o papel que o(a) enfermeiro(a) desempenha ainda se encontra enraizado em práticas tradicionais sistematizadas de maneira técnica e burocracia, em detrimento da desejada prática

inovadora apropriada para permitir uma maior visibilidade nas ações dos profissionais de enfermagem. Ainda para as autoras, o(a) enfermeiro(a) possui uma prática realizada de maneira inespecífica.

A identificação de RS apreendidas acerca da invisibilidade dos cuidados de enfermagem torna imprescindível o reconhecimento de que a enfermagem necessita desenvolver uma visão expandida do seu processo de trabalho, de modo a favorecer a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença, bem como a percepção quanto à fragilidade da clientela que é receptora destes cuidados. A edificação inovadora da inter-relação – profissional/clientela, que considere a alteridade e o diálogo, constitui estratégias úteis no (re)pensar o fazer, de forma unidirecional, de modo ao alcance da visibilidade dos cuidados de enfermagem (DESLANTES, 2007; GOMES, et al, 2011). O significado da *práxis* de enfermagem se dá mediante a percepção dos elementos e das condições que são determinadas socialmente garantindo, assim, sua consolidação, visibilidade e identidade que estimulam seu direcionamento.

Um dos principais objetivos dos profissionais de enfermagem é dar visibilidade ao seu trabalho. A *práxis* do cuidar carece ser averiguada, no intuito de colaborar para o desvelamento de estruturas que permitam para dar maior visibilidade a esta prática.

Oliveira *et al* (2005) colocam que, apesar do programa nacional direcionado as pessoas que vivem com o HIV/aids investir em capacitações, treinamentos e reciclagens dos profissionais que atuam neste serviços, ainda nos defrontamos com lacunas nas *práxis* cuidadoras, principalmente entre as que não estão contempladas nas diretrizes, normatizações e nos protocolos assistenciais. Estudo realizado por estes autores, em uma unidade de referência no estado de São Paulo, obteve como respostas dos profissionais de saúde que ali atuavam que, apesar de reconhecerem que existem amplas dimensões relacionadas à atenção, a situação socioeconômica, assim como as de caráter subjetivo, comumente eram priorizados os aspectos relacionados ao controle clínico da infecção.

Nesta pesquisa as representações que direcionam para a percepção de invisibilidade frente aos cuidados de enfermagem. Estas identificações são salutares, vista a relevância de pesquisas desta natureza, pois se compreende que “o cuidado de enfermagem envolve, dentre outras coisas, o ambiente, os valores e a formação de determinado espaço de simbolização”. Há de se ponderar que por meio

da “representação social que torna possível captar a realidade simbólica existente, que, diversas vezes, nos passa despercebida, e, no entanto, possui forte poder de mobilizar e explicar a realidade, guiando os comportamentos e as atitudes” (FORMOZO, 2007, p. 20).

Estas representações poderão ser transmitidas através dos processos comunicativos a outras pessoas pertencentes aos variados grupos onde cada uma das informantes se insere. Desta forma, somos levadas a refletir quanto à emergência da ressignificação das práticas de cuidado da enfermagem frente à clientela ambulatorial.

Quando solicitamos às informantes que referissem alguma situação marcante em relação aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, a maioria informou não haver nada a relatar. Infere-se que isto decorra, provavelmente, da pouca aproximação com os cuidados de enfermagem, pois o contato com clientela, nas unidades ambulatoriais pesquisadas, segundo as informantes, se dá, na maioria das vezes, com a equipe médica. Notou-se certa hesitação para que muitas se referissem à atuação por parte dos profissionais de enfermagem. As informações, em relação a este item, foram dadas através de respostas curtas do tipo “Nada. *Nunca aconteceu nada que marcasse*”, “*Sem lembranças marcantes*”, “O atendimento é normal. *Nunca teve nada de diferente que eu me lembre*”, “*Não tem nada que mereça ser lembrado*” e “*Não lembro de nada*”.

Foi comum o direcionamento das falas para a assistência médica, conforme o apresentado nos discursos abaixo, extraídos das entrevistas.

Tenho pouco contato com o pessoal de enfermagem. Na verdade eu nem sei direito quem é enfermeira aqui (Informante 30, 1º grau incompleto, 43 anos, soropositiva há 06 anos).

Da enfermagem? Prefiro não dizer nada. Meu contato é mais com os médicos mais velhos e com estes mais novos, esqueci como chamam eles (se referindo aos residentes) - (Informante 22, 1º grau incompleto, 42 anos, soropositiva há 10 anos).

Este tipo de abordagem implica em questionar se, de fato, o(a) enfermeiro(a) tem prestado cuidados à clientela que procura as unidades de saúde ou se o seu trabalho está direcionado para as ações administrativas. Algumas pesquisas têm evidenciado que a hierarquização do processo de trabalho da enfermagem contribuiu para a fragmentação do cuidado, pois, na maioria das vezes, a(o) enfermeira(a) elabora o plano de cuidados, mas quem executa é o(a) auxiliar e/ou

o(a) técnico(a) de enfermagem, fato que implica em uma ruptura entre o realizado e o planejado. Neste sentido, não é surpresa que a clientela substitua a conceito de cuidar pelo de tratar em suas representações sociais acerca da prática de enfermagem. Esta reflexão nos leva a coadunar com o propósito de que seja emergente que a prática da enfermagem passe por uma metamorfose, onde o pensar e o agir sejam redirecionados para os objetivos esperados na atuação profissional deste(a)s profissionais (BORGES; SILVA, 2010; WILLIG, 2004).

O ato de cuidar exige responsabilidade, dedicação, capacitação profissional técnica-científica. Pressupõe ainda a contribuição para a recuperação da saúde, um melhor enfrentamento da doença ou contribuições para uma morte digna, com o mínimo de sofrimento possível.

Algumas pesquisas têm demonstrado a presença de sentimentos que interferem na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem às pessoas que vivem com a infecção pelo HIV/aids, porque a prestação de cuidados para estas pessoas poderá trazer consigo muitas significações. Dentre esses, podemos citar a angústia, o medo do desconhecido, pena, medo do contágio, preconceito, medo da morte, desprezo. Considerando ser o(a) enfermeiro(a) um ser humano, obviamente que estes sentimentos poderão interferir na prestação de cuidados. Assim, como um mecanismo de defesa frente a estes sentimentos, alguns profissionais poderão prestar cuidado de forma impessoal afetado por estas emoções (ANDRADE; CAPOCCI, 2004).

As autoras chamam atenção ainda que este tipo de situação que interfere no cuidado poderá repercutir em uma assistência indesejada, tanto para o paciente quanto para o(a) profissional. Atributos como paciência, dedicação, amor à profissão, dentre outros, agregam um conjunto de características que identificam o trabalho de enfermagem, como de natureza vocacional, identidade essa ligada a elementos presentes desde sua origem como profissão. Entretanto, na atualidade, a(o)s profissionais de enfermagem edificam a profissão centrada no conhecimento técnico e científico, agregando complexos e novos aprendizados nas suas ações cotidianas, permeando-as com elementos da subjetividade do cuidado, buscando cada vez mais estabelecer a complementariedade entre o cuidado técnico e o humanizado.

Muito se tem falado sobre a importância da humanização da assistência. Prestar um cuidado na perspectiva da humanização requer que a implementação de

ações relacionadas à escuta, ao toque, ao emocional, ao espiritual, sejam efetivadas. No caso do(a)s pessoas vivendo com o HIV/ aids, esta atenção deverá estar voltada não somente para o físico porque, muitas vezes, os profissionais irão se deparar com feridas emocionais, dado que elas enfrentam inúmeros problemas relacionados à infecção/doença.

A presença do agravo, no sexo feminino, trás implicações relacionadas à discriminação, solidão, incompreensão, dependência, escassez de recursos financeiros para o sustento pessoal e aquisição de medicamentos, necessidade de ajuda para cuidar da prole, desemprego, estigma e preconceito, dentre outros (TUNALA, 2002). Assim, ao cuidar, a enfermagem deverá procurar estabelecer uma relação de confiança, de aproximação com o ser cuidado, procurando atender suas necessidades fisiológicas, mas também, as psicoemocionais que se encontram abaladas por conta do adoecimento.

Porém, algumas pesquisas evidenciam que “o modo reducionista de pensar a assistência descaracteriza o elemento da equipe de Enfermagem, o que amplia cada vez mais a distância entre si e o outro e aproxima-se de modo pouco cauteloso dos recursos tecnológicos” (PENHA, 2008, p. 28).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se o vento soprar de uma única direção, a árvore crescerá inclinada.

Provérbio Chinês

A feminização da infecção pelo HIV/aids implicou em maior probabilidade da enfermagem se defrontar com a prestação de cuidados às pessoas do sexo feminino. Nesta pesquisa, os dados coletados e analisados possibilitaram apreender as RS de mulheres soropositivas em relação ao HIV, aids e o cuidado de enfermagem.

O viver com o HIV/aids constitui fenômeno complexo por comprometer múltiplas dimensões que perpassam o aspecto biológico, incidindo na relação com o psíquico e o social. Considerando esta complexidade, reconhecemos que os assuntos aqui discutidos não se exaurem nesta pesquisa, porém estes resultados poderão contribuir para a reflexão acerca do cuidado de enfermagem direcionado para este grupo, bem como para a compreensão de como o HIV e a aids são representados na quarta década da epidemia.

A utilização de duas técnicas, sendo uma quantitativa (projetiva) e outra qualitativa, contribuiu para captar os conteúdos real e simbólico em relação ao objeto de estudo proposto, qual seja, como as pessoas que vivem com o HIV/aids representam o HIV, a aids e o cuidado de enfermagem.

A complexidade do tratamento, bem como, as incertezas perante o prognóstico oriundo do processo de adoecimento crônico, influenciam no despertar de sentimentos manifestados durante a coleta de dados, tais como, angústia, lamentações e tristezas, sentimentos estes que traduzem o quão impactante é a vivência com o HIV/aids. Nas narrativas, identificamos que incertezas e/ou distorções em relação ao conhecimento da infecção pelo HIV/aids permeiam o imaginário da maioria das informantes. Com a propagação e a difusão de informações, de cunho científico, sobre a infecção/doença, imaginava-se que a qualidade das informações circulantes fosse apropriada para a apreensão consistente dos seus conteúdos. As incertezas referidas assinalaram apropriação de conhecimento elaborado tanto a partir do universo consensual quanto do reificado.

Palavras, tais como **vírus, tratamento, incurável, discriminação, cuidado e prevenção** compõem o cientificamente aceito. Mas, por outro lado, as evocações de **doença maldita, infidelidade, morte, magreza e grupo de risco** denotam a persistência de representações elaboradas no início da epidemia, quando ainda não se dispunha da TARV e analisava-se o agravo sob o conceito de “grupos de risco”.

Estas falas, embora, sempre precedidas de dúvidas frente ao que estava sendo verbalizado, traz a possibilidade de este fato poder influenciar, negativamente, nas ações de prevenção/controle da epidemia e no enfrentamento da infecção/doença de modo geral.

O momento da revelação do diagnóstico de soropositividade para o HIV foi relatado como impactante pelas informantes, as quais, majoritariamente, não estavam preparadas para esta possibilidade. A inesperada descoberta de ser HIV positivo fez emergir uma turbulência de sentimentos negativos, como por exemplo, surpresa, raiva, desespero, negação, medo da morte e das perdas sociais, dentre outros.

Constatou-se que estes sentimentos, principalmente quando a pessoa não possui percepção de sua vulnerabilidade para o agravo, emergem como uma resposta ao temor de como a realidade passa a se apresentar. No entanto, considerando que sua manutenção poderá causar repercussões desfavoráveis para o enfrentamento da infecção/doença, reitera-se a relevância do suporte profissional, no momento da revelação do diagnóstico, como uma contribuição para o controle da situação emergente. Nesta pesquisa, apesar deste momento ter sido descrito como traumático, foi destacada a falta de apoio por parte dos profissionais responsáveis pela comunicação, fato que evidencia que o acolhimento, que é uma das estratégias de consolidação da humanização da assistência, ainda não se constitui realidade universal. Somente 04 (8%) das informantes mencionaram apoio por parte dos profissionais de saúde ao comunicarem resultado de sorologia positiva ao HIV/aids.

O impacto causado pela surpresa do diagnóstico foi acentuado porque as informantes não possuíam informações suficientes sobre o agravo. Assim, não sabendo como agir, passaram a se interrogar sobre o que o futuro obscuro lhe reservava.

Outra evocação que surgiu do conteúdo das entrevistas e que, também, foi significativo na AFC, foi à **discriminação**. O imaginário frente ao temor devido à percepção de poder vir a ser discriminada antecipa a vivência da exclusão social, da

morte em vida, representação cristalizada no senso comum o qual, comumente, relaciona HIV/aids a estigma e discriminação. O viver com o HIV/aids foi expresso pelas informantes como conflitante, sendo a discriminação e o estigma apontados como alguns dos principais desafios no enfrentamento do agravo, principalmente em sua dimensão subjetiva. O sofrimento que permeia o cotidiano das pessoas que vivem com o HIV/aids foi referido com grande intensidade, fato que permite compará-lo a sentimentos manifestos na vivência do luto, pois, em ambos os casos, há perdas significativas e, muitas vezes, sem uma perspectiva de reaver o objeto perdido.

Os resultados demonstraram que o (des)cuidar de enfermagem pode interferir, de forma negativa ou positiva, nas ações de enfrentamento do HIV/aids. Algumas informantes proferiram satisfação com o cuidado de enfermagem pelo fato de nunca terem sido vítimas de situações discriminatórias. Percebeu-se, nas falas, que a discriminação se apresentou como obstáculo impactante para que elas se sentissem à vontade durante o atendimento.

Ao serem interrogadas sobre o cuidado de enfermagem, as mulheres se reportaram mais às vivências experimentadas no âmbito hospitalar do que no ambulatorial, destacando que nesses encontros terapêuticos entre paciente/enfermeiro(a) prevaleceu o distanciamento por ocasião do atendimento e/ou demonstração de invisibilidade, possivelmente, em decorrência da soropositividade ao agravo, quando comparadas com as experiências anteriores de adoecimento. Estas situações discriminatórias, que caracterizam violência institucional, aconteceram durante período de internamento em unidades hospitalares distintas. Estes acontecimentos nos levam a refletir sobre as evidências da necessidade de requalificação na rede de atendimento às pessoas que vivem com o HIV/aids, para que esta ação possa interferir de forma positiva na consolidação do necessário vínculo entre o(a) paciente e a enfermagem.

O déficit de informação foi descrito como um dos principais fatores atribuídos à insatisfação com o cuidado de enfermagem em unidade ambulatorial, entre as mulheres que fizeram referência a este(a)s profissionais. As **informações** sobre a infecção pelo HIV/aids influenciam no enfrentamento da infecção/doença, assim como nas medidas de prevenção para o agravo. Assim, considerando ser uma das finalidades do cuidado de enfermagem contribuir para que o(a) paciente possa ser sujeito ativo no esquema terapêutico, tem-se, na informação, ferramenta necessária

para o alcance deste objetivo. Observa-se inexistência de um processo comunicativo que proveja embasamentos necessários à (re)significação de novas formas de cuidar de si e de enfrentamento na vivência com o HIV/aids.

A idéia de que as mulheres cuidam com mais atenção do que os homens, evidenciada pelas informantes, resulta das questões de gênero, que evidencia o cuidar como uma característica feminina. Esta representação advém do processo de socialização de mulheres e homens, no qual se pode observar que, historicamente, o ato de cuidar compete às mulheres, o que tornou determinante a identidade feminina da enfermagem.

A invisibilidade em relação ao cuidado de enfermagem em unidade ambulatorial foi referida por 72% das informantes. Dentre as possibilidades de explicação para esta realidade temos a divisão social do trabalho destes profissionais, a qual direciona sua atuação para a realização de tarefas de maior complexidade e gerenciamento, sendo as atribuições que demandam maior aproximação com o(a) paciente realizadas pelos demais membros da equipe. Outra forma de justificar tal acontecimento se deve à utilização do termo enfermagem, o que engloba o(a) enfermeiro(a) e o(a)s demais exercentes da equipe, interferindo no vínculo enfermeiro(a)/paciente. Esta realidade se opõe ao que ocorre com a equipe médica, onde a visibilidade profissional não fica obscurecida.

A disponibilização do cuidado de enfermagem durante as consultas ambulatoriais deve contemplar uma escuta ativa, onde haja valorização das necessidades de ordem subjetiva. Ao comparar as recomendações do Programa Nacional de HIV/aids relativas à organização das rotinas da assistência de enfermagem nos Serviços Especializados de Atendimento, as pessoas que vivem com o agravo e o que foi informado pelas unidades onde a pesquisa foi realizada, nota-se que existe um distanciamento entre o normatizado e o operacionalizado. O fato pode se constituir em um dos fatores de invisibilidade dos cuidados de enfermagem nestas unidades.

Algumas narrativas demonstraram visibilidade para com o cuidado de enfermagem. Estas foram referidas, principalmente, na ocasião do diagnóstico de soropositividade ao HIV/aids. Na qual foi destacada, de forma significativa para a clientela, a desenvoltura da enfermagem no processo comunicativo que se estabeleceu na revelação do diagnóstico, colaborando para que a paciente pudesse lidar com os sentimentos negativos que costumam aflorar neste momento.

Verificamos que, durante os encontros terapêuticos ocorridos neste momento, as informantes correlacionaram **ajuda, paciência, atenção, competência e amor à profissão** com o cuidado de enfermagem. É profícuo salientar que, muitas vezes, no intuito de garantir o sigilo em torno do diagnóstico, o(a)s profissionais de saúde são as únicas pessoas que o(a)s pacientes dispõem para dirimir suas dúvidas e buscar apoio para o enfrentamento da doença. Assim, esta possibilidade necessita ser considerada durante a *práxis* de enfermagem.

A televisão foi referida como principal fonte de informação, tanto antes quanto após o conhecimento da soropositividade ao HIV/aids. A segunda fonte citada, antes da revelação da soropositividade, foi a conversa informal com pessoas conhecidas, enquanto que a(o)s profissionais de saúde e, em especial, a equipe de enfermagem não foram citada(s). Após o diagnóstico, os dados evidenciaram serem os folhetos informativos distribuídos em unidades de saúde (13%), internet (12%), livros (12%) e a equipe médica (12%), as fontes mais citadas, seguidamente, após a televisão. A equipe de enfermagem foi referida por apenas 3% das informantes. Todavia, ficou notório que, apesar da comunicação difundida contribuir para maior apropriação dos conteúdos, a análise dos dados evidenciou que os elementos da informação recebida ainda se encontram permeados de dúvidas.

Os resultados obtidos permitiram identificar que algumas informantes ressaltaram manter a mesma informação que possuíam antes do conhecimento da soropositividade, enquanto outras salientaram não desejar obter informações, ou ainda, estarem desinformadas sobre o assunto. Entendendo ser a informação uma importante ferramenta de prevenção, controle e enfrentamento da infecção/doença, visualiza-se a relevância da intensificação das ações educativas nas unidades de referência e a implantação de estratégias de difusão e propagação de informações, através da ação de profissionais de saúde, em especial o(a) enfermeira, para que os diversos grupos expostos possam se instrumentalizar, minimizando suas vulnerabilidades e obtendo uma melhor condição de vida e saúde, em seu processo de viver com o HIV/aids.

Desde seus primórdios, a epidemia do HIV/aids tem sido foco de noticiários diversos, o que contribui para a elaboração de RS. Os dados desta pesquisa apontam a permanência de representações do HIV e da aids elaboradas no início da epidemia. Neste sentido, há de se ponderar que a circulação de uma nova informação pode não resultar na apreensão de novas representações.

Apreender as RS do grupo ao qual pertença, acerca do HIV e da aids, constitui aspecto importante à prevenção e ao enfrentamento do agravo, pois os significados e os sentidos atribuídos à infecção/doença podem influenciar o comportamento e, conseqüentemente, na vulnerabilidade das pessoas. A identificação de representações acerca do cuidado de enfermagem e sobre HIV e aids possibilitam aproximação com o cotidiano vivido pelas pessoas soropositivas ao agravo. Destarte, visualiza-se particularidades importantes que devem ser observadas nos encontros terapêuticos que acontecem nas unidades de atendimento ambulatorial especializadas para o HIV/aids. Por esta razão, faz-se necessário que a maneira como a equipe de enfermagem desenvolve sua *práxis* seja (re)significada, de modo que se possam aderir estratégias que contribuam para a uma maior visibilidade do cuidado de enfermagem. Viver com o HIV/aids implica em se deparar tanto com os aspectos clínicos da doença quanto com os fenômenos de ordem social. Aspectos estes que repercutem em danos de intensidades variáveis às pessoas soropositivas.

Em vários momentos, as informantes expressaram o quão impactante é o viver com a infecção pelo HIV/aids. Nas entrevistas, nos deparamos com vários depoimentos que evidenciam que muitas vezes a morte social se antecipa à morte física, situações resultantes das experimentações de estigma e/ou discriminação para com as pessoas soropositivas. Assim, a equipe de enfermagem, ao cuidar, estará se defrontando com pessoas que estão com suas necessidades básicas afetadas, tanto do ponto de vista físico quanto psicossocial, fato que contribui para a complexidade da *práxis* dos profissionais de enfermagem.

Ter o cuidado de enfermagem para com as pessoas soropositivas ao HIV/aids, em unidade ambulatorial, como foco desta investigação, possibilitou identificar que a enfermagem está, continuamente, desenvolvendo diversas funções nas unidades de saúde. Mas, notou-se que o vínculo enfermagem/clientela assistida ainda não se constitui como uma realidade, fato que corrobora para a invisibilidade do trabalho da equipe. Apreendeu-se que a maior parte dos discursos sobre a *práxis* de enfermagem contempla o que se encontra no imaginário da clientela acerca do cuidado desejado. Estas constatações são relevantes, vista a possibilidade de se visualizar a realidade concreta em relação ao trabalho de enfermagem, principalmente em unidade ambulatorial de referência para pessoas que vivem com o HIV/aids.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados aos gestores das unidades onde os dados foram coletados, na expectativa de que os mesmos possam contribuir para o redirecionamento da práxis da enfermagem de modo a alterar a atual realidade dos serviços, que ora são disponibilizados pela enfermagem, no intuito de dar maior visibilidade ao trabalho deste(a)s profissionais.

Ademais, na condição de docentes, que contribuem para a formação de enfermeir(a)s, somos direcionadas a repensar a Universidade como espaço catalisador de diversas epistemologias. Espaço este onde questões relacionadas ao processo de trabalho, humanização do cuidado, implementação da escuta ativa e do acolhimento sejam (re)discutidos. Ao término desta pesquisa, percebe-se que o cuidado da enfermagem em unidade ambulatorial especializada se encontra fragmentado e fragilizado, fato que influencia na satisfação da clientela assistida, em relação ao trabalho destes profissionais. Assim, reconheço que minhas representações em relação ao trabalho de enfermagem foram ressignificadas.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean- Claude. A abordagem estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (Org.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998, p. 27-38.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000, p. 27-38.

_____. O estudo experimental das representações sociais. In: D. Jodelet (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001, p. 155-171.

_____. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In : ABRIC, Jean-Claude (Org.), **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Saint-Agne: ÉRÈS, 2003, p. 59-80.

_____. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, Denise Cristina; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 23-34.

AGUIAR, Janaína Marques de; SIMÕES-BARBOSA, Regina Helena. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22(10), 2115-2123, Out. 2006.

ALEXANDRE, Marcos. O saber popular e sua influência na construção das representações sociais. **Comum**, Rio de Janeiro, v. 5, n.º 15, p.161-171 , ago/dez, 2000

_____. Representação social: uma genealogia do conceito. **Comum**, Rio de Janeiro, v.10, n. 23, p.122 - 138 - julho/dez, 2004

ALEXANDRE, Solange Gurgel. **Representações sociais e vulnerabilidades de mulheres no contexto da AIDS**. 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2010.

ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de. **Trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral**. 2004. 173 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2004.

ALVARENGA, Galeno. **AIDS: o pânico esta solto**. Psiquiatria e Neurociência. 2010. Disponível em: <http://www.galenoalvarenga.com.br/artigos/AIDS-o-panico-esta-solto>. Acesso em: 04 fev. 2013

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, v.1, n. 1, p. 18-43, Jan. / Jun. 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, Jan.- Jun. 2005.

ANDRADE, Maria Cristina Silva de; CAPOCCI, Pollyana Oliveira. As emoções do profissional de enfermagem ao lidar com pacientes com HIV/AIDS. **Rev Enferm UNISA**, n. 5, p. 15 - 19, 2004.

ANTUNES, Larissa. **O papel dos estereótipos nas representações sociais compartilhadas por adolescentes sobre as pessoas que vivem com HIV/AIDS**. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

ARAÚJO, Maria Alix Leite, *et al.* Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n.5, p. 589-94, Set / Out. 2008

ARRUDA, Ângela. Dimensões do imaginário. In: PAREDES, Antônia Silva; CAMARGO, Brígido Vizeo. (Orgs). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2007, p. 113-129.

_____. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero**. Cadernos de Pesquisa, n. 117, p.127-147, Nov., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

_____. Despertando do pesadelo. In: MOREIRA, Antônio Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia (Org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2005.

AVI, G. D. S. **Informação técnica não basta**: as representações sociais da AIDS em profissionais de saúde. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade) - Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005 &lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 out. 2013.

_____. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface: Comunicação Saúde e Educação**. v. 6, n.11. Ago., 2002.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, Fev., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 janeiro 2014

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, v.18, supl.2, p. 11-23, 2009.

_____. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico/DST – AIDS**, v.15, n.3, p. 2-4, 1997.

_____. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: TOZZI, D. *et al.* (Org). **Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS**. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996, p. 15-24.

_____. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. 127-144.

BACKES, Dirce Stein. **O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde**. **Cienc Cuid Saude**, v.3, n.3, p. 319-326, Jul/Set., 2008.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2013.

BAILE, Walter; SPIKES, F. Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. **The Oncologist**, n. 5, p. 302-311, 2000. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/24808814/977869905/name/SPIKES+tradu%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 30 set. 2013.

BALLONE, Geraldo José. **Humanização do Atendimento em Saúde**. PsiquWeb, Internet. 2008. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acesso em: 02 set. 2013

BAPTISTA, Américo; CARVALHO, Marina; LORY, Fátima. **Psicologia**, Lisboa, v. 19, n. 1-2, p. 267-277, 2005.

BARBARÁ, Andréa; SACHETTI, Virginia Azevedo Reis; CREPALDI, Maria Aparecida. Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 331-339, Jul./Dez., 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARREIRA, Ieda de Alencar. A. **Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil**. Ribeirão Preto: Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.7, n.3, Julho. 1999.

BARROS, Airton Pereira do Rêgo; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Depressão na adolescência: representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima.

Representações sociais e práticas de pesquisa. Universitária. João Pessoa: UFPB, 2005. 270p.

BASTA, Paulo Cesar. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mai. 2013.

BATISTA, Luiz Eduardo. **Mortalidade adulta no estado de São Paulo.** In: Primeiro Seminário de Saúde da População Negra, 2004. Disponível em: <http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20ledu/117-128LuisEduardo.pdf>.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008

BERTO, Suzana Pinto Dal; Wunsch, Simone; DOMINGUES, Izaura Bica. **O cuidado no contexto histórico, cultural e educacional na enfermagem. 2007.** Disponível em: http://w3.ufsm.br/senafe/trabalhos/eixo1/eixo1_suzanapintodalberto.pdf. Acesso em: 29 jul. 2011

BERTONI, Rochele Farioli et al. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n. 4, 2010.

BISCARO, Roberto Rillo. A AIDS e sua epidemia de significações nos Estados Unidos. **Revista Espaço Acadêmico**. n. 67, ano VI, dez., 2006

BITTENCOURT, Simone Terezinha. **Processo de trabalho do Assistente Social na saúde pública – divisão de DST/HIV/AIDS e sífilis congênita:** um estudo qualitativo sobre o usuário e a prática do aconselhamento nos Centros de Testagem e Aconselhamento. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade** : um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001

_____. **Saber cuidar:** ética do humano: compaixão pela terra. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

_____. **O cuidado essencial:** princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, v. 1, n. 1, 2005.

BORGES, Juliana Marques Caldeira. **Infância atingida:** os efeitos do diagnóstico de HIV na subjetividade materna e suas implicações para a criança vivendo com HIV/AIDS. 2009. 231f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

BORGES, Moema da Silva; SILVA, Hellén Cristina Pereira da. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Rev.**

bras. enferm., Brasília, v. 63, n. 5, out., 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500021 & lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 set. 2013.

_____. *et al.* Representações sociais do trabalho da enfermagem: as ancoragens estruturais na visão da sociedade brasileira. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 113-122, jul./dez., 2003.

BOTTI, Maria Luciana *et al.* Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/AIDS. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 400-405, jul/set., 2009

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 4 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva. **Divulgação do conhecimento científico sobre AIDS e representações sociais**. 305f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/1996 de 10 de outubro de 1996 – CNS. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS e Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: **Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, s/d.

_____. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

_____. Resolução COFEN. Conselho Federal de Enfermagem, **Lei n. 223** – 03 dez.1999, Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: **Orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica Nº 8. Brasília, DF, 2002.

_____. Resolução CONFEF. Conselho de Educação Física, **Lei n. 49** - 10 dez. 2002a. Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=87. Acesso em: 20 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação de Saúde Mental Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2ª ed. Brasília, DF, 2003

_____. Norma Regulamentadora (NR-6). **Equipamento de Proteção Individual** - EPI. In: EQUIPE ATLAS. Segurança e medicina do trabalho. 54. ed. São Paulo: Atlas, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** - Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica**. Brasília, DF, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Assitência Psiquiátrica em HIV/AIDS** / Programa Nacional de DST e AIDS. 3 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. **Dia mundial 2005** – O Brasil tem que viver sem preconceito. 2005b. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/campanha/dia-mundial-de-luta-contra-AIDS-2005>. Acesso em: 30 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS - **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. 2007a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf. Acesso em: 26 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis** – Manual de bolso, 2007b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 03 mar. 2013.

_____. Resolução COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Lei n. 311** – 08 fev.2007c. Disponível em: http://www.corenmg.gov.br/anexos/codigo_etica_pb.pdf. Acesso em: 03 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Direitos humanos e HIV/AIDS**: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **QualiAIDS**: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em AIDS no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS**. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf. Acesso em: 02 set. 2013.

_____. **Boletim epidemiológico AIDS/DST**. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS, Ano IX, n. 01, 26ª semana epidemiológica, junho, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/AIDS/** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CERQUEIRA, Teresa Cristina Siqueira; SOUSA, Elane Mayara. Escuta Sensível: O que é? (Escuta Sensível em Diferentes Contextos Laborais). In: CERQUEIRA, Tereza Cristina Siqueira Cerqueira (Org.). **(Con)Texto em escuta sensível**. Brasília: Thesaurus, 2011.

DOSSIÊ MULHERES COM HIV/AIDS. **Elementos para a construção de direitos e qualidade de vida**. 2003. Disponível em: http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hivAIDS.pdf. Acesso em: 03 mai. 2011.

HESBEEN, W. **Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Lisboa, Lusociência, 2000.

KNAUTH, Daniela Riva. **Uma doença dos outros: A construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS**. 1996. Disponível em: http://www.nupacs.ufrgs.br/comuns/imagensDB/cadernos/arquivo_22.pdf. Acesso em: 23 agos. 2011

MARTINS, Alexandre Andrade. **Antropologia integral e holística: cuidar do ser e busca de sentido**. BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo, v. 3, n.1, 2009.

MATTOS, Ruben Araujo de (Org.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed, Rio de Janeiro: CEPSC-IMS/UERJ/ABRASCO, 2009.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**. v. 8, n.14, Botucatu, Set./Feb. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005. Acesso em: 30 jul. 2011

_____. Diversidade cultural e vulnerabilidades. In: **VI EDUCAIDS**. São Paulo: APTA/CN-DST/AIDS, UnAIDS, 2002. Disponível em: <http://www.apta.org.br>. Acesso em: 28 mar. 2011.

PARKER, Richard; CAMARGO JR., K.R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, supl.1, p. 89-102., 2000.

CAMARGO, Brígido Vizeu; BOTELHO, Lúcio J. AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2013.

_____; BERTOLDO, Raquel Bohn; BARBARÁ, Andréa. Representações sociais da AIDS e alteridade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, ano 9, n.3, p. 710-717, 2009 <http://www.revispsi.uerj.br/v9n3/artigos/pdf/v9n3a11.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012

CAMARGO, Luiza Azem; CAPITAO, Cláudio Garcia. Reflexões e propostas acerca da avaliação psicológica no contexto HIV/AIDS. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jun. 2009.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2013

CAMPELO, Sônia Maria de Araújo. **Representações sociais de controle de infecção hospitalar**: a perspectiva da graduação em enfermagem, 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Piauí, 2009.

CARVALHO, Carolina Maria de Lima; GALVAO, Marli Teresinha Gimenez. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2013.

CARVALHO, Fernanda Torres de *et al.* Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, Set. 2007.

CARVALHO, João Eduardo Coin de. Imaginário e representações sociais. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC, Especial Temática, p.25-33, 2002.

CASTANHA, Alessandra Ramos. *et al.* Repercussões psicossociais da depressão no contexto da AIDS. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 1, mar. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2013.

CASTANHA, Maria de Lourdes. **A (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde**. 2004. 161f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

_____ ; LACERDA, Maria Ribeiro; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Hospital: lugar para o enfermeiro cuidar do imaginário? **Acta Paulista Enfermagem**, v. 18, n.1, p. 94-99, 2005.

CAVALLARI, Celi Denise. **O impacto da comunicação do diagnóstico HIV positivo: a ruptura de campo diante da soropositividade**. 1997. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997

CECCATO, Silvia Regina; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pachêco. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/700>. Acesso em: 25 jan. 2014.

CHALIFOUR, Jacques. **A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. v. 1, Loures, Lusodidacta, Lisboa, 2008.

CHAMON, Edna Maria Querido de Oliveira. Representação social da pesquisa pelos doutorandos em ciências exatas. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, ano 6, n. 2, 2006.

COELHO, Aglaya Barros. **Representações sociais de homens infectados pelo HIV acerca da AIDS**. 2006, 143f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2006.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.

_____. **Cuidar: a primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003

CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 3, 2003, Santarém. **Anais: História natural da infecção pelo VIH**. Santarém: Associação Lusófona, 2003, 10 f. Disponível em: http://www.AIDSportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=2692&Version=1. Acesso em: 05 mai. 2012

CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 8, 2008, Santarém. **Anais: O cuidado em HIV/AIDS no contexto de saúde da família**. Santarém: Associação Lusófona, 2008, 10 f. Disponível em: www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=324. Acesso em: 20 out. 2013.

COSTA, Juliana Palhano da *et al* . Expectativas de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados, quanto à assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, Abr. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2013

COSTA, Maria Antonia Ramos; CAMBIRIBA, Mariele da Silva. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 3, p. 494-502, jul/set. 2010.

COSTA, Tadeu Lessa da; OLIVEIRA, Denize Cristina de; FORMOZO, Gláucia Alexandre. Representações sociais sobre pessoas com HIV/AIDS entre enfermeiros: uma análise estrutural e de zona muda. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12 n. 1, Rio de Janeiro, p. 242-259, 2012.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima *et al.* Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Revista Psico – USF**, v. 8, n. 2, jul a dez, p. 183 – 192, 2003.

_____. Análise de conteúdo: breve histórico, conceitos e aplicabilidade. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque (Org). **Métodos de pesquisa em psicologia social perspectivas qualitativas e quantitativas**. Universitária/UFPB, João Pessoa, 2011.

_____; NÓBREGA, Sheva Maia da; CATÃO, Maria de Fátima F. Martins. Contribuições teórica-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima, *et al* (Org.) **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. Universitária/UFPB, João Pessoa, 2003.

_____; SALDANHA, Ana Alayde Werba, Desenvolvimento Sócio Histórico da depressão e representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **Representações sociais e práticas de pesquisa**. Universitária/UFPB, João Pessoa, 2005.

DANTAS, Auxiliadora Martins Gidrão. **Avaliação da qualidade do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) no município de Barra do Garças, MT**. 2012. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

DANTAS, Cláudia de Carvalho. **A enfermeira gerenciando o cuidado de clientes com HIV/AIDS: o não dito pelo feito visando um cuidado igualitário independente da patologia**. 2005. 254f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo . Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, p. 641-650, 2009.

DENZIN, Norman. K.; LINCOLN, Yvonna. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa – Teorias e abordagens**. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEROSA, Annamaria Silvana. A “rede associativa”: uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos, e os índices de polaridade, neutralidade e estereotipia dos campos semânticos relacionados com as representações sociais. In: MOREIRA,

Antônio Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2005.

DEZEM, Ana Cecília; SAMPAR, Silvana Aparecida. **Assistência de enfermagem na prevenção do câncer do colo de útero**. 2006. 42f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem). Centro Universitário Claretiano, Chapecó, 2006.

DIAMANTE, Loraine Martins; TEIXEIRA, Marina Borges. **Cuidados paliativos: conhecimentos e sentimentos d enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infecto-contagiosa de um hospital geral**. 2007. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/19.%20Cuidados%20paliativos.pdf>. Acesso em: 30 jul 2011

DIAS, Silvana Maria Zarth; MOTTA, Maria da Graça Corso da. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 3, n. 1, p. 41-54, jan./abr. 2004.

DISCACCIAT, José Augusto César; VILAÇA, Ênio Lacerda. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 9, n.4, 2001.

DUARTE, Natália Elisa; FERREIRA, Márcia de Assunção; LISBOA, Márcia Tereza Luz. A dimensão prática do cuidado de enfermagem: representações sociais de acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2013

DUBUGRAS, Maria Thereza Bonilha; PÉREZ-GUTIÉRREZ, Enrique. **Perspectiva sobre a análise de risco na segurança dos alimentos**. Curso de sensibilização. Rio de Janeiro: Área de Vigilância Sanitária, Prevenção e Controle de Doenças - OPAS/OMS, 2008. 160p

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 2 ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

FERNANDES, Joscélia Dumêt; FERREIRA, Sílvia Lúcia. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. In. TURA, Luiz Fernando Rangel; MOREIRA, Antônia Silva Paredes . (Orgs.). **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005, p. 29-54.

FERREIRA, Ana Carolina. **História da Enfermagem**. Hospital Virtual. 1997. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/historia.htm>. Acesso em: 29 mai. 2011

FERREIRA, Claudio Vital de Lima. **AIDS e vida: em estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV**. São Paulo, Editora da Universidade Federal de Uberlândia, 1994.

FERREIRA, Maria Odette Santos. **A Mulher e a Infecção VIH/SIDA**. 2004. In: 4º CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS. 2004. Disponível em: <http://www.AIDScongress>.

net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=25. Acesso em: 05 maio 2011

FLICK, Uwe. **Introdução a pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Maria Goretti Pereira *et al.* AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16 (Sup. 1), :77-87, 2000.

_____; SZWARCOWALD, Célia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio. Análise sociodemográfica da epidemia de AIDS no Brasil, 1989-1997. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, Dez. 2002

FORMOZO, Gláucia Alexandre. **As representações sociais do cuidado de enfermagem prestado a pessoa que vive com HIV/AIDS na perspectiva da equipe de enfermagem**. 2007. 212f. (Dissertação – Mestrado em enfermagem). Programa de pós-graduação em enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes. 2004.

|
FREITAS, Julyana Gomes de *et al.* Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/AIDS no ambiente de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2013.

FREITAS, Raquel Aparecida Marra da Madeira. **Sociedade contemporânea, conhecimento em saúde e em enfermagem: desafios para a formação profissional**. 2002. Disponível em: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRASI009.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2013.

FREZZA, Júnior Saccon; MARQUES, Tania Beatriz Iwaszko. A evolução das estruturas cognitivas e o papel do senso comum. **Rev. Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas**, v.2, n.3, jan-Jul, 2009

FRY, Peter H. *et al.* AIDS tem cor ou raça. Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3., p. 497-523, mar, 2007

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Bioética e HIV/AIDS: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista Bioética.**, v. 17, n. 3, p. 511- 522, 2009.

GARCIA, Maurício. Beijo na boca, drogas e AIDS. 2008. Disponível em: <http://papodehomem.com.br/beijo-na-boca-drogas-e-AIDS/>. Acesso em: 26 fev. 2013

GARCIA, Sandra; KOYAMA, Mitti Ayako Hara. Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, supl.1,

jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2011.

GEOVANINI, Telma et. all. **História da Enfermagem**. Versões e Interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 2 ed. 2005.

GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; CAVA, Angela Maria La. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v 11, n. 4, p. 932-941, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a18.htm>. Acesso em: 25 ago. 2013

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim *et al* . Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 ago. 2013:

GOMES, Antonio Marcos Tosoli, SILVA, Érika Machado Pinto, OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.3, mai-jun, 2011

GONÇALVES, Marise Xavier. **AIDS e vulnerabilidade feminina**: compreensão a partir de discurso de mulheres soropositivas. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em enfermagem. Santa Catarina, 2000.

GUIMARÃES, Desirée Silveira. **Atualização do cuidar**. 2008. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABKfAAI/atualizacao-cuidar>. Acesso em: 16 fev. 2013

GUIMARÃES, Kátia. Nas raízes do silêncio: A representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In; PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. **Quebrando o silêncio**: mulheres e a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará /ABIA/IMS/UERJ, 1996, p. 89-113.

HERZLICH , Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 57-70, 2005.

HOLMQVIST, Goran. HIV e Desigualdade de Rendimentos: Se Há uma Ligação, o que é que nos Diz? **International policy**. Centre for inclusive growth. 2009. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCOnePager83.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2012

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. Castellanos. São Paulo; EPU, 1979.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 mar. 2012

INGERSOLL, Karen S., HECKMAN, Carolyn J. Patient-clinician relationships and treatment system effects on HIV medication adherence. **AIDS and Behavior**, v. 9, n. 1, p. 89-101, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA. Ministério da Saúde. **Normas de Tratamento Anti-Retroviral**. Luanda, 2011.

JODELET, Denise. Representações do contágio e a AIDS. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (Org.). **AIDS e representações sociais: a busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998.

_____. Représentation sociale: phénomène, concept et théorie. In: S. MOSCOVICI (dir.). **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 2 ed., 1990

_____. Representações Sociais: um domínio em expansão. JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

_____. Representações sociais: história e avanços teóricos. In: OLIVEIRA, Denise Cristina; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, p. 23-34, 2005.

_____. Imbricações entre Representações sociais e intervenção. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu. (Org.) **Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2007, p. 45-74.

JOFFE, Helene. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In: Pedrinho Guareschi, Sandra Jovchelovitch, Sandra. (Org). **Textos em representações sociais**. 4 ed, Petrópolis: Vozes, 1998, p. 297-322

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura**. Petropolis: Vozes, 2008.

_____. Psicologia social, saber, comunidade e cultura. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, ago., 2004

JUCÁ, Natalia Braga Hortêncio et al. A comunicação do diagnóstico "sombrio" na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n.1, 2010, 57-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100007&lng=en&lng=pt.10.1590/S0100-55022010000100007. Acesso em: 3 jan. 2014.

JUNQUEIRA, Madalena. **O medo** : Esse incontestável “inimigo”! como lidar com ele. 2013. Disponível em: <http://www.institutovialux.com.br/o-medo-esse-incontestavel-inimigo-como-lidar-com-ele.php>. Acesso em: 25 ago 2013.

Kruse, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 59 (spe), 403-410. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700004&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0034-71672006000700004. Acesso em: 20 nov. 2013

LABRONICI, Liliana Maria. A contextualização social da AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.12, n.1, Rio de Janeiro, jan./mar. 2007.

LAWLEY, James; TOMPKINS, Penny. **A mente, a metáfora e a saúde**. 2012. Disponível em: <http://golfinho.com.br/artigospn/artigodomes201004.asp>. Acesso em: 23 mai. 2013

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; MADEIRA, Wilma. Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento, no campo da saúde-doença. **Saude soc.**, São Paulo, v.16, n.3, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 mai. 2013.

LEININGER, Madeleine, M. **Caring: an essencial human need**. Detroit: Wayne State University Press, 1988. 163 p.

LEITE, Juliana. C. A.; MAIA, Carmem. C. A.; SENA, Roseni Rosângela. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 2, p. 161-168, 1999.

LEME, Maria Alice Vanzolini da Silva; BUSSAB, Vera Sílvia Raad; OTTA, Emma. A representação social da Psicologia e do psicólogo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 9, n. 1, 1989.

LIMA Maria José de. **O que é enfermagem?** Coleção Primeiros Passos. 4ª São Paulo: Ed. Brasiliense; 2004.

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41 (supl.), p. 39-44, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 setembro 2013. Acesso em: 04 fev. 2013

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MAIA, Paulo Renato Duarte. **A qualidade de vida de uma equipe de saúde no atendimento a pessoas com AIDS: Ressignificando a Subjetividade nas**

Interações. 1999. (Dissertação – Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina.

MANENTI, Larissa Pietsch; SORATT, Maria Tereza. A importância da espiritualidade no cuidado com o paciente internado na UTI Cardiovascular. **SAÚDE REV.**, Piracicaba, v. 12, n. 30, p. 43-51, jan.-abr. 2012

MARKOVA, Ivana. Representações sociais, socialização e conhecimento. A socialização da confiança e da desconfiança. In: OLIVEIRA, Denise Cristina.; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, p. 23-34, 2005.

MARQUES, Sergio Corrêa; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 6, n. spe, 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 fev. 2013

MARTINS, Alexandre Andrade. **Antropologia integral e holística: cuidar do ser e busca de sentido**. BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo, v. 3, n.1, 87-99, 2009.

MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Editora Récord. Brasil. p. 24, 33-46, 1971.

MEDEIROS, Sonia Martins de. **A mídia televisiva e a escola: um olhar sobre a influência de mensagens da TV na vida escolar de adolescentes de Santa Luzia-Pb**. 2012. 149f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação), Universidade Lusófona de Humanidades Tecnologias -Instituto de Educação. Lisboa, 2012.

MELO, Zélia Maria de. Estigmas: Espaço para exclusão social. **Revista Symposium**, v. 4, n. especial, dez. 2000.

MENIN, Maria Suzana de Stefano. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 1, Apr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 mai. 2013.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no modo de trabalhar assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C; REIS, A.T *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: São Paulo: Xamã, 1998. p.121-142.

MINAYO, Maria Cecília S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTEIRO, Simone. **Qual prevenção? AIDS, sexualidade e gênero em uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MOREIRA, Célia Emília de Freitas Alves Amaral. **Interfaces da AIDS**. Tese (Doutorado em Educação). 2003. 237f. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo. 2003.

MOREIRA, Virginia; MESQUITA, Sâmia; MELO, Anna Karynne. A experiência de hospitalização vivida por pacientes com AIDS. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 60, n. 133, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 02 set. 2013.

MOSCOVICI, Serge. **La psicanálise soin image et son public**. Paris: Press Universitaires de France, 1961

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

_____. Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology* . 1988, 18: 211-250.

_____. On social representation. In: FORGAS, J.P. (Orgs). **Social cognition**. London: Academic Press, 1981.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução Pedrinho Arcides Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTA, Maria Sebastiana Gomes, PEREIRA, Francisca Elisa de Lima. **Desenvolvimento e aprendizagem**: processo de construção do conhecimento e desenvolvimento mental do individuo. s/d. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf3/tcc_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 31 ago. 2013

MUROYA, Renata de Lima; AUAD, Daniela; Brêtas, José Roberto da Silva. Representações de gênero nas relações estudante de enfermagem e cliente: contribuições ao processo de ensino processo de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n1, p. 114-122, jan-fev, 2011.

NATIVIDADE, Jean Carlos. **Relações entre representações sociais e conhecimento científico sobre HIV e AIDS**. 2010.113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

_____; CAMARGO, Brígido Vizeu. Elementos catalisadores das representações sociais da AIDS para adultos. **Temas em psicologia**, v. 19, n.1, p. 305-317, 2011^a.

_____; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre AIDS. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, Ago. 2011b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000200004 &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 jan. 2013.

NEVES, Fátima Regina de Almeida Lima. **O aconselhamento para realização da sorologia anti-HIV em gestantes**: factibilidades e utopias. 2003. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003.

NEVES, Lis Aparecida de Souza. **Prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS**: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas. 2005. 129 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

NÓBREGA, Sheva Maia, COUTINHO, Maria da Penha de Lima. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO MPL, LIMA AS, OLIVEIRA FB, FORTUNATO, ML. (Org.) **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Ed. UFPB; 2003. p. 89-97.

_____; FONTES, Érica Palmieri Guimarães; PAULA, Fabíola Maria Souza Macêdo de. Do amor e da dor: representações sociais sobre o amor e o sofrimento psíquico. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 77-87, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2013.

OJEDA, Beatriz Sebben *et al.* Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 78-84, Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672008000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 set. 2013.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out-dez, 2008.

OLIVEIRA, Ester de; ANDRADE, Ilidiana Miranda de; RIBEIRO, Rodrigo Soares. **Educação em saúde**: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento, conceitos e reflexões. 2009. 16 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

OLIVEIRA, Fátima Oliveira de; WERBA, Graziela C. **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, S/d.

OLIVEIRA, Poliéria Santos de *et al.* Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 54-63, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 25 nov. 2013.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 08 fev. 2013.

OLTRAMARI, Leandro Castro. **Representações sociais de profissionais do sexo da região metropolitana de Florianópolis sobre prevenção da AIDS e DSTs**. 2001. 312 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

_____. **Representações sociais da AIDS, relações conjugais e confiança**. 2007. 254 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

_____; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 9, n. 2, p. 317-323, Aug. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2013.

PAIVA, Mirian Santos. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. 2000, 170p. Tese (Doutorado em Enfermagem).- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PAIVA, Simone de Sousa; GALVAO, Marli Teresinha Gimenez. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 414-419, Set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2012.

PARKER, Richard. AGGETON, Peter. Estigma, discriminação e AIDS. Cidadania e direitos, n.1. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA**, Rio de Janeiro, 2001

PATRIOTA, Lúcia Maria. Assistentes Sociais e AIDS: um estudo de suas representações sociais. **Serviço social em revista**. v.8, n.1, jul- dez., 2005

_____. Teoria das Representações Sociais: Contribuições para a apreensão da realidade. In: **Serviço Social em Revista**. Londrina, v. 10, n.1, jul-dez, 2007.

PAULILO, Maria Ângela Silveira. **AIDS: os sentidos do risco**. São Paulo: Veras, 1999. p. 239.

_____; BELLO, Marília Gonçalves Dal. Jovens no contexto contemporâneo: vulnerabilidade, risco e violência. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.4, n.2, 2002. Disponível em: http://www.ssrevista.uel.br/c_v4n2_marilia.htm. Acesso em: 02 mai. 2011.

PENHA, Ramon Moraes. **A Expressão da Dimensão Espiritual no Cuidado de Enfermagem em UTI**. 2008. 176 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

PINTO, Agnes Caroline S. *et al.* Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

PRAÇA, Neide de Souza; SOUZA, Joyce de Oliveira; RODRIGUES, Daniela Angelo de Lima. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/AIDS: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.19, n.3, p. 518-525, Jul-Sep, 2010.

RABUSKE, Michelli Moroni. **Comunicação de diagnósticos de soropositividade para o HIV e de AIDS para adolescentes e adultos**. 2009. 249 f. Tese (Doutorado em psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2009.

REIS, Sebastiana Lindaura de Arruda; BELLINI, Marta. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

REIS, Valesca Nunes do. **Cenas, fatos e mitos na prevenção do HIV/AIDS: representações sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG**. 2010. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora, 2010.

RESUTO, Therezinha. J. O. *et al.* A assistência de enfermagem aos portadores de HIV/AIDS no vislumbrar da sua epidemia em Ribeirão Preto. Relato de experiência de uma equipe de enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.34, n.3, p. 240-3, Set. 2000.

REY, Fernando Gonzáles. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. Cortez, São Paulo, 2011.

REZENDE, Jofre Marcondes de. As grandes epidemias da história. In: REZENDE, Jofre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Ed. FAP-UNIFESP, 2009.

ROAZZI, Antonio. *et al.* O que é emoção? em busca da organização estrutural do conceito de emoção em crianças. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 51-61, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2013.

RODRIGUES, Dafne Paiva. *et al.* Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p.197-204, abr-jun., 2007.

RODRIGUES, Larissa Silva Abreu *et al.* Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: estudo de representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 349-355, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2013.

ROLINS, Claudia Silva Villa Alvarez de Noronha. **Aplicações para computação ubíqua**. 2001. 62 f. Dissertação (Mestrado em Informática) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Centro Técnico Científico, Departamento de Informática do Rio de Janeiro, 2001.

ROSÁRIO, Elsa Maria de Oliveira Cabeças do. **Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos**. 2009. p. 175. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta, Lisboa, 2009.

ROSSI, Carlos Felipe de Freitas e ROSSI, Tânia Maria de Freitas. Representações sociais, educação e prevenção de doenças em políticas públicas de saúde. In: **X Congresso Nacional de Educação, I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação**. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 7 - 10 de novembro de 2011. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/50923682.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2013.

ROSSO, Sai Dal; BANDEIRA, Lourdes; COSTA, Arthur Trindade Maranhão. Pluralidade e Diversidade das Ciências Sociais: uma contribuição para a epistemologia da ciência. **Soc. estado.**, Brasília, v.17, n.2, p. 231-246, jul/dez. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922002000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 ago. 2013.

ROUQUETTE, Michel-Louis. Representações e práticas sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**, Goiânia: AB., p. 39-46, 1998.

SÁ, Celso Pereira de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 19-57.

SADALA, Maria Lúcia Araújo. **Cuidar de pacientes com AIDS: O olhar fenomenológico**. São Paulo: Editora ENESP, 2000.

SALDANHA, Ana Alayde Werba. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relação estável**. 2003. 260 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Ribeirão Preto, São Paulo, 2003.

_____; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; SOUSA, Valdiléia Carvalho de. Envelhecer com AIDS: Representações, Crenças e Atitudes de Idosos Soropositivos para o HIV. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**, v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.

_____; FELIX, Shenía Maria Felício; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Representações sobre a AIDS na velhice por coordenadoras de grupos da terceira idade. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 13, n. 1, p. 95-103, jan.- jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 set. 2013.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira. Como Mulheres Submetidas à Quimioterapia Antineoplásica Percebem a Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.3, p. 331-340, 2010.

SAMPAIO, Aline Melo Oliveira. Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 590-613, 2011.

SANTOS, Ialane Monique Vieira dos; SANTOS, Adriano Maia dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 13, n. 4, p. 703-716, Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

ORTIGAO-DE-SAMPAIO, M.B.; CASTELLO-BRANCO, L.R.R. Imaturidade imunológica fetal e neonatal: implicações na evolução clínica da infecção pelo HIV-1 em crianças. **Rev Ass Med Brasil**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 29-34, 1997.

SAMPAIO, Tânia Mara Vieira. Saúde e Religião: binômio desafiado pela epidemia do HIV/AIDS. **Religião e Saúde**. Ano 4, n.16, junho, 2009. Disponível em: http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod_artigo=316&cod_boletim=17&tipo=Artigo. Acesso em: 30 abr. 2013.

SANCHES, Kátia Regina de Barros. **A AIDS e as Mulheres Jovens: Uma Questão de Vulnerabilidade**. 1999. 153 f (Tese de doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SANTANA, Ana Lúcia. **A Filosofia de Merleau-Ponty**. 2013. Disponível em: <http://www.infoescola.com/filosofia/a-filosofia-de-merleau-ponty/>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SANTOS, Andréia das Neves; GUIMARÃES, Daniela Domingues. **Espiritualidade, saúde e o cuidado de enfermagem**. 2011. 49 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Espírito Santo, 2011.

SANTOS, Ialane Monique Vieira dos; SANTOS, Adriano Maia dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. Salud Pública**, v.13, n.4, p. 703-716, ago., 2011.

SANTOS, Maria Ribeiro *et al.* Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN**, Brasília, v. 64, n.1, p. 84-90, jan-fev., 2011.

SANTOS, Ninalva Andrade. **Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/AIDS**. 2007. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2007.

_____ *et al.* Adesão de universitários ao uso dos preservativos. **Rev.Saúde.Com**, v. 5, n.2, p. 116-127, 2009. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v5/v5n2a05.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2013

SÊGA, Rafael Augustus. **O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici**, Porto Alegre, anos 90, n.13, jul., 2000.

SERBENA, Carlos Augusto. Imaginário, ideologia e representação social. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, n. 52, dez., 2003.

SHINYASHIKI, Roberto. **A coragem de confiar: o medo é o seu pior inimigo**. São Paulo: Ed. Gente, 2009.

SILVA, Adão Ademir. **O cuidado de si do/a profissional de enfermagem em saúde mental**. 2011. 95p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011.

SILVA, Alcione Leite da; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Susskind. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 10, n. 4, p. 586-595 Jul. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2013.

SILVA, Girlene Alves da; ABRANTES, Vera Lúcia Miranda M. Por trás das luvas e máscaras: Representações das enfermeiras sobre a AIDS. In: TURA, Luiz Fernando Rangel; MOREIRA, Antônia Silva Paredes (Org.). **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005, p. 97-128.

SILVA, Kênia Lara Silva; SENA, Roseni Rosângela de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, Lucineide Silva. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de homens e mulheres de 50 a 59 anos**. 2006. 110 f. Dissertação (Mestrado em de mestrado) - Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem, Salvador. 2006.

SILVEIRA, Edilene Aparecida Araújo da; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 10, n. 6, p. 813-818, Dez., 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2013.

_____ ; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com AIDS: o modelo de comboio e a enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 645-50, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a14.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2011.

SILVEIRA, Micaela Cristina S. **Falando com meu filho**: O processo de revelação do diagnóstico HIV/AIDS. 2008. 149 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro. Espiritualidade e atenção primária à saúde: contribuições para a prática cotidiana. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**, São Paulo: Hucitec, 2006.

SOARES, Alda Valéria Neves e SILVA, Isília Aparecida. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.37, n.2, p. 72-80, 2003.

SOARES, Maria Socorro de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; GARCIA, Telma Ribeiro. Cuidados de enfermagem a uma paciente com AIDS à luz da variável espiritual do modelo teórico de Betty Neuman. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 187-194, mai/ago, 2004.

SORATTO, Maria Tereza; ZACCARON, Renata Córneo. Dilemas éticos enfrentados pela equipe de enfermagem no programa DST/HIV/AIDS. **Revista BIOETHIKOS**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 332-336, jul/set, 2010.

SOUZA, Ana Célia Caetano de *et al* . Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 6, p. 805-807, Dez. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2013.

SOUZA, Andréia dos Santos. **O cuidado com idosos hipertensos** – representações sociais de familiares. 2005. 225 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Salvador, 2005.

SOUZA, Janei Rabello de. **A dimensão espiritual no cuidado de enfermagem**: vivência do estudante de graduação. 2006, 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de. **Percepção da qualidade de vida e do desempenho do sistema de saúde entre pacientes em terapia antiretroviral no Brasil**. 2009. 139 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SOUZA, Tânia Regina Corrêa de. **Impacto psicossocial da AIDS**: Enfrentando perdas... ressignificando a vida. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, Série: Prevenção as DST/AIDS, 2008. 90 p.

TADDEO, Patrícia da Silva *et al*. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.11, p. 2923-2930, Nov., 2012.

TEIXEIRA, Fernanda. **A doença e o sofrimento humano**. 2010. Disponível em: <http://www.psicologiananet.com.br/a-doenca-e-o-sofrimento-humano/150/>. Acesso em: 20 mai. 2013

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 22, n.3, p. 615-620, set., 2004.

TEIXEIRA, Marizete Argolo. **Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno**. 2009. 259 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – Salvador, 2009.

_____ *et al* . Manuseio com massa de modelar: uma estratégia sensível de coleta de dados na pesquisa em saúde e enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 857-863, Set. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300036 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

THIENGO, Maria Aparecida; OLIVEIRA, Denize Cristina de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 68-76, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2013.

TEIXEIRA, Michele Gomes; SILVA, Girlene Alves da. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 729-736, 2008.

TOFFLER, Alvin. **A Terceira Onda**. Rio de Janeiro: Record, 28 ed., 2005, 491 p.

TOMIO, Ana Carolina D'avila Mendes. **Aspectos subjetivos da hipertensão: um estudo de caso**. 2006. 99 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2006.

TORRES, Tatiana de Lucena; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais da AIDS e da Terapia Anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 64-78, jun. 2008 . Disponível em: <http://pepsic.bvsa.lud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 02 abr. 2013.

TREZZA, Maria Cristina A. Figueiredo; SANTOS, Regina Maria dos; LEITE, Joséte Luzia. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 904-908, Nov/dez, 2008.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987

TUNALA, Leticia Gaspar. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.4, supl., p. 24-31, Ago. 2002.

TUZZO, Simone A.; BRAGA, Claudomilson F. Representações sociais e opinião pública: interfaces conceituais. **Revista Anhanguera**, Goiânia, v.10 n.1, p. 135-150, jan./dez, 2009.

VALLE, Carlos Guilherme do. Identidades, Doença e Organização Social: Um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS”. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n.17, p. 179 - 210, Jun. 2002.

VARELLA, Drauzio. **Por um fio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

VASCONCELOS, Léa Dias Pimentel Gomes. **Representações sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal**. 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2009.

VECHIA, Flaviana Dalla. **As reações psicológicas à doença e ao adoecer**. 2009. Disponível em: <http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-08.html>. Acesso em: 01 mar. 2013

VERAS, Joana Finkelstein. Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 266-275, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jun. 2013.

VERAS, Renato. Novos desafios contemporâneos no cuidado ao idoso em decorrência da mudança do perfil demográfico da população brasileira. In: LEMOS, Tereza M.; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Org). **A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade e estatuto do idoso**, São Paulo: Ideias & Letras, 2004.

VOLPATO, Flávia Sordi; SANTOS, Gilcinéia Rose S. dos. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. **Imaginário**, São Paulo, v. 13, n. 14, p. 511-544, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X2007000100024&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 15 fev. 2013

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; BESSA, Jacqueline Botura; SILVA, Fernanda Lorena Canton da. Viver com AIDS e sofrer psiquicamente. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n.1, p. 173-180, jan/mar; 2011.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.

_____. **O cuidado na saúde**. 2 ed., Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Atualização do cuidar**. Aquichán, Bogotá, v. 8, n. 1, Abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2013

Waldow Vera Regina. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006.

WATSON, Jean. **Nursing**: human science and human care. A theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1988.

WILLIG, Mariluci Hautsch. **Cuidar/gerenciar**: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras. 2004. p.131. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

WINNICOTT, Donald W. **Tudo começa em casa**. 4 ed, São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz. T. da (Org.) **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p.7-72.

ZIEGELMANN, Luiz. Uma experiência inter/transdisciplinar em hospital-dia da saúde mental. In: NASCIMENTO, Célia A. Trevisi do. *et al* (Org.). **Psicologia e Políticas Públicas: Experiências em Saúde Pública**. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2004. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.



APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TÍTULO DO ESTUDO: Representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/aids sobre aids, HIV e cuidado de enfermagem

A senhora esta sendo convidada a participar de uma pesquisa que esta sendo desenvolvida no Curso de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia.

Objetivos da pesquisa: analisar o conteúdo das representações sobre o cuidado de enfermagem; apreender as representações sociais (RS) de mulheres que vivem com o HIV/aids sobre aids e HIV. **Justificativa do estudo:** O interesse em realizar pesquisa com mulheres que vivem com o HIV/aids justifica-se pelo fato de que, no início da epidemia, as mulheres não eram visualizadas como possíveis pessoas infectadas pelo HIV. Assim, desejamos saber quais as representações da aids, do HIV e do cuidado prestado pelo enfermagem para mulheres que contraíram o vírus recentemente e para aquelas infectadas na época em que havia poucas mulheres que conviviam com o HIV/ aids. As informações serão levantadas através de uma entrevista a qual será aplicada através de um roteiro elaborado pela pesquisadora. Se a senhora concordar a entrevista, será gravada em fita de áudio, ficando sob minha responsabilidade a guarda, em sigilo do material durante cinco anos. Após este período a fita será incinerada (queimada). Caso à senhora não concorde com a gravação os dados serão registrados por escrito. Será permitido, caso deseje, escutar a gravação durante e/ou ao final da entrevista. Serão também permitidas alterações, a qualquer momento, das informações prestadas. A sua participação na pesquisa só ocorrerá por sua livre e espontânea vontade e após a senhora se sentir totalmente esclarecida sobre a pesquisa. A senhora terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum prejuízo para o tratamento que esta recebendo nesta unidade de saúde. O seu depoimento será feito em local privativo (reservado) e o seu nome jamais será revelado assim como qualquer

informação que possa lhe identificar. O nome do Hospital Edgard Santos também não será revelado. Nos seus depoimentos utilizarei apenas codinomes (apelidos). A pesquisa como todos os estudos que envolvem seres humanos, poderá implicar em pequenos riscos. Mas, asseguramos que os possíveis riscos serão significativamente menores do que os benefícios potenciais, individuais e coletivos (beneficência) que a pesquisa trará. Assim, me comprometo com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos para a senhora, caso concorde em participar da pesquisa. No entanto, se a senhora sentir qualquer tipo de desconforto, seja psicológico, moral, intelectual, social ou espiritual, no decorrer do seu depoimento, poderá desistir de participar da pesquisa, como já asseguramos acima, sem nenhum tipo de prejuízo para seu tratamento. Se houver algum tipo de prejuízo decorrente da sua participação na pesquisa serei responsável em prestar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Esclareço ainda que a legislação vigente assegura que caso o informante venha a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral terá ainda direito à receber indenização. Assim, assumo a responsabilidade pela indenização, caso isto seja aplicável. **Relevância da pesquisa:** Esta pesquisa será importante para as mulheres porque ao identificar o que o HIV e a aids representam para as pessoas que vivem com o agravo poderemos entender como estas representações influenciam no comportamento dessas as pessoas e assim propor ações que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida. A pesquisa também será de relevância para os serviços de saúde e para os profissionais que prestam cuidados as pessoas que vivem com o HIV/aids porque, a partir do conhecimento das percepções que a clientela possui em relação a qualidade dos cuidados disponibilizados pela equipe de enfermagem às pessoas que vivem com o HIV, poderemos sugerir medidas de melhoria no atendimento. Solicitamos também sua permissão para que os resultados da pesquisa sejam publicados, com garantia do anonimato (sigilo do seu nome) em minha tese, em eventos de cunho científico realizados no Brasil e/ou no exterior e em revistas científicas nacionais ou internacionais. Esclareço que não estarei recebendo qualquer tipo de remuneração (pagamento) pela realização desta pesquisa, assim como, a senhora também não receberá nenhum tipo de pagamento em dinheiro. As despesas decorrentes da execução do projeto estarão totalmente sob a minha responsabilidade na condição

de pesquisadora. Este termo será assinado em duas vias. Uma via será arquivada sob minha responsabilidade e a outra ficará com a senhora. Em caso de dúvidas à senhora poderá entrar em contato comigo, Ninalva de Andrade Santos, pesquisadora responsável, através do endereço:.....

.....

 ou dos telefones (71) ou do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia (Escola de Enfermagem) através do endereço: Rua Augusto Viana, s/n, Canela – Salvador – Bahia ou do telefone de número (71)..... Agradeço sua colaboração.

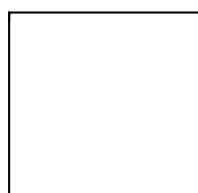
Sendo assim, eu,
 após me sentir totalmente esclarecida sobre as finalidades da pesquisa, possíveis riscos da minha participação e da importância dos benefícios que a pesquisa trará, aceito livremente participar de pesquisa intitulada Representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/aids sobre a aids, HIV e o cuidado de enfermagem

.....
 Assinatura da informante

RG:

.....
 Assinatura da pesquisadora

RG:



Impressão digital

.....
 Assinatura da testemunha

.....
 Assinatura da testemunha



APÊNDICE B - Teste de Associação Livre de Palavras

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do projeto: Representações sociais de mulheres que vivem com o HIV/aids sobre aids, HIV e cuidado de enfermagem

Doutoranda:

Orientadora:

1. TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Data: / /

I. IDENTIFICAÇÃO

Codínome:

Idade:

Ocupação:

Religião:

Escolaridade:

Estado civil:

Renda familiar:

Naturalidade:

Tempo de diagnóstico para HIV/aids:

Tempo em que frequenta o serviço:

Periodicidade das consultas:

Cor autodeclarada: () não negras () negras (pardas e pretas)

II. PERGUNTAS

1. Quando eu digo HIV o que tem vem a cabeça?

2. Quando eu digo aids o que tem vem a cabeça?

3. Quando eu digo “cuidado de enfermagem” o que te vem à cabeça?

4. Quando eu digo “cuidado de enfermagem a mulheres soropositivas para o vírus HIV/aids” o que te vem a cabeça?



....
...
.....

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Data: ___/___/___

I. IDENTIFICAÇÃO

Codiname: Idade:

Ocupação: Religião:

Escolaridade: Estado civil:

Renda familiar: Naturalidade:

Tempo de diagnóstico para HIV/aids:

Tempo em que frequenta o serviço:

Periodicidade das consultas:

Cor autodeclarada: () não negras () negras (pardas e pretas)

II. DADOS ESPECÍFICOS

1. Na época que tomou conhecimento que estava portadora do vírus HIV, o que você sabia sobre o HIV e a aids?

2. Existe diferenças entre as informações que você tinha sobre o HIV e a aids, na época em que soube que era portadora do vírus e agora? O que mudou?

3. Como tomou conhecimento das informações iniciais? E das novas informações?

4. Qual sua opinião em relação aos cuidados de enfermagem recebidos nas unidades de saúde na condição de uma pessoa portadora do vírus HIV/aids?
5. Para você como é o cuidado de enfermagem as pessoas portadoras do HIV/aids? Quais fatos a levam a pensar assim?
6. Você vivenciou alguma situação marcante em relação aos cuidados de enfermagem considerando sua condição de portadora do vírus HIV/aids? Qual?
7. A partir do momento em que você passou a receber cuidados de enfermagem devido ao seu diagnóstico, você percebeu mudanças nas formas de cuidar por parte desta(e)s profissionais? Fale para mim o que a leva a pensar desta forma.
8. Você deseja dar alguma sugestão para melhoria do cuidado de enfermagem as mulheres portadoras do HIV/aids?

**ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E
PESQUISA / PLATAFORMA BRASIL**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIAS DE MULHERES SOROPOSITIVAS PARA O HIV SOBRE A AIDS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Ninalva de Andrade Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04664912.2.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 212.894

Data da Relatoria: 06/03/2013

Apresentação do Projeto:

ver parecer consubstanciado N 194322. CAAE 04664912.2.0000.5531

Objetivo da Pesquisa:

ver parecer consubstanciado N 194322 do cep CAAE 04664912.2.0000.5531

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ver parecer consubstanciado N 194322 do cep CAAE 04664912.2.0000.5531

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ver parecer consubstanciado N 194322 do cep CAAE 04664912.2.0000.5531

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou o instrumento de pesquisa solicitado em diligencia.

Recomendações:

Nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como a análise do instrumento de coleta de informações não evidenciou problemas éticos, sou favorável à sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Plenário Homologa o Parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 06 de Março de 2013

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinador por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
CORRENTE

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B - ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA

TRI-DEUX Version 2.2

Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995

Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V

12 rue Cujas - 75005 PARIS

Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 68

Le nombre total de colonnes du tableau est de 8

Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0

Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0

Le nombre de lignes actives est de 68

Le nombre de colonnes actives est de 8

M,moire disponible avant dimensionnement 463108

M,moire restante aprŠs dim. fichiers secondaires 460244

M,moire restante aprŠs dim. fichier principal 458068

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.176538

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.059562

Pourcentage du total = 33.7

Facteur 2

Valeur propre = 0.037013

Pourcentage du total = 21.0

Facteur 3

Valeur propre = 0.029216

Pourcentage du total = 16.5

Facteur 4

Valeur propre = 0.027677

Pourcentage du total = 15.7

hos1	219	12	-58	1	-16	0	257	36	hospi3
hos2	17	0	-463	96	-101	6	174	18	hospi4
inc2	184	7	101	3	234	22	209	18	incur1
inc3	349	27	-209	16	54	1	-53	1	incur2
inf1	-379	16	-303	16	-113	3	231	13	infid1
inf5	-204	15	-158	15	307	69	-63	3	infor3
inf6	-112	7	-230	47	106	13	2	0	infor4
mag1	-512	29	371	25	-282	18	-103	3	magre2
med1	-468	73	54	2	-170	20	-27	1	medic3
med2	-209	17	183	21	-23	0	-17	0	medic4
med5	-284	31	-29	1	104	9	-61	3	medo1
med6	-13	0	-23	0	-62	4	-222	59	medo2
mort	43	1	124	16	69	6	-58	5	morte1
mor1	-88	7	36	2	135	35	-86	15	morte2
paci	51	0	278	24	-74	2	11	0	pacie3
pac1	220	14	247	27	-121	8	95	5	pacie4
pesa	-192	7	-46	1	455	82	-39	1	pesar3
pes1	-135	3	-55	1	701	13	-361	39	pesar4
pes3	38	0	230	9	72	1	310	23	peste1
pmel	360	14	-150	4	-433	43	14	0	pmelh3
pre4	-379	16	-303	16	-113	3	231	13	preoc2
pre5	-357	18	215	10	-320	29	5	0	preve1
pre7	255	31	75	4	-29	1	-124	16	preve3
pre8	401	40	19	0	-141	10	-356	68	preve4
sexo	159	3	-135	4	261	19	-170	9	sexo1
sofr	352	14	122	3	54	1	270	17	sofri1
sof1	158	6	-201	14	261	31	-235	26	sofri2
sof3	-241	6	-319	18	212	10	134	4	sofri4
ssca	-269	10	48	1	-39	0	460	64	sscarn1
tpre	-640	80	214	14	-145	8	141	8	tpres3
tra2	634	56	439	43	-0	0	23	0	trata1
tra3	194	13	-185	18	61	3	329	78	trata2
tra4	38	0	-120	7	99	6	134	12	trata3
tra5	311	16	-383	39	-123	5	492	7	trata4
tri3	-40	0	-311	30	-71	2	89	3	triste2
viru	586	38	390	27	-41	0	-89	2	virus1

-----**-----*_*-----*_*-----*_*-----*_*-----*

* * *1000* *1000* *1000* *1000*

