

EFEITOS DA COMUNICAÇÃO DIAGNÓSTICA NA REDE SOCIAL DE MULHERES QUE VIVEM E CONVIVEM COM O HIV.

COMMUNICATION DIAGNOSTIC AND ITS EFFECTS ON SOCIAL NETWORK OF WOMEN LIVING WITH HIV.

RENATA ORLANDI

UFFS. Realeza, Brasil

CARMEN L. O. O. MORÉ

UFSC. Florianópolis, Brasil

RESUMO: Problematiza-se aqui a relação entre o processo de comunicação diagnóstica e a participação da rede social no enfrentamento da soropositividade. Em termos metodológicos, esse foi um estudo de natureza qualitativa do qual participaram 14 mulheres com status sorológico positivo para o HIV, com idades compreendidas entre 32 e 53 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semiestruturada, mapa de redes, genetograma e consulta autorizada aos prontuários médicos das entrevistadas. Pautou-se a análise na Teoria Fundamentada Empiricamente. Os obstáculos no processo de comunicação estão atrelados ao preconceito relativo à soropositividade, o qual pode engendrar segredos, privando essas mulheres do apoio de pessoas significativas, as quais são fundamentais na promoção de saúde e no enfrentamento de uma enfermidade histórica e cronicamente estigmatizada.

ABSTRACT: Was held here a reflection about the relation between the process of diagnostic communication and the participation of the social network in the seropositivity's coping. In terms of methodology, this was a qualitative study involving 14 women with positive serologic status for HIV, aged between 20 and 59 years. The following instruments were used: semi-structured interviews, network map, genogram and authorized consultation of medical records of the women interviewed. The analysis was guided in the Grounded Theory. The obstacles in the communication process are linked to prejudice on HIV status, which can engender secrets, depriving these women of support by a close relation, which are crucial in health promotion and in the coping of an a historical and chronically stigmatized illness.

KEYWORDS: diagnostic communication; HIV/SIDA; Coping.

PALAVRAS-CHAVE: comunicação diagnóstica, HIV/Aids, enfrentamento.

* O vírus da imunodeficiência humana (HIV) infecta as células do sistema imunológico, destruindo ou impedindo as suas funções. Com o aumento da carga viral, que se trata da quantidade de vírus medida no plasma sanguíneo, a imunidade do portador fica comprometida, e essa pessoa fica mais vulnerável a infecções. O estágio mais avançado da infecção é a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

A Aids é a manifestação clínica (sinais, sintomas e/ou resultados laboratoriais que indiquem deficiência imunológica) da infecção pelo vírus HIV, que demora entre 10 e 15 anos para se manifestar.

INTRODUÇÃO

O recebimento da revelação do diagnóstico de HIV abre precedentes para uma infinidade de fantasias, medos e/ou mudanças propriamente ditas no cotidiano da pessoa contaminada pelo vírus da Aids*. A comunicação diagnóstica se desdobra nas possibilidades de investigação do contágio e/ou de adoecimento de pessoas que lhe são importantes, como parceiros sexuais e/ou filhos, de receio ou até mesmo pânico de compartilhar a notícia e como fazê-lo, assim como de enfrentar obstáculos para lidar com a esfera do direito sexual e reprodutivo, com o próprio tratamento, efeitos colaterais, sintomas da síndrome e, principalmente, sentimentos de solidão e rejeição engendrados pelo estigma vinculado à soropositividade, demandando o acionamento de sua rede social, quando, de fato, poderia preferir manter o status sorológico em sigilo.

Recebido em: 15/01/2016

Aprovado em: 02/05/2016

O estigma que pesa a epidemia é vinculado a antigos tabus que ganharam vulto na contemporaneidade e vieram à tona com a Aids: a sexualidade, a diversidade sexual, a poligamia, a comercialização do sexo, o consumo de drogas ilícitas, o adoecimento e a morte. Entre as participantes do estudo realizado por Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999), haja vista o imaginário engendrado ao longo da história social da Aids em torno dos “grupos de risco”, em especial dos homossexuais e usuários de drogas injetáveis, a Aids era significada como uma doença do “outro”, provocando distorções na avaliação da vulnerabilidade feminina ao contágio, mesmo entre as mulheres que tinham recebido algum tipo de informação científica atualizada sobre a epidemia e as que levantavam dúvidas sobre as práticas sexuais e o consumo de entorpecentes dos seus parceiros.

As políticas públicas brasileiras são modelo de enfrentamento da Aids (Brasil, 2007). O tratamento disponibilizado na rede pública de saúde pode retardar o processo de adoecimento e melhorar significativamente o prognóstico do sujeito (WHO, 2010), ganhando destaque o processo de comunicação diagnóstica, o qual promove saúde por meio do diálogo voltado à adesão e à interrupção da cadeia de transmissão (Silva & Ayres, 2009). Entretanto, após 1998, passou-se a observar uma forte tendência de aumento de casos notificados de Aids na população feminina brasileira (Brasil, 2007). A tendência à feminilização da soropositividade para o HIV tem sido diretamente relacionada às assimetrias nas relações de gênero, para além da dimensão biológica da vulnerabilidade ao contágio.

Nesse sentido, tornou-se mister o emprego de tal analítica no processo de realização desta pesquisa, consi-

derando-se o pressuposto de que as relações de gênero regulam as práticas sociais e legitimam as assimetrias engendradas culturalmente em meio à hierarquização entre o masculino e o feminino. Conforme Butler (2003), o corpo e o sexo são interpretados e instituídos nas relações de gênero que são performáticas e múltiplas, estão em movimento, ação em lugar de totalidade ou identidade, estando tal categoria atrelada a outros marcadores sociais complexos e dinâmicos como os de classe, raça, etnia e geração.

Conforme Tostes (1998), o comprometimento da qualidade de vida de pessoas contaminadas pelo HIV é mais intenso entre as mulheres. Esse prejuízo estaria relacionado a desigualdades de gênero, tais como: renda inferior a dos homens, dependência econômica, dupla jornada de trabalho, destacando-se a possível sobrecarga determinada pelo cuidado do(s) filho(s) e/ou do parceiro também contaminado, deterioração do *status* econômico com o agravamento da doença, assim como a forma de contágio, que pode denunciar a infidelidade do parceiro. Os fatores que aumentaram a vulnerabilidade de uma determinada mulher ao contágio pelo HIV, as assimetrias nas relações de gênero, os modos de vida e o seu contexto sociocultural não desaparecem após a comunicação diagnóstica. Parte das portadoras segue em frente mantendo ativa sua vida sexual e afetiva, porém, podem apresentar dificuldades na revelação do diagnóstico e na negociação do comportamento preventivo, atrelados ao temor de serem rejeitadas (Paiva, Lima, Santos, Ventura-Filipe, & Segurado, 2002).

Quanto ao enfrentamento, essa noção diz respeito ao repertório comportamental, afetivo e cognitivo de um sujeito empregado na resolução de problemas, em uma situação ame-

açadora e/ou diante de demandas que emanam de eventos vivenciados e percebidos como estressantes (Seidl, 2005). No cenário da revelação diagnóstica, pressupõe-se que os relacionamentos com pessoas significativas podem consistir em apoio no processo de superação das adversidades e/ou desafios enfrentados para lidar com a soropositividade. Sluzki (1996) entende que o sujeito que dispõe de uma rede pessoal estável, sensível, ativa e confiante apresenta um fator de proteção frente às enfermidades, havendo a aceleração dos processos de cura e/ou um aumento na sobrevida. Esse mesmo autor afirmou que a rede social pode ser entendida como o conjunto de relações que um determinado sujeito considera significativo, o qual pode contribuir substancialmente como fonte de apoio, reconhecimento do sujeito e confirmação de sua própria existência e da representação que faz de si.

Referente à revelação do status sorológico, Imber-Black (1994) afirma que a questão da Aids como segredo envolve questões de segurança pública, podendo colocar em risco outras pessoas. A esse respeito, o mesmo autor afirma que, no âmbito dos relacionamentos de casais, por exemplo, um cônjuge pode omitir a informação do outro temendo uma recriminação e/ou abandono. Na medida em que o consumo de drogas e os relacionamentos sexuais extraconjugais são costumeiramente realizados sem o conhecimento do parceiro, a revelação do diagnóstico pode tornar-se especialmente difícil, pois pode trazer consigo outros segredos.

Temendo o preconceito e o isolamento, alguns portadores mantêm o diagnóstico em segredo de pessoas significativas, buscando meios para escondê-lo, tornando desgastante e

solitário o enfrentamento da contaminação. Esses sujeitos desenvolvem crenças de que, se revelarem seu *status* sorológico, não serão mais aceitos, ficarão sozinhos e abandonados e serão motivo de vergonha para as pessoas que lhes são próximas. Dessa maneira, ocorre a restrição dos relacionamentos interpessoais e o enfraquecimento dos laços da rede de suporte social dessas pessoas que vivem com HIV/Aids (Ulla & Remor, 2002; Torres, 2006; Carvalho, Morais, Koller & Piccinini, 2007; Seidl, Melchíades & Brito, 2007; Rabuske, 2009). O objetivo do presente trabalho é problematizar o processo de comunicação diagnóstica de mulheres que vivem e convivem com o HIV e seus efeitos no acionamento da rede social. Tais efeitos estão atrelados ao estigma vinculado à soropositividade, o qual pode engendrar segredos, privando o sujeito do apoio de pessoas significativas, as quais são fundamentais na promoção de saúde e no enfrentamento da soropositividade.

MÉTODOS

O paradigma sistêmico é o referencial epistemológico que sustenta o presente estudo. Elegeu-se tal referencial haja vista a dinâmica e complexa trama de aspectos individuais, relacionais, comunitários e sociais que engendram e são engendrados no processo de comunicação diagnóstica da soropositividade. O paradigma sistêmico norteou o estudo a partir de seus três pressupostos: a intersubjetividade, a complexidade e a instabilidade (Vasconcelos, 2002). Além de partir do princípio de que a produção científica se dá na intersubjetividade, entende-se que tal produção deve contemplar a complexidade do fenômeno estudado, derivando daí a consideração do con-

texto no qual este se insere e a provisoriedade do conhecimento elaborado nesse processo.

O delineamento do presente estudo, por sua vez, é transversal, uma vez que se propôs a análise de um fenômeno específico e pontual da trajetória de vida das participantes, a comunicação diagnóstica, ainda que contextualizado e pensado como parte de processos mais amplos. Os dados foram coletados em um hospital de referência no tratamento de doenças infecciosas, em uma cidade situada no sul do Brasil com altos índices de casos notificados de Aids. Participaram do estudo 14 mulheres infectadas pelo HIV com idades oscilando entre 32 e 53 anos, as quais haviam recebido o diagnóstico há mais de um ano e que apresentavam condições emocionais para lidar com o procedimento de investigação. A maioria das entrevistadas eram mulheres brancas, distanciadadas do mundo do trabalho, com baixo grau de escolaridade (a maior parte não havia completado o ensino médio) e baixa renda (abaixo de um salário mínimo *per capita*). Grande parte delas tinha ao menos um filho e vivificou uma separação conjugal atrelada ou não à soropositividade. A interrupção da coleta de dados ocorreu a partir de reflexões sobre o conceito de saturação (Fontanella, Ricas, & Turatto, 2008). Buscou-se sistematizar a presente investigação por meio do aprofundamento da singularidade na abordagem dos casos estudados, sem a pretensão de atingir o limiar de representatividade (Biasoli-Alves, 1998) das mulheres que lidam com essa notícia e seus desdobramentos subjetivos e clínicos.

A coleta de dados, por sua vez, realizou-se conforme os seguintes procedimentos:

- **O formulário de consentimento livre e esclarecido** foi apre-

sentado e assinado no início da investigação pelas pessoas que concordaram em participar do estudo. Os sujeitos foram orientados sobre a ética e o sigilo das informações da investigação, informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como se destacou a importância de sua participação voluntária para o processo de produção do conhecimento.

- **Realizou-se uma entrevista semiestruturada**, por meio da qual foram coletados dados sociodemográficos, bem como dados referentes à comunicação diagnóstica, ao estado de saúde, às adversidades e aos recursos apresentados no processo de enfrentamento da soropositividade. Ao longo da entrevista, buscou-se favorecer o diálogo sobre o processo de comunicação diagnóstica, promovendo um ambiente de escuta acolhedor, consistindo em uma tentativa de compreensão da singularidade da trajetória de cada uma, situando esse relato no contexto em que é produzido, na relação com a pesquisadora.
- **Elaborou-se o genograma** (McGoldrick & Gerson, 1995), o qual consiste em um mapeamento gráfico da história e dos padrões familiares intergeracionais, bem como dos movimentos emocionais a eles relacionados, transcendendo a genealogia (Cervený, 1994). Tendo em vista o fenômeno aqui investigado, foram considerados aspectos importantes a serem verificados os processos familiares atrelados ao campo da saúde, ao adoecimento e à morte, os segredos familiares, os rompimentos e/ou novas configurações familiares em face da revelação do diagnóstico de

HIV, o mapeamento da posição ocupada pelas participantes em sua história familiar e como estas relações repercutiram no seu padrão de acionamento da rede pessoal significativa em face ao enfrentamento da soropositividade.

- **Confeccionou-se o mapa de redes** (Sluzki, 1997) caracterizando a rede social das participantes, de modo a tornar visível a configuração da relação entre seus membros e a modalidade de participação de cada um destes no enfrentamento da soropositividade para o HIV a partir do momento em que receberam a comunicação diagnóstica ou a despeito do segredo com relação ao status sorológico. Em termos metodológicos, faz-se mister destacar que a rede representada pelas participantes é composta pelos membros que elas perceberam como significativos, que essas mulheres designaram, escolheram e definiram como parte dessa teia, a partir de processos de categorização próprios e incomparáveis.
- **Após autorização da instituição e das participantes, foram acessados os prontuários de saúde das entrevistadas**, nos quais se efetivou uma breve análise, visando à confirmação de informações no âmbito da saúde, sobretudo, a respeito de indicadores biológicos como o CD4 (tipo de linfócito indicador da imunidade) e a carga viral.
- **Durante toda a investigação, registrou-se no diário de campo**, as impressões da pesquisadora, as quais dizem respeito à dimensão inter-subjetiva do fazer científico, sendo relevantes no pro-

cesso de produção de sentidos nas análises posteriores (Minayo, Deslandes, Neto, & Gomes, 1994; Bing, Moré, & Crepaldi, 2008).

- **As participantes foram convidadas a revisar o material junto com a pesquisadora** de modo a poder esclarecer determinados aspectos, adicionar novas informações e/ou refletir a respeito dos relatos após a transcrição das entrevistas e da sistematização dos dados do mapa de rede e do genograma. Fine, Weis, Weseen e Wong (2006) chamam a atenção para o desafio, a importância e a dimensão ética do convite aos participantes para revisar o material coletado, de modo a acompanhar e dialogar a respeito do processo de realização do estudo, também configurando-se tal momento como uma entrevista devolutiva.

Com essa triangulação metodológica, buscou-se compreender o movimento dinâmico, histórico e cultural do processo de atribuição de sentidos às vivências relacionadas ao processo de comunicação diagnóstica da soropositividade em face do apoio prestado pelos membros da rede dessas mulheres, considerando seus próprios relatos como objeto de estudo. O discurso destas, portanto, não reflete uma situação, ele é uma situação, e uma situação em cuja produção e análise a pesquisadora atuou. Para a organização e processamento dos dados foi utilizado o software Atlas/ti 5.0. O procedimento de análise foi ancorado na Teoria Fundamentada Empiricamente (Strauss & Corbin, 1990), aqui empregada como procedimento de análise, possibilitando a integração de dados de diferentes origens (entrevistas, prontuários, re-

latos de observações de campo, genograma e mapa de rede).

Essa modalidade de análise aqui será, para fins didáticos, dividida em cinco etapas:

1 – processo de “interação com os dados” – após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas, o mapa de rede e o genograma, organizados, e esse material foi submetido a diversas leituras espontâneas, flutuantes, sucessivas e exaustivas, visando à familiarização da pesquisadora com os dados obtidos;

2 – “codificação aberta” – esse momento da análise foi dedicado à identificação de aspectos comuns das entrevistas, objetivando o delineamento de categorias de análise. O emprego dessa estratégia de análise sobre o material obtido favoreceu o tratamento e a interpretação dos dados oriundos da entrevista de modo a identificar contradições, lacunas e inconsistências narrativas, possibilitando certo rigor analítico no processo de realização da pesquisa. Os dados coletados foram alvo de análises verticais (internas a uma mesma entrevista) e transversais (entre os discursos dos diversos participantes). Nessa etapa, os dados foram desmembrados, examinados, comparados, conceitualizados e categorizados, identificando-se as generalidades e peculiaridades nas falas das participantes;

3 – “nomeação das categorias” – nesse momento, emergiram os aspectos nucleares que contemplaram a diversidade e complexidade dos dados coletados, consistindo em referências para a nomeação de categorias. Tal nomeação foi produto de reflexões aprofundadas e sistematizadas sobre o material previamente elaborado;

4 – codificação axial – a partir da nomeação das categorias, foram estabelecidas conexões entre os temas

nucleados em uma mesma categoria, propondo-se subcategorias e seus respectivos elementos de análise;

5 – a última etapa voltou-se, por fim, à integração entre as categorias, de modo possibilitar a discussão dos dados analisados.

Em respeito à dimensão ética dessa relação, ganhou especial importância a figura do *rapport*, que, no campo da intervenção em Psicologia, se refere ao primeiro contato voltado para o estabelecimento de uma situação acolhedora, marcada pela afetividade e confiança entre os participantes de uma entrevista (Raymundo, 2000), repercutindo em toda a coleta e devolução de dados. Com relação ao genograma, haja vista a possibilidade de algum nível de mobilização emocional durante a sua confecção, entende-se que o/a pesquisador(a) deve ser capacitado(a) para o manejo desse instrumento e que esteja disponível para o acolhimento do sujeito de pesquisa (Böing, Crepaldi, & Moré, 2008).

Embora a vivência do adoecimento engendre situações de sensibilização emocional, a pesquisadora comprometeu-se a avaliar a necessidade de interromper a coleta de dados e/ou encaminhar as participantes para atendimento psicológico em serviços voltados para o acolhimento dessa população. Outra medida foi a decisão de realizar o estudo somente com pacientes que receberam a comunicação diagnóstica há mais de um ano. Foram tomadas todas as medidas éticas cabíveis considerando a gravidade da doença e a condição emocional das participantes para lidar com o procedimento metodológico. Foram obedecidas, ainda, as Resoluções 196/96, 251/97 e 292/99, do Conselho Nacional de Saúde, bem como a Resolução 16/2000, do Conselho Federal de Psicologia. Ao final da execução da pes-

quisa, os resultados foram devolvidos à instituição onde foi realizada a pesquisa, bem como às participantes, na medida em que houve interesse e disponibilidade destas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Será problematizado aqui o processo de comunicação diagnóstica experimentado pelas participantes da investigação. São descritas as circunstâncias de acesso à notícia e a mobilização emocional diante da mesma. Sobre o compartilhamento da revelação com terceiros, será abordada a maneira como as pessoas que cercam as entrevistadas tomaram conhecimento da soropositividade, as relações de segredo que permeiam o diagnóstico, assim como as relações de apoio que se estabelecem a partir da comunicação dessa notícia.

Na maior parte dos casos, o diagnóstico ocorreu devido à aparição de sinais, sintomas e/ou à enfermidade oportunista relacionada com a Aids, em função do diagnóstico de seus companheiros e/ou filhos, vinculado à bateria de exames relacionados com um projeto de gravidez ou ao desejo de abrir mão do uso do preservativo em relacionamento amoroso. Dados esses próximos aos da investigação realizada por Rabuske (2009), cujos participantes indicaram como motivo para a realização da testagem para o HIV a aparição de sintomas em si, em seus parceiros e/ou filhos, portanto, não tendo sido realizada voluntariamente, a partir da percepção de sua vulnerabilidade ao contágio. Em sua maioria, as entrevistadas no presente estudo foram infectadas por via sexual em relacionamentos heterossexuais supostamente monogâmicos e por esse motivo não se sentiam vulneráveis à

contaminação. Conforme a narrativa das entrevistadas, acreditavam que o contágio só ocorria com os “outros” os quais poderiam ser o gay, o artista, a pessoa considerada “promíscua” e/ou o usuário de drogas. Nos estudos de Vermelho, Barbosa e Nogueira (1999), Oltramari (2003) e Rabuske (2009), a percepção da vulnerabilidade e os comportamentos preventivos não faziam parte da vida das mulheres antes da infecção pelo HIV, inclusive entre aquelas que tinham um bom nível de informação sobre o tema ou aquelas tinham dúvidas acerca das práticas sexuais e uso de drogas injetáveis por parte de seus companheiros, na medida em que vinculavam a enfermidade a homossexuais, artistas, em última análise, ao “outro”.

Em se tratando do acesso à testagem, destaca-se que cinco entre as 14 participantes não foram informadas de que seria realizado o primeiro ou todos os testes (incluindo o confirmatório) voltados ao diagnóstico do HIV, o que indica a precariedade do processo de comunicação pré-diagnóstica e, conseqüentemente, a debilidade e a superficialidade da revelação propriamente dita. Nesses casos, houve a suspeita e a realização de coleta de sangue sem o estabelecimento de um diálogo sobre o tema, o que aconteceu entre algumas das mulheres que receberam a notícia em contexto de internação hospitalar. Nos relatos das entrevistadas que estavam conscientes da realização da testagem, não obteve destaque a iniciativa dos profissionais de saúde para promover o acesso a informações sobre o HIV/Aids, nem de provocar uma reflexão sobre a possibilidade de infecção e seus desdobramentos. Essas mulheres não tiveram a oportunidade de vislumbrar como lidariam com o resultado indicando a soropositividade e, ao receber a notí-

cia, sentiram-se completamente despreparadas, assim como não foi cogitada a possibilidade de convidar um ou mais membros de sua rede social para lhes acompanhar durante o momento da revelação propriamente dita. A maioria das entrevistadas estava sozinha nesse momento e apenas duas delas não consideraram importante estarem acompanhadas nessa situação.

Uma participante disse que não tinha condições de voltar sozinha para casa após à revelação do status sorológico, tamanha a sua desorientação. Aqui se destaca a importância de se verificar a preferência dos sujeitos em estarem acompanhados em um momento tão decisivo do processo de processo de comunicação diagnóstica e, se este for o caso, mapear as pessoas que lhes podem oferecer apoio, o qual pode ser eficaz, ainda que realizado por telefone ou internet. O objetivo maior aqui é acolher a pessoa diagnosticada e, para tanto, a mesma deve ser ouvida e respeitada, sendo fundamental, inclusive, o esclarecimento sobre o direito ao sigilo. No caso de uma participante, o infectologista lhe pediu para que chamasse o seu marido (que estava na sala de espera) sem lhe consultar quanto ao desejo de revelar a notícia, nem em que momento preferia fazer a revelação se fosse esse o caso. Nessa conversa, tal profissional buscou impor seus modos de vida, comportamentos preventivos, assim como minando o projeto reprodutivo do casal, determinando autoritariamente o uso do preservativo e desqualificando o desejo de terem um filho, violando os direitos sexuais e reprodutivos de ambos, entre eles, a privação de informações atualizadas sobre o tema.

Sobre o período histórico no qual ocorreu o recebimento da comunicação diagnóstica, os participantes da pesquisa de Rabuske (2009) foram

diagnosticados quando as taxas de mortalidade eram maiores e o acesso ao tratamento limitado. As entrevistadas do presente estudo haviam recebido a comunicação há pelo menos um ano e no máximo há 16 anos. Todas as participantes mencionaram o sofrimento vinculado à esta notícia, entretanto, as que haviam sido diagnosticadas há mais de 10 anos destacaram as dificuldades para lidar com a revelação naquele momento histórico. Essas mulheres consideraram que havia menos cuidado no processo de comunicação e que as representações sociais do HIV/Aids eram mais impactantes e desoladoras em comparação ao que hoje é propagado pela mídia.

Com relação à forma de comunicar o diagnóstico, o cuidado na interação entre a pessoa infectada e o profissional de saúde, é decisivo para a elaboração emocional da soropositividade. O processo de comunicação diagnóstica, quando bem conduzido, possibilita ao sujeito: lidar com o sofrimento vinculado ao resultado reagente do teste anti-HIV; a oportunidade de expressar suas angústias; enfrentar dificuldades para compartilhar a notícia com pessoas de sua rede e parceiros sexuais; esclarecer dúvidas sobre o tratamento e a prevenção (Rabuske, 2009; Moreno & Reis, 2013). As participantes desta investigação ressaltaram que um processo de comunicação diagnóstica humanizado e acolhedor dá-se por meio do vínculo engendrado entre usuário do sistema de saúde e profissional responsável pela revelação, sendo fundamental a habilidade deste para transmitir esperança no momento em que a soropositividade é revelada, após uma preparação da pessoa para receber a notícia, a qual é compartilhada gradualmente, de maneira reflexiva, empática e solidária, processo esse que tem início desde o momento em que o

sujeito acessa o serviço pela primeira vez.

A maioria das entrevistadas apontou falhas no sistema de saúde e/ou dificuldades dos profissionais no processo de comunicação diagnóstica, tais como: situações de omissão da hipótese ou confirmação de contágio pelo HIV; encaminhamento para infectologista ou psicólogo/a sem esclarecimentos adequados; ansiedade e insegurança do médico que informou a soropositividade; estabelecimento da revelação por meio de fala apressada, fria e superficial; realização da comunicação diante de outras pessoas violando o direito à confidencialidade; intervenções comunicacionais embaraçosas e humilhantes marcadas pela vigilância do comportamento e prescrições de modos de vida pautadas na suposição da promiscuidade e/ou da adição a drogas das pessoas com status sorológico positivo; entrega de resultado de exame ou estabelecimento da comunicação diagnóstica para terceiros, não necessariamente autorizados pela pessoa testada. Com relação a essa última modalidade de ruído na comunicação entre profissionais de saúde e sua clientela, houve casos de participantes que receberam a comunicação de pessoas próximas a elas que tiveram acesso ao médico responsável pela comunicação ou ao resultado de exame antes dessas entrevistadas e lhes revelaram a soropositividade, implicando em uma série de faltas de fundo ético. Ainda que não tenha ocorrido na maior parte dos casos investigados, obteve destaque a importância da mediação do profissional de saúde na sensibilização de seus clientes para a adesão ao tratamento, o que ocorre a partir de sua atitude profissional, empática e ética, da atenção e do cuidado prestado desde a comunicação pré-diagnóstica.

A comunicação do diagnóstico de HIV foi avaliada pelos participantes da pesquisa de Rabuske (2009) como um evento traumático. As entrevistadas deste estudo também destacaram o sofrimento psíquico atrelado à revelação, o qual foi expressado por sentimentos de conotação negativa referentes à notícia, como a tristeza, o pesar, a ira, a angústia, a curiosidade e a negação de qualquer sentimento, uma paralisação afetiva diante do evento. Sobre os desdobramentos da comunicação com os profissionais de saúde, após a revelação, a atenção pareceu focada na adesão à medicação e à realização de acompanhamento laboratorial de rotina da carga viral e da taxa de células CD4 (principais indicadores biológicos da imunidade), assim como a recomendação para que filhos e parceiros sexuais fossem testados. A atividade física e o cuidado nutricional não foram abordados ou enfatizados, assim como não foram mencionadas iniciativas para mapear e envolver os membros da rede social dessas mulheres, os quais poderiam colaborar na luta contra a soropositividade. Pessoas da rede social de algumas entrevistadas lhes fizeram companhia neste processo, ainda que esta participação não tenha sido promovida nem estimulada pelos profissionais que as atenderam. Depois de receber a notícia, foram testados os filhos e companheiros destas mulheres, com exceção dos casos em que os parceiros foram diagnosticados antes das entrevistadas.

Com relação à testagem, os filhos nascidos após a ocorrência do diagnóstico fizeram exames laboratoriais para detectar o HIV, assim como os parceiros sexuais sorodiscordantes (até então não testados) que seguiram em frente com essas mulheres ou surgiram após o diagnóstico. Com relação à experiência de testagem dos filhos e,

sobretudo, a confirmação do diagnóstico de uma criança foi considerado o golpe mais duro, enquanto o resultado negativo, o maior alívio destas mães. Chama a atenção o fato de que alguns parceiros que receberam a comunicação depois das entrevistadas as acusaram pelo contágio, inclusive em casos de mulheres que se relacionavam exclusivamente com esses respectivos homens, alguns deles consumidores de drogas intravenosas, indicando um duplo peso: o do contágio em uma relação supostamente confiável e a acusação pelo mesmo contágio sofrido.

Estudos apontam que nos relacionamentos amorosos se espera intimidade e paixão, não uma enfermidade de transmissão sexual, podendo o preservativo atuar como sinônimo de desconfiança (Paiva 2000; Oltramari, 2003; Silva, 2002; Hias, 2003; Giacomozzi, 2004; Santos & Iriart, 2007). As barreiras para a negociação do preservativo mesmo entre as mulheres que entraram em contato com a possibilidade de uma contaminação indicam a assimetria nas relações de gênero (Brito, Castilho & Szwarcwald, 2005; Nascimento, Barbosa, & Medrado, 2005; Braga, Cardoso & Segurado, 2007; Lopes, Buchalla & Ayres, 2008; Amorim & Szapiro 2008; Maksud, 2009). A desigualdade de gênero demanda a reflexão dos gestores de políticas públicas de modo a promover estratégias para lidar com as especificidades dessa epidemia, já que o uso do preservativo pode funcionar como um elemento questionador da fidelidade, sentimento importante, definidor e idealizado no relacionamento romântico, situando o autocuidado em segundo plano em face de outros acordos do casal, sendo tal negociação um tema a ser debatido no processo de comunicação diagnóstica.

Apesar da tendência em ocultar o diagnóstico, todas as participantes

cujos parceiros sexuais mais recentes não haviam participado do processo de comunicação diagnóstica buscaram lhes aconselhar a também fazerem o teste. Este fato parece relacionado com a naturalização da prescrição cultural que impõe às mulheres o lugar de cuidadora (Santos, 1996). Duas entrevistadas manifestaram maior perplexidade com o baixo incentivo dos profissionais de saúde para que alertassem os parceiros que poderiam estar contaminados. Essas mulheres foram aconselhadas por familiares, amigos e profissionais da saúde a não falar sobre o tema com estes homens, supostamente, para poupar-lhes do preconceito, não sendo problematizada a rede de contágios que poderia partir desse segredo. Em se tratando da revelação do status sorológico aos ex maridos, duas participantes mencionaram a dificuldade que tiveram diante da reação explosiva e preconceituosa de ambos à notícia de que estavam infectadas. Outras perderam o contato com os companheiros anteriores ao diagnóstico e, portanto, não lhes comunicaram a soropositividade. Outro grupo de entrevistadas falou sobre a maneira como revelaram a notícia ao/à atual parceiro(a) sexual, todos(as) sorodiscordantes, os(as) quais demonstraram respeito, empatia e solidariedade, seguindo em frente com o projeto de relacionamento amoroso. Evidenciou-se que, quanto mais expressivas as habilidades comunicacionais e os recursos relacionais do casal, maior a tolerância, a negociação de condutas preventivas e o apoio recebido, enquanto nos casos onde já existiam conflitos graves antes da revelação, o HIV apenas exacerbou estas mesmas dificuldades.

A atuação da rede social depende do acesso à notícia, a qual torna possível que pessoas do entorno do sujeito contaminado convertam-se em fontes

de ajuda (Rabuske, 2009). Pensando-se sistemicamente sobre o fenômeno, verificou-se no presente estudo que uma série de pessoas que estão ao redor das participantes tiveram acesso à notícia: os membros da família nuclear e extensa, amigos(as), chefes e companheiros(as) de trabalho, membros da comunidade, parceiros(as) sexuais e profissionais da saúde. Sobre a iniciativa das entrevistadas no processo de revelação, apenas três delas foram visivelmente ativas no compartilhamento da soropositividade; essas mulheres decidiram dar a notícia, acionaram profissionais de saúde, amigos e familiares, buscaram tranquilizar os últimos e aprofundar os diálogos entabulados sobre o tema, esclarecendo o que sabiam à respeito do fenômeno e manifestando seus sentimentos em relação ao diagnóstico. Uma entrevistada destacou o fato de que tanto as pessoas que já conhecia, como as que conheceram-na depois do diagnóstico, tiveram acesso à notícia e a tratavam de maneira muito carinhosa e respeitosa.

Por outro lado, especialmente no período subsequente ao diagnóstico, algumas das entrevistadas não pareciam se sentir nem atuar como “donas” do seu processo de comunicação diagnóstica, como se fossem reféns desse segredo. A maioria mencionou o fato de que os amigos e familiares chegaram a saber sobre seu status sorológico por meio de profissionais de saúde assim como de outros amigos ou membros de sua família, independentemente de sua iniciativa e/ou desejo de fazer a revelação. A preferência pelo sigilo não foi negociada ou requerida nesses casos. O compartilhamento da notícia também ocorreu a partir da escuta de chamadas telefônicas ou mediante a inferência do diagnóstico em função da instituição em que

algumas delas foram internadas. A dificuldade no processo de revelação está relacionada com o temor de perder a relação com a pessoa que passa a conhecer o status sorológico e cuja reação é desconhecida e pode ser guiada pelo preconceito (Rabuske, 2009). O segredo implica na restrição dos relacionamentos e na fragilização dos vínculos com os membros da rede das pessoas que vivem com o HIV (Torres, 2006; Carvalho et al., 2007; Seidl et al., 2007; Rabuske, 2009). A manutenção do segredo gera sofrimento e solidão. Ainda sobre a ocultação do vírus HIV, a maioria das entrevistadas, em maior ou menor grau, no começo ou ao longo do processo de enfrentamento da soropositividade, mencionou dificuldades e a angústia referente ao compartilhamento da notícia com pessoas com quem gostariam de conversar sobre o tema. A vergonha do diagnóstico mediada pelo estigma da soropositividade foi o maior obstáculo encontrado por estas mulheres, havendo uma grande preocupação em evitar o vazamento da notícia e o medo de compartilhá-la.

De acordo com Suit e Pereira (2008), ainda que algumas pessoas contaminadas pelo HIV suponham que os sujeitos de seu entorno podem descobrir a soropositividade, elas se surpreendem quando se dão conta de que têm o direito de revelar ou de manter em sigilo a sua condição sorológica, sentindo-se culpadas pela omissão da informação. A maior parte das participantes do presente estudo mencionou fantasias acerca do que as pessoas pensavam ou pensariam à respeito da soropositividade, assim como o mal-estar vinculado ao segredo e ao alívio frente à revelação para pessoas íntimas e importantes em sua trajetória. O compartilhamento do diagnóstico com os filhos pareceu particularmente deli-

cado, especialmente com crianças. As mentiras e o segredo na relação com pessoas próximas geraram situações de ocultamento da medicação e esquecimento de horários à insegurança dos membros da rede com respeito à saúde das pacientes e distanciamento afetivo.

Algumas participantes deixaram explícito o processo de eleição das pessoas a quem revelaram o diagnóstico, buscando prestar atenção a indícios de preconceito em relação ao HIV antes de fazer a revelação. Para estas mulheres, o HIV se tratava de um assunto espinhoso ou proibido, inclusive em conversas entabuladas com pessoas que estavam informadas sobre o seu status sorológico. Quando surgia o tema, o mesmo era tratado superficialmente e restrito ao tratamento, não havendo espaço para a expressão dos sentimentos ligados à experiência. Por outro lado, algumas das entrevistadas narraram situações consideradas surpreendentes, nas quais pessoas que tiveram acesso à notícia, independentemente de sua vontade de comunicá-las, foram acolhedoras, respeitosas e cordiais, tornando-se cada vez mais próximas afetivamente depois da revelação do segredo.

Corroborando a literatura especializada (Leserman, Petitto, Gaynes, Barroso, Golden, Perkins, Folds & Evans, 2002; Strachan et al., 2007; Rabuske, 2009), identificou-se entre as participantes o mal-estar psicológico e o isolamento social relacionados com a revelação e/ou a manutenção do segredo em relação ao HIV, a tensão entre a ocultação e o compartilhamento, entre o público e o privado, o direito à confidencialidade *versus* o dever de revelar frente à responsabilidade em proteger a integridade do outro que pode estar vulnerável à contaminação. A maioria destas mulheres oscilou entre o direito à confidencialidade e o desgaste atrela-

do ao secreto. Em se tratando da intimidade, a comunicação do diagnóstico a terceiros transcendeu a revelação da soropositividade, incluindo a possibilidade de falar abertamente sobre o tema. As participantes que tinham padrões de comunicação mais abertos foram as que mostraram uma maior satisfação com suas respectivas redes sociais.

Com respeito aos recursos das participantes para fazer frente à soropositividade, as que tinham habilidades sociais mais precárias tinham mais dificuldades para falar abertamente sobre o HIV com as pessoas que as rodeavam e tenderam a delegar os esforços para a melhora do seu estado de saúde a terceiros (Deus, indústria farmacêutica, profissionais de saúde etc.), distanciando o cuidado de sua própria iniciativa, atuando de maneira mais passiva, sendo seu compromisso com mudança de modos de vida minados, por exemplo, no que concerne à melhora da alimentação e à interrupção ou redução de comportamentos aditivos. Ao contrário, pareciam lidar melhor com as mudanças engendradas pela soropositividade e as adversidades que se apresentaram aquelas participantes que tinham um repertório maior de estratégias pessoais para fazer frente ao HIV, especialmente, as que mais investiam em relações significativas, destacando-se as parceiras amorosas harmônicas, independentemente do status sorológico do companheiro(a), as mais otimistas em relação ao prognóstico, assim como as que buscaram re-significar o HIV, aprendendo a aceitar e, sobretudo, a se aceitar com o diagnóstico. Estas mulheres estabeleceram processos de comunicação diagnóstica mais abertos com os profissionais de saúde e outros membros de suas respectivas redes sociais significativas, favorecendo a

disponibilidade e a eficácia da ajuda prestada pelas mesmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O HIV/Aids é gravemente estigmatizado. Receber o diagnóstico e compartilhá-lo com outras pessoas parece um desafio maior que a possibilidade de adoecer. No cenário da comunicação diagnóstica do status sorológico HIV positivo, lida-se cotidianamente com a sutil diferença entre ocultar e calar, entre o isolamento e a preferência em estar só em determinados momentos, assim como entre ser cuidado(a), invadido(a) ou vitimizado(a). A abertura do diálogo entre profissionais de saúde e sujeitos diagnosticados pode colaborar na reflexão sobre esta experiência favorecendo o discernimento sobre o movimento de aproximação, revelação e estreitamento dos vínculos com os membros de sua rede social, assim como de delineamento de fronteiras, negociação de limites em caso de invasão de privacidade e manutenção do sigilo na relação com pessoas e grupos de seu entorno.

Independentemente dos sentimentos atrelados à revelação, é fundamental garantir um espaço para a sua expressão, a escuta empática do profissional ou equipe responsável pelo processo de comunicação, bem como afetuosa e respeitosamente acolher a pessoa que lida com a carga emocional mobilizada pela soropositividade para o HIV. Entre as mulheres que colaboraram com o presente estudo, o sofrimento atrelado ao recebimento da notícia diagnóstica pareceu estar mais fortemente vinculado ao peso emocional do estigma da Aids que à própria enfermidade ou à possibilidade de adoecer. Independentemente

do fato de o preconceito ser sofrido, inferido ou fantasiado, a dor vivenciada neste cenário é real e intensa. O medo de adoecer não é verbalizado, mas o de ser discriminada é muito presente, também parecendo mais viável entrar em contato com a possibilidade de rejeição em lugar da finitude da vida.

Desde a comunicação pré-diagnóstica, é importante mapear e acionar membros da rede dos sujeitos que fazem a testagem para o vírus HIV, visto que tais fontes de ajuda podem participar do processo de enfrentamento da soropositividade desde o momento da revelação. Promovendo-se o acolhimento da população que vive com o HIV a partir de uma lógica em rede, os processos de apoio são catalisados, o cuidado é distribuído e reduz-se a carga de responsabilidade e trabalho dos profissionais de saúde e demais membros da rede, na medida em que todos unem suas forças para responder às demandas do sujeito apoiado. Esta configuração do trabalho voltado à população que vive com HIV pode ser pensada em termos de promoção de saúde das pessoas que participam desse processo de ajuda, na medida em que a ação em rede colabora na diminuição de sentimentos de autoexigência, frustração e impotência diante dos obstáculos que se apresentam ao longo da adesão ao tratamento. No que tange à relação entre os profissionais de saúde, os usuários desses serviços e os membros de suas respectivas redes, destaca-se a mediação do afeto no fortalecimento desses vínculos.

Há uma forte relação entre vergonha do diagnóstico, dificuldades no compartilhamento da notícia e, conseqüentemente, obstáculos no acionamento de pessoas próximas no processo de apoio. Nesse contexto, a reflexão sobre o autopreconceito,

assim como a re-significação do status sorológico e a diferenciação entre as noções de segredo, intimidade e privacidade têm um grande peso no fortalecimento das pessoas que lidam com a soropositividade de modo que lhes seja possível lidar melhor com o mundo que as rodeia e, sobretudo, consigo mesmas. A partir dessa reflexão, essas mulheres podem diferenciar o preconceito de outras formas de interação não discriminatórias pautadas no cuidado e interpretadas equivocadamente como preconceituosas. Esse olhar atento para seus relacionamentos pode colaborar na reconfiguração dos vínculos de modo a torná-los mais íntimos, abundantes, acolhedores e satisfatórios, marcados pelo respeito aos direitos das participantes em falar ou não sobre o HIV quando lhes for conveniente.

É importante ressaltar que algumas dessas mulheres não revelaram ou não falavam abertamente sobre o HIV com importantes sujeitos de suas respectivas redes, segredo esse que limitava a ajuda recebida, enquanto outras delas foram surpreendidas com a reação acolhedora de determinadas pessoas à revelação diagnóstica. Após o diagnóstico, na maior parte dos casos, houve uma restrição da entrada de novos membros nas redes sociais, fato este fortemente associado ao constrangimento em compartilhar a notícia da contaminação. Por outro lado, a disponibilidade e a qualidade do apoio prestado pela rede estão relacionadas a maiores níveis de informação, adesão, promoção de saúde e bem-estar. O investimento nos relacionamentos significativos, ressaltando-se a parceira amorosa harmoniosa, independente do status sorológico do companheiro(a), e o otimismo foram recursos decisivos no processo de enfrentamento, configurando-se como

bons preditores da adesão ao tratamento.

Em se tratando da relação entre o processo de comunicação diagnóstica e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que vivem com HIV, é fundamental a atenção dedicada ao diálogo franco e aberto pautado no respeito pelas escolhas dos sujeitos, favorecendo a prevenção de uma recontaminação e/ou a contaminação de possíveis parceiros sorodiscordantes, bem como colaborando na tomada de decisões informadas com relação a projetos de paternidade e/ou maternidade. Outro desdobramento da assistência prestada às pessoas que vivem com o HIV se refere à promoção da troca de experiências entre pessoas que estão lidando com a mesma adversidade. Agências sociais especializadas na acolhida desta população, sobretudo organizações não governamentais, podem oferecer esta modalidade de intervenção, entretanto, é importante observar que, quanto maior o sentimento de vergonha atrelado ao diagnóstico, menor a probabilidade do sujeito buscar tais instituições haja vista o temor da exposição nestes espaços. Portanto, considera-se que os profissionais da saúde podem atuar na promoção de contatos entre estes usuários nos serviços públicos acessados pelos mesmos, favorecendo o intercâmbio de experiências e apoio mútuo.

O apoio proporcionado pela rede é fundamental no enfrentamento da soropositividade, tornando mister a sistematização de protocolos de comunicação diagnóstica comprometidos com o acionamento da rede social dos usuários nos serviços de saúde. No presente estudo, ainda que isoladas, as iniciativas dos profissionais de saúde para mapear, acionar e acolher os membros da rede social das entrevistadas foram bem vistas e tiveram

um impacto na qualidade da ajuda. O convite dirigido às pessoas que cercam os usuários dos serviços de saúde para circularem nessas instituições, o fomento aos processos de compartilhamento da notícia com pessoas significativas, assim como de manutenção e aprofundamento dos contatos, em última instância e a atenção dedicada ao fortalecimento das redes promoveram uma articulação da ajuda ofertada, refletindo na adesão ao tratamento e na promoção de bem-estar às pessoas que seguem em frente convivendo com uma enfermidade cronicamente estigmatizada.

REFERÊNCIAS

- Amorim, C.M. de & Szapiro, A.M.** (2008). Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. *Ciência Saúde Coletiva*, 13, (6), 1859-1868.
- Biasoli-Alves, Z. M.** (1998). *A pesquisa em psicologia – análise de método e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico*. In: G. Romanelli & Z. A. Biasoli- Braga, P. E., Cardoso, M. R. A., Segurado, A. C. (2007). Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2653-2662.
- Brito, A. M., Castilho, E. A. & Szwarcwald, C. L.** (2005). Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. *Brazilian Journal Infectious Diseases*, (9), 9-19.
- Carvalho, F. T. de, Morais, N. A. de, Koller, S. H. & Piccinini, C. A.** (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9), 2023-2033.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turatto, E. R.** (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1). 17-25.
- Giacomozi, A. I.** (2004). *Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: Estudo de representações sociais*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.
- Hias, F. M. S.** (2003). *Representações sociais e conhecimento sobre a AIDS*. A restituição de mensagens preventivas escritas por parte de adolescentes. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Imber-Black, E.** (1994). *Segredos na família e na terapia familiar: uma visão geral*. In: E. Imber-Black (Org.). *Os segredos na família e na terapia familiar*. (15- 39). Porto Alegre: ArtesMédicas.
- Lopes, F., Buchalla, C. M. & Ayres, J. R. de C. M.** (2008). Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 41 (suppl.2), 39-46.
- McGoldrick, M. & Gerson, R.** (1995). Genetograma e o ciclo de vida familiar. In: B. Carter, & M. McGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar*. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morena, Diva Maria Faleiros Camargo e REIS, Alberto Olavo Advíncula.** Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. *Temas psicol.* [online]. 2013, vol.21, n.3 [citado 2015-12-21], pp. 591-609.

- Nascimento, A. M. G. do, Barbosa, C. S. & Medrado, B.** (2005). Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5 (1), 77-86.
- Oltramari, L. C.** (2003). Um esboço sobre as representações sociais da Aids nos estudos produzidos no Brasil. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, (45), 1- 17.
- Orlandi, R.** Participação da rede social significativa de mulheres que vivem e convivem com o HIV no enfrentamento da soropositividade. 14/04/2011. 253p. Tese defendida na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011 no prelo.
- Paiva, V.** (2000). Fazendo arte com a camisinha – sexualidades jovens em tempos de Aids. São Paulo: Summus.
- Rabuske, M.M.** (2009) *Comunicação de diagnóstico de soropositividade para o HIV e de AIDS para adolescentes e adultos: implicações psicológicas e repercussões nas relações familiares sociais*. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Santos, C. de O. & Iriart, J. A. B.** (2007). Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de. Saúde Pública*, 23 (12), 2896-2905.
- Santos, N. J. S.** (1996). A Aids entre as mulheres no estado de São Paulo. In: R. Parker & J. Galvão (Org). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. 33-59. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V. & Brito, A.** (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (10), 188-195.
- Silva, C. G. M. da.** (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 40-49.
- Silva, N. E. K. & Ayres, J. R. C. M.** (2009). Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1797-1806.
- Sluzki, C. E.** (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Strachan, E. D., Bennet, W. R. M., Russo, J. & Roy-Byrne, P. P.** (2007). Disclosure of HIV status and sexual orientation independently predicts increased absolute CD4 cell counts over time for psychiatric patients. *Psychosomatic Medicine*, (69), 74-80.
- Strauss, A. & Corbin, J.** (1990) *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage Publications.
- Suit, D. & Pereira, M.E.** (2008). Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP*, 19 (3), 317-340.
- Torres, T. de L.** (2006) *A representação social da AIDS e da Terapia Anti-Retroviral para soropositivos com adesão ao tratamento*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Vermelho, L. L., Barbosa, R. H. S. & Nogueira, S. A.** (1999). Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2), 369-379.