

Aspectos psicossociais

Virgínia Schall

Psicóloga.

Doutora em Educação.

Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz.

Chefe do Laboratório de Educação Ambiental e em Saúde do Departamento de Biologia IOC — Fiocruz.

Pesquisadora colaboradora do Centro de Pesquisas René Rachon, Fiocruz, Belo Horizonte.

Prêmio Jovem Cientista (1975).

Consultora do canal Futura (Fundação Roberto Marinho).

Orientou a criação dos jogos Zig-Zaids (de prevenção à Aids) e O Jogo da Onda (de prevenção ao uso indevido de drogas).

Prêmio José Reis de Divulgação Científica do CNPq, em 1991.

*A vida é uma oportunidade, agarre-a
A vida é um sonho, faça dele realidade.*
Madre Teresa de Calcutá

Atualmente é possível rever a história da Aids analisando sua repercussão num período de quase duas décadas. Há múltiplos enfoques num estudo dos aspectos psicológicos e sociais dessa pandemia, a qual trouxe novos desafios e ameaças, estabelecendo-se como um marco histórico na trajetória da sociedade do século XX. Essa é a perspectiva macro desta análise, situando a doença como um fato que interfere no curso das relações humanas, no estilo de vida, na organização das famílias, no livre-arbítrio em relação aos papéis sexuais, enfim, no arcabouço e nas bases da estruturação social humana. Há também o efeito social sobre o rumo da epidemia, a qual avança entre as mulheres e as camadas mais desfavorecidas da população. Por sua vez, outra perspectiva se coloca em domínio privado, na vida de cada pessoa portadora do HIV/Aids, naquilo que toca sua intimidade e seus sonhos, no que tange a sua realidade e a sua verdade individual.

Assim, de modo breve e sem espaço para um aprofundamento teórico, tais perspectivas serão aqui apresentadas, questionando, indagando, construindo elos que nos possibilitem compreender melhor o significado da Aids, em que contexto ela surge, como repercute socialmente e se inscreve pedagogicamente em nossas relações, destacando a importância de ser solidários, amorosos, tolerantes e companheiros na luta por uma vida digna e de melhor qualidade para todos e atentos para o resgate da liberdade responsável, com as nossas relações pautadas por respeito mútuo, honestidade e consideração recíproca.

A Aids — um novo fenômeno biomédico e social — e sua representação simbólica na sociedade humana do século XX

Sob uma perspectiva histórica da sociedade ocidental, a Aids surge na década de 80, após a ebulição iniciada nos anos 60, época, segundo o antropólogo Gilberto Velho (1994), marcada por um processo de complexidade e diferenciação que projetou novos espaços e domínios sociais e simbólicos. Na década de 60 ocorreu uma maior difusão de estilos de vida “contraculturais” (terminologia divulgada por Theodor Roszak (1972) em seu livro *A Contracultura*), caracterizados pela crítica e rejeição a um modo de vida convencional, questionando-se valores familiares, educacionais e de trabalho, propondo-se novas alternativas de organização familiar e social. Como analisa Velho (1994), foi uma mudança em várias dimensões da vida, com ênfase na liberdade amorosa e sexual, no comunitarismo e em certo hedonismo, assim como um descompromisso com objetivos materiais, originando conflitos e desencontros de ideais e de comportamentos no seio das famílias e das escolas.

No interior desse movimento, as minorias, como as mulheres, os negros e os homossexuais, lutavam para que a igualdade de direitos ultrapassasse a fronteira das promessas e se tornasse efetiva. Entre as diversas ações sociais encaminhadas, uma das áreas de maior avanço engendrava uma verdadeira “revolução sexual”, motivada por uma transformação de mentalidades e comportamentos (a ser mais bem analisada por sociólogos e psicólogos) e beneficiada por avanços da ciência, como o tratamento de doenças venéreas graças à penicilina e o advento dos anticoncepcionais. E nesse cenário de mudanças do mundo das metrópoles da gigantesca e diversa sociedade industrial emerge a Aids, diagnosticada na primavera de 1980 por médicos de Los Angeles que depararam com casos de uma doença misteriosa que vitimava jovens homens *gays*.

Embora o entendimento da epidemia requeira múltiplas análises e implique uma rede de significados, o que ocorreu num primeiro momento foram interpretações estigmatizantes e preconceituosas, apoiadas por setores convencionais religiosos e médicos, que associavam a doença a “grupos de risco”, divididos em vítimas (hemofílicos) ou “promíscuos” (homossexuais, prostitutas e viciados em drogas), como assinalam as

psicoterapeutas Vera Paiva e Luiza Alonso (1992). E tal é a força dessa nova ameaça e de sua representação na sociedade que, como demonstra Vera Paiva (1992), ela se torna um símbolo coletivo da sensação de perigo e passa a ser um grande *hit* a partir de 1985, aparecendo nos sonhos das pessoas atendidas em consultórios de psicoterapia. Como afirma Paiva (1992):

[...] o vírus da Aids ou pessoas doentes com Aids aparecem em sonhos, atos falhos ou atuações conservadoras como representantes perigosos da sombra da cultura, que, como aprendemos em psicologia, será também símbolo das potencialidades reprimidas de todo indivíduo criado nela.

Essa representação ameaçadora tem respaldo na religião, qualquer que seja o credo, como vertente humana que apresenta uma resposta interpretativa à questão fundamental sobre a existência e que associa a doença a castigo por pecados e desobediência à moral que prega, reafirmando seus mitos e medos ancestrais. Por sua vez, encontra na medicina a justificativa para reforçar uma regulação social de comportamentos, revivendo o seu potencial normatizador da sociedade. Como analisam as pesquisadoras Mitjavila e Echeveste (1994), a medicina, por meio de estratégias biopolíticas, influi na regulação do controle demográfico, ultrapassando os aspectos biológicos ou somáticos e interferindo na institucionalização de parâmetros éticos e valorativos da reprodução e das sexualidades humanas. E, em se tratando da Aids, a imunodeficiência é apenas um elemento de um problema complexo que envolve o comportamento humano e o contexto social.

E é nessa sociedade ocidental que a Aids é identificada e descoberta e na qual foi primeiramente notificado o maior número de casos, destacando-se países como Estados Unidos, Canadá, muitos da Europa Ocidental e alguns da América Latina e Caribe. Nesses países, a transmissão ocorria principalmente nas zonas urbanas, entre homens homo e bissexuais e entre usuários de drogas endovenosas (nações em que o padrão de transmissão foi identificado como padrão I pela Organização Mundial de Saúde, Opas/OMS/1990), embora esteja aumentando progressivamente nas relações heterossexuais e em regiões do interior. O perfil inicial da doença conformou a idéia de “grupo de risco”, associando a síndrome aos homossexuais. A Aids chegou até a ser denominada de “câncer gay”, fato que trouxe conseqüências nefastas para as relações humanas, acirrando preconceitos e estigmas e gerando retrocessos nas conquistas e nos avanços sociais. Foi também prejudicial à própria pre-

venção da epidemia, porque configurou uma falsa idéia de segurança nos demais segmentos da população, tornando falhas as estratégias preventivas e contribuindo para sua disseminação inespecífica, ameaçando distintos gêneros e idades.

A relação da expressão da epidemia e o contexto social evidencia-se na própria conformação dos padrões sociogeográficos estabelecidos pela OMS (1990), demonstrada pelas diferenças regionais quanto aos índices de prevalência, incidência, relações de gênero, papéis sociais, crenças religiosas, padrões culturais e situação socioeconômica.

A despeito de tais diferenças sociogeográficas, como observam as pesquisadoras Vera Paiva e Luiza Alonso (1992), o crescimento do número de infectados no mundo tem demonstrado que “o HIV (o vírus da Aids) não escolhe classe social, raça, credo religioso, opção e orientação sexual, gênero ou idade”. Assim, a Aids hoje é problema de todos e, se surgiu provocando retrocessos e preconceitos, requer um esforço coletivo para estimular a difusão de informações associada a reflexões sobre a vida e as relações humanas, buscando não apenas o controle da epidemia mas também a construção de uma sociedade melhor e de um relacionamento mais responsável e solidário. Nesse sentido, ao analisar a formação das primeiras organizações não-governamentais (ONGs) de luta contra a Aids no Brasil, a pesquisadora Cristina Câmara da Silva (1998) argumenta sobre o potencial desses organismos para a renovação dos laços de solidariedade social, ao enfrentar, em conjunto com a esfera governamental e pesquisadores, a problemática da Aids, marcada simultaneamente pelo desconhecido e pela manutenção da existência humana.

Todavia, se há esforços visíveis em direção à solidariedade, o preconceito e a discriminação ainda perduram em todo o mundo, como ficou demonstrado na Conferência Mundial sobre a Aids (12th World Aids Conference, em agosto de 1998), em Genebra. Uma pesquisa bibliográfica nos anais da conferência evidencia 176 trabalhos relativos a questões de discriminação e preconceito, abrangendo os mais diversos países, como Peru, Índia, Uganda, Bósnia, Estados Unidos, Brasil, México, entre outros. Nessas publicações são apresentados vários aspectos psicossociais que estão envolvidos na transmissão de HIV/Aids, no seu tratamento e no relacionamento com os portadores. São relatados os preconceitos, a discriminação, a ausência de prevenção relacionada a questões de gênero e religiosas, com acentuada vulnerabilidade para mulheres, e estratégias e programas de prevenção e formação de grupos

de auto-ajuda entre os portadores. Os trabalhos focalizam a importância dos direitos humanos nos programas de prevenção e de maior mobilização cultural, coletiva, comunitária. Abordam aspectos éticos relativos aos portadores, como autonomia e confidencialidade do diagnóstico, direito à saúde e à não discriminação; aspectos raciais, como diferenças sociais quanto ao tratamento dado aos brancos em relação aos afro-americanos nos Estados Unidos; obstáculos à prevenção motivados por crenças religiosas, sobretudo protestantes e afro-brasileiras, além de vários outros pontos importantes que ilustram a diversidade de questões a ser enfrentada na luta contra a epidemia. É necessário destacar que uma série de trabalhos realizados em diferentes países tem em comum a formação de grupos de auto-ajuda, que permitem compartilhar problemas, experiências, aconselhamento e valorização pessoal, o que conduz à elevação da auto-estima e à redução da discriminação no ambiente familiar e nas comunidades e reforça a estratégia como mediadora para o enfrentamento de questões psicossociais que podem comprometer a qualidade de vida dos portadores do vírus (ver trabalhos de Kidd; Mattos e Mendonça; Nabwire e Nacwola; e Rosas, 1998).

Estratégias bem-sucedidas de prevenção também precisam ser divulgadas, sobretudo as voltadas para os jovens, uma vez que houve aumento da infecção entre eles. O trabalho da pesquisadora Telma Cavalheiro e colaboradores (1998) ilustra um programa de incentivo ao uso de preservativos durante as férias de verão, época de aumento do risco de transmissão entre os jovens que confluem para pontos turísticos, o que requer uma ação efetiva de prevenção nesses locais. Os trabalhos do nosso laboratório (Leas/IOC/Fiocruz) também exemplificam possibilidades reais de ampliar a informação sobre DST/Aids entre os jovens por meio de estratégias educativas que integram aspectos cognitivos e afetivos, usando jogos, peças teatrais etc. (Monteiro et alii, 1991; Schall, 1996).

A desigualdade social, as relações de gênero e a rota da Aids

Os estudos epidemiológicos da Aids no decorrer das últimas duas décadas vêm demonstrando a mudança dos padrões de transmissão, como crescimento do risco de infecção para o gênero feminino e aumento da prevalência e conseqüentemente das taxas de mortalidade em termos

mundiais. No Brasil, uma publicação recente, de pesquisadores da Divisão de DST e Aids do Ministério da Saúde (Fonseca, Castilho e Gomes, 1998), revela que de 1980 a 1995 houve 69 503 mortes registradas em conseqüência da Aids e que a partir de 1991 essa doença começou a figurar como uma das principais causas de mortalidade no país. Em 1995, a Aids aparece como a décima primeira causa, representando 1,71% da taxa total de mortalidade do país. Análises por gênero no Brasil demonstram que a doença vem aumentando entre as mulheres, passando de uma relação de 1 mulher para 24 homens em 1985 para 1:3 em 1995, em acordo com a tendência mundial. Dados relativos à condição socioeconômica dos casos positivos também revelam aumento maior nas camadas mais desfavorecidas da população, tornando-se mais um agravante entre os demais impostos pela desigualdade social que caracteriza o país. Segundo as pesquisadoras Regina Barbosa e Wilza Villela (1996), constata-se uma tendência crescente de aumento da Aids entre mulheres com primeiro grau incompleto ou analfabetas, passando de 31% em 1985 para 67% em 1992. Essa tendência não se restringe ao gênero feminino, e sim à população em geral. Dados de pesquisa (Fontes et alii, 1996) revelam que no Brasil 50% de todos os pacientes de Aids registrados entre 1993 e 1994 não possuíam o primeiro grau completo, percentual que era de apenas 15% em 1986. O risco maior entre minorias também é constatado em outros países, como Estados Unidos, onde as populações negras e hispânicas apresentam taxas mais altas de infecção, segundo publicação do National Research Council intitulada "Aids: a segunda década" (1990).

Nos últimos anos, o desenvolvimento de novos medicamentos e tratamentos mais eficazes mostra decréscimo da morbidade, permitindo prolongar e melhorar a qualidade de vida dos portadores do HIV, o que sugere que a fase de maiores taxas de mortalidade precoce está sendo suplantada. Entretanto, um alerta recente da Unaid/OMS (30/12/98, via internet) revela que o número de novos casos se mantém ou aumenta em alguns países, requerendo maior investimento na prevenção. Segundo essa fonte, o número de pessoas com HIV/Aids no mundo aumentou 10% em 1998, totalizando cerca de 5,8 milhões de novos casos, e metade das infecções está ocorrendo em jovens de 15 a 24 anos. Assim, a Aids passa a ter características de doença de longo termo (crônica), o que reforça a importância da prevenção para que se evite sua expansão, sendo a educação e a comunicação em saúde uma das estraté-

gias fundamentais para estimular comportamentos de proteção que possam garantir melhor controle da epidemia na terceira década que se anuncia.

A Aids na vida de cada um — repercussões psicológicas

Em relação à perspectiva que se coloca em domínio privado, na vida de cada pessoa, saber-se portador do HIV é fator crônico de estresse e viver com ele significa enfrentar múltiplos desafios. A cada fase o portador se encontra exposto a diferentes sentimentos e dúvidas. A partir do momento em que a pessoa desconfia da possibilidade de ser HIV positiva (*fase de suspeita*), ela passa a enfrentar os inúmeros agravos psicológicos e sociais desencadeados pela doença. Decidir enfrentar o teste para o HIV pode ser uma verdadeira batalha interna, primeiro, pela possibilidade de constatação, segundo, pelo risco de que outras pessoas venham a saber do resultado. Dessa forma, para evitar o estresse de ver confirmada a suspeita, algumas pessoas adiam o teste por longo tempo.

Realizado o exame, o desafio seguinte diante da constatação de um resultado positivo caracteriza-se pela *decisão de compartilhar o diagnóstico*. É preciso decidir pelo silêncio absoluto — manter em segredo o diagnóstico e enfrentar solitariamente a dor do novo impacto — ou escolher com quem compartilhar o fato, o que pode representar nova crise. Se descobrir-se soropositivo já é em si uma situação de estresse, compartilhar essa informação pode ser ainda mais difícil, pois o portador teme a reação das pessoas próximas, havendo risco de rejeição, abandono e até mesmo violência física caso a confirmação represente a revelação de infidelidade do parceiro. Sem dúvida a revelação do exame positivo desperta no outro a pergunta inevitável de como se deu a transmissão, o que pode conduzir a um julgamento do estilo de vida e do comportamento sexual, nem sempre isentos de preconceitos e tabus.

Um terceiro momento da doença caracteriza-se pelo *aparecimento dos primeiros sintomas físicos*, período de extrema angústia para os portadores do vírus. Essa fase evidencia a possível progressão da doença e fragiliza a pessoa, que se percebe vulnerável e não tem como evitar a comparação com outros portadores que já viveram ou estão vivendo fases mais adiantadas. A morte de um amigo ou mesmo de um estranho

com Aids é uma ameaça a mais para as pessoas que têm essa infecção. Além dos riscos à saúde e à vida, há o fator econômico, já que o custo dos tratamentos é oneroso e nem sempre coberto pelos seguros de saúde e pelo governo. A consequência é a redução do poder econômico, que, no caso das mulheres, somado à incapacidade de cuidar dos filhos, as coloca em uma situação de dependência, originando outros conflitos de ordem psicológica e social.

A vivência dos *estágios avançados da doença* é marcada pela dor física e psicológica não só para o doente como também para todos os que se acham envolvidos afetivamente com ele. A situação do portador em estágio terminal é tanto mais dolorosa quanto mais difícil é a questão da custódia dos filhos, mesmo que haja familiares, pois permanece a dúvida de como serão tratados ou se terminarão deixados à própria sorte, sobretudo se forem HIV positivos e requererem cuidados e custos suplementares. Assim, a progressão da doença reúne dores diversas, gerando crises psicológicas e depressão. Se para as mulheres um dos quadros psicológicos mais freqüentes nessa fase é a depressão, alguns trabalhos revelam que os homens portadores de HIV/Aids exibem mais dificuldade de lidar com suas crises, buscando estímulos artificiais como o álcool e outras drogas para enfrentá-las (ver dados da pesquisadora indiana Reeta Sonawat, de Bombaim, 1998). E todas essas questões podem afetar o próprio curso da doença, a adesão ao tratamento, assim como a disposição para lutar pela vida, exigindo procedimentos complementares à ação médica, sendo os *grupos de auto-ajuda* uma das alternativas que vêm apresentando bons resultados, como já referido.

Algumas teorias psicológicas que explicam a etiologia da depressão podem auxiliar na identificação de fatores que são freqüentemente exacerbados nas pessoas que vivem com o HIV. Devido às características da doença, pode haver sentimento de desamparo e de rejeição, pouca esperança diante da ameaça de morte e perdas múltiplas quando há parceiros e filhos positivos. Além da perda da saúde, há ainda o comprometimento da aparência física, da posição na sociedade, do suporte financeiro e familiar e, pior, o risco de perder os próprios filhos. Esses aspectos se misturam às reações das pessoas perante o HIV positivo, podendo constituir uma violência para a auto-estima do doente. Em se tratando de mulheres, dada a própria característica do gênero feminino, como exemplificado pela psicanalista Carol Gilligan (1982), a tendência é não expressar os sentimentos negativos, como a raiva, que acaba por ser

introjeteada, voltando-se contra si mesma. Sob o enfoque psicanalítico, essa raiva injetada pode ser causa da depressão. Tais aspectos tornam as mulheres potencialmente mais vulneráveis à depressão, requerendo ajuda especializada e estímulo para que participem de grupos de auto-ajuda, nos quais possam compartilhar suas dores, dificuldades e limites e aprender novas alternativas de lidar com sua condição e de se afirmar como pessoas e cidadãs, o que sem dúvida é um dos caminhos mais positivos de enfrentar a doença e lutar por melhor qualidade de vida.

A cada crise enfrentada e superada, a pessoa se fortalece e pode se tornar mais confiante, adquirindo maior habilidade para lidar com o estresse e futuras crises. Essa luta por uma vida de melhor qualidade requer auxílio e apoio de pessoas da família, amigos, profissionais de saúde, assim como de organizações sociais, religiosas, comunitárias. Em algumas situações, as crises ou a depressão podem persistir, mesmo quando há suporte social, tornando necessário algum tratamento quimioterápico, como o uso de medicamentos antidepressivos, por exemplo. Nesse ponto, é importante requerer ajuda médica especializada, já que alguns remédios podem causar efeitos colaterais, como perda de memória e alterações do estado mental, o que é acentuado em pacientes com comprometimento neurológico.

Inúmeras iniciativas têm obtido êxito, como demonstrado na 12ª Conferência Mundial sobre a Aids (Genebra, 1998), como a formação de grupos que oferecem informações adequadas e promovem encontros entre os portadores, que podem compartilhar dificuldades e experiências bem-sucedidas, recebendo apoio psicológico para superar as atitudes de vítima, o abuso de substâncias psicoativas, os problemas de relacionamento, entre outros agravos a que estão expostos. Essas estratégias, somadas ao acesso aos avanços terapêuticos e aos tratamentos para a doença que surgiram nos últimos anos, podem resultar em uma vida mais longa e com melhor qualidade.

Grupos dessa natureza existem em lugares diversos, mesmo num ambulatório de Aids pediátrica de um hospital público. Esta vem sendo a experiência de uma equipe do nosso laboratório (Leas/IOC/Fiocruz), que criou e mantém no Hospital Fernandes Figueira (Fiocruz, Rio de Janeiro) uma brinquedoteca onde crianças portadoras de HIV podem brincar juntas durante a espera pelo atendimento médico e os pais e/ou responsáveis, com acompanhamento de uma equipe multiprofissional, participam de dinâmicas de grupo e palestras e trocam experiências, o que tem gerado resultados positivos (ver Quemmel e cols., 1997).

De modo geral, percebe-se que imbricados aos aspectos psicossociais estão fatores culturais, econômicos e políticos, o que dificulta ainda mais a luta pelo controle da epidemia de HIV/Aids no mundo e, particularmente, no Brasil. A evolução e a mudança dos perfis epidemiológico, socioeconômico e demográfico da doença requerem novas estratégias de intervenção, quer sejam de prevenção, quer sejam de assistência, tornando mais difícil e complexo esse desafio. Considerando o crescente número de mulheres jovens e crianças infectadas e a recente estatística de prevalência da doença, com predomínio das minorias etnográficas em diversos países, é preciso superar os paradigmas de prevenção baseados no controle de comportamentos e grupos de risco, recorrendo a estratégias mais apropriadas ao contexto atual por meio de um trabalho multidisciplinar. Isso implica reconhecer a população de portadores como pessoas integrais, buscando a amplitude do verdadeiro perfil social e psicológico das mulheres e crianças de baixa renda que estão vulneráveis à doença ou já são portadoras. Esse esforço demanda mudanças mais amplas no contexto sociocultural, político e econômico, na própria percepção da doença — ainda mesclada por distorções de gênero, classes e até geográficas — e nos aspectos fundamentais para a prevenção, como o exercício responsável da sexualidade, o respeito aos direitos humanos e o estímulo à participação política da sociedade marginalizada.

Referências bibliográficas

- BARBOSA, R. M. & VILLELA, W. V. 1996. "A trajetória feminina da Aids". In: *Quebrando o silêncio, mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/Abia/IMS-UERJ.
- CAVALHEIRO, T.; PINHEIRO, J.; PEIXOTO, M. 1998. "Risk perception and condom use among adolescents during summer vacations". *Anais da 12ª World Aids Conference*, Genebra: 14264.
- FONSECA, M. G.; CASTILHO, E.; GOMES, M. 1998. "Aids mortality in Brazil, 1980-1995". *Anais da 12ª World Aids Conference*, Genebra: 24193.
- FONTES, M.; HILLS, J.; WASEK, G. 1996. "Crianças vítimas de Aids no Brasil". In: *Aids Boletim Epidemiológico*, 49(01): 10.
- GILLIGAN, C. 1982. *Uma voz diferente*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos.
- KIDD, L. 1998. "Women's support groups and their psychosocial issues living with HIV/Aids". *Anais da 12ª World Aids Conference*, Genebra: 24359.

- MATTOS, J. M. & MENDONÇA, M. H. L. 1998. "Learning to live together — Psychological support to families of HIV+ children and adolescents". *Anais da 12th World Aids Conference*, Genebra: 24235.
- MILLER, H. G.; TURNER, C. H.; MOSES, L. E. (eds.) 1989. *Aids: sexual behavior and intravenous druge use*. Washington, National Academic Press.
- _____. 1990. *Aids: The second decade*. Washington, National Academic Press.
- MITJAVILA, M. & ECHEVESTE, L. 1994. "Sobre a construção social do discurso em torno da maternidade". In: COSTA, A. O. & AMADO, T. (orgs.) *Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. FCG/Editora 34, 285-300.
- MONTEIRO, S. S.; REBELLO, S. M.; SCHALL, V. T. 1991. "An educational game about Aids for children". *International Journal of Health Education — HYGIE X* (4): 32-35.
- NABWIRE, J. & NACWOLA, B. U. 1998. "Peer support among HIV positive women and experience from the national community of women living with HIV/Aids". *Anais da 12th World Aids Conference*, Genebra: 24284.
- OPAS/OMS. 1990. "O padrão global e os programas nacionais de prevenção e controle da Aids". In: *Prevenção da Aids, I — Aids e Planejamento Familiar*, 86 p.
- PAIVA, V. 1992. "O simbolismo da Aids, alteridade e cidadania". In: PAIVA, V. (org.) *Em tempos de Aids*. São Paulo, Summus Editorial, p. 53-62.
- QUEMMEL, R. et alii. 1997. "Brinquedoteca: um programa de acompanhamento para pais e/ou responsáveis por crianças soropositivas para o HIV/Aids, usuários do Serviço de DIP do Hospital Fernandes Figueira — IFF/Fiocruz". *XI Congresso Latino-Americano de Enfermidades de Transmissão Sexual e V Conferência Pan-Americana de SIDA*. Lima, Peru.
- ROSAS, F. 1998. "Challenging stigma and discrimination — Promoting a positive atmosphere in marginal communities to prevent the spread of HIV infection". *Anais da 12th World Aids Conference*, Genebra: 13432.
- ROSZAK, T. 1972. *A Contracultura*. Petrópolis, Vozes.
- SCHALL, V. T. 1996. *Saúde e afetividade na infância: o que as crianças revelam e sua importância na escola*. Tese de doutorado. Departamento de Educação PUC-RJ.
- SILVA, C. L. C. 1998. "ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social". *Cadernos de Saúde Pública* 14 (Supl. 2): 129-139.
- SONAWAT, R. 1998. "Psyco-social reactions and coping strategies of patients with HIV/Aids". *Anais da 12th World Aids Conference*, Genebra: 12455.
- SERUNKUUMA, R.; OTOLOK-TANGA, E. O. T.; KASULE, K. T. 1998. "Living with and dying of Aids: today's changes". *Anais da 12th World Aids Conference*, Genebra: 24249.

- VALERIO, C. J. 1998. "HIV/Aids and human rights. The Costa Rican experience". *Anais da 12th World Aids Conference*, Genebra: 60009.
- VELHO, G. 1993. "Dimensão cultural e política do mundo das drogas". In: INEM, C. L. & ACSELRAD, G. (orgs.) *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro, Imago, p. 274-279.
- WINGOOD, G. et alii. 1998. "Racial inequalities in the receipt of HIV/Aids — related treatment and enrollment in clinical trials for persons living with HIV". *Anais da 12th World Aids Conference*, Genebra: 44166.