UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP

Programa de Pós-Graduação - Departamento de Psicologia e Educação

Representações sobre o período da primeira internação hospitalar na
perspectiva de mulheres HIV positivas

Iara de Moura Engracia Giraldi

Marco Antonio de Castro Figueiredo

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto SP

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Giraldi, Iara de Moura Engracia

Representações sobre o período da primeira internação hospitalar na perspectiva de mulheres HIV positivas. Ribeirão Preto, 2011.

81p. : 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP – Departamento de Psicologia.

Area de Concentração: Psicologia

Orientador: Figueiredo, Marco Antonio de Castro

1.HIV 2. Mulheres 3.Hospitalização

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares, principalmente aos meus pais, Nathan e Vera que se mostram mais uma vez como guerreiros, não parando frente às dificuldades e sendo exemplos de superação e dedicação.

Ao meu esposo, Alessandro, que além de um companheiro de jornada foi uma fonte de energia e inspiração durante toda essa travessia.

Aos meus irmãos, Janaina, Marcos e Valter, cada um de seu jeito, puderam contribuir na construção deste trabalho.

Ao Pedro, meu sobrinho que trouxe tanta alegria.

A Lícia, minha amiga mais que especial, que sempre manteve as portas abertas para minhas dúvidas, preocupações e conquistas.

Ao meu orientador, Marquinho, que pode compreender e me auxiliar em minhas dificuldades.

Aos meus amigos, de longe e de perto, que colaboraram com os momentos de descontração e descobertas nesta vida acadêmica.

Obrigada a todos.

RESUMO

Giraldi, I.M.E. Representações sobre o período da primeira internação hospitalar na perspectiva de mulheres HIV positivas, 2011

A aids foi relatada pela primeira vez em 1981 e atualmente a Organização Mundial da Saúde estima que aproximadamente 36 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HIV em todo o mundo. No Brasil, entre as mulheres tem sido verificado o aumento da incidência de infecção a partir da segunda década da epidemia, indicando não apenas as dificuldades para oferecer respostas institucionais ao controle da epidemia, mas também, evidenciando as questões de gênero, em particular nas relações conjugais, como relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo e os comportamentos de risco adotados por seus parceiros, cuja assimetria provoca a vulnerabilização das mulheres à infecção. O adoecimento dessas mulheres leva a uma perspectiva preocupante, pois muitas vezes este adoecimento vem associado a responsabilidade dos cuidados de um parceiro e/ou de possíveis filhos infectados. Porém, quando os sintomas começam a aparecer, surgem ansiedade e medos que estavam aparentemente controlados. O processo de internação pode ocasionar reações que agravam o quadro dos pacientes internados. Neste sentido, este projeto teve por objetivos identificar, entre mulheres soropositivas para o HIV, algumas representações sociais sobre a primeira internação hospitalar motivada por manifestação de sintomas, adoecimento devido a fragilidade do sistema imunológico e/ou efeitos colaterais associados ao tratamento. Este estudo foi realizado com 10 mulheres soropositivas, com idade entre 32 e 46 anos, internadas numa unidade de tratamento específica - UETDI. A análise temática de conteúdo das transcrições de entrevistas individuais, semi-estruturadas, audiogravadas foi sintetizada em Categorias e Subcategorias empíricas. Durante a internação, concretiza esta nova fase, sintomática, levando as participantes a encontrar novas formas de enfrentamento, representação do próprio corpo, novas perspectivas e, via contato com uma equipe adequada às suas necessidades e familiares, poder sair dessa hospitalização com novas possibilidades e representações de saúde. Por fim, pode-se indicar algumas reflexões acerca da complexidade da adesão do portador de HIV ao tratamento.

Palavras-chave: HIV, mulheres hospitalização

ABSTRACT

Giraldi, I.M.E. Representations about the first hospitalization period in the perspective of HIV-positive women, 2011

Aids was first reported in 1981; nowadays, the World Health Organization estimates that 36 million people are infected by the HIV worldwide. In Brazil, an increase of the infection's incidence has been observed in women since the epidemic's second decade. Such phenomenon indicates not only the difficulties for offering institutional responses in order to control the epidemics, but, also, it evidences gender-related and more specifically conjugal questions, such as unsafe sexual relations occurring due to a lack of negotiation power for the use of condoms and risky behaviors adopted by partners, whose asymmetry leads to the increase of women's vulnerability to the infection. Women's process of sickening portrays a worrying panorama, for such process is associated to the responsibility for offering care to a partner or possible infected children. With the appearance of initial symptoms, though, anxiety and fears that were apparently under control arise, in contrast to an initial healthy state without weighty worries. In such context, the hospitalizing process can lead to reactions that aggravate the state of patients. The present study aimed to indentify some social representations of HIV-positive women regarding their first hospitalization due to symptom manifestation, immunologic fragility and/or treatment-related side effects. Ten women took part of the study, with ages between 32 and 46 years old, who were hospitalized in a specific treatment unity (UETDI). Thematic analysis of the recorded individual, semi-structured interviews' contents was synthesized in empirical Categories and Subcategories. During hospitalization, a new, symptomatic stage becomes real, leading participants to find new strategies for coping, representing their own bodies, developing perspectives and, through the contact with health staff and family members, exiting the hospital with new possibilities and health-related representations. At last, some reflections are indicated regarding the complexity of adhesion to treatment process by people with HIV.

Keywords: HIV, women, hospitalization.

SUMÁRIO

1. EPIDEMIA HIV/AIDS: BREVE HISTÓRICO	09
1.1 Desafios e implicações do HIV	12
1.2 Feminização e Pauperização do HIV.....	16
1.3 A mulher soropositiva.....	18
1.4 Representações Sociais no Campo da Saúde.....	19
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivos gerais.....	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3. MÉTODO.....	25
3.1 Aspectos Éticos.....	25
3.2 Justificativa.....	25
3.3 Local.....	25
3.4 Participantes.....	26
3.5 Coleta de dados.....	26
3.6 Tratamento dos dados.....	29
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
4.1 Caracterizações das participantes.....	31
4.2 Análise e discussão das entrevistas.....	32
4.3 Primeira Internação na UETDI.....	47
4.3.1 Redução de Impotência/Desamparo.....	47
4.3.2 Relação Profissional/Paciente.....	49
4.3.3 Vivências/Interação.....	50
4.3.4 Interação/Convívio Social.....	53
4.3.5 Re-apropriação.....	55
4.3.6 Angústia antecipatória.....	58

4.3.7: Suporte.....	60
4.3.8 Exclusão.....	62
4.3.9 Readaptação.....	63
4.3.10 Satisfação.....	64
4.3.11 Vulnerabilidade Feminina.....	64
4.3.12 Condições de Vida.....	65
4.3.13 Adesão.....	66
4.3.14 Impacto psicológico.....	68
4.3.15 Origem do Contágio.....	68
4.3.16 Autoestima.....	69
4.3.17 Enfrentamento.....	69
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
6. REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
APÊNDICE.....	83
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre-esclarecido	
APÊNDICE B – Transcrição na íntegra das entrevistas	
APÊNDICE C – Locuções referentes às subcategorias temáticas	

1. EPIDEMIA HIV/AIDS: BREVE HISTÓRICO

A aids é uma síndrome causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizada pelo rebaixamento da imunidade, e trazendo como consequência maior suscetibilidade a infecções oportunistas. A aids foi relatada pela primeira vez em 1981 e atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS-UNAIDS, 2009) estima que aproximadamente 36 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HIV em todo o mundo. De acordo com essas mesmas estimativas, a aids se situa como a quarta principal causa de óbitos em todo o mundo (UNAIDS, 2009).

Segundo o último Boletim Epidemiológico de Aids e DST (BRASIL, 2010), o número de casos acumulados entre 1980 e junho de 2010 é de 592.914 portadores, sendo que neste período o total de óbitos chegou a 217.091 pessoas. Este mesmo Boletim que na cidade de Ribeirão Preto-SP, foram notificados até o momento 5.302 casos de HIV, indicando que atualmente a epidemia está sob-controle (BRASIL, 2010). Assim como os números gerais do Estado, Ribeirão também registra diminuição do número de óbitos. Em 2007, foram 80 mortes; no ano seguinte, o número caiu para 71; no passado, foram 68, e até novembro de 2010 registrou a morte de 58 portadores do vírus.

Pensando ainda no percurso da epidemia de HIV/aids no Brasil, pode-se indicar um primeiro momento que ocorreu entre 1982 e 1983, período das primeiras notificações de casos de aids, principalmente no eixo Rio de Janeiro - São Paulo e outras metrópoles nas regiões Sul e Sudeste, sendo que os casos diagnosticados se caracterizaram pela inserção em certos segmentos sociais: homo e bissexuais masculinos, hemofílicos ou pessoas submetidas à transfusão de sangue, a maioria do sexo masculino e alto nível socioeconômico (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

A partir de 1990, houve uma interiorização da epidemia, que se expandiu para todos estados do Brasil, atingindo basicamente cidades de porte médio (200 a 500 mil habitantes), sobretudo nas regiões Sul e Centro-Oeste. Outra característica desse período foi o aumento em número de casos, desde 2000, entre usuários de drogas injetáveis e por transmissão heterossexual, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde

Entre 1985 e 1986, o estado de São Paulo foi pioneiro na criação de programas de combate ao HIV/aids quando as primeiras organizações não-governamentais (ONGs/aids) foram fundadas, assim como o Programa Estadual de AIDS (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). Em resposta à epidemia, o governo brasileiro iniciou, em 1991, a distribuição gratuita da AZT para as milhares de pessoas vivendo com HIV/aids. No início, o AZT se mostrou eficiente só em alguns casos particulares, não possibilitando redução significativa nos óbitos por HIV. O combate à aids passou a ter um desenvolvimento efetivo na segunda metade dos anos 90, dado o desenvolvimento dos inibidores de protease, um novo grupo de anti-retrovirais. A distribuição de medicamentos associados, os “coquetéis”, ensejou uma redução imediata na mortalidade, além de uma melhora nos indicadores da imunidade (LIGNANI JUNIOR; GRECO; CARNEIRO, 2001).

Foi neste segundo momento, que a epidemia entrou em sua segunda década, em 1996, marcada pela introdução gratuita e universal nos serviços públicos brasileiros da TARV - terapia anti-retroviral (SANTOS et al., 2002a). Dessa forma, houve por parte do Sistema Único de Saúde (SUS) uma economia com a redução dos gastos com internação e com os custos sociais indiretos (perda de produtividade, perda de emprego e mesmo aposentadorias e pensões). Em um país marcado por uma relevante exclusão social, a distribuição de medicamentos TARVs esta é uma política pública que busca promover a equidade e a inclusão social (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). Tais terapias vêm determinando um impacto sobre a história natural da infecção, alterando a natureza e a frequência das doenças oportunistas, aumentando substancialmente a sobrevida das pessoas (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

Por fim, há uma terceira etapa da epidemia, após 1996, quando a curva de mortalidade apresenta uma queda. Do início dos anos 90 até o presente momento, foi verificado um nítido predomínio da prática heterossexual como forma de transmissão do HIV. Já relacionado ao tratamento e prevenção, no início de 2000 houve a estabilização para cerca de 6,3 óbitos por 100 mil, embora esse número seja mais evidente na Região Sudeste e entre os homens adultos (BRASIL, 2010) . Desta maneira, os profissionais de saúde não somente estão lidando com os aspectos específicos da infecção por HIV, como também com as conseqüências do uso prolongado dos TARVs, cujos efeitos colaterais (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias – aumento

de gordura no sangue) exigem um conhecimento mais abrangente e aprofundado (SANTOS et al., 2002a; SANTOS et al., 2002b).

A situação, contudo, parece mais complexa quando pensamos em termos das implicações psicossociais da contaminação pelo HIV, visto que a síndrome trouxe desdobramentos econômicos e sociais. No início da epidemia a população criou formas particulares de representar a doença, apoiada na ciência e na mídia. Os chamados *grupos de risco* pareciam poder indicar quem seria portador, acreditando que a epidemia estava circunscrita a estes grupos. Os portadores do HIV eram associados a estereótipos, identificados como drogados, hemofílicos, profissionais do sexo, homossexuais ou receptores de sangue e a doença era percebida como sinônimo de morte (CORTOPASSI; LIMA; GONÇALVES; 2006; OLIVEIRA et al., 2005). No Brasil, verificamos uma maior expansão do número de casos entre as mulheres, principalmente, na faixa etária entre 20 e 49 anos que, além da pobreza, são residentes nas periferias urbanas e cidades do interior (BASTIANI; PADILHA, 2007).

A escolaridade e a ocupação têm sido usadas como índices socioeconômicos para pacientes com aids, sendo, ao longo dos anos, percebido um aumento no número de casos entre pessoas com baixa escolaridade e ocupações menos qualificadas (BRASIL, 2009; SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005). A frequência de uso de preservativos aumenta de acordo com o nível de escolaridade, enquanto que o uso de drogas diminui com o seu aumento, dados estes encontrados em estudos realizados noutros países onde jovens com baixos níveis sócioeconômicos e de instrução são mais susceptíveis às DSTs. (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). Houve uma redução de casos de aids entre pessoas que têm mais de 12 anos de estudo, reduzindo de 14%, em 1990, para 8,7% . No entanto, para a população entre oito e 11 anos de escolaridade, o índice subiu de 13,9% para 24,5% (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, vários estudos (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; CORTOPASSI; LIMA; GONÇALVES; 2006; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009) têm sugerido que, para controlar a epidemia de AIDS, precisamos mudar, radicalmente, a mentalidade associada a esse fenômeno, marcada ainda, pela estigmatização do portador do HIV pois, além do estigma, as representações sobre aids são fundamentadas por crenças e juízos de valor via interpretações morais, principalmente sobre sexualidade, instituindo valores para explicar a origem da infecção (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

Com o desenvolvimento e a expansão da epidemia, os processos de pauperização, feminização e interiorização do contágio por HIV, ocuparam outros espaços na população (OLIVEIRA et al., 2005). Uma das decorrências do aumento de casos em heterossexuais, aponta para uma maior exposição da mulher (feminização da epidemia), seja pela vulnerabilidade biológica, baixo poder de decisão sobre a vida sexual e reprodutiva, um envolvimento emocional exacerbado nas relações conjugais ou, ainda, crenças sobre a invulnerabilidade feminina, movidas pelo fato que, inicialmente, a mulher não era incluída nos chamados "grupos de risco" (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005).

Assim, o processo de pauperização da aids evidencia uma extrema desigualdade social no Brasil, tanto pelos padrões de distribuição de renda e educação, como pelo difícil acesso aos serviços e programas de saúde.

1.1 Desafios e implicações do HIV

Embora ainda sem cura, a aids hoje tem um tratamento paliativo que aumentou a sobrevida, trazendo novos desafios para as pessoas infectadas por HIV. Alguns estudos (BRASIL, 2009; CARDOSO; ARRUDA, 2005; FARIA; SEIDL, 2006) indicam que nas vivências ligadas à sexualidade, relações conjugais, paternidade/maternidade e parceiros com sorologia igual ou diferente, o empoderamento das diversas possibilidades de tratamento e o fortalecimento da rede social de apoio e a religiosidade, são novas questões de natureza psicossocial vivenciadas por pessoas soropositivas. Há também uma série de respostas que indicam transformação da perspectiva da soropositividade, na medida em que a pessoa se apropria do fato de estar contaminada, como a descoberta da vontade de viver, a percepção de sentido na vida, a redefinição de relações pessoais, a reavaliação de representações sobre a morte, e a descoberta de novos valores e novas relações com a religião (OLIVEIRA et al., 2005; CARDOSO; ARRUDA, 2005; FARIA; SEIDL, 2006).

O livre acesso a medicamentos, aliado à quimioprofilaxia das infecções oportunistas e à descentralização dos serviços, resultaram numa redução em 50% das taxas de mortalidade por aids, além do recuo em 75% das taxas em hospitalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). A sobrevida dos pacientes de aids das regiões Sul e

Sudeste duplicou entre 1995 e 2007, aumentando de 58 para mais de 108 meses no período (BRASIL, 2009).

Sobre o tratamento oferecido no Brasil, além da disponibilização dos medicamentos na rede pública de saúde, a atenção às pessoas vivendo com HIV/aids conta também com os Consensos de Terapia propostos pelo Ministério da Saúde que visam facilitar o manejo clínico da doença, fornecendo orientações que vão desde a profilaxia da infecção pelo HIV em gestantes até o auxílio dos esquemas terapêuticos, garantindo um mínimo de qualidade no conjunto dos serviços (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004), com uma significativa redução da ocorrência das infecções oportunistas, conseqüentemente, vem diminuir gastos com tratamento, internação, hospital-dia e serviços de emergência (BRASIL, 2003). A pessoa em tratamento antiretroviral é monitorada por uma grade anual de consultas e exames, revisada periodicamente.

A infecção por HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas: infecção aguda; fase assintomática, nomeada como latência clínica; fase sintomática inicial e aids (BRASIL, 2010).

A infecção aguda, chamada síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária, acomete cerca de 50% a 90% dos pacientes (BRASIL, 2009). A história natural da infecção aguda caracteriza-se tanto por viremia elevada, como por resposta imune intensa. Durante o pico de viremia, ocorre uma rápida diminuição dos linfócitos T CD4+ que posteriormente aumentam sem, contudo, em muitos casos, retornar aos níveis prévios à infecção. As manifestações clínicas podem variar de quadro gripal a uma síndrome mais específica com sintomas que duram, em média, 14 dias.

Na fase assintomática, o estado clínico básico é mínimo ou inexistente, período antecedente ao comprometimento imunológico. Nesta fase, o histórico familiar, hábitos de vida, assim como uma avaliação do perfil emocional e psicossocial do paciente (incluindo seu nível de compreensão e orientação sobre a doença) são importantes, para que possam ser atendidos prioritariamente no âmbito ambulatorial. (CAMARGO; CAPITAO, 2010)

A fase sintomática se caracteriza por uma situação de imunodeficiência grave, com complicações clínicas gerais e infecções oportunistas (AIRES; BAMMANN, 2005). Nesta fase, o portador da infecção por HIV pode apresentar sinais e sintomas

inespecíficos e de intensidade variável, além de processos oportunistas de menor gravidade, principalmente na pele e em mucosas (BRASIL, 2010).

A aids é uma fase da infecção por HIV onde se instalam doenças oportunistas, que são doenças que se desenvolvem em decorrência de uma alteração do sistema imunológico do portador. Essas são geralmente de origem infecciosa, em que várias neoplasias podem ser, também, consideradas oportunistas. Estas podem ser causadas por microrganismos não considerados, usualmente, patogênicos, ou seja, que não sejam desencadeantes de doenças em pessoas com sistema imune normal, assim como de microorganismos patogênicos que causam infecções oportunistas (SANTOS et al., 2002).

Os avanços farmacológicos e o conhecimento da etiopatogenia da aids permitiram o surgimento de novas propostas de intervenções terapêuticas. O tratamento é realizado com medicamentos para o controle destas infecções e exames clínicos e laboratoriais periódicos para acompanhamento da evolução da doença. Os antiretrovirais determinaram mudanças na vivência do diagnóstico, representando uma divisão no curso da infecção, marcada pelo início das perdas nos parâmetros biológicos (VASCONCELLOS; PICARD; ICHAI, 2003).

No final da década de 1990 já na época da terapêutica TARV, diversos estudos constatarem um declínio nas taxas de hospitalização e mortalidade das pessoas com HIV. No entanto, a situação das internações permanecem pouco conhecidas. Crum-Cianflone et al. (2010) sugerem que as taxas de hospitalização têm se mantido estáveis ou mesmo sofrido algum aumento, possivelmente face ao envelhecimento dos doentes, às co-infecções e efeitos colaterais de medicamentos. Assim, na era pós-TARV, as internações hospitalares decorrem principalmente por doenças relacionadas às infecções oportunistas, complicações relacionadas à medicação, e a doenças não-relacionadas ao HIV (RAVETTI; PEDROSO, 2009).

Os avanços da medicina sobre o controle/tratamento do HIV/aids, através dos antiretrovirais, vêm elevando a expectativa de vida dos indivíduos infectados, embora ainda não se tenha encontrado a cura definitiva ou uma vacina eficaz. No entanto, a adesão ao tratamento e a prevenção por vezes têm se mostrado falhas por diferentes motivos, desde efeitos colaterais, até dificuldades para aceitar a necessidade de se tratar,

ou lidar com questões relacionadas ao HIV, como sexualidade e drogadição (HELENO; SANTOS, 2004).

A adesão ao tratamento é definida como estabelecimento de uma atividade na qual o paciente não apenas segue a orientação médica, como entende e concorda, respondendo, de forma positiva, à prescrição dada por seu médico. (CARDOSO; ARRUDA, 2005; BERTOLLI FILHO, 2000). Quando está na fase assintomática, a pessoa pode oferecer resistências para procurar atendimento, ou apropriar-se de sua nova condição e, na maioria dos casos, não apresentar sintomas (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). A apropriação do portador em relação à doença se refere a processos de incorporação, por aceitação e compreensão das suas novas condições vivenciadas, relacionadas à construção conjunta de elementos para o enfrentamento da soropositividade (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005). O bom estado de saúde ajuda nesta adaptação; porém, quando os sintomas iniciam, ressurgem ansiedades e medos pré-existentes, aparentemente controlados (TURATO, 2003).

Na fase sintomática, a pessoa pode apresentar sintomas de intensidade variável, além de respostas oportunistas de menor gravidade, mais frequentemente em pele e mucosas (BRASIL, 2009). Infecções oportunistas podem ser causadas por agentes não considerados usualmente patogênicos, aqueles que não desencadeiam doenças em pessoas com sistema imune normal mas que, no portador, assumem um caráter de maior gravidade (SANTOS et al., 2002a).

Para o portador, além do receio dos aspectos orgânicos da doença, há ainda o medo de estigmatização, da perda de autonomia e o abandono (FIGUEIREDO apud TURATO, 2003). Em alguns casos, o medo de comentários por conhecidos, sobre seu diagnóstico, fez com que muitas mulheres saíssem de suas cidades ou de bairros distantes para realizar o tratamento no ambulatório do centro de referência de DST e aids (TUNALA, 2002). As questões afetivas das pessoas HIV soropositivas também vêm mudando e os serviços de saúde necessitam repensar constantemente estratégias de atenção a tais pacientes (SANTOS et al., 2002b), principalmente quando há procura por um novo modelo de atendimento (OLIVEIRA, et al., 2005). As repercussões emocionais atuais, além do impacto frente à realidade, que sugere a finitude do homem, passam por questionamentos sobre a adaptação pessoal a esta realidade na vida diária, no trabalho, família, escola, e principalmente devido ao tempo prolongado do tratamento.

Quando o tratamento leva a internação hospitalar, o estresse e o processo de internação podem ocasionar reações que agravam o quadro dos pacientes internados, ou mesmo inviabilizar o processo de recuperação de quadros clínicos que exigem tais internações, como diarreias, tuberculose, pneumonia, candidíases e infecções do sistema nervoso, como toxoplasmose e meningites e relatos de dor severa e persistente (MALBERGIER; SCHOFFEL, 2001).

A presença de familiares durante o período de internação auxilia o acolhimento e o processo de tratamento das afecções (CORTOPASSI; LIMA; GONÇALVES, 2006; AIRES; BAMMANN, 2005; SEBASTIANI; MAIA, 2005).

1.2 Feminização e Pauperização do HIV

A heterossexualização da epidemia de aids resulta do crescimento significativo do número de notificação de casos em mulheres (SANTOS et al., 2002b). Uma parcela significativa de pessoas com aids relata uma parceria sexual única no momento do diagnóstico e um número de sexuais, que não difere muito do relatado pela maioria da população (TUNALA, 2002; GIR et al., 2006, SANTOS, 2011). A proporção de indivíduos do sexo masculino para o feminino, acometidos pelo vírus era de 27 por 1 no começo da epidemia. Em 2009, chegou a 1,6 caso em homens para cada 1 em mulheres. (BRASIL, 2010). Considerando o total de casos femininos desde 1983, observa-se que a maioria das mulheres se contaminou durante relações heterossexuais e que o uso de drogas injetáveis representa a segunda categoria entre os casos notificados (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005).

No Brasil, os dados mostram redução na relação entre as proporções de homens e mulheres, que passou de 30/1 em 1987, a 7/1 em 1990 e para 3/1 em 1996, e no aumento no número de casos notificados entre as mulheres, observado no incremento de 71% entre 1980 e 2000, cerca de nove vezes mais do que o observado entre os homens. Até novembro de 2000, do total de 196.016 casos de aids notificados no Brasil, um quarto era de mulheres (BRASIL, 2009).

O aumento da incidência de HIV/aids entre mulheres não só indica dificuldades para oferecer respostas institucionais para conter a epidemia, como nos remete para as relações e papéis de gênero, cuja assimetria evidencia uma grande vulnerabilidade das mulheres à infecção por HIV (SALDANHA, 2003). O risco das mulheres ao HIV não é

independente das desigualdades sociais existentes, em cujo contexto a prevenção da aids é determinada por necessidades relacionadas às mudanças sociais (LOURENÇO; AFONSO, 2009).

Neste contexto, a vulnerabilidade feminina e a alta letalidade ao longo das duas primeiras décadas da epidemia de aids, determinaram as práticas de prevenção baseadas na discussão sobre sexo seguro e a importância do uso permanente de preservativo, como também para a necessidade de buscar práticas sexuais mais seguras, como a redução do número de parceiros e a mudança de comportamentos visando à prevenção da infecção. Além da crença sobre a aids ser uma doença de mulheres promíscuas, arraigada no início da epidemia, remetendo a profissionais do sexo, as formas de pensamento inspirado no modelo hegemônico sobre mulher/aids promove uma mistura contraditória de excesso e falta de visibilidade, em detrimento das próprias mulheres, muitas delas negligenciando comportamentos de risco. (HEBLING; GUIMARAES, 2004; GIR et al., 2006).

Associado ao fenômeno da pauperização, as mulheres mais pobres e com menor grau de escolaridade (fatores que restringem o acesso a informações adequadas), ficam dependentes exclusivamente dos conhecimentos da sabedoria popular, o que as leva a criarem fantasias e medos em relação ao próprio corpo (PARKER; CAMARGO JR, 2000). Estudos indicam por exemplo que há uma divisão entre as instâncias privadas e pública: a da casa, onde elas se encontram mais seguras, e a da rua, que segundo elas é onde as pessoas que não têm um relacionamento fixo estariam mais expostas ao vírus do HIV (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2004).

As desigualdades das relações de gênero e determinadas pela organização social tornam as mulheres, em especial as de baixa renda, vulneráveis à infecção por HIV (CARDOSO; ARRUDA, 2005), sendo apontado como um desses fatores a utilização de um dos métodos de prevenção do HIV, o preservativo masculino, que depende da anuência masculina (GIR et al., 2006). O uso do preservativo masculino depende da concordância dos homens para sua adoção, o que não faz parte da cultura contraceptiva brasileira, sendo que os homens, via de regra, não gostam de métodos de barreira, por acreditarem que estes atrapalham seu prazer sexual (HEBLING; GUIMARAES, 2004). Há ainda a crença das mulheres na fidelidade do companheiro, não se percebendo em situação de risco para o vírus da aids, mesmo conhecendo suas vias de transmissão e as medidas preventivas da infecção (PRAÇA; LATORRE; HEARST, 2003), além da

percepção de risco é baixa e independe de acreditar ou não que o parceiro usaria preservativo em relacionamento extraconjugal, pautada ainda na confiança do senso de responsabilidade de seu parceiro para manter-se saudável e à sua família.

A sugestão do uso de preservativo, especialmente em parcerias estáveis, pode trazer conseqüências imprevisíveis pois significa, implícita ou explicitamente, um questionamento da fidelidade e confiança mútuos. As dificuldades aumentam quando o casal é pobre e tem filhos, determinando uma maior dependência econômica e social da mulher (VERMELHO; BARBOSA; NOGUEIRA, 1999).

1.3 A mulher soropositiva

A mulher relata ter menos rede de apoio em seu meio familiar e social, precisando de um auxílio maior dos profissionais especializados. As mudanças drásticas na vida dessas mulheres, em função dos limites ocorridos pelo curso do HIV e mesmo os preconceitos ligados ao contágio, acarretam numa postura de isolamento social, provocada pelo autoexílio, diante das situações de contato com outras pessoas (TUNALA, 2002). A infecção das mulheres e seu adoecimento têm uma perspectiva preocupante, estando muitas vezes associados à responsabilidade dos cuidados de um parceiro e/ou de possíveis filhos infectados (CORTOPASSI; LIMA; GONÇALVES, 2006; TUNALA, 2002).

A procura de assistência à saúde pela mulher é postergada, sendo o diagnóstico e a assistência mais tardios e a avaliação inadequada (MALBERGIER; SCHOFFEL, 2001). As mulheres, donas de casa, mães de famílias e, especialmente as pobres, que têm pouco ou nenhum acesso a informações e serviços, estão sendo negligenciadas ou abordadas somente em seus momentos de reprodução. Além disso, essas mulheres são vistas pelo sistema de saúde como assexuadas ou como tendo sua sexualidade associada à reprodução (VERMELHO; BARBOSA; NOGUEIRA, 1999).

As fontes de estresse indicadas por mulheres não são, necessariamente, associadas ao adoecimento, ao tratamento e ao manejo clínico da doença mas também ao papel de cuidadora que desempenham na sociedade trazendo, como uma responsabilidade primária a saúde de suas crianças e demais familiares (TUNALA, 2002; FIGUEIREDO, 2004; MALBERGIER; SCHOFFEL, 2001). Assim, muitas vezes estas mulheres não se percebem sob risco.

Para as mulheres, viver com HIV/aids é deparar-se com situações de discriminação, segregação, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade. Mediante este panorama, viver e enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como consequência, suas condições de vida podem ficar comprometidas (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004).

O crescimento do contágio por HIV entre as mulheres é um processo que ocorre de forma conjugada à pauperização e ao baixo nível de escolaridade onde a proporcionalidade de analfabetas é maior que a dos homens (SANTOS et al., 2002b). O enfrentamento da doença e o início do tratamento seria, segundo relatos de mulheres HIV positivas, um modo de evidenciar essas questões, isto é, uma busca ativa por mudanças decorrentes do convívio com HIV/aids, e o convívio com parceiro (SANTOS et al., 2002b).

Para compreender fenômenos de ordem psicossocial relacionados a viver com HIV/aids nessa população, estudos em profundidade podem proporcionar dados importantes que permitam o planejamento de estratégias de intervenção adequadas, como será tratado na próxima seção.

1.4 Representações Sociais no Campo da Saúde

A necessidade de conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença torna-se fundamental para se obter uma melhor qualidade nas relações estabelecidas entre o profissional, o paciente e seu familiar. Dessa forma, a importância de estudos no campo das representações sociais relacionados à prática de saúde está na possibilidade de apreensão de processos pelo qual o objeto em estudo é construído pelos sujeitos através de suas relações cotidianas (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

A representação social pode ser entendida como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada. Moscovici a compreende como organizadora de condutas que intervêm na transmissão/assimilação dos conhecimentos, agindo diretamente na definição das identidades pessoais e sociais (SPINK, 1993). As representações sociais, como fenômeno, são formas de saber geradas a partir do senso comum, tendo possibilitado um importante aporte teórico aos pesquisadores que procuram compreender significados e processos elaborados pelos homens, para explicar

o mundo em que estamos inseridos. Para Spink (1993) representações sociais são “modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos, mas que não reduzem jamais aos componentes cognitivos” (p. 300).

A representação social é uma forma de conhecimento entre indivíduos a respeito de comportamentos e comunicações no espaço social, possuindo algumas propriedades que a caracterizam sendo a primeira a elaboração e o compartilhamento social, segundo os recursos à disposição (CORTOPASSI; LIMA; GONÇALVES, 2006). A segunda envolve a organização e a estrutura do meio circundante, que influenciam diretamente as informações e processos transcorridos no sistema de pensamento social preexistente, atribuindo um significado à representação. Tais significados são compreendidos e constituídos pela realidade social, sendo, portanto, explicativos desta realidade. Por fim as representações criam uma identidade, no sentido em que há uma constituição da realidade que é comum a um segmento social.

Pode-se indicar ainda que as representações sociais possuem em sua estrutura, do ponto de vista formal, três dimensões: o *conteúdo da informação* frente ao objeto social; o *campo da representação*, relacionado a imagens que as representações geram nos modelos sociais; e a *orientação de um grupo* em relação ao objeto da representação. A junção destas dimensões indica que a representação se configura com a finalidade de dar sentido ao que é estranho e novo, resultante da comunicação e da capacidade reflexiva de um determinado grupo, como formas práticas de construção que forjam a identidade social.

Minayo (1993) afirma que as representações sociais não são, necessariamente, conscientes, se reproduzindo e modificando a partir de relações coletivas. Para Moscovici (2003) as representações sociais devem ser consideradas como uma forma específica de compreender e comunicar o que já sabemos.

A análise das representações sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000) permite encontrar elementos estáveis e contraditórios do discurso social. Isso também implica em aceitar que o sentido atribuído a um determinado objeto é uma construção psicossocial do indivíduo, onde além de sua história pessoal, a história do grupo ao qual

pertence, assim como a experiência da enfermidade, que é sustentado por eventos anteriores de suas vidas (GOMES; MENDONÇA; PONTES,2002).

A partir dessa perspectiva, busca-se compreender processos que ocorrem em contextos históricos e socioculturais precisos, na construção do senso comum. Inserir representação social no contexto da aids significa construir formas de pensar e explicar a mesma como objeto social, uma vez que o estudo permite apreender como os grupos sociais entendem determinados fenômenos. Historicamente, doenças epidêmicas e incuráveis têm sido tratadas como problema e responsabilidade do "outro" e associadas a práticas construídas como externas (GOMES; MENDONÇA; PONTES,2002).

As representações que se tem da aids ainda hoje são, em sua maioria, frutos das primeiras informações noticiadas, que apresentavam à sociedade uma doença grave, de evolução rápida, cuja patogenia era desconhecida e letal, onde suas vítimas eram, principalmente, homossexuais masculinos de grandes centros urbanos, sendo tal doença um objeto social novo, estranho e ameaçador. A aids é então ligada a uma condição do "outro" e a uma condição "estrangeira", como meio de defesa, que desvia a atenção da ameaça colocada pela aids ao "eu" e centra seu olhar sobre o "outro", "ameaçado e ameaçador"(NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005).

A abordagem qualitativa tem como peculiaridade buscar a relação entre unidades de sentido. Assim, a investigação qualitativa opera com representações, valores, crenças, hábitos, opiniões e aprofunda na complexidade de processos específicos de indivíduos e grupos, visando fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

De acordo com Minayo (1994), na metodologia qualitativa de pesquisa, o número de participantes não tem a intenção de ser representativo do universo pesquisado, mas busca-se o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto pesquisado. No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005). Segundo Martins e Bicudo (2005), "...a pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda...não se preocupa com generalizações, princípios e leis...o foco de sua atenção é centralizado no específico, no

peculiar, na individualidade, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados”.

A entrevista é uma das opções de coleta de dados qualitativos, apresentando as vantagens de: propiciar oportunidades para motivar e esclarecer o participante possibilitar opções ao questionar o respondente e permitir maior avaliação da validade das respostas mediante a observação do comportamento não-verbal do respondente (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996) com a finalidade é conseguir as informações com as próprias palavras dos respondentes.

2. OBJETIVOS

2.1. Gerais

Identificar, em mulheres soropositivas para o HIV, necessidades e crenças acerca da primeira internação hospitalar, considerando que esta tenha ocorrido por manifestação de sintomas, adoecimento devido a fragilidade do sistema imunológico e/ou efeitos colaterais associados ao tratamento.

2.2 Específicos

Identificar elementos relacionados à vulnerabilidade feminina ao HIV/aids, determinada por papéis sociais, condições socioeconômicas e culturais, sob a perspectiva das participantes.

Identificar aspectos da rotina hospitalar que auxiliam nos processos de restabelecimento da saúde durante o primeiro contato com a Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI).

A partir do conhecimento produzido, possibilitar novas intervenções frente a esta população nos aparelhos de saúde pública.

3. MÉTODO

3.1 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, e a participação dos sujeitos ocorreu após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, cujo teor pode ser encontrado no Apêndice A.

Os objetivos e os procedimentos foram informados, assim como a garantia do sigilo da identidade e a utilização futura dos resultados em trabalhos científicos. Foi informado também que a participação era voluntária, com a possibilidade de desistência a qualquer momento da entrevista, sem constrangimentos para as pessoas convidadas. Para garantir o anonimato, os sujeitos foram nomeados com pseudônimos criados pelas próprias participantes.

3.2 Justificativa

Durante a revisão bibliográfica realizada para a redação deste trabalho, foram encontrados poucos trabalhos que abordam este tema, o levantamento de elementos para a compreensão das necessidades e crenças de mulheres portadoras de HIV internadas em local específico para o tratamento. Neste sentido, a possibilidade de contribuir na construção de novos debates a partir de elementos identificados por essas mulheres, foi um aspecto motivador para a elaboração e realização deste trabalho.

3.3 Local

O estudo foi realizado na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, centro de referência no tratamento da aids para a cidade e região.. A capacidade de atendimento compreende uma enfermaria com vinte e dois leitos, além de quatorze leitos em regime de Hospital-Dia (HD), atendendo cerca de trinta pacientes por semana, onde dependendo das prescrições propostas, o paciente recebe a medicação diária necessária. A Unidade ainda com um ambulatório com capacidade para atendimento diário de trinta pacientes, com média de quatro casos novos por semana.

Os profissionais trabalham de forma integrada com familiares e em equipes multidisciplinares, segundo as demandas dos pacientes.

Dentro de uma política que tem identificado, no Brasil, um pioneirismo na construção de uma nova especialidade, a Psicologia Hospitalar, o HC-FMRP-USP tem entre as atividades realizadas pelos profissionais, a interconsulta psicológica. Este fato implica a presença do psicólogo no contexto hospitalar, desenvolvendo teorias e técnicas especiais, que envolvem os processos doença-internação-tratamento assim como pela tríade enfermo-família-equipe de saúde (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

3.4 Participantes

Foram realizadas entrevistas com 10 mulheres que vivem com HIV/aids e que já haviam passado por, pelo menos, uma internação na UETDI.

Para a inclusão de participantes neste estudo, foram criados os seguintes critérios de condições mínimas:

1. Ter sido internada na Enfermaria da UETDI em decorrência de uma doença oportunista, possuindo um diagnóstico definido sobre causa da internação e estar em tratamento;
2. Previsão de término de tratamento e alta hospitalar;
3. Possuir condições mínimas para conceder a entrevista, como não estar em isolamento, estar sozinha no quarto ou poder se deslocar pelos corredores da Unidade para a realização da entrevista;
4. Para as participantes que realizaram a entrevista no Ambulatório, estar em condições psicológicas para responder sobre a vivência da primeira internação.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro de 2009 a maio de 2010; com a colaboração dos profissionais da Unidade, a pesquisadora pode entrar em contato com as possíveis participantes. Num primeiro momento, foi realizada pesquisa nos prontuários de internação da Unidade, quando foram aplicados os critérios de inclusão

das participantes neste projeto. Posteriormente, estas foram contatadas pela pesquisadora no período de internação ou durante a consulta médica de retorno no ambulatório, sendo que, neste momento, as mesmas foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, e informadas sobre os procedimentos da entrevista. Em seguida foi solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido segundo a Resolução 196/96, que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

No primeiro momento da entrevista foi feito o levantamento de dados demográficos e clínicos: idade, estado civil, número de filhos, tempo de diagnóstico positivo para o HIV e atividade profissional. As entrevistas foram individuais, semiestruturadas, áudio-gravadas, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 1993). Para Martins e Bicudo (2005) a entrevista é “a única possibilidade que se tem de obter dados relevantes sobre o mundo da vida do respondente”.

As entrevistas foram realizadas conforme procedimentos de evocação, enunciação e verificação (FIGUEIREDO, 1996), uma vez que tais procedimentos permitem minimizar a indução de conteúdos pelo entrevistador. Esses procedimentos são descritos separadamente abaixo, na ordem de sua realização durante a entrevista

Evocação

Após um breve *rapport*, foi solicitado à participante que pensasse livremente a respeito do tema de nosso estudo, dando-se a seguinte instrução:

“Antes de começarmos nossa entrevista eu gostaria que você pensasse um pouco, sobre o que iremos conversar, a primeira internação hospitalar. Procure pensar em tudo o que é importante para você. Vou dar um tempo para que você pense sobre isso e, quando você já tiver terminado me avise”.

Esse procedimento permite que o sujeito possa acessar suas ideias e reflexões sem sofrer alterações em seu conteúdo por parte de alguma indução do entrevistador.

Enunciação

Após o período de evocação, pediu-se às participantes que ditassem para a entrevistadora com suas palavras o que de mais importante ela pensou durante procedimento anterior. Esse procedimento foi adotado em vista das participantes estarem, no momento da entrevista, recebendo soro no leito do ambulatório, além de facilitar a transcrição *ipsis litteris* dos relatos.

“Por favor agora com suas próprias palavras, diga o que de mais importante você pensou. Procure falar da forma mais simples que puder. Se achar mais fácil, faça uma lista das coisas, como se fosse uma lista de compras”.

Averiguação

É a entrevista propriamente dita; neste momento as falas das participantes passaram a ser gravadas em fita cassete, para análise posterior dos dados. Este momento consiste na verificação e discussão dos conteúdos evocados, podendo haver mais elementos adicionados para a análise de dados. No intuito de preservar a identidade das entrevistadas foi solicitado que as mesmas escolhessem um nome fictício para ser utilizado durante a entrevista, que em seguida era iniciada:

“Iremos, agora, conversar sobre o que está escrito no papel. Como já havíamos combinado, esta parte da conversa será gravada. Gostaria que você escolhesse um nome fictício pelo qual você será identificada no decorrer da entrevista. Caso exista alguma parte que você não queira que eu grave, me avise e eu irei interromper a gravação até que você me autorize a voltar a gravar. Podemos começar?”

3.6 Tratamento dos dados

As entrevistas foram transcritas *ipsis literis*, e a análise de conteúdo foi constituída *ex post facto*. As transcrições foram avaliadas com base em procedimentos de análise de conteúdo realizados em etapas consecutivas de inclusão em categorias, conforme procedimento proposto por Figueiredo (1996, 2007), que visa descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo visado, como pode ser visualizado no Quadro 1:

QUADRO 1. Etapas do procedimento de Análise de Conteúdo do material transcrito nas entrevistas.

TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	
PRIMEIRA FASE (SUJEITOS)	A. LEITURA INICIAL
	B. MARCAÇÃO
	C. CORTE
	D. PRIMEIRA JUNCTÃO*
	E. NOTAÇÃO
	F. ORGANIZAÇÃO E PRIMEIRA SÍNTESE
SEGUNDA JUNCTÃO**	
SEGUNDA FASE (CONTEÚDOS)	G. LEITURA INICIAL
	H. ORGANIZAÇÃO
	I. NOTAÇÃO
	J. REDAÇÃO FINAL

*Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.

**Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

A primeira fase se refere às etapas descritas abaixo:

- **Leitura Inicial:** Uma série de leituras foi feita sobre as entrevistas realizadas, identificando alguns trechos preliminares. Foram feitas algumas anotações dos aspectos observados durante o período anterior e durante a entrevista;
- **Marcação:** Foram selecionados trechos da entrevista, com destaque para os conteúdos correspondentes aos temas pré-estabelecidos e também de outros conteúdos considerados importantes;
- **Corte:** Foram retirados das transcrições das entrevistas os trechos selecionados;

- **Junção:** Os trechos recortados foram agrupados em um protocolo e as falas reunidas, por sujeito;
- **Notação:** Os diversos trechos foram discutidos e reunidos; observações marginais foram feitas, com o propósito de localizá-los na literatura e no contexto da entrevista. Tal procedimento serviu de base para a discussão e redação final, por meio da análise e grupamento dos conteúdos enunciados pelo entrevistando.

A segunda fase ou segunda junção deverá se referir aos conteúdos comuns às várias entrevistas, sendo as etapas similares à primeira parte:

- **Leitura Inicial:** Semelhante à fase anterior, compreende leituras em profundidade, onde foram identificados trechos preliminares, agora por Categoria Temática.
- **Organização:** Os trechos selecionados foram agrupados e classificados por subcategorias em função de conteúdos específicos de uma das Categorias Temáticas.
- **Notação:** Similar à Notação da primeira fase, com a ampliação das mesmas e sua interrelação, dentro de uma mesma Categoria Temática.
- **Redação Final:** Enfim, com base na segunda notação, foi realizada a redação do trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os dados demográficos e demais informações obtidas durante a primeira etapa das entrevistas, foi feita uma caracterização da amostra estudada, visando identificar alguns elementos subsidiários aos estudos realizados, além de uma compreensão mais aproximada do modo de vida das participantes.

Em seguida, baseado em procedimentos de análise de conteúdos foram identificadas Categorias, Subcategorias e Unidades Temáticas para, posteriormente, proceder a discussão dos resultados. Para a qualificação, foi estudada uma subamostra composta por cinco participantes, sendo que as entrevistas das outras cinco mulheres, já realizadas, serão analisadas e incorporadas no texto final da dissertação.

4.1 Caracterizações das participantes

As tabelas 1 e 2 a seguir apresentam dados demográficos, e aspectos clínicos das participantes e suas respectivas proporções de incidência na amostra estudada.

Tabela 1: Dados demográficos dos sujeitos e respectivas proporções de incidência

Cat.	Estado civil				Idade			Número de filhos			Ocupação		
	Solt	Cas	Viuva	Desq.	>37	38	<51	1	2 a 4	5	Ap.	Dm.	Ep.
N	3	3	2	2	2	6	2	1	7	2	1	5	4
P	.30	.30	.20	.20	.20	.60	.20	.10	.70	.20	.10	.50	.40

Tabela 2: Tempo de diagnóstico e numero de internações das mulheres entrevistadas.

Cat	Tempo diagnóstico			N internação	
	>7	7/16	<17	1	<2
N	2	5	3	6	4
P	.20	.50	.30	.60	.40

A subamostra foi constituída por mulheres com HIV/Aids, a maioria com idade entre 38 e 50 anos (n=6), com tempo de diagnóstico para o HIV entre 7 e 16 anos (n=5). Quanto ao estado civil, três participantes eram casadas, duas viúvas, duas divorciadas e três solteiras com relacionamentos anteriores. Todas as participantes têm filhos, que são

em sua totalidade soronegativos. Como ocupação, cinco participantes mantêm suas atividades como donas-de-casa, quatro têm vínculo formal de trabalho, e uma é aposentada.

No que se refere ao número de internações, seis estavam em sua primeira internação na UETDI e quatro já haviam tido uma experiência prévia, porém, puderam relembrar o seu primeiro contato na Enfermaria da Unidade.

4.2 Análise e discussão das entrevistas

As entrevistas de todas as participantes estão localizadas no Apêndice B. Para a discussão foram separadas aquelas locuções consideradas mais significativas de acordo com a definição das categorias. Os quadros completos com todas as locuções da análise estão no Apêndice C.

Os conteúdos foram organizados em grupos categorizados em unidades de significados, possibilitando, assim, uma aproximação dos sentidos relatados (MARTINS; BICUDO, 2005). A análise de dados permitiu delinear a categoria primeira internação hospitalar relacionada a algumas representações sociais sobre a mesma, sendo esta motivada por manifestação de sintomas, baixa imunológica ou mesmo quadros infecciosos. Essas categorias, por sua vez, se desdobram em subcategorias e unidades temáticas, conforme o quadro apresentado a seguir, onde os números representam os participantes e a sua locução, como por exemplo 2.3 , participante 2 e sua terceira locução.

Assim, os resultados encontrados serão apresentados da seguinte forma:

Quadro 2: Definição das subcategorias, referentes à categoria geral: *Primeira internação na UETDI*

(Quadro 2 – continuação)

Considerando a questão estudada (a primeira internação na UETDI), a primeira subcategoria encontrada foi denominada “Redução da Impotência/Desamparo”, a qual é apresentada em maiores detalhes no Quadro 3.

Quadro 3: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Redução da Impotência/Desamparo*:

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Relação Profissional/Paciente:

Quadro 4: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Relação Profissional/Paciente*:

Subcategoria: Relação Profissional/Paciente	
Relação Profissional/Paciente: Referente ao suporte técnico/afetivo como ativador do relacionamento estabelecido com os profissionais de saúde.	Suporte técnico: Referente ao suporte técnico como ativação do relacionamento com os profissionais de saúde.
	Suporte afetivo: Referente ao suporte afetivo como desdobramento do encontro profissional/paciente com alusão ao equilíbrio/vínculo entre profissionais de saúde.

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Vivências/Desamparo:

Quadro 5: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Vivências/Desamparo*:

Subcategoria: Vivências/Interação	
Vivências/Interação: Relações estabelecidas e sentidas em profundidade durante a interação ocorrida no período hospitalar.	Aprendizado informal: Aprendizado não-programado e imprevisível ocorrido por meios próprios, de acordo com o tempo e suas necessidades.
	Associação: Respostas em que se estabelecem relações de correspondência entre vivências em momentos distintos.
	Ativação: Relacionado à busca de superação pela conjugação de esforços e ativação e instilação de ânimo através da vivência e interação.
	Limites da rotina: Referente aos hábitos/costumes e seus limites dentro atividades possíveis durante a internação hospitalar
	Anomia: Dificuldade na referência do indivíduo ante as situações comportamentais e éticas contraditórias com que se depara

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Interação/Convívio Social:

Quadro 6: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Interação/Convívio Social*:

Subcategoria: Interação/Convívio Social	
Interação/Convívio Social: A receptividade e a ação entre diferentes, levando à construção de Vínculos.	Redução de intolerância: Redução da intolerância das diferenças que ocorrem no convívio social.
	Rapport: Processo de aproximação e ganhos em relação aos profissionais de saúde.
	Inclusão: Inclusão enquanto receptividade social, processos compreensivos e incorporação no convívio social.

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Reapropriação:

Quadro 7: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Reapropriação*:

Subcategoria: Reapropriação	
Reapropriação: Processos de retomada e reconstrução de relações e experiências após o processo de hospitalização.	Relações familiares: Ato pelo qual a participante retoma suas relações e lhes torna próprias.
	Cotidiano: Série de hábitos e de ações feitas sempre da mesma maneira.
	Readaptação: Processo de estranhamento e de uma nova adaptação a condições anteriores que se tornaram presentes.
	Manutenção do Tratamento: Relacionado à manutenção conectada aos cuidados especializados e uma tentativa de retomada de seu tratamento.

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Angústia Antecipatória:

Quadro 8: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Angústia antecipatória*:

Subcategoria: Angústia antecipatória	
Angústia antecipatória: Processos afetivos de cunho antecipatório, relacionados à internação hospitalar.	Morte iminente: Percepção de formas ligadas à internação hospitalar com ideias de morte num futuro próximo.
	Desintegração do ambiente: Sofrimento relacionado ao sossego e a crenças de um ambiente desestruturado quanto a questões ambientais imaginadas como precárias para o tratamento.
	Impotência: Impossibilidades frente a processos que a participante não pode modificar ou agir.
	Sequelas: Respostas de caráter antecipatório acerca da evolução e o desenvolvimento da afecção, e seus desdobramentos clínicos com perspectivas de incapacitação.

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Suporte:

Quadro 9: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Suporte*:

Subcategoria: Suporte	
Suporte: Providências e relações estabelecidas que auxiliaram a suportar o período de internação hospitalar.	Recursos Materiais: Providências materiais para a manutenção/cuidado da criança e a permanência nas Instituições onde permaneceu em tratamento.
	Crenças Teleológicas: Enfrentamento da hospitalização baseado em crenças teleológicas e de razão necessária
	Inclusão Social: Suporte via inclusão social, respeito e incorporação no convívio social.
	Formação Profissional: Formação profissional como apoio à permanência nas Instituições

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Exclusão:

Quadro 10: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Exclusão*:

Subcategoria: Exclusão	
Exclusão: Condições de vida pela qual houve privação da pessoa de contatos e funções sociais	Família: Referente ao suporte afetivo como desdobramento do encontro profissional-paciente com alusão ao equilíbrio e vínculo entre o profissionais de saúde
	Cuidados Maternos: A separação dos filhos se configura ambivalente frente à falta de contato e a impossibilidade, pela pobreza, de manutenção/criação das crianças.

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Readaptação:

Quadro 11: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Readaptação*:

Subcategoria: Readaptação	
Readaptação: Processo de estranhamento e de uma nova adaptação a condições anteriores.	Objções Familiares: Movimento para uma aproximação prejudicada por objções de familiares

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Satisfação:

Quadro 12: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Satisfação*:

Subcategoria: Satisfação	
<p>Satisfação: Referente às condições oferecidas pela Unidade que foram de encontro com as necessidades atendidas durante a internação hospitalar</p>	<p>Apropriação: Identificação de elementos de qualificação psicossocial na Unidade de Atendimento, subsidiários à associação da pessoa ao tratamento, envolvendo conjugação de esforços e apropriação de um locus de apoio, vivência e interação durante a hospitalização</p>

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Vulnerabilidade Feminina:

Quadro 13: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Vulnerabilidade Feminina*:

Subcategoria: Vulnerabilidade Feminina	
Vulnerabilidade Feminina: Referente a resposta que evidenciam o caráter vulnerável de mulheres frente a epidemia do HIV	Relações Conjugais: Vulnerabilidade frente aos acordos estabelecidos numa relação conjugal estável

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Condições de Vida:

Quadro 14: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Condições de Vida*:

Subcategoria: Condições de Vida	
Condições de Vida: Maneira de viver e se posicionar frente às adversidades da vida	Desagregação: Processo de fragmentação e perda da continuidade do modo como estava conduzindo sua vida num momento anterior

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Adesão:

Quadro 15: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Adesão*:

Subcategoria: Adesão	
Adesão: São questões relacionadas às dificuldades da manutenção do tratamento	Descontinuidade: Dificuldades para manutenção no processo de adesão ao tratamento
	Medicação: Aquisição de aprendizagem informal acerca do tratamento através da vivência da hospitalização, incidindo na adesão ao tratamento

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Impacto Psicológico:

Quadro 16: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Impacto Psicológico*:

Subcategoria: Impacto psicológico	
Impacto psicológico: Manifestação de estados afetivos frente à infecção HIV	Respostas Afetivas: Respostas ligadas ao impacto subjetivo e seus desdobramentos frente ao período de internação e tratamento.

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Origem do contágio:

Quadro 17: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Origem do Contágio*:

Subcategoria: Origem do Contágio	
Origem do Contágio: Incerteza quanto à determinação da origem do contágio por HIV devida a multiplicidade de parceiros	Promiscuidade Sexual: Promiscuidade entendida como um comportamento sexual humano, de sexo casual entre pessoas conhecidas ou não conhecidas entre si, levando a comportamentos de risco para a infecção do HIV

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Autoestima:

Quadro 18: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Autoestima*:

Subcategoria: Autoestima	
Autoestima: Respostas relacionadas a incidência do contágio por HIV nas relações e determinações de gênero, com referência a auto-estima	Menos Valia: Sentimentos de inferioridade e rejeição que incidem sobre a auto-imagem e autoestima

Considerando a questão estudada, a primeira internação na UETDI encontrou-se a seguinte categoria, Enfrentamento:

Quadro 19: Definição das unidades temáticas, referentes à subcategoria *Enfrentamento*:

Subcategoria: Enfrentamento	
Enfrentamento: Corresponde a respostas relacionadas à interiorização e busca ativa e instrumental por mudanças decorrentes do convívio com HIV/aids	Apoio Psicológico: Busca de elementos para recuperação de condições psicológicas para a redução de menos valia
	Apropriação do Silêncio: Busca por momentos de apropriação do silêncio como forma de vivência e enfrentamento do HIV/aids

4.3. Primeira Internação na UETDI

4.3.1. Redução de Impotência/Desamparo

A unidade temática Redução de Impotência/Desamparo identifica processos pelos quais as participantes fizeram esforço em minimizar os sentimentos ligados a impotência e desamparo frente ao período da hospitalização. Essas ações visaram diminuir tais sentimentos através de estratégias que puderam ser entendidas em três unidades temáticas: **Respostas Teleológicas**, **Contraponto Profissional/Paciente** e **Visitas Familiares**.

Relacionadas às **Respostas Teleológicas** encontramos formas de enfrentar o sofrimento durante a hospitalização encontrando na crença religiosa uma forma válida do manejo de exigências, ou mesmo de demandas internas, como pode ser visualizado no recorte abaixo:

“Mas, depois que eu fui internada aqui no hospital, resolvi que não valia a pena, mudou, que não era o caminho, já me peguei muito com Deus, senão tinha morrido.” (Participante 1)

“Eu sou. Eu rezo, vou na igreja, na missa. Eu rezo, peço a Deus pra tomar conta de mim. Eu rezo aqui, eu me sinto bem. Vixi (sic) Maria.” (Participante 4)

Para alguns autores (FARIA; SEIDL, 2006) as respostas teleológicas seguem no sentido de busca de cuidado, ajuda, força, tendendo a trazer ao paciente portador de HIV sentimentos prazerosos relativos ao bem-estar. Através da vivência religiosa dentro do hospital, o paciente pode experienciar ter suporte emocional, diminuindo assim a sensação de desamparo. Para as participantes 1 e 4, o exercício da religiosidade permite acolher o desamparo por estar internada no hospital em consequência de uma doença que ainda não em cura. Nesse sentido, a religião auxilia as pessoas a suportarem as pressões emocionais, possibilitando a saída para explicações empíricas para o este momento. A religiosidade capacita a mulher para enfrentar as questões para as quais ela não tem resposta (COSTA; ZAGO; MEDEIROS, 2009)

Quanto ao **Contraponto Profissional/Paciente** entendido como uma alternativa viável, pode-se referir, no sentido de questionar para o outro uma questão viável, como ocorrido entre profissionais de saúde e os pacientes. A participante 1 relatou:

“Ruim que eu, é, eu assim que eu não reconhecia eu (sic) mais direito, né, que eu, a anemia enfraquece a mente da pessoa, enfraquece a pessoa, tira a noção, então eles, eles como médico né, medicina né, tá avançada, eles via aquilo em mim.”(Participante 1)

O contraponto é uma alternativa viável a uma possibilidade incômoda ou que exige aceitar uma realidade opressora. Pode representar e sustentar alternativas viáveis a fim de se colocar instrumentalmente frente a um desafio ou ao incômodo de se reconhecer nu e íntegro.

Pode-se entender que a participante confiou no tratamento e diagnóstico de seu médico, o que está implicado numa relação de temor e respeito, sendo este profissional detentor de segredos da vida, da morte, do corpo e até da sexualidade do paciente (SEBASTIANI; MAIA, 2005). Nesse sentido, segundo Cortopassi (2006) “as competências definidas como necessárias à formação do profissional abarcam habilidades, aspectos cognitivos e atitudes, estas últimas marcadas pela exigência de uma atuação médica humanista e pautada em princípios éticos”.

Ainda nesta mesma subcategoria encontramos a unidade temática **Visitas Familiares**, que aponta para a presença de familiares na Unidade, tornando aquele momento menos angustiante e solitário, como a participante 4 pode expressar:

“Vem a família. Vem meus filhos, eu tenho 9 filhos, meus netos, minhas noras, minhas 3 noras, vem minha... vem meus netos, vem tudo. Receber visita é bom também. A noite é triste, porque você pensa em casa...” (Participante 4)

Como assinala Nigro (2004), “a hospitalização isola o homem de seu meio familiar, como se fosse um estrangeiro em terras estranhas”. Dessa forma, a hora da visita na enfermaria é um momento em que essas mulheres podiam se sentir reintegradas, diminuindo as sensações de abandono que a internação pode acarretar.

Essa subcategoria conjuga aquilo que Kubler-Ross (2000), através de seus estudos, dividiu em quatro etapas as reações típicas de pacientes que tomam conhecimento de uma doença terminal, entendidos como partes do processo de quem recebe uma notícia de diagnóstico clínico grave. Neste contexto, internação por doença de conotação grave, é comum que surja um conjunto de reações que caracterizam o que Kubler-Ross (2000) definiu como estágio da barganha, que consiste numa tentativa de

negociação, seja com Deus, com os médicos ou com a família, para que o paciente possa “comportar-se” e fazer o tratamento. Para as mulheres deste estudo, essa barganha ocorre no momento em que estão internadas para o tratamento de uma doença oportunista, saindo de um momento em que o adoecimento pelo vírus HIV era assintomático e torna-se evidente via essa hospitalização.

4.3.2 Relação Profissional/Paciente

A subcategoria Relação Profissional/Paciente é referente ao suporte técnico/afetivo como ativador do relacionamento com os profissionais de saúde, visando o restabelecimento do paciente, o qual se abre em duas possibilidades de suporte, aqui divididos em duas unidades temáticas distintas: ***Suporte técnico*** e ***Suporte afetivo***.

A unidade temática **Suporte Técnico** é compreendida como o tipo de relacionamento com os profissionais de saúde, neste caso, via procedimentos técnicos e de cuidados com o paciente, como podemos encontrar, por exemplo, a seguinte locução:

“Era muito (sic) amigas (enfermeiras), eu nunca ficava sozinha a noite, que elas ficavam sempre tinha alguém no quarto a noite toda né, e elas muito cuidadosa, pra tomar medicamento, às vezes o medicamento ele parava, atrapalhava, tinha colocar no aparelho, o medicamento tinha que rodar, porque a dosagem não podia ser muito alta, se passasse a dosagem e ficava alta, eu passava mal, se rodava a menos, eu perdia a veia...” (Participante 2)

A rotina de cuidados na Enfermaria foi percebida não somente como um cuidado em saúde sob um olhar mais técnico, mas também como receber o tratamento certo, medicamentos certos e no horário, cuidado com o soro, tirar a dor. A hospitalização pode tornar-se um momento crítico, por significar a evolução da doença e a consciência de que não há como negar o fato de ser portador do vírus. A atenção da enfermagem nesse momento pode ser um recurso decisivo que encoraja o cliente a enfrentar a hospitalização e amenizar ou superar estas dificuldades. (ALVES; PADILHA; MANCIA, 2004).

Já a unidade **Suporte Afetivo**, entendido como desdobramento do encontro profissional/paciente com alusão ao equilíbrio/vínculo entre profissionais de saúde, pode ser visualizado nos recortes abaixo:

“Não, muita dor de cabeça, eu não lembro não, mas daqui eu não tenho do que reclamar não. Aliás eu tenho é que dar troféu para as enfermeiras.(....) Ai, tem uns pacientes bravos, que brigam, e tem que cuidar, e eu tava num quarto com uma senhora que tava de fralda e eu pensava ‘tomara que eu não precise usar isso’, e acabei precisando... Quando eu soube eu disse que não ia usar, mas elas disse ‘nós tamo aqui pra isso, não esquentar, não esquentar’”.(Participante 3)

“Ah, eles me tratam bem aqui, o tratamento é bom, excelente, eles são bem comunicativos, conversam, dão informação. Hoje eu vou sair de alta, nossa, é o melhor, tava meio desanimada e já até fiquei mais animada...” (Participante 5)

Pode-se considerar que a disposição dos profissionais para uma conversa ou desabafo, conforme relatado pelas participantes, foram importantes na medida em que esses são as pessoas com quem as participantes mantêm maior contato. Por outro lado, estudos relatam que, numa situação em que o cliente deseja conversar, profissionais procuram estimular a mesma, mas colocam como dificuldade a administração do tempo, o excesso de tarefas que têm para executar, levando a dificuldades em conduzir este contato para retomá-lo em outro momento (ALVES; PADILHA; MANCIA, 2004).

Os cuidados prestados pela enfermagem pertencem a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser, sendo a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado.

4.3.3 Vivências/Interação

Esta subcategoria abordou temas relacionados a processos de incorporação de realidade que permitem a compreensão de elementos relacionados aos fenômenos vivenciados, subdivididos em cinco unidades temáticas: *Aprendizagem informal sobre o tratamento, Associação, Ativação, Limites da rotina e Anomia.*

A unidade **Aprendizagem Informal sobre o Tratamento** se refere ao processo de aquisição de aprendizagem acerca do tratamento através da vivência da hospitalização, de forma não-sistematizada e que foi compreendida como pode-se visualizar na locução abaixo:

O que a internação significou pra mim? É... uma coisa que podia ter acontecido comigo muito antes, eu podia, é, se tivesse antes, tempo atrás, a sabedoria que eu tenho agora sobre as enfermidades, sobre, é, não precisa ter discriminação, não precisa ter preconceito, mas é mais é prevenção né?” (Participante 1)

A partir da primeira internação a participante 1 pode relatar ter aprendido sobre como funciona o tratamento e sua dificuldade em cuidar de si mesma, que podem ser contornadas pelo diálogo com o profissional de saúde. Através da rotina hospitalar, os enfermeiros fornecem as orientações na primeira internação, na qual o tema “tratamento” é abordado com a iniciativa do profissional, de acordo com as condições do cliente (ALVES; PADILHA; MANCIA, 2004).

Sobre a unidade temática **Associação** identifica processos de descoberta e apropriação de informações, inclusive que levam a compreensão do momento atual, como podemos observar no recorte abaixo:

“É, daí fico ansiosa, fiquei muito ansiosa, mesmo porque... ansiosa por tudo, porque eu queria que passasse rápido. Porque tem muito medicamento para tomar, a dieta depois da cirurgia. E é um hospital muito concorrido, então tinha que ser tudo bem planejado pelo pessoal da gastro, da hemato e agora eu tô (sic) aqui aguardando.” (Participante 3)

Neste trecho, pode-se destacar elementos relacionados à compreensão de processos e condições subjacentes a uma questão anterior, tal como um *insight*, compreendido como uma associação decorrente da repentina percepção mental e das relações apropriadas à solução de conflitos.

A unidade **Ativação** reuniu respostas em busca de superação pela conjugação de esforços de ativação e instilação de ânimo através da vivência e interação social durante a hospitalização, como pode ser visualizado nos recortes a seguir:

“... eu não tava bem, meu marido vinha todo dia me visitar, mas eu não tava bem, eu não tava bem porque tava sozinha do mesmo jeito, porque eu tinha que passar aquilo ali, a força de vontade de viver por causa dele era demais, porque eu falava ‘eu tenho que sair daqui, eu tenho que abalar, eu tenho que conseguir...’”
(Participante 2)

“Ah... Tava desanimada de ficar aqui, deitada, não tem nada para fazer, cansa, cansa, nada acontece... ninguém vem aqui. Veio uma visita, uma vez.(...) Foi bom, chegou de surpresa, nossa, vixi (sic), eu nem esperava, daí o sorriso sai, foi bom, foi muito bom, minha mãe veio, mas é caro vir aqui, mas eu tô me recuperando e isso aqui foi bom, fez bem, foi bom” (Participante 5)

Quanto a essa unidade, ficou evidenciado como trocas ocorridas durante a hospitalização podem levar a uma ativação para com o tratamento e sua recuperação. As participantes puderam expressar os sentimentos envolvidos na instilação de ânimo, neste caso através das visitas ocorridas durante o período de internação. Vários sentimentos podem surgir durante o período do adoecimento que leva a internação; sendo assim, identificar os sentimentos que acompanham e participam dos atos dão pistas de como colaborar, onde e como deve-se intervir sem classificar tais atos como irracionais.

Sobre a unidade temática **Limites da Rotina** refere-se aos hábitos/costumes das participantes e seus limites dentro atividades possíveis durante a internação hospitalar como pode ser visualizado nos recortes a seguir:

“Aqui não tem o que fazer, se eu ando um pouquinho, me da falta de ar, no mais é assistir televisão, conversar com a colega, fazer um exame lá no hospital, entendeu é isso aqui”. (Participante 7)

Durante a internação, os sentimentos de medo, rejeição e isolamento, percebidos pelos pacientes dentro do próprio hospital, e mesmo aqueles gerados pela equipe de enfermagem, podem causar sérios problemas ao paciente, dentre eles a angustia e até depressão (COSTA et al, 2006).

A Unidade **Anomia**, entendida como uma dificuldade na referência do indivíduo ante as situações comportamentais e éticas contraditórias com que se depara, como podemos observar no recorte abaixo:

“É, o pai dos meus filhos. Não, tava preso na época. Tava numa cadeia lá de São Paulo e nós terminamos. (Faz que sim com a cabeça). Fez bem pra cada um seguir seu rumo, nem tava mais com ele na época”. (Participante 8)

Nessa categoria verificou-se processos que ocorrem no período de internação que se envolvem com questões anteriores a hospitalização, indicadas nos processos de aprendizagem, ativação e associação. Relacionados a essa questão, pode-se indicar que a internação leva a processos de elaboração psíquica, num sentido de cuidado para além do que remete a adesão ao tratamento, como pode ser indicado por Heleno e Santos (2006):

“O conceito de autocuidado perpassa as mais diferentes esferas da vida, alimentando e sendo retroalimentado, ora reforçando, ora modificando as experiências individuais de cada mulher soropositiva”.

4.3.4 Interação/Convívio Social

Considerando a subcategoria Interação/Convívio Social, encontramos respostas sobre as relações estabelecidas e possibilitadas pela internação hospitalar, ocorridas via participação ativa da participante, ou pela receptividade dos funcionários da UETDI. Essa subcategoria foi desmembrada em três unidades temáticas: ***Redução de Intolerância, Rapport e Inclusão.***

Quanto à unidade **Redução de Intolerância**, pode-se inferir que na perspectiva da socialização de questões relacionadas ao contexto da internação e que envolvem mudanças (rever frase, está sem sentido). São processos autoreferentes na perspectiva que se pode pensar em mudar o ser após a experiência da hospitalização, como pode ser observado no recorte abaixo:

“Ta diferente. Totalmente assim, nem comparação com o que era antes. A vida é mais tranquila, mais suave, mais assim, mais espaço pras coisas também, também tudo que eu fazia eu dizia que tinha que ser na hora, meio que do meu jeito. Agora assim, é, tudo que eu quero tem que ser do meu jeito, mas igual antes sabe, forçado assim, diferente.” (Participante 1)

Rapport pode ser identificado como processo de aproximação e ganhos em relação aos profissionais de saúde no período da internação, como verificado nas locuções abaixo:

“Nossa, demais, o trabalho do pessoal aqui, da enfermeira, da assistente, assistente social, de todos, todos.” “Ah! Nossa, eu já brinco com as enfermeiras, tem umas que eu já tenho a liberdade de brincar comigo, já tiro sarro, deixa a gente à vontade.” (Participante 3)

“Ah sei lá, me trata bem, né! É conversar.(...) Converso mais com as minhas amigas (outras pacientes) daqui.” (Participante 4)

Nessa unidade temática, é importante salientar a receptividade dos profissionais da Unidade com os pacientes lá internados. Esses recortes indicam que o cuidado em saúde é entendido pelos pacientes como cuidado, atenção, amor, carinho, respeito com a pessoa humana e suas particularidades, em acordo com outras pesquisas realizadas (ALVES; PADILHA; MANCIA, 2004).

A unidade temática **inclusão**, entendida enquanto receptividade social, como pode ser verificada no depoimento abaixo:

“Só que aqui eu tô bem melhor né, graças a Deus. Ah, lá eu não tava no quarto, eu tava no corredor, não tinha vaga pra ninguém, nem para as outras pessoas que não são portadora (sic), não tinha vaga, aí conseguiram a vaga aqui pra mim.” (Participante 5)

Ser portador de HIV é carregado de implicações sociais. A internação pode ser compreendida por essas mulheres como um forma de inclusão social, se pensarmos que outras doenças com conotação e estigma como o HIV passaram por processos de exclusão no tratamento. Conforme Bertolli (2000) relata:

“Frente a estas mensagens médicas que se multiplicaram e ganharam conhecimento público especialmente a partir da década de 1930, definia-se a trajetória de exclusão social dos tuberculosos. A transferência para as cidades-sanatórios afluía como momento consagrador de um rito de passagem que induzia a descaracterização individual dos tísicos através de uma intervenção ao mesmo tempo social e médica regida pela estigmatização dos doentes”.

Dentro do processo de hospitalização, a questão do convívio social é de grande importância, visto que o preconceito social que perpassa a existência do HIV ainda perdura, o que aumenta o sofrimento de quem, além de ser acometido por um vírus que rebaixa a resistência em seus corpos, sente-se humilhado por ser considerado promíscuo, sujo ou descuidado (FINKELSTEIN, 2007). A inclusão percebida via internação se faz presente se uma vez que a UETDI está integrada ao Hospital das Clínicas e conta em seu corpo clínico com profissionais que trabalham de forma integrada e multidisciplinar, de acordo com as necessidades dos pacientes e seus familiares.

4.3.5 Reapropriação

Esta subcategoria temática se refere às reações e sentimentos das participantes no período de internação, num sentido de retomada de perdas ocorridas em razão da soropositividade para o HIV. Esses conteúdos foram entendidos nas seguintes subcategorias: ***Relações familiares, Readaptação, Cotidiano e Manutenção do Tratamento.***

A unidade temática **Relações Familiares** pode ser observada nas falas das participantes 01 e 03, as quais puderam expressar a retomada dessas relações e sua reinserção após a internação, como pode ser visto nos trechos abaixo:

“Veio, minha mãe, minha filha, e foi o que me ajudou muito, é, reconquistar minha família, porque eu tava, eu tava... viciada assim, por bem dizer, e por eu tá viciada eu já não me alimentava direito, não dormia direito” (Participante 01)

“Ai não, vou ficar com minha mãe, eu tô morando com ela. Moro, nossa, eu sou a sobrinha mais velha, então as tias todas paparicam, tem uma nossa, uma família muito boa, muito boa.” (Participante 03)

Tais locuções remetem ao restabelecimento de laços que estavam estremecidos, indicando que no período de internação hospitalar, as participantes puderam se reproximar de suas famílias durante as visitas destes. Neste sentido, o que vai direcionar essa reaproximação é a cultura familiar, sua história, assim como o contexto em que a mesma está inserida (ALVES; PADILHA; MANCIA, 2004).

A unidade temática **Readaptação** se refere à expectativa frente a reintegração ao cotidiano, sendo a internação entendida como um momento de suspensão e preparativo para esta reinserção, como pode-se perceber nas locuções abaixo:

“Daí, quando eu coloquei o pé pra fora, parecia que, tenho que é a impressão de quando um nenê nasce, porque quando eu saí lá fora e já tava mais escuro e o vento batia no meu rosto, eu falei pro meu marido, ‘parece que eu acabei de nascer agora, eu tô sentindo o vento bater no meu rosto’, porque aqui você não sente o vento bater no rosto.” (Participante 2)

“Fico pensando no serviço. Limpar a casa, arrumar a cozinha, lavar a roupa. Tô sentindo falta de cuidar da casa.. eles não deixam. Eu vou pegar a vassoura não quer, vou pegar um rodo não quer. Tão cuidando né.” (Participante 4)

O período de internação gera intensos conflitos com repercussão em todos os setores de funcionamento do indivíduo. Encontramos respostas ligadas a essas novas acomodações, que mostram que também há dificuldades destes sujeitos para melhorar

sua adaptação, já que suas respostas geram mais conflitos e podem provocar desprazer (HELENO; SANTOS, 2004).

Sobre a unidade temática **Cotidiano**, reúnem-se as respostas relacionadas à tentativa de retomada de normalidade, via rotina, como pode ser observada nos recortes a seguir:

“Ah, porque agora eu vou poder comer a vontade (risos)... tá tudo bem, os médicos já disseram que está tudo bem, que eu vou para casa já. E principalmente, que a plaqueta já, já aumentou bem, bem... notícia boa.” (Participante 3)

“E tem o carinho da família, pai todo dia tá aqui, se você vier aqui no horário da visita ele vai tá aqui com um bolinho, com uma balinha...Ele traz bolo, traz bala, traz gosto de casa. Gostinho da minha casa, é tudo de bom. Tô recebendo as visitas e daqui, eu tô bem assistida, fico pensando em voltar para casa.” (Participante 7)

Ao falar sobre sua alta hospitalar, a participante 3 pode falar sobre sua vontade de se alimentar da forma como ela fazia em casa e que sua condição biológica normalizada possibilita sua volta para a rotina. Nigro (2004) afirma que “embora exista a expectativa da recuperação da saúde, a internação invade compulsoriamente a vida quebrando a rotina”. Nesse sentido, pode-se perceber na fala da participante que há um movimento preparatório para essa reinserção.

Ainda na subcategoria Reapropriação encontra-se também a unidade temática **Manutenção do Tratamento**, referente à percepção de condições para que haja o restabelecimento biológico e do tratamento, como pode ser visualizado no recorte a seguir:

“Ah, aqui é bom, os médico são bons, a enfermeira atende muito bem, tem café, almoço, se quiser se alimentar bem, se quiser tomar café duas vezes você toma, comer duas marmitas você come, se não quiser tudo você não come.”(Participante 5)

Pode-se entender que locução acima está ligada àquilo que os profissionais de saúde entendem como adesão. Pensando que a esta depende de variáveis relacionadas à carência financeira, o que exclui do orçamento principalmente remédios uma alimentação adequada, o período da hospitalização é percebido praticamente como sinônimo de sobrevivência (VERMELHO; BARBOSA; NOGUEIRA, 1999).

Em suma, na subcategoria Reapropriação, pode-se deparar com respostas ligadas a esse fenômeno em razão da internação hospitalar, levando a pensar numa adaptação à nova situação. Nos estudos relacionados ao HIV/aids, geralmente os pacientes têm dificuldades de adaptação (CARVALHO; GALVAO, 2008). As participantes puderam exprimir como este primeiro contato com a vivência de adoecimento por HIV, sinalizando a fase sintomática, necessita de um tempo para uma readequação de todo um aporte de comportamentos, expectativas e cuidados necessários.

4.3.6 Angustia antecipatória

Considerando esta subcategoria temática, que indicou processos afetivos de cunho antecipatório, relacionados à internação hospitalar, foram criadas quatro unidades: *Sequelas*, *Impotência*, *Desintegração do ambiente* e *Morte Iminente*.

Na primeira unidade temática (Sequelas), foram encontradas respostas de caráter antecipatório acerca da evolução e desenvolvimento da afecção, seus desdobramentos clínicos, e perspectivas de incapacitação, como pode-se verificar nas locuções abaixo:

“A solidão é, chega uma hora em que você se sente impotente; poxa, você trabalhava, será que eu vou poder trabalhar de novo? Será que eu vou sair daqui bem, será que agora eu sair bem, sair andando, preocupação era, será que não vai acontecer mais nada, será que eu tenho que ficar numa cadeira de rodas, ou será que eu vou ter sequela de alguma coisa?” (Participante 2)

A doença, ao contribuir para a destruição da integridade corporal, assim como a dor e o sofrimento, podem se constituir em fatores de desagregação afetivo-emocional da pessoa.

Sobre a unidade temática **Impotência**, pode-se pensar nas impossibilidades frente a processos que não se pode modificar ou agir, sendo melhor visualizado no depoimento abaixo:

“Ah, eu acho que é uma coisa que não tem cura mais! Acho que não tem cura. Ah sei lá, acho que é não sentir dor mais. Só isso.”

(Participante 4)

Ainda relacionada a essa subcategoria, encontramos respostas referentes à **Desintegração do Ambiente**, sendo percebido como um sofrimento relacionado ao sossego e à crenças de um ambiente desestruturado quanto a questões ambientais imaginadas como precárias para o tratamento, melhor exemplificado na locução abaixo:

“Ah, que deveria ser mais crítico, eu esperava... (...) Ah, ruim, um lugar onde fica gente passando mal, não sei explicar. Não tem como explicar... um lugar onde tem um monte de tumulto, aí eu não sei explicar... (...) Muita gente, muito tumultuado, muito cheio de coisa e aqui não é assim.” (Participante 5)

A expectativa frente à primeira internação na UETDI remete a situações anteriores vividas em outras unidades de saúde, uma vez que as principais queixas acerca da internação hospitalar foram relacionadas ao espaço físico e ao ambiente hospitalar, como, por exemplo encontrado em estudos anteriores (CORTOPASSI; LIMA; GONÇALVES; 2006), em que os participantes relataram que não conseguir dormir à noite devido à luz acesa ou ao barulho.

Com relação à unidade temática **Morte Iminente**, foram encontradas percepções de formas pré-concebidas a respeito do convívio social, geralmente relacionadas à segregação e exclusão, nesse caso, ligado a ideias de morte iminente frente ao diagnóstico, exemplificado nos recortes abaixo:

“Ah, falam que aqui é o Hospital da Aids. Qualquer um que entra aqui é porque tá morrendo. Ai eu já fui ficando desesperada, mas vi que não é nada disso. (...) Passou esse tabu pra mim (...) Só vivendo (risos), não adianta eu falar para outra pessoa, que ela tem que ir para ver...” (Participante 3)

“Você tem que ter consciência de que você tá aqui pra se tratar, se você ficar em casa você vai morrer lá, entendeu? Então meu pai

resolveu me internar pra se tratar. É, eu tava com febre, dor nas pernas, não me alimentava, e ele falou que ia dar um jeito de me internar.” (Participante 7)

Ser portador de HIV é estigmatizante; por muitos anos, e ainda hoje, os pacientes associam a aids à morte, à uma fatalidade que se manifesta de forma rápida e inevitável. Há uma crença de que, uma vez desenvolvidos os sintomas, o HIV se transforma em aids, encerrando as possibilidades de tratamento e, conseqüentemente, a esperança de cura (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

Dentro desse processo, pode-se dizer que a angústia presente nos pacientes soropositivos também tem relação com essa confrontação com o desconhecido, que se mostra antecipadamente, ainda durante a vida (FINKELSTEIN, 2007). O diagnóstico é um choque, enquanto na ocasião da internação, sensações de medo frente à morte são reatualizados. O diagnóstico acarreta um trauma de natureza física, emocional e social, sendo que a reação da mulher às mudanças geradas decorrente da doença irá depender de diversos fatores, dentre eles, sua personalidade e seu contexto sociofamiliar (ALVES; PADILHA; MANCIA, 2004).

4.3.7 Suporte

Esta subcategoria abordou temas relacionados a providências e relações estabelecidas que auxiliaram a suportar o período de internação hospitalar. Nesse sentido foram criadas quatro unidades: **Recursos Materiais, Crenças Teleológicas, Inclusão Social e Formação Profissional**.

Na unidade temática **Recursos Materiais** pode ser observada na fala da participante 06 as providências materiais por parte dos funcionários da UETDI para a manutenção/cuidado da criança e a permanência nas Instituições onde permaneceu em tratamento como pode ser visto no trecho abaixo:

“Eles que arrumou, fui numa van, me deram berço, roupa, enxoval, tudo novo, não deram nada velho, tudo novo, foi um sonho. Fiquei 1 ano e um mês lá, em Guaratinguetá e 1 mês na de Piritubas”. (Participante 6)

Sobre a unidade temática **Crenças Teleológicas**, pode-se pensar no enfrentamento da hospitalização baseado em crenças teleológicas e de razão necessária sendo melhor visualizado no depoimento abaixo:

“... eu refleti ... eu pedi pra Deus ajuda, não só porque eu tava internada, peço a Deus sempre, é o único que me acompa-nha em toda a minha caminhada se eu to viva até hoje foi por causa de Deus...” (Participante 6)

Ligada a ao suporte através das práticas religiosas, foi observado resultado semelhante ao enfrentamento de mulheres que lidavam com a condição de soropositividade de forma mais adaptativa e, ao fazerem uso de sua religiosidade, faziam-no de forma positiva, buscando na religião o cuidado, a ajuda e força nesse período (SEIDL; ZANNON, TRÓCCOLI, 2005).

A **Inclusão Social** pode ser compreendida como um suporte via inclusão social, respeito e incorporação no convívio social, exemplificado no recorte abaixo:

“Cheguei aqui eu pedi ajuda porque eu queria ficar com a minha filha, mas eu não tinha condições, aí eles me ajudaram a conquistar um hospital de recuperação de drogas, uma clínica, tive alta e fui eu e minha criança pra lá, nossa, foi o meu dia mais feliz aqui”. (Participante 6)

A impessoalidade que rege o atendimento nos serviços públicos de saúde do País (GARBIN et al, 2009), que embrutece as relações no dia a dia, e remete à falta de preparo específico dos profissionais, diferentemente do que foi percebido na UETDI pela participante, um atendimento que engloba bio-psico-socialmente os pacientes atendidos.

A unidade **Formação Profissional** indicou como esta formação auxiliou a paciente como apoio à permanência nas Instituições que ela ainda passou, conforme pode ser indicado no trecho abaixo:

“... como coordenadora lá, fiz o curso, fui uma das melhores cozinheiras de lá...” (Participante 6)

Esse conteúdo é referente ao suporte oferecido pela equipe profissional no sentido de uma organização de aspectos práticos de sua vida cotidiana, necessários à melhoria de seu estado de saúde.

4.3.8 Exclusão

Considerando a subcategoria Exclusão, encontramos respostas sobre Condições de vida pela qual houve privação da pessoa de contatos e funções sociais exercidas. Essa subcategoria foi desmembrada em duas unidades temáticas: **Família** e **Cuidados Maternos**.

Relacionadas à **Família** a participante 06 pode expressar respostas referentes ao suporte afetivo como desdobramento do encontro profissional-paciente com alusão ao equilíbrio e vínculo entre o profissionais de saúde. Os seguintes trechos exemplificam:

“Primeiro foi para minha amiga chamar a ambulância, depois aqui no Hospital quem mais me ajudou foi a direção, a Regina Brito e as enfermeiras, como uma família que eu não tenho. A minha mãe quando ela descobriu que eu era portadora, a minha mãe se desfez de mim.” (Participante 6)

“Eu não recebi visita, conheci algumas pessoas que eu gosto de falar que é minha família, eu gosto de quando eu conheço alguém diferente, igual hoje, eu gosto das enfermeiras, eu me sinto bem, parece que eu to em casa, eu falo que aqui é a minha casa, eu venho pra cá eu saro rapidinho” (Participante 6)

Figueiredo (2007) destaca que não podemos esquecer o papel que a família desempenha nessa relação com o processo saúde/doença, pois ela incorpora elementos essenciais ao enfrentamento desse processo.

Sobre a unidade temática **Cuidados Maternos**, reúnem-se as respostas relacionadas a ambivalência frente a separação dos filhos e à falta de contato e a impossibilidade, pela pobreza, de manutenção/criação das crianças, como pode ser indicado no trecho a seguir:

“Faz tempo já que eu sai da cadeia, eu so-fro porque eu posso não sentir muito a falta dos meus filhos porque eu sou mais sozinha, só que os meus filhos sente a minha e aí eu sinto. Mas eu não posso fazer nada, eu sou uma pessoa muito pobre, e a mãe me criou, apesar de fazer o que ela fez, ela é mãe, eu prefiro que minha mãe seja feliz e eu não. Aqui eu fui feliz, que nem eu te contei”. (Participante 6)

Os cuidados maternos em mulheres com HIV/Aids podem deparar-se com hostilidade e rejeição, mesmo das pessoas mais próximas. (BOTTI, 2009)

4.3.9 Readaptação

Esta categoria indica um movimento para uma aproximação da participante que é prejudicado por objeções de familiares, como indicada pela sua unidade temática **Objeções de Familiares**.

Esta unidade, **Objeções de Familiares**, diz respeito ao movimento para uma aproximação e retomada de contatos, mas que é prejudicado por objeções de familiares a esta aproximação, como pode ser visualizado no recorte a seguir:

... só que depois disso eu queria ir embora e fui para a casa da minha mãe, a minha mãe me aceitou bem, só a minha família que não, sei lá como que eu falo, igno-rância sei lá, as vezes o meu padrasto era esquisito, eu preferi trocar a minha felicidade...”
(Participante 6)

A continência dos familiares, entendida aqui como sensibilidade para identificar necessidades, sentimentos e perspectivas de enfrentamento da doença, foi indicada como falha. O relacionamento afetivo é fundamental para a satisfação de uma das necessidades básicas do ser humano, de se sentir acolhido e amado entre os mais próximos. (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005).

4.3.10 Satisfação

Esta categoria refere-se às condições oferecidas pela Unidade – UETDI - que foram de encontro com as necessidades atendidas durante a internação hospitalar. Nesse sentido foi criada uma unidade temática denominada **Apropriação**.

Apropriação refere-se à identificação de elementos de qualificação psicossocial na Unidade de Atendimento, subsidiários à associação da pessoa ao tratamento, envolvendo conjugação de esforços e apropriação de um local de apoio, vivência e interação durante a hospitalização, exemplificado nos recortes abaixo:

“Aqui a UETDI, melhor que essa só outra dessa ... É bom, a única coisa que eu posso falar é que melhor que essa, só outra dessa, é diferente dos outros lugares aqui a gente se sente na casa da gente, não tem como falar que aqui é um hospital. Não é porque eu sou carente de família, mas eu vou falar pra você, quando eu vou para outro hospital eu passo mal, agora aqui, não tem pra ninguém. Melhor hospital que eu conheci na minha vida, é a minha família que é esse hospital.” (Participante 6)

“Aqui eu to bem, eu tomo soro, suplemento, me alimento bem, entendeu, eu me sinto bem aqui, é, eu me sinto bem aqui sabe, as meninas trata a gente bem.” (Participante 6)

Relativas à necessidade de atenção que o paciente soropositivo expressa, que vai além de informações sobre o seu estado de saúde, perpassa também pela questão do sentir, da aproximação e da afetividade. (COSTA, 2006)

4.3.11 Vulnerabilidade Feminina

Considerando esta categoria temática, a **Vulnerabilidade Feminina**, entendida como aspectos que predispõem às vicissitudes de exclusão de gênero e fragilização, tornando-a mais suscetível a violência e também a infecção do HIV, compreendemos a unidade temática **Relações Conjugais**.

Relações Conjugais compreende respostas ligadas a papéis de gênero, evidenciando uma grande vulnerabilidade das mulheres à infecção por HIV, melhor visualizado nas locuções a seguir:

“Ah, eu não aceito ter pegado essa doença de um homem que eu amei tanto, primeiro namorado, sabe, é uma revolta, eu tenho as minhas filhas, é revoltante. Primeiro namorado, marido e agora viúva, descobri nos exames de gravidez da T, da mais novinha, e quando eu descobri foi um choque, e ele como era mais fraco de espírito, morreu, e eu não, eu falei eu tenho que ficar porque eu tenho um bebê, e to aí até hoje cuidando dela” (Participante 7)

“Cuidei de muita gente, mas não pude cuidar do meu marido, porque ele morreu matado, levou um tiro, daí eu que fiquei doente. Ele arranhou uma menina, uma boneca por aí que queria que ele fugisse com ela, mas daí deu confusão, ele disse que não ia se separar da mãe dos filhos dele e daí ela acabou matando ele, e ele era bom pra mim. Era bom.” (Participante 10)

A vulnerabilidade feminina tem sido assinalada pela subordinação da mulher ao desejo masculino, sendo determinada por relações conflituosas com sua própria sexualidade. A identidade feminina constrói-se a partir de determinantes culturais e sociais que reforçam o *amor* como uma espécie de proteção, estabelecendo riscos frente às doenças sexualmente transmissíveis e à Aids (BOTTI, 2009). O uso de preservativo, ainda é uma prática não usual, mesmo nas mulheres que frequentemente procuram os serviços de saúde, indicando que a autopercepção de risco não determina a mudança de comportamento em relação à doença (CARNEIRO et al, 2009).

4.3.12 Condições de Vida

Esta subcategoria temática se refere à maneira de viver e se posicionar frente às adversidades da vida, sendo a unidade temática a **Desagregação**.

A unidade temática **Desagregação** diz respeito a processo de fragmentação e perda da continuidade do modo como estava conduzindo sua vida num momento anterior

“Ah, eu não sei! Me deu febre, bebi muita coisa gelada, muita dor também. Sabe, eu bebia muito sabe como é? Ficava tontinha, usava umas coisas (não compreendo) na época. É, usava crack, bebia pinga. Mas daí depois eu tive foi um problema foi no braço, olha o que aconteceu no braço (mostra as deformidades do braço).” (Participante 8)

“Sair andando para beber. Naquela época eu fiquei viúva né, eu senti falta dele, falava pros meninos, e eu também perdi uma menina minha, na mesma época, 17 anos, aí eu chorava muito, e eu bebia, e o meu caçula me beijava e cuidava de mim, precisava ver que gracinha, ele ia no bar e falava mãe vamo embora mãe, e me buscava lá, e dessa vez agora foi a diarreia que me deu, vim fazer consulta e o médico me internou, eu não tava boa, não posso ir embora. Agora eu tomo o remédio direitinho e to aqui.”(Participante 10).

Além da convivência inesperada com a doença, passaram a sentir perdas e dificuldades, como conflitos pessoais e sociais, enfim, estas situações somadas as outras tantas enfrentadas, eram tidas como vultuosas e sem perspectiva de melhora, além da constante relação entre a doença e a morte. (CARVALHO; GALVAO 2008)

4.3.13 Adesão

Esta subcategoria temática se refere adesão no sentido de questões relacionadas às dificuldades da manutenção do tratamento, neste sentido foram criadas duas unidades: **Descontinuidade** e **Medicação**.

Relativo à unidade **Descontinuidade** entendido como as dificuldades para manutenção no processo de adesão ao tratamento, foi encontrada a seguinte locução:

“Ah, hospital nunca é bom né, a gente quer estar em casa com saúde, mas como eu me deixei com os remédios, acabei pegando uma pneumonia e to aqui. Aí é lógico que a gente prefere a casa da gente, mas eu tomava remédio a mais ou menos 10 anos certinho, eu engordei, fiquei bonita e depois, de 2 anos pra cá eu

comecei a bagunçar, tomava e não tomava, fiquei quase um ano sem tomar e foi aonde eu me fui debilitando, fiquei magrinha, perdi 8 kilos, e, aí deu a pneumonia.” (Participante 09).

São conteúdos relativos à potencialização de dificuldades para adesão ao tratamento. A primeira vertente seriam as dificuldades relacionadas à medicação, como a complexidade da administração do coquetel, dada a diversidade e instabilidade da prescrição e disponibilidade do medicamento. A dificuldade de enfrentamento da doença acaba gerando entre os doentes um prejuízo ao próprio tratamento, muitas vezes ligada a situações de estresse decorrentes do adoecimento (CARVALHO; GALVAO, 2008).

Medicação é uma unidade relacionada a aquisição de aprendizagem informal acerca do tratamento através da vivência da hospitalização, incidindo na adesão ao tratamento, como pode-se verificar nas locuções abaixo:

“O fato que nem, eu quero sair daqui bem, eu não quero ir pra casa assim tendo algum probleminha, inclusive aqui tá sendo bom porque eu tô tomando os remédios todo dia, certinho e eu tô vendo que não é um bicho de sete cabeças, entendeu? Então, quando eu chegar em casa eu já vou dar continuidade, só que eu tenho que ter a cabeça muito firme pra não parar, porque se eu parar aí como é que faz?” (Participante 09).

São conteúdos referentes à busca de redução dos complicadores da adesão, incluindo a busca por apoio profissional ou de apoio de pessoas sentidas como cuidadoras, ou seja, aquelas que dão suporte afetivo e instrumental ao portador; relacionamento com os profissionais de saúde que o atende, incluindo questões como a capacidade de continência e os vínculos estabelecidos.

Sabemos que, mesmo para os pacientes que sabem que estão contaminados há anos, a introdução da HAART significa uma mudança na vivência da contaminação. Esta indicação representa um limiar no curso da infecção, marcando a degradação constatada dos parâmetros biológicos. (VASCONCELLOS; PICARD; ICHAI, 2003).

4.3.14 Impacto Psicológico

Considerando a subcategoria Impacto Psicológico, que compreendeu a unidade temática **Respostas Afetivas**, ligadas ao impacto subjetivo e seus desdobramentos frente ao período de internação e tratamento.

As **Respostas Afetivas** referem-se aos estados subjetivos e/ou manifestação de estados afetivos frente à infecção HIV, melhor visualizado no trecho a seguir:

“Ah, eu sinto muito medo, eu tenho muito medo, medo de tudo, sabe, muita tristeza, não tenho mais alegria, depois que eu fiquei sabendo da minha doença eu não tenho mais alegria.”
(Participante 09).

Esse conteúdo refere a processos de incorporação por aceitação e compreensão das novas condições vivenciadas. As respostas afetivas podem estar ligadas também a apropriação, e esta é realizada com a efetiva participação da pessoa, sendo relativa à construção conjunta de elementos de enfrentamento da soropositividade. A síndrome do medo de si mesma e da própria imagem atormenta a pessoa contaminada com o vírus, pois o sofrimento físico, as doenças oportunistas tão temidas lhe roubam suas forças e aniquilam seu corpo (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005), o que fica evidenciado numa internação hospitalar.

4.3.15 Origem do Contágio

Esta categoria refere-se às incerteza quanto à determinação da origem do contágio por HIV devida a multiplicidade de parceiros, como pode ser compreendida na unidade temática **Promiscuidade Sexual**.

Sobre a unidade temática **Promiscuidade Sexual**, sendo que promiscuidade aqui entendida como um comportamento sexual humano, de sexo casual entre pessoas conhecidas ou não conhecidas entre si, levando a comportamentos de risco para a infecção do HIV, como pode ser exemplificado no recorte a seguir:

“Sabe, eu fiquei sabendo de um jeito, eu fiquei 18 anos casada, depois conheci um rapaz mais novo que eu, ele morou comigo por 6 anos, mas ele foi, eu não posso falar que foi dele, ele tinha tido uma namorada que tinha namorado um traficante, então eu não

sei se foi dele, o Dr. falou para eu ir atrás e falar pra ele, mas eu não sei né, então, porque transfusão de sangue eu não fiz, então foi de relação sexual mesmo né.” (Participante 09).

O maior medo que ronda as mulheres contaminadas é aquele silenciado por elas, trazendo à tona o seu passado, mesmo que este não possa se dissociar de sua vida presente. A estigmatização da doença que remete a condutas de contravenção e do próprio descuido em não proteger-se em suas relações sexuais, reacende o medo, a culpa de ser julgada pelo seu companheiro/marido e pelos próprios filhos, pois é da culpa e, conseqüentemente do castigo que se formula a natureza do HIV/AIDS (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005).

4.3.16 Auto-estima

A Auto-estima compreendida aqui como respostas relacionadas a incidência do contágio por HIV nas relações e determinações de gênero, com referência a auto-estima e, sendo compreendida na unidade temática **Menos Valia**.

A **Menos Valia** entendida como sentimentos de inferioridade e rejeição que incidem sobre a auto-imagem e auto-estima, exemplificado no recorte abaixo:

“...mesmo porque eu sou assim, eu to me sentindo um lixo, eu me sinto assim, a pior mulher do mundo (chora). Namorado eu não quero nunca mais, mas sabe, eu to me sentindo muito péssima, assim sabe, a auto-estima minha ta muito baixa, to me sentindo a pior mulher do mundo.” (Participante 09)

Esta realidade carregada de desesperança faz com que a mulher mergulhe na sua solidão e amargura, perdendo o interesse pela vida, entregando se à dor do medo e da discriminação que remetem à perda do apreço, da amizade verdadeira e do convívio social (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005).

4.3.17 Enfrentamento

Esta subcategoria temática corresponde a respostas relacionadas à interiorização e busca ativa e instrumental por mudanças decorrentes do convívio com HIV/aids, nesse sentido foram criadas duas unidades: **Apoio Psicológico** e **Apropriação do Silêncio**.

A unidade temática **Apoio Psicológico**, entendida como uma busca de elementos para recuperação de condições psicológicas para a redução de danos, como pode ser verificada no depoimento abaixo:

“É por isso que eu vou precisar mesmo um acompanhamento de psicólogo pra me ajudar” (Participante 09)

Os limites descritos vão de encontro ao desenvolvimento de teorias e técnicas específicas para a atenção às pessoas hospitalizadas, que em sua grande maioria apresentam demandas psicológicas associadas ao processo doença-internação-tratamento, tanto como processos determinantes quanto como reações que podem agravar o quadro de base destes pacientes, e/ou impor seqüelas dificultando ou mesmo inviabilizando seu processo de recuperação. (SEBASTIANI; MAIA, 2005)

O resgate do cuidado não é uma rejeição dos aspectos técnicos e nem do processo científico. O que se pretende ao relevar o cuidar é enfatizar a característica de processo interativo e de fluência da energia criativa, emocional e intuitiva que compõe o lado artístico, além do aspecto moral. (COSTA, 2006)

Ainda na subcategoria Enfrentamento encontra-se também a unidade temática **Apropriação do Silêncio**, sendo uma busca por momentos de apropriação do silêncio como forma de vivência e enfrentamento do HIV/aids como pode ser assinalado no trecho abaixo:

“Ah, receber visita é mais ou menos. Porque eu não to querendo ficar muito tempo conversando sabe, olha a foto da minha família ali na parede ...ficar um pouquinho é bom, mas ficar 4 horas conversando me cansa sabe, nem a televisão eu to ligando, eu sabe, tem programa bom e tem programa que eu não gosto não e tem uma coisa também saber que eu to gostando de fazer que é ficar de olho fechado...” (Participante 09)

O estigma da HIV/AIDS, alicerçado sobre o sentimento do preconceito e do medo, levam a pessoa a buscar estratégias de sobrevivência social, mergulhando, muitas vezes, no silêncio (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao falar sobre a primeira internação algumas associações acerca do momento da descoberta da doença informam sentimentos como o medo da morte, vergonha, abandono, solidão, tristeza e ansiedade. Nossos resultados mostraram o impacto do diagnóstico positivo para o HIV, ocasionando uma sobrecarga emocional, que culmina com rupturas, desordens e desorientações no modo de vida da mulher.

Adoecer é percebido como uma ameaça à integridade da vida das pessoas, gerando angústia e medo. A primeira internação em consequência de doenças oportunistas de portadores de HIV, advindas do enfraquecimento imunológico, marca o fim de um período em que a doença não se apresentava concretamente. Considerando o momento anterior do diagnóstico inicial, a primeira internação pode ser vivenciada como um novo impacto, pois o fato de a pessoa ter o diagnóstico que está contaminada por HIV também provoca mudanças no seu modo de vida. A fragmentação do ser humano levou às várias especialidades, sendo que a saúde do corpo é cuidada pela medicina, a da alma na psicologia e a do espírito na religião (COSTA et al, 2006), sendo que no momento da internação foi relatada a vivência, via trocas com os profissionais e familiares, de uma reintegração e uma tentativa .

As mulheres chegaram ao diagnóstico por diferentes circunstâncias, seja por solicitação médica decorrente de sintomatologia manifesta (doenças oportunistas) ou diante do diagnóstico do companheiro, porém, o efeito é devastador para todas. Para aquelas que a transmissão ocorreu por relações sexuais com parceiro fixo e único, significava distância do risco de transmissão, fica um sentimento de traição (CARVALHO; GALVAO, 2008). Conhecendo as vivências e as representações sobre o período de internação, no sentido de melhoras para futuros atendimentos intervenções, que podem também ser úteis na tomada de decisão frente a internações para o diagnóstico e/ou tratamento de condições clínicas conseqüentes à infecção pelo HIV, permitindo assim um maior empenho nas intervenções a elas dirigidas. (THULER, 1998).

Os dados apontam que essas mulheres continuam sem perceber os riscos a que estão expostas, sobretudo em suas relações afetivo-conjugais, mostrando uma contradição do espaço familiar, que, supostamente, deveria ser o espaço da afeição, o lugar de crescimento conjugal e onde um considerável número de mulheres se tem contaminado com o vírus HIV/AIDS. (NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO,

2005). É necessário que os serviços incorporem intervenções que promovam a saúde dos portadores de HIV e, incluam ações que desenvolvam habilidades de busca e recepção de apoio social, bem como capacidade de fazer negociações nas relações entre homens e mulheres.

Em 1998, Thuler descreveu e atentou para o aumento do período de tempo entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e a hospitalização e o aumento do percentual de pacientes que já apresenta condições clínicas definidoras de aids no momento da hospitalização, o que pode ser considerado como indicador de uma maior e melhor utilização da rede ambulatorial. Considerando a integralidade da assistência à saúde, no que se refere à saúde reprodutiva, esses serviços deveriam orientar um trabalho de equipe integrado, por meio de espaços coletivos, para a discussão, troca e aprendizado conjunto dos profissionais, contribuindo para um trabalho efetivamente integrado e integral. Nessa perspectiva, várias questões difíceis e complexas são resolvidas individualmente. Essas poderiam ser compartilhadas, refletidas, amadurecidas e implementadas coletivamente, o que certamente atenderia com maior eficácia as necessidades das pacientes, tornando o trabalho em saúde mais gratificante para todos os envolvidos.

A postura dos profissionais possibilita mudanças efetivas em suas práticas, no que concerne a uma assistência mais humanizada. Entretanto, é importante ressaltar que isto se deve ao fato de tratar-se de uma instituição não só de assistência, mas também de ensino, na qual o saber, ao mesmo tempo em que é reproduzido, é transformado, numa relação dialética com o meio social no qual ele se insere. Essa instituição tem um histórico de militância na assistência a esta população, em parte, por ter sido uma das primeiras a atender pacientes com HIV/aids no Estado de São Paulo. Nesse sentido, a experiência e adequação do espaço para o melhor atendimento da paciente que chega para a internação, e, pensando que o relacionamento com a equipe da unidade representado como importante para o restabelecimento da saúde durante o período de internação.

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, persiste a idéia de aids como morte, seja física ou dos projetos de futuro. A hospitalização concretiza esta nova fase, sintomática, que torna real essa ameaça a integridade física, e suscita tal como a notícia da soropositividade, tentativas de compreensão desta nova realidade. Ao compreender como as mulheres percebem o adoecimento, como sua história de vida e seus papéis

sociais influenciaram o curso para a procura de tratamento ou não, pode conduzir algumas reflexões acerca da complexidade da adesão do portador de HIV ao tratamento e seu autocuidado.

A realização deste projeto levou ao reconhecimento de possibilidades e pretende oferecer subsídios e desdobramentos para os profissionais de saúde que lidam diretamente com os pacientes durante a hospitalização e com a comunidade que os recebem na volta para casa. A família, principalmente, sente o efeito da hospitalização, pois a mulher portadora de HIV não deixa de ser cuidadora, mudando de papel neste período.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, E. M.; BAMMANN, R. H. Pain in hospitalized HIV-positive patients: clinical and therapeutical issues. **Braz J Infect Dis**, 9 (3), 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702005000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 Março 2010.

ALMEIDA, A. M. O; CUNHA, G. G. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 16 n. 1. p. 147-155, 2003.

ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Mar. 2007. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100030&lng=en&nrm=iso>. access on 12 May 2010. doi: 10.1590/S1413-81232007000100030.

ALVES, I. C.; PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. A equipe de enfermagem e o exercício do cuidado a clientes portadores de HIV/AIDS / Nursing and the care for clients having the HIV/AIDS vírus. *Rev. Enferm. UERJ*;12(2):133-139, maio-ago. 2004.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, nov. 2002

BASTIANI, J. A. N.; PADILHA, M. I. C. S. Experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200021&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 abr. 2010. doi: 10.1590/S0034-71672007000200021.

BERTOLLI FILHO, C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos** VI (3), p. 493-522, nov. 1999-fev. 2000.

BOTTI, M. L. et al . Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS: um estudo bibliográfico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0080-62342009000100010.

BRASIL **Boletim Epidemiológico da Aids 2009**. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/dados/bol_aids1.htm. Acesso em: 10/04/2010

BRASIL http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/fios_vid/fios1.htm [15/04/03 12:27:53] Acesso: 07/05/2010.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n.2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 março 2010.

CAMARGO, L. A.; CAPITAO, C. G. Reflexões e propostas acerca da avaliação psicológica no contexto HIV/Aids. **Rev. SBPH**, jun. 2009, vol.12, no.1, p.71-84. ISSN 1516-0858.

CARDOSO, G. C. P.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10, p. 152-161, 2005.

CARNEIRO, W. S ; RODRIGUES, J. A.; FELIX, M. R ; ATHAYDE, A. C. R ; LÔBO, K. M. S ; VILELA, V. L. R. Título: Percepção de vulnerabilidade feminina ao vírus da Aids na estratégia de saúde da família / Perception of feminine vulnerability to the virus of Aids in the family strategy health Fonte: **DST j. bras. doenças sex. transm**;21(3), 2009.

CARVALHO, C. M. L.; GALVAO, M. T. G.. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2008, vol.42, n.1 [cited 2010-05-15], pp. 90-97. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0080-6234. doi: 10.1590/S0080-62342008000100012.

CASSIANI, S. de B.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 75-88, dezembro 1996.

CORTOPASSI, A. C.; LIMA, M. C. P.; GONÇALVES, I. J. Percepção de pacientes sobre a internação em um hospital universitário: implicações para o ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 30 (2), 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03 Março 2010.

COSTA, D. A. M.; ZAGO, M. M. F.; MEDEIROS, M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 5, out. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 fev. 2011. doi: 10.1590/S0103-21002009000500006.

COSTA, J. P. da et al . Expectativas de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados, quanto à assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm., Brasília**, v. 59, n. 2, Apr. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0034-71672006000200010.

CRUM-CIANFLONE NF et al. Trends and causes of hospitalizations among HIV-infected persons during the late HAART era: what is the impact of CD4 cell counts and HAART use? **J Acquir Immune Defic Syndr** (online edition), 2010. Acesso: 10 de maio de 2010.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia em estudo**, 11 (1), p.155-164, Abr 2006.

FIGUEIREDO, M. A. C. Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e Interpretação dos resultados. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. (Orgs) **Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa**. Legis Summa, Ribeirão Preto, 1998 (p. 51-70).

FIGUEIREDO, M. S. L. Quadros iniciais das características psicossociais de portadores HIV. In: TURATO, E. R. (Org) **Psicologia da Saúde: Estudos clínico-qualitativos**. Cabral Editora e Livraria Universitária, Taubaté, 2003 (p. 41- 71).

FIGUEIREDO, M. A. C. Avaliação de um programa de orientação e suporte psicossocial ao cuida domestico de pessoas que vivem com HIV/aids. Um estudo com base na tríade paciente/profissional/familiar. **Projeto de pesquisa aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**. 2004-2007.

FINKELSTEIN, V. J. Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea. **Psicol. cienc. prof.** [online]. jun. 2007, vol.27, no.2 [citado 12 Abril 2010], p.266-275. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, Jussara. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Apr. 2004 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Apr. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200010

GARBIN, C. A. S et al: Percepção de pacientes HIV-positivo de um centro de referência em relação a tratamentos de saúde / Percption of HIV-positive patients from a referral center for health care Fonte: **DST j. bras. doenças sex. transm**;21(3), 2009

GIACOMOZZI, A. I.;CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicol. teor. prat.** [online]. jun. 2004, vol.6, no.1 [citado 05 Maio 2010], p.31-44. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000100003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-3687.

GIR, E.; CANINI, S. R. M. S.; CARVALHO, M. J.; PALOS, M. A. P.; REIS, R. K.; DUARTE, G. A parceria sexual na visão de mulheres portadoras do vírus da

imunodeficiência humana – HIV DST – **Jornal Bras Doenças Sex Transm** 18(1): 53-57, 2006

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**, 18 (5), 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 fevereiro 2010.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R.. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 1, July 2009 Available from<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000700013&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr. 2010. doi: 10.1590/S1020-49892009000700013.

HEBLING, E. M.; GUIMARAES, I. R. F. Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 abr. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500014.

HELENO, M. G. V.; SANTOS, H. Adaptação em pacientes portadores do Virus da Imunodeficiência Humana - HIV. **Psic., Saúde & Doenças**. [online]. jul. 2004, vol.5, no.1 [citado 16 Maio 2010], p.87-91. Disponível na World Wide Web:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1645-0086.

KÜBLER – ROSS (2000). **Sobre a morte e o morrer**. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes.

LIGNANI JUNIOR, L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 495-501, dez. 2001.

LOURENCO, S. R. P. N.; AFONSO, H. G. M. VIH no feminino: vivência psicológica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, fev. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 abr. 2010. doi: 10.1590/S0034-71672009000100018.

MALBERGIER, A.; SCHOFFEL, A. C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Rev. Brasileira Psiquiatria**, 23 (3), 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 Abril 2010.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1994. 269p

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A. e BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 (1), p. 7-17, 2000.

NASCIMENTO, A. M. G.; BARBOSA, C. S.; MEDRADO, B. Women from Camaragibe: social representation of women's vulnerability in times of AIDS. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07/03/2010.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. Poverty and HIV/AIDS: anthropological and sociological aspects. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro vol.16 suppl.1 pp. S89-S102. 2000 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700008&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 21 março 2010.

OLIVEIRA, L.A. et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. **Ciência saúde coletiva**, 10 (3), p.689-698, Set 2005

PAPSI sob coordenação de FIGUEIREDO, M.A.C. Avaliação da prática comunitária de agentes de saúde da família. Um estudo com equipes multiprofissionais e usuários na cidade e região de Ribeirão Preto, São Paulo. **Projeto de pesquisa aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**. 2007-2010.

PRACA, N. S.; LATORRE, M. R. D. O.; HEARST, N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, Oct. 2003. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500001&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2010. doi: 10.1590/S0034-89102003000500001.

RAVETTI, C. G.; PEDROSO, Ê. R. P. Estudo das características epidemiológicas e clínicas de pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana em Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 42, n. 2, Apr. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Apr. 2010. doi: 10.1590/S0037-86822009000200004.

RIBEIRO, D. F.; FIGUEIREDO, M. A. C. A devolução do diagnóstico positivo do HIV e a formação do profissional de saúde. **Departamento de Psicologia e Educação**, FFCLRP USP, Ribeirão Preto, 1996.

SALDANHA, A.A.W. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. **São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo; 2003

SANTOS, N. J. S. et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 5 (3) p.286-310, Dez 2002.

SANTOS, N. J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, 36 (4) supl, p.12 -23, 2002.

SANTOS, N. J. S. et al . Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 fev. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2009001400014.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, 20 (supl.1), 2005 Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Março 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. & TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicol. Reflex. Crit**, 18 (2), p.188-195, Ago 2005.

SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de et al . Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600003&lng=en&nrm=iso>. access on 15 May 2010. doi: 10.1590/S0034-89102004000600003.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, 9 (3), p. 300-308, jul./set. 1993.

THULER, L. C. S. et al . Infecção pelo HIV: descritores de mortalidade em pacientes hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, Dec. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000600011&lng=en&nrm=iso>. access on 15 May 2010. doi: 10.1590/S0034-89101998000600011.

TUNALA, L. G.; Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Rev. Saúde Pública**, 36 (4), 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Março 2010.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, June 2005 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso>. access on 12 May 2010. doi: 10.1590/S0034-89102005000300025.

UNAIDS: UNAIDS. **Report on the global AIDS epidemic**. Geneva; 2009. UNAIDS. Acesso em: 19/04/2010.

VASCONCELLOS, D.; PICARD, O; ICHAI, S. C. Psychological conditions for HAART. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 25 (2), 2003. Disponível

em://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07/04/2010.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200021&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 abr. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X1999000200021.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa *Representações sobre o período da primeira internação hospitalar na perspectiva de mulheres HIV positivas*. O objetivo deste estudo é identificar o que as mulheres HIV positivas pensam sobre a primeira internação hospitalar.

Você foi selecionada por estar internada no hospital pela primeira vez em decorrência de uma doença oportunista, e já saber as causas de sua internação, assim como já estar sendo tratada.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o tratamento a que está sendo submetida.

Sua contribuição nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista – como entrevistada – a respeito do período de internação e sobre o que você pensa neste momento.

Não há riscos previsíveis relacionados com a sua participação.

As informações que serão solicitadas sobre sua identificação serão mantidas em sigilo e você deverá escolher um nome fictício para ser utilizado no decorrer da entrevista. Sua entrevista será realizada individualmente, no dia e hora que forem mais convenientes para você, em local reservado. As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas seu nome não será revelado em nenhum momento. Depois de transcrita, a fita com a entrevista gravada será devolvida para você.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Iara de Moura Engracia Giraldi
Pesquisadora responsável

Prof. Drº Marco Antônio de Castro Figueiredo
Orientador

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia e Educação
Av. Bandeirantes, 3900 - CEP 14040-901 -Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP – Brasil
Tel. 0xx16 3602-3726 , 0xx16-3602-3786

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante

Obs.: Esse termo será arquivado e mantido em sigilo.

APÊNDICE B

Entrevista – UETDI – sala da psicologia

Data: 09/03/2010

D. Cida – 46 anos, sabe que é portadora desde 1999 (11 anos), foi internada pela primeira vez por 29 dias em abril de 2004, com o diagnóstico e posterior tratamento de meningite. Foi internada mais duas vezes. Divorciada, mora com o atual companheiro, tem 2 filhos, mas não tem contato desde que descobriu ser portadora, hoje eles tem por volta de 20-25 anos.

Fase Evocação:

- Sabia que era meningite, sou enfermeira
- Não me conformava
- Nunca tinha ficado internada
- Sozinha
- O que ia acontecer?
- Medicamentos faziam mal
- Isolamento

P: Pesquisadora

C: Cida

P: D. Cida, a primeira coisa que a senhora me falou foi que a senhora tinha uma noção de que era meningite né, como foi isso?

C: Os sintomas?

P: É, como é que a senhora sabia que era meningite...

C: Porque eu comecei a ter muita dor de cabeça, eu senti dor de cabeça 16 dias direto, e ela não passava, por nada, de jeito nenhum, todo remédio que eu tomava não resolvia, aí...assim, chegou uma quarta-feira e eu comecei a passar muito mal, a vomitar, vomitando água e aí, uma febre muito alta, aí eu falei pro meu marido né, eu to com meningite. Ele falou, não, como é que você sabe, eu disse que eu não to bem, o sintoma que eu to sentido é de meningite, eu to vomitando, muita dor de cabeça, a dor não passa, a febre não baixa, eu falei assim, eu vou pro hospital e como eu trato aqui, daí falei com o médico e ele falou assim que pode ser uma sinusite...aí eu falei, não é, é uma meningite porque eu to com os sintomas, mas a nuca não ficou rígida, a nuca não enrijeceu...

P: Não enrijeceu?

C: Não, não enrijeceu a nuca nem nada, aí...conforme né, fui fazendo os exames, aí tirou líquido, que eu acho que foi assim, de tudo, foi o pior que eu passei, um exame horroroso, eu não tava internada, mas por nunca ter feito punção medular, eu até fui, a dor era tanta que eu queria mais era melhorar, aí eu fiz a punção, aí ele falou que era meningite mesmo, aí eu queria tratar em casa, mas em casa não podia, tinha que ficar internada e eu vim, me internei naquele dia mesmo e...aí era só choro.

P: Só choro?

C: Eu não me conformava de ficar internada, eu pensava assim, em casa eu me cuido, eu dou um jeito e ele falou que não, que eu tinha que tomar o medicamento aqui, foi uma internação difícil, porque é a (nome do remédio) que toma, é o medicamento, e eu só vomitava, não aceitava comida, é, e começou a sair, já tava saindo bem antes do meu corpo, já tinha mancha roxa, e...e...aquelas manchas pra mim ou era nervoso, ou era...não era coisa séria, aí começaram que o médico que me atendeu, nossa, eu devo tudo a ele, eu devo a deus por tá viva e a ele, porque ele se empenhou demais em tratar de mim, e aí ele via aquelas manchas e o medicamento que eu tomei...aí, eu tava tendo hemorragia, é hemorragia, e aí ele falou assim que as plaquetas tão quebrando tudo, não tava tendo como me segurar, não sei, fizeram um exame e falaram que tava tudo baixo, aí tomei 5 bolsas de sangue, 9 plaquetas, 10 plaquetas, tomava plaqueta quase que direto, cada plaqueta que eu tomava as noite era horrorosa, que cada plaqueta que eu tomava passava uma vez, cada plaqueta que eu tomava eu tremia, ficava pulando na cama, assim como que o corpo quebrava...não me conformava

P: Então foi muito difícil...

C: Foi...

P: A senhora não se conformava...

C: É porque não...o tempo de recuperação que eu vejo a vai fica e tal, essa, nossa, eu via que tava melhorando, aí o médico chegava e falava assim vamos ver as manchas, as manchas tava em mim ainda, as manchas nunca ia embora, e cada mancha que saía eu só tinha uma explicação, eu to com câncer. Eu pensava, além da meningite que me deu, porque a defesa caiu, e pensava eu to com câncer porque as manchas não para, as plaquetas não para de quebrar, não consigo segurar o sangue, nem plaqueta, to com câncer. Aí foi quando ele pegou, aquelas equipes médicas que vão no quarto, em visita, um dos médicos sugeriu de fazer mielografia. Fazer a punção da medula, do sangue, aí que foi a pior coisa que eu passei em toda minha vida que foi esse exame, que eu não consegui fazer no quadril, eu achava que no quadril seria mais fácil, que eu calculava,

da cintura pra baixo não vai doer tanto as coisas né, no quadril...só que eu não consegui e fiz no peito, aí foi feito no peito né, no tórax...foi é...até hoje eu não me esqueço do exame. Foi o maior trauma, foi aí que ficou assim (mostra a cicatriz)...quando as pessoas fala, como minha irmã, você já passou muita coisa: já teve gripe fungica, já teve tuberculose na pele, já teve um monte de coisa, aí eles falam assim, mas o pior que eu já passei na minha vida foi a mielografia. As pessoas as vezes falam eu fiz, mas pra mim foi o pior, eu não tava bem, meu marido vinha todo dia me visitar, mas eu não tava bem, eu não tava bem porque tava sozinha do mesmo jeito, porque eu tinha que passar aquilo ali, a força de vontade de viver por causa dele era demais, porque eu falava eu tenho que sair daqui, eu tenho que abalar, eu tenho que conseguir, e...depois passado o exame o médico descobriu que era chamado practopenia, é um problema que eu tenho na plaqueta, ausência de plaqueta, é baixo, aí eu tomei os medicamentos que eu tinha que tomar, daí foi melhorando melhorando, aí fiquei ainda 8 meses vindo todo dia no Hospital Dia, vindo todo dia...

P: Todo dia?

C: Todo dia no Hospital Dia.

P: Você ficou 29 dias de internação...

C: Internação direta...

P: E mais 8 meses...

C: Eu fiquei 29 dias, daí eu falei aqui no hospital já é minha casa.

P: Já virou casa?

C: É, eu falava assim, eu vou, eu acho que eu vou morar aqui por um bom tempo, aí quando deu, aí eu falava pro médico, aí quando eu fiquei bem, vi que eu fiquei bem mesmo, eu falava assim, doutor, eu to bem eu posso ir embora? Ele falava calma que a senhora vai ter alta. Quando ele deu alta, eu pensei assim, falou assim amanhã você vai embora, que era o dia 29 certinho, quando ia fazer 30, eu sai quando deu o trigésimo dia, aí ele falou assim agora você tá de alta, aí eu falei aí doutor agora eu vou para casa, aí ele falou vai sim, só que agora você vir todo dia tomar medicamento. O pior desse tratamento era as veia que eu já não tinha mais. Não conseguiam pegar veia em mim, eu já tinha perdido todas as veias, eu que tinha muita veia né, que que era só as meninas pegar e pegava, era facinho, aqui foi matando matando matando, era um medicamento muito forte, foi matando as veia, eu não tinha mais veia, ou vezes dia que eu tava em dia assim, as meninas, nenhuma enfermeira, nenhuma falava não vou aplicar em você, vai embora, porque uma vez picaram eu 23 vezes, elas não queria mais tentar, eu falei não,

vocês vão picar até encontrar, elas não, ninguém agüenta, eu falei pode picar, eu agüento, eu tenho que tomar o medicamento, eu vou tomar. Eu não vou voltar aqui pra ficar internada, eu falei, vai resolver hoje, ela fez...ou então...

P: A senhora não queria ficar internada de novo?

C: Não, eu tenho que sarar! Falo pro médico, olha doutor tem cura? Tem. Eu vou ficar boa? Vai. Então vamo fazer o que tem que fazer, não vou desistir. Aí terminou o tratamento, na pior das hipóteses, era o liquor, era fica colhendo o líquido, tem que ficar indo lá pra ver se morreu o fungo né, e tinha dia de manhã que eu levantava e pensava não acredito que vou lá de novo, que era de segunda a sexta, então eu falava assim, eu ficava o dia todo aqui, tinha vez que não corria, o medicamento, ele poe o medicamento de potássio, porque esse medicamento perde potássio do corpo, é, tudo, daí eles poe a (nome do medicamento) que é o potássio de entrada, ele queima a veia, ele queima o corpo inteirinho, ele queima tanto que que as vezes que queria ir no banheiro com 2 soros e não tinha como ir, não gostava de ficar deitada, achava que sentada era melhor, que queimava o corpo inteiro, passou, a fase horrível dessa internação passou.

P: A senhora falou que nunca tinha sido internada antes.

C: É.

P: Como que foi, porque eu to pensando aqui, eu to ouvindo a senhora falar que o seu marido veio todo dia...

C: Vinha.

P: Como é que era ficar aqui?

C: A gente era morava numa chácara, agente era caseiro, aí, a mulher não aceitava que ele vinha aqui todo dia, as 3 horas pra vir me visitar, ele fazia o trabalho a noite, de sábado ele fazia na parte da manhã, só que ela não aceitava de ele vir todo dia, e aí teve problemas lá com a chácara, perdeu o emprego, alugou uma casa, mas aí quando a gente mudou de casa eu já tava de alta. (toca o telefone muito alto).

P: De alta?

C: É, daí eu falava assim, ele teve problema, ele podia falar pra mim que ele teve problema lá, o patrão que não paga, daí quando foi pra ele ir ver uma casa, de todos os maus, esse foi o mais fácil, esse foi o menos, mas eu falo, ele emagreceu junto comigo, quase 15 kilos de ficar indo e vindo, vinha a pé muitas vezes, vinha de bicicleta as vezes, porque eu tinha auxílio, mas é salário mínimo, ele também ganhava salário, mas no fim não dava pra ficar pagando ônibus todos os dias pra vir aqui né, então as vezes ele vinha a pé, ele tinha que se manter lá, comer lá, que a gente ganhava também a cesta

básica, na época, e, a gente sabia que era muito difícil e...mas foi, eu falava eu tenho que sair daqui, pra isso terminar logo, porque quanto mais eu ficar aqui, mais ele vai ficar vindo, mais vai ficar pior. Mas eu fui muito bem tratada aqui, muito bem, muito bem assistida.

P: É? Como foi?

C: É, eu lembro de quando foi a véspera de fazer esse exame, o médico ficou quase a noite toda sentado comigo no quarto, eu aqui só sabia chorar, sabia que doía, tinha certeza que doía, eu só sabia chorar, eu não queria fazer, eu queria que tivesse um outro método pra fazer, pra eu não passar por aquilo ali, mas não tinha, daí o médico vinha, conversava comigo, eu tive um médico que eu não esqueço até hoje eu não me esqueço dele, ele é um médico dedicado ao paciente, eu falava não quero que você esconde nada, ele falava não vou esconder, primeiro porque você não é leiga e eu não sou de esconder. Eu falava dói? Ele falava dói. E se eu tomar anestesia dói? Doi, você vai tomar e vai doer, e falei até que dor? Daí ele ficava perguntando, me aconselhando, tive amizade das enfermeiras todas.

P: Como que era? A senhora é enfermeira também.

C: Era muito amigas, eu nunca ficava sozinha a noite, que elas ficavam sempre tinha alguém no quarto a noite toda né, e elas muito cuidadosa, pra tomar medicamento, as vezes o medicamento ele parava atrapalhava, tinha colocar no aparelho, o medicamento tinha que rodar, porque a dosagem não podia ser muito alta, se passasse a dosagem e ficava alta, eu passava mal, se rodava a menos, eu perdia a veia, que eles colocava na máquina, que é uma máquina que eles tem, e elas tavam ali toda hora e quando não tinha máquina elas corriam atrás, e se internava algum paciente com algum problema elas corriam e mudavam de quarto e era corre corre e, eu sabia, sentia que tava dando trabalho, e elas não gritavam, então por fim aqui ficou a minha família.

P: E da família de fora, quem vinha?

C: Vinha só meu marido.

P: Só o marido.

C: Só o marido, vinha só ele e tive amigos também, amigos que eu trabalhava pra eles.

P: E como era receber essas visitas? Os amigos?

C: Você sabia que assim, no começo, os primeiros dias foi difícil, mas depois assim com as enfermeiras, eu fui me acostumando, marido todos os dias, médicos todos os dias, então todo mundo já sabia o problema de cada um, daí quando chegava uma com a

cara mais estranha assim, eu falava ih fulana é hora...a partir do momento em que eu fui internada, fui muito bem recebida sim.

P: É?

C: É, muito carinho, muita atenção, eu, é que a gente fica muito assim, sensível, quando ta internada, mas eu fui muito bem tratada mesmo, eu falo, eu falo, fui mesmo, então por fim como só era eu e meu marido mesmo em casa, aí quando vinha esses amigos vinha todo dia, um pessoal que trabalha aqui e que eu trabalhava pra eles. Vinha todo dia me ver uma enfermeira que trabalha no 8 andar, todos dias, e quando eu vinha só tomar o medicamento ela vinha todo dia. Então eu me sentia assim, eu pensava eu sou importante pras pessoas, porque se vem me ver é porque gosta de mim, então eu tenho que melhorar, que ficar boa pra mostrar assim, até pra mostrar minha gratidão, não posso me abater, então a cada dia morriam, pela própria meningite, então todo mundo falava assim, eu via passar as enfermeira cobria, né assim, eu via, até o sistema aqui do hospital que não tinha, eu falava assim já foi, mas eu não vou, as vezes meu marido vinha e me falava assim, é, ó, será que você vai escapar, ele falava né, as pessoas, não vai escapar, ta indo todo mundo que teve, eu falava assim, mas eu não vou, eu não vou, porque eu sinto que eu não vou, eu to desistindo em nenhum momento, eu vou tomar esse medicamento e vai dar certo, e acho que até por isso também os médicos apoiavam, ajudava, tive muita ajuda de assistente social, de psicóloga, da copeira, da faxineira, eu peguei amizade com todos e no fim de tudo, no fim de 2 semanas, 3, eu já era como se fosse a minha família. Se eu via a faxineira vindo, era minha família, eu já me abria com elas, elas perdiam o tempo delas comigo, pra me dar um conselho, pra minar, as enfermeiras mimavam, a copeira mimava, as vezes eu não queria comer alguma coisa, elas não a gente trás, o que você gosta? Uma vitamina, uma sopa, a gente faz. Então eu fui muito bem tratada, acho que foi isso que fez eu...

P: Fez a diferença?

C: Fez muita diferença, e todas as três vezes que eu fui internada aqui foi assim.

P: A senhora fala que nessa primeira vez ainda a senhora se sentia sozinha, mesmo com todas as visitas ainda sentia sozinha. Como era isso?

C: A solidão é, chega uma hora em que você se sente impotente, poxa você trabalhava, será que eu vou poder trabalhar de novo? Será que eu vou sair daqui bem, será que agora eu sair bem, sair andando, preocupação era, será que não vai acontecer mais nada, será que eu tenho que eu tenho que ficar numa cadeira de rodas, ou será que eu vou ter seqüela de alguma coisa? Eu vou conseguir, porque ta todo mundo assim, porque eu me

sentia no fundo no fundo, assim, tudo que tem que passar sou eu mesmo, não da pra falar pra pessoa como passar, que nem, meu marido vinha, eu sentia muito a falta dele, e por morar em chácara, a gente conviveu 12 anos 24 horas junto. Então era mais que minha mãe, era mais que meu pai, né, é pela convivência, pelas 24 horas junto com ele, quando eu tive que largar dele e ficar aqui, não porque eu quis, mas por precisar, eu pensava assim, agora eu vou perder ele de vez, não perde ele assim, dele largar eu, eu vou perder, eu vou ficar aqui, assim, eu não vou morrer, mas e se de repente eu não mais andar, não falar, se eu ficar, se der um problema na cabeça e eu não reconhecer ele mais?

P: Pensando o que ia acontecer comigo?

C: É, é o medo, essa é a solidão, a solidão que eu falo é e se eu ficar com um problema na cabeça eu não ia mais lembrar quem é ele.

P: É uma pessoa muito importante.

C: É, até hoje, é engraçado, serviu como experiencia, porque hoje ele trabalha em obras, em construção civil, então ele fica o dia todo fora, e eu já me acostumei a ficar longe dele, me acostumo a ficar longe dele, se precisar ficar longe uns 2 dias eu consigo, até por causa dessas internação também, mas essa foi a pior porque a primeira porque eu não ficava longe dele nunca, eu era, era só nós dois, sair pra fazer compra só nós dois 24 horas junto, então é como uma mãe e um filho que tira o filho da mãe e fica ali. Que nem, eu não sinto, eu não senti tanta falta dos meus filhos e da minha mãe e do meu pai, como eu senti dele. Porque meus filho morava longe, sempre viveram longe, e ele não, ele era ali, o contato, o companheiro. Então quando ele vinha, pra mim ficava, era assim, eu ligava a televisão, ela ficava ligada e eu sabia que uma certa hora de programa tava na hora de visita, então quando chegava a hora da visita a pressão já ia aumentando, aí eu via as visitas vindo, e eu ficava num quarto que dava pra ver a rampa com as visitas vindo, então eu ficava olhando já, que eu sabia que qualquer momento ele ia subir, que ele já tava vindo. Daí era aquela esperança né.

P: Esperança?

C: É, ele ta vindo, então quer dizer que eu to aqui ainda, que eu to viva, que eu to vendo, eu to em mente ainda, lúcida ainda, porque por causa dos medicamentos você perde a lucidez.

P: Era até o que ia perguntar uma hora, a senhora falou muitos nomes de medicamentos, como era isso?

C: É, porque o medicamento é assim, tem hora em que você parece que não é real aqui, parece que você fica assim, é, é, é como se a pessoa dorme, e dormindo ela tem um pesadelo, e aí, quando ela acorda ela vê que não é verdade, ela apenas teve um pesadelo, como se fosse um pesadelo real ela vive. O medicamento é a mesma coisa, toma a dosagem baixa ou a mistura com outro medicamento, e impressão que a gente não tá vivendo, os 29 dias que eu passei, tive a impressão que tava num sonho, eu cheguei aqui dormindo, parece, eu fiquei aqui dormindo esses 29 dias, então parece que foi um pesadelo, tanto que depois pra sair, que eu tive alta que eu vinha todo dia, eu não me sentia que eu tivesse sido internada aqui, parece assim que eu dormi e acordei do pesadelo, porque pra mim foi um pesadelo, assim, os 29 dias foi um pesadelo, então quando ele vinha, ele era minha única porta de realidade, uma hora eu sabia, eu to lúcida, eu não to dormindo, Ru to lúcida, aí ele vinha ficava na hora da visita, ia embora, quando ele ia era a parte pior, porque mesmo com as meninas vinham conversando, todo mundo ria, eu ficava sozinha, mas mesmo assim era aquela solidão, era, porque por mais amigos que eu tivesse, a minha solidão era ele né, era com ele que eu era mais apegada, então eu ficava também pensando, vai que acontece alguma coisa na rua, ficava pensando em muita coisa lá...

P: Ficava pensando no que tava acontecendo lá fora enquanto a senhora estava aqui.

C: É, eu pensava assim, por ele ser mais novo do que eu 11 anos também, ele sempre morou em roça, ele nunca viveu o que ele tá vivendo agora, o que ele vivia, ele fala, então, quer dizer, eu que sou o contato dele, então se to fora e acontece alguma coisa? Eu to aqui, que nem aconteceu, brigou com o patrão né, ficou quase louco, eu me sentia assim, sozinha, impotente, incapaz, é...eu não sabia nem o que pensar, pra passar o tempo ficava fazendo palavra cruzada.

P: O que mais a senhora fazia?

C: Palavra cruzada, muita palavra cruzada, ler revista, ler jornal, pediu muito pra trazerem jornal, trazer revista, até inclusive o próprio tratamento eles não queria, medicamento era forte, mas não força a visão, então era de noite e de dia, era palavra cruzada, palavra cruzada, assistia televisão, eu ouvia só, não conseguia ficar olhando a televisão, eu fica só...até hoje eu não consigo, parece que não passa as novelas, parece que durante o dia uma novela...outro dia passou uma novela que tava passando quando eu fiquei internada a noite, eu não conseguia nem ouvir a música, porque essa foi a pior fase da minha vida, então eu não quero nem ouvir.

P: Não queria associar nada.

C: Não, não associo nada, música que tem daquela época eu não ouço, falar da novela, eu não ouço, as vezes a pessoa comenta “Da cor do pecado”, eu não quero saber, pra mim essa novela não existiu, porque eu comecei a assistir ela em casa e fui terminar ela aqui, quer dizer pra mim ela não existiu. Pra mim foi muito difícil, mas é como se tivesse dormindo.

P: A senhora falou tanto desse dormir, to pensando aqui que a senhora falou também de um isolamento, isolou até uma época de sua vida, tudo que é associado a essa época a senhora parece...

C: É, foi o meio que eu encontrei pra eu...tipo assim, eu tava dormindo, aí depois veio os 8 meses todo dia, por fim eu não tinha mais veia, aí eu ficava aqui e todo dia aquela luta, na época do frio também, aquela luta pra tentar, aquecer o corpo, pra vir a pé, era no fim picadas né, que não tinha mais jeito, aí eles falavam, nós vamos pegar seu pescoço, porque o único lugar que tem para pegar agora é no pescoço, não tem mais, é o pescoço, aí eu falei, não, pescoço não, pode deixar ele aí, pode picar aonde precisar picar e aí, e foi assim, foi traumatizante mesmo, que nem quem tem meningite e eu fica aqui no hospital dia eu falo, falo pra quem e falo mesmo, você é muito corajosa, falar da minha época tinham 5 ou 7 pessoas pra tratar da meningite, foram poucos que conseguiram sair daqui, foram eu e mais umas 3 no hospital dia, uma outra que apareceu depois no hospital dia, teve uma outra também, então quer dizer, depois de passado muito tempo eu tive alta, teve gente que teve alta primeiro que eu, mas voltou novamente, como o E., eu não esqueço dele, no Hospital Dia a gente ficou muito junto, como não tem muito leito, é leito e cadeira, hoje eu não sei como é, porque faz muito tempo, era leito e cadeira, como não tem muito leito, e eu gostava de ficar na cadeira e ele não agüentava tomar sentado, o medicamento, só deitado, e aí como eu não me importava, daí as paciente, ele pode ficar aí com você no quarto, falei pode, porque ele ficava deitado, ele foi quem eu mais senti a perda dele, porque ele teve alta primeiro do que eu, teve alta primeiro do que eu, ele foi bem embora, daí quando terminou meu tratamento, que acabou, que era o último dia que eu vim, acho que numa segunda feira, na terça-feira eu vim fazer um exame e ele já tinha dado negativo, eu tinha ficado sabendo que ele tinha internado de novo, aí depois eu fiquei sabendo que ele tinha falecido, mas eu não acredito que ele foi bem embora e voltou, aí também veio aquela coisa em mim, e aí, se eu for e eu voltar ruim, foi aí que o médico me explicou, que não era assim, que ele foi porque ele foi porque ele não tava bem ele não se cuidou, ele já não tava bem, na verdade o médico deu alta porque ele não queria mais fazer o tratamento,

ele cansou de tanto vir, ele falou assim, não quero mais vir eu quero alta, então não fez direito, foi embora sem a dosagem certa do medicamento.

P: E a senhora sempre tomou a medicação?

C: Todo dia, eu faltei um dia só, foi até, eu não me esqueço, o medico ligou pra mim! A assistente social falou, pra médico ligar pra paciente, é difícil, mas ele falou assim, mas a senhora não vai vir tomar medicamento? Mas por que Eu falei, doutor, me da só hoje, só hoje que eu não guento, eu preciso ficar em casa, se eu for eu não vou agüentar ir, aquele dia eu não tava muito bem, então eu precisava ficar em casa, fiquei em casa, no outro dia, amanhã eu vou, falei se vai atrapalhar, ele falou, bom não é, mas como a senhora toma todo dia, é como se fosse domingo né,daí no outro dia eu vim, mas eu expliquei pra ele o porque, eu falei, eu não to desistindo é que porque eu não tava bem mesmo, foi o dia que, assim, eu não tava bem mesmo, por dentro, eu tava assim, balada, tava assim, eu não agüento mais ir todo dia de manhã e ser furada, por fim eu peguei amizade com motorista do ônibus, com cobrador, parecia que eu trabalhava aqui, vou levar minha carteira porque eu to indo todo dia! Fazia 2 meses quase, mas, passou, eu tive muita ajuda, Deus e ajuda.

P: É?

C: Deus e ajuda, foi deus que eu me apeguei.

P: Como que foi isso, a senhora já era muito religiosa?

C: É, eu sou, eu sempre acreditei que a gente não ta aqui por acaso, se eu to aqui é porque Deus tem alguma coisa pra mim, eu não vou, eu não to aqui de bobeira, como falou eu aí aqui a passeio, eu to passeando, mas esse passeio meu é importante, esse passeio aqui não é a toa, não aqui pra fazer hora extra, eu não to aqui pra ir pra praia, eu to aqui pra fazer alguma coisa, se ele me der a chance de eu passar por isso tudo aqui eu to aqui, se ele me deu isso aqui, é porque ele sabe que eu vou saber carregar, eu não vou deixar cair no meio do caminho, então eu sou muito apegada a Deus, eu tive a ajuda dos amigos, eu não morri por Deus, porque quando era alguma coisa muito difícil de fazer, que nem exames que eu tive que fazer, medicamento, eu todo dia eu chegava aqui e ó, sua plaqueta quebrou, continua não subindo, o médico, foram 25 dias, na verdade foram 24, 25 dias o médico nunca entrou no quarto e falou assim, hoje eu tenho uma noticia boa, eu escutei assim ó, hoje você ta bem, vai embora daqui uns 3 dias, foi no 26º dia, 3 dias e pouco antes de eu ter alta, é, ele chegava e não tinha uma notícia boa, ele nunca chegava e dizia, deu tudo certo, eu falava e aí? Sua plaqueta não ta subindo. Ta tudo ruim. Doutor eu to melhorando? Não. Quer dizer, eu não tinha...mas eu dizia eu ainda

vou escutar do senhor que tá tudo bem. Ele falava é, não pode desistir, então todo dia era, ou a plaqueta quebrava, aí tinha vezes, tipo 18º dia, que eu já tinha tomado 5 bolsas de sangue, achei que já tava bem, não eu tinha que tomar duas, numa noite só, e mais a plaqueta, eu jê internei tomando sangue e plaqueta. Aí, a enfermeira chegou e falou, vamos tomar mais esse sanguinho...de novo, o que aconteceu? Era o medo de tomar sangue, porque foi uma das partes que eu mais tive medo na minha vida foi de tomar o sangue.

P: Foi?

C: Foi.

P: E por que?

C: Foi porque por mais que o sangue passe por todo processo que passa no hemocentro e tudo, o medo meu era assim, por mais que olharam, será que olharam lá no fundo? Será que esse sangue que eu tô tomando, será que não tem nada? Tem nada? Será que meu organismo vai se dar bem com ele? Será que eu vou ter algum tipo de reação?

P: E teve?

C: Tive, tive...uma alergia, uma coceira, depois futuramente um doença de pele que os médicos...eu fui pesquisando, fui me informando, pode ser mesmo da transfusão de sangue, foi um choque né, porque mesmo que seja o mesmo RH, pode haver um choque.

P: A senhora falou de muitas doenças, reações, tiveram outras internações, a senhora falou de uma tuberculose...

C: Essa foi um pneumonia fungica.

P: E isso foi depois da...

C: Isso foi depois da meningite, eu tive uma outra hemorragia, é, que a boca fica cheia de marca roxa e a gente coloca o sangue pela língua. Eu internei por causa disso, em 2005. Internei em 2004 pela meningite e essa 2005, quando eu terminei o tratamento, em março de 2005, quando foi setembro, setembro, outubro de 2005, eu voltei internar aqui de novo por causa da hemorragia.

P: E como que foi? Essas outras internações depois...

C: Assim, assim, foi diferente, a segunda eu já estava familiarizada com o hospital, com os enfermeiros, eu já sabia já, já conhecia cada um, né, já sabia o que que um gostava, o que o outro gostava assim, assim, como me relacionar melhor, porque a gente tá doente mas tem que saber a profissão deles também não é fácil, né, nem todo dia a pessoa tá bem né, não tá, tem problemas em casa e vem trabalhar e, chega é um auê assim sem

parar também não da, então a gente entendia a cabeça de cada um e acho que já estava mais acostumada, porque dessa segunda internação eu fui lá para a EU primeiro, eu fui pra EU, fiquei lá uma semana, e La também não foi muito bem não.

P: Não?

C: Não, porque o banheiro era pra ala, é muita gente pra uma ala, e assim, você encontra vários tipos de pessoas diferente, fui também pra tomar remédio lá, e deu errado, eu me senti pior do que aqui, mas o marido sempre junto né, e o médico também, e aí eu fui vendo o carinho também dos médico que eram daqui e iam lá me ver, e eles passavam e falavam, você aqui de novo? Fui criando vínculo com os médicos, aquela amizade, com os enfermeiros, com as enfermeiras, depois que todo mundo já me conhecia, e o médico falava, você não vai ficar aqui não, vou levar você pra lá, eu vim pra cá e fiquei pouco tempo, eu fiquei uns 12 dias, contando com a semana lá, aqui eu fiquei é uma semana, oi uns dias só, na segunda foi mais aceitável né, assim.

P: Mais aceitável?

C: É mais sim, eu pensava assim, bom eu tenho, até então eu sabia que tinha mesmo, eu tenho a plaqueta baixa, se eu não me cuidar, o que vai acontecer, eu vou cair mesmo, eu vou vir pra cá, né, então, eu vim, eu vi que não era igual, eu tomei sangue de novo quando eu cheguei aqui, só que daí eu já tava, como fala, é, não que a pessoa aceita que vai ficar internada, é que a primeira ela é mesmo traumatizante.

P: É traumática?

C: Sim, a primeira internação é difícil, é bem difícil até.

P: Pra senhora foi difícil.

C: Pra mim foi. A primeira foi a pior, depois veio outras bem difícil, eu fiquei, teve uma que eu fiquei no 6º andar, aquela também foi bem, aquela que foi a terceira, aí que veio a pneumonia fungica, o problema é que os fungos eu pego com facilidade, e, é, foi um pneumonia, deram o medicamento, o medicamento é...eu surtei, pela primeira vez na minha vida eu surtei, nas outras internação não, eu tava lúcida né, eu achava que tava assim, eu tava lúcida, nessa não, nessa eu não sabia o que eu tava fazendo e, até um clima esquisito onde eu tava, porque eu achava que eu, eu queria pular da janela, as enfermeiras falam, coisas que não aconteciam aqui.

P: Você não lembra nada?

C: Não, no outro dia que eu percebi e falei pro médico, o doutor eu acho que eu surtei, e ele falou assim, não, a senhora...aí marcaram o raio – X da cabeça, uma fotografia da cabeça pra ver se tinha afetado, a cabeça tava afetada, podia ser toxoplasmosose, me da

um negocio de neuro sei que lá na cabeça, a pessoa não fica tão certinha, aí eles acharam né, pra ver, o carinho deles era tanto que eles falaram assim, aqui não é dever não, e aqui assim pô, ela ta bem, reconheceu que surtou, deixa ta normal, não ele foi verificar, ele foi ver, daí os médicos que me atenderam da primeira vez e da segunda, eles falaram não, vamos ver o que ela tem e todo mundo tava preocupado né, aí tirou, não deu nada, daí o médico viu que foi o medicamento que me deram, o medicamento não deu muito certo, o medicamento deu esse surto. É, foi feio, a enfermeira disse que não, mas eu achava que tinha avançado nela, que tinha quebrado o vidro, achava que foi horrível, ainda bem que, eu agradeço a Deus por não ter me dado na primeira vez isso, na primeira vez ter me dado isso, eu não sei se agüentaria. Foi logo na terceira internação, quer dizer foi uma coisa muito longe, aí não aconteceu mais, também, da outra vez também foi aqui, eu fui boa embora e já faz uns 3 anos que eu não interno mais. Mas, a primeira é sempre a mais difícil.

P: Dona Cida, eu agradeço muito a senhora tem mais alguma coisa pra falar, alguma coisa que a senhora lembra, que queira contar.

C: Não, é isso mesmo, tem o jardinzinho, o médico falava vai no jardim, e eu fui lá umas duas vezes só, era mais ruim sair, pra mim é, eu preferia ficar no quarto mesmo, e aquela rotina de hospital que eu peguei pra mim.

P: Pegou?

C: Peguei. Eu levantava 6 horas, as 6 e meia tomava banho, daí o café, pro fim já dava fome, porque já ta bem, aí vinha as fome, e pensava, aí se eu tivesse em casa, eu pedia pra nutricionista pra ela me liberar bala, doce, essas coisas...

P: Pra adoçar um pouco.

C: É...é...assim, eu fui muito bem cuidada, fui muito bem zelada, fui muito estragada, eu não tenho assim, eu não tenho assim, porque tem gente que tem, mas eu não posso falar...eu até paparicada até demais no hospital, porque eu acho que o que me fez passar um pouco mais a primeira foi a mais longa, os medicamento era o pior, eu tenho a impressão, graças a deus, eu nunca tive, mas é aquele medo, agora você ta com um câncer, agora, eu falava assim, vai ser pior, vou enfrentar que eu sei que a minha doença eu tenho que tratar, tenho que ficar bem, mas, é, como se fosse um sonho, um pesadelo, que eu acordei, foram 29 dias, no 30º ele disse tua alta ta saindo, eu fui embora de manhã, alias, na verdade eu fiquei 30 dias porque eu tive alta as 7 e meia da noite, porque o medicamento levou o dia inteiro pra rodar na minha veia, eu tive que ficar o dia inteiro pra rodar esse medicamento e sai 7 e meia da noite. Daí, quando eu coloquei

o pé pra fora, parecia que, tenho que é a impressão de quando um nenê nasce, porque quando eu sai lá fora e já tava mais escuro e o vento batia no meu rosto, eu falei pro meu marido, parece que eu acabei de nascer agora, eu to sentindo o vento bater no meu rosto, porque aqui você não sente o vento bater no rosto, eu saia na varanda era grade, a única visão que eu tinha, era aquelas arvores lá, e ambulância passando embaixo, foram 30 dias, aí quando sai lá fora e vi o vento eu senti eu to viva e to lúcida, agora é todo dia vir e tentar. Eu não sei se toda primeira internação aqui foi trauma, pra mim foi. Por mais carinho que tivesse por mais todo mundo ficasse perto, é uma solidão enorme dentro, é um vazio enorme dentro, não é ta sozinha, é uma solidão, é um negocio que dá. Vazio, parece que a gente não nasceu ainda ou to aqui morrendo, agora eu tenho mais ou menos uma noção assim, eu tenho a impressão que depois que morre é isso aí, essa sensação de estar sozinho, num ambiente estranho sem ninguém conhecido perto. Ta sozinho, começar novamente, foi o que eu senti na primeira internação, um ambiente estranho, pessoas estranhas, que eu não conhecia, e, a única pessoa que eu conhecia, que eu tinha assim contato, eu não pude ficar com ela, e aí eu só vi uma pessoa que eu conhecia no outro dia que eu conhecia, que ela veio me ver, que a que trabalha aqui, pessoal que trabalha aqui, e que eu vi que foi onde que, foi uma sensação como se fosse sozinho, vazio, como se fosse perdido, não é uma sensação muito boa não, em todas as internações, ela sente mesmo aquele vazio meio deslocado. Mas a primeira, acho que por eu ter sempre morado em chácara, foi a pior, a primeira foi a pior, e eu já fiquei internada antes, meu primeiro filho quando nasceu eu fiquei uma semana internada, naquela época, foi a 25 anos atrás, uma cesária era completamente diferente, ainda mais em Franca, era, o médico era meio antigo, então ele deixava uma semana lá no hospital, mas acho que lá podia a mãe, o pai, o marido lá então, outra pessoas no quarto. Aqui eu fiquei a maior parte da internação sozinha, eu não podia ta, então o quarto era só eu, a sensação era de...

P: Era o isolamento?

C: É...e gosto da comida? Eu sinto até hoje. Eu não como mais mandioquinha, não como mais berinjela, não consigo comer mais frango ensopado. O gosto é o mesmo, eu posso fazer eu, mas o gosto é o mesmo, é, o suco de laranja também não me desce muito bem não, o café, é o gosto daqui.

P: Que você falou que não quer lembrar dessa época....

C: Gelatina então, nunca mais também, principalmente de limão, é tudo, se eu ponho o que eu comia aqui eu lembro, todos os dias as refeição, o que vinha e o que não vinha,

porque eu faço as vezes, eu sei até como faz a comida...é engraçado, como faz a berinjela, depois de passado um tempo, eu falei assim, eu vou ter que tirar isso, eu tenho que vencer essa barreira agora, eu tentei preparar em casa e o gosto é o mesmo, falo pro marido,é o mesmo gosto, ele falou como? Eu falei ta descendo pra mim como o mesmo gosto de lá. Gosto de HC, tanto que depois que eu tive alta, passou o tempo, meu outro médico falou “não fica pensando no que você passou, nos exames nem nada, pra você não”, que que ele quis dizer, pra eu não surtar, porque não foi fácil pra você, pra você não pirar, então não fica pensando, eu acordei, então eu tenho vivido como se tivesse sido um pesadelo, aí tem vezes né que o pessoal pergunta eu eu digo que eu acho que eu sonhei, que eu dormi e tive um pesadelo, que eu não quero passar de novo. Se eu pudesse ficar vindo visitar as pessoas assim, que eu até gostava, antes eu gostava, gostava, domingo eu vinha nas pessoas que não tinha parente e visita, porque tem muita gente que vai internada e não tem ninguém pra visitar, então eu ia visitar, mas aí já é difícil vir pra cá, daí eu ia levar uma bronca, e medo de pegar uma doença, eu fiquei com medo de tudo, eu não vou na igreja que eu ia porque é muita gente e eu fico com medo, se o ônibus ta cheio eu espero outro vazio, se chega um determinado ponto ele fica cheio eu desço, prefiro andar a pé, eu fico com aquele medo que eu fique doente de novo e voltar a ficar de novo internada, medo de ficar de novo 30 dias, não do que possa acontecer a gente ta sujeito a tudo, mas enquanto eu puder evitar sofrer de novo.

P: Dona Cida, eu agradeço muito a sua participação.

Entrevista – UETDI – Enfermaria

Data: 26/04/2010

Glória – 42 anos, casada, dona de casa, sabe que é portadora desde 2007. Esta é sua primeira internação por conta de um princípio de diabetes. Pergunta se vai demorar porque ela não quer perder a novela e depois os filhos vem visitar.

Fase Evocação:

- Aids
- Doença ruim, só

P: Pesquisadora

G: Glória

P: Dona Glória, a senhora me falou num primeiro momento aids. O que a senhora pode me dizer mais sobre isso?

G: Ah, eu acho que é uma coisa que não tem cura mais! Acho que não tem cura. Ah sei lá, acho que é não sentir dor mais. Só isso.

P: A senhora ta internada aqui por conta de uma diabetes né, me conta como foi.

G: Ah, o médico descobriu que eu tava com diabetes e graças a Deus, eu sarei.

P: A senhora também me falou que antes estava internada lá na Unidade de Emergência. Me conta como foi, o que aconteceu que a senhora acabou aqui na UETDI.

G: Ah, eu fiquei internada lá e depois eu vim internada aqui. To aqui há 3 meses.

P: Me fala então daqui nesses 3 meses dona Glória.

G: Ah, vem bem.

P: Como assim?

G: Ah, todo mundo me trata bem.

P: Hum, e o que a senhora chama de tratar bem? Deixa eu entender o que pra senhora é “tratar bem”.

G: Ah sei lá, me trata bem né! É conversar.

P: E quem é que conversa?

G: Converso mais com as minhas amigas daqui.

P: É, as amigas daqui?

G: É, aquela ali, vizinha. Vem a família. Vem meus filhos, eu tenho 9 filhos, meus netos, minhas noras, minhas 3 noras, vem minha...vem meus netos, vem tudo. Receber visita é bom também.

P: E o que mais?

G: Ah, ficar assistindo televisão.

P: Fica vendo televisão...

G: É, o que estiver passando, você fica olhando de dia.

P: E a noite?

G: A noite é triste, porque você pensa em casa...

P: O que a senhora pensa em casa?

G: Fico pensando no serviço. Limpar a casa, arrumar a cozinha, lavar a roupa. To sentindo falta de cuidar da casa?

P: E a senhora que cuida da casa?

G: Não, eles não deixam. Eu vou pegar a vassoura não quer, vou pegar um rodo não quer. Tão cuidando né.

P: A senhora falou pra mim que faz 3 anos que a senhora sabe, como foi que descobriu?

G: Não sei.

P: Como foi que a senhora ficou sabendo do HIV?

G: Ah, eu fui no médico e o médico mandou eu fazer exame e deu.

P: Seguindo aqui no que a senhora me falou, depois foi doença ruim, me fala sobre “doença ruim” para eu entender pra senhora o que é isso.

G: Ah, quando fica ruim já da cabeça né! Eu não tenho, graças a deus, mas eu peço a Deus para que Deus nunca me dá. Eu rezo aqui pra isso.

P: A senhora é religiosa né? (Havia alguns santinhos em cima da cama).

G: Eu sou. Eu rezo, vou na igreja, na missa. Eu rezo, peço a Deus pra tomar conta de mim. Eu rezo aqui, eu me sinto bem. Vixi Maria.

P: Hum hum, então pra gente fechar, me fala de sua casa, é, a senhora disse que não tem cuidado da casa porque os filhos não deixam, eles moram lá?

G: Nossa, olha, mora eu, a J., a C., a A. e o M., daí mora na frente o L., meu marido, 6.

P: Tem mais alguma coisa que a senhora gostaria de me falar sobre esse período que a senhora está aqui?

G: Eu gosto muito daqui.

P: Hum, é? O que que a senhora gosta daqui?

G: As pessoas que trabalham aqui são muito trabalhadoras, são todos honestos com a gente.

P: Ta ok, então eu vou encerra a gravação e agradecer a sua participação Glória.

Entrevista – UETDI – Enfermaria

Data: 29/04/2010

Luzia – 52 anos, viúva, trabalhadora rural, sabe que é portadora desde 2005, quando foi internada pela primeira vez, esta é sua quinta internação. Mora com a filha de mais velha, tem mais 3 filhos. Fase Evocação:

- Não tava boa
- Queria ficar internada
- Fui embora andando, sai andando

P: Pesquisadora

Lu: Luzia

P: To conversando com a Luzia acerca da primeira internação hospitalar. A senhora me falou que não estava boa, o que a senhora pode me falar mais sobre isso.

Lu: Era vontade de andar só que eu tinha, andar. As meninas iam atrás de mim e me pegavam eu longe de casa, e traziam eu de volta. Aí eu vim aqui com a minha filha e falei que eu queria ficar aqui. Eu quis ficar aqui.

P: Me conta mais.

Lu: Ah, eu só queria andar, eu vim aqui e quis ficar.

P: Hum hum.

Lu: Aqui a gente toma o remédio direitinho, come, dorme. (somos interrompidas por uma enfermeira).

P: A senhora tava me falando sobre a primeira vez que ficou internada aqui...

Lu: Então, a gente dorme direitinho, eu não tava tomando nada, nem sabia que eu tava doente. Eu emagreci muito, perdi muito peso, e aí deu positivo, daí fiz o tratamento aqui, quando eu internei aqui eu tava com 32 quilos. Fiquei 4 meses aqui. Foi bom pra mim, o ruim foi a saudade dos filhos. Eles vinham visitar, mesmo agora, eles vem. Naquela época nasceu 4 netinhos, depois disso eu tava era doida pra ir embora cuidar dos netos, mas não conseguia segurar nem uma mamadeira. (chora) E..hoje, meus meninos vem me visitar. Eu amo meus filhos, só que a minha vida é chorar. Eu fico aqui assim né, eu tenho um filho caçula que gosta demais de mim, eu adoro ele, mas eu to aqui de novo. Ele mora comigo, e as meninas se caso, e mora a mais velha, mas mora tudo perto. E quando eu sai daqui depois de quatro meses, nossa foi uma alegria né, poder voltar para casa. Eles falavam “o mãe, vem fazer o arroz pra nós”, era bom, era bom, mas dessa vez, acho que eu não volto pro dia das mães não.

P: Hum hum, e o que mais a senhora pode me falar sobre isso?

Lu: As meninas aqui são muito carinhosas com a gente. E isso ajuda, nossa, ajuda, a atenção que dão para a gente, o pessoal da enfermagem, os médicos, quando eu tinha dúvida, eles falavam, não passei apuro aqui não.

P: A senhora falou que saía andando, que tinha vontade de sair andando.

Lu: Sair andando para beber. Naquela época eu fiquei viúva né, eu senti falta dele, falava pros meninos, e eu também perdi uma menina minha, na mesma época, 17 anos, aí eu chorava muito, e eu bebia, e o meu caçula me beijava e cuidava de mim, precisava ver que gracinha, ele ia no bar e falava mãe vamo embora mãe, e me buscava lá, e dessa vez agora foi a diarreia que me deu, vim fazer consulta e o médico me internou, eu não tava boa, não posso ir embora. Agora eu tomo o remédio direitinho e to aqui.

P: E da primeira internação?

Lu: A primeira vez, pensando assim agora, eu lembrei que eu passei o natal e ano novo aqui, e eu tava acostumada de passar todo mundo junto, a gente faz...é, uma família muito boa, a sogra veio aqui me ver, ela ainda vem, as minhas cunhadas, daqui a pouco estão chegando, eu fico esperando.

P: A senhora falou que saia para beber naquela época.

Lu: Eu saia para beber cerveja, e a última vez que eu voltei daqui eu tomei uma e fiquei ruim, nunca mais eu vou poder beber. Mas eu paro de beber, mas não paro de fumar, fumo muito, naquela época eu fumava até mais, depois que eu sai do hospital dei uma maneirada, não tenho vontade de beber, eu tenho vontade de fumar quando eu to aqui. Nossa, cigarro é demais.

P: Tem mais alguma coisa que a senhora queira falar?

Lu: O atendimento aqui é ótimo, ótimo, eu nunca internei em nenhum outro lugar, só aqui que eu conheço, graças a Deus, e aqui elas conversam e dão atenção pra gente, muito boazinhas. Elas são muito gentis, fazem minha unha, vinham outras pra gente fazer pano de prato, mas agora eu não enxergo mais pra pinta, não tem mais como fazer essas coisas. E meus netos, tão bonzinhos, uma gracinha. Só isso.

P: Acho que é isso dona Luzia, a senhora.

Lu: É Luzia que eu escolhi né, eu adoro a Santa Luzia, sou devota, meu pai também era por isso que eu tenho nome de santa. Eu gosto muito de rezar quando eu to aqui, para Santa Luzia, e tenho uma menina que eu criei que eu dei o nome de Luzia. Mas meu pai nunca gostou de mim, sempre me tratou mal, me colocava pra cuidar dos meninos menores, eu já cuidei de muita gente. Cuidei de muita gente, mas não pude cuidar do

meu marido, porque ele morreu matado, levou um tiro, daí eu que fiquei doente. Ele arranhou uma menina, uma boneca por aí que queria que ele fugisse com ela, mas daí deu confusão, ele disse que não ia se separar da mãe dos filhos dele e daí ela acabou matando ele, e ele era bom pra mim. Era bom.

Aparecem algumas pessoas na porta, era a sogra, e eu encerro a entrevista.

P: Bom, acho que a gente já estava encerrando mesmo, agradeço a sua atenção, vou desligar o gravador.

Entrevista – UETDI – sala da psicologia

D. Maria – 46 anos, não lembra quando soube que era portadora, ficou internada por 2 semanas em junho de 2009 por anemia e início de tuberculose. Solteira, mora sozinha. (quando perguntada diz que é sozinha, depois conta que tem uma filha de 24 anos).

Fase Evocação:

- Senti depressão
- Desânimo
- Falta de estar
- Tonteira
- Indisposição

P: pesquisadora

M: Maria

P: Eu gostaria de perguntar para a senhora, falou assim “senti depressão”, como que foi isso, essa depressão, foi quando a senhora foi internada?

M: Isso, foi que eu não tava bem, não tava tendo noção de nada mais, tava é...tava fora do tempo...

P: Tava fora do tempo?

M: É...

P: A senhora ficou aqui 2 semanas.

M: É, 2 semanas.

P: E como que foi ficar essas 2 semanas “fora do tempo”?

M: Ah, é...eles fez o que tinha que ter feito, é, me deu atenção, muito boa, pelo visto, o tempo todo...é...Visitas, eu tive!

P: É, e quem veio visitar?

M: Minha mãe, minha filha.

P: A senhora tem uma filha. Quantos anos tem sua filha?

M: 24.

P: 24, e ela veio visitar?

M: Veio, minha mãe, minha filha, e foi o que me ajudou muito, é, reconquistar minha família, porque eu tava, eu tava...viciada assim, por bem dizer, e por eu ta viciada eu já não me alimentava direito, não dormia direito, é...passava noites e dias virada sabe! 24, 48...as pessoas acabam até sabe ficam com medo, assim, da droga, da bebida, acha que isso, tava fora de si mesmo. Mas, depois que eu fui internada aqui no hospital, resolvi que não valia a pena, mudou, que não era o caminho, já me peguei muito com Deus, senão tinha morrido. Tinha morrido, porque foi muito forte as minha enfermidade, a minha, a minha anemia tava virando água já, tava baixíssima, é...minha hepatite, C, eu tenho hepatite C, e depois...até fazer os exames todos que foi ver que eu tava com tuberculose, ou no começo eu não sei, depois aí veio e descobriu o HIV também, o HIV eu já sabia, eu falei que eu tinha, mais aí ele não tava é...por que se eu tava tomando o remédio e tal, eu eu expliquei e tal que normalmente eu não preciso de ta tomando o coquetel.

P: A senhora não precisa?

M: Não, não, eu to num nível razoável, bom. Então eu assim, eu fiquei internada. (silêncio), deu alta eu fui embora.

P: Então esse desânimo que a senhora falou, essa depressão, foi antes da internação ou foi quando a senhora tava aqui?

M: Não, foi antes.

P: Foi antes?

M: Foi antes...aham.

P: E a aí a senhora falou um pouquinho agora que enquanto tava aqui mudou. O que que mudou?

M: Mudou, mudou, porque agora eu posso enxergar as coisas diferentes, eu vi, eu vejo que não era igual a eu era, igual eu tava, igual eu fazia, igual eu me movimentava, conquistei minha família, meus filhos, eles estão mais próximos de mim, não tão assim que nem..eu já tava mais me aprofundando, me sentindo sozinha, sabe, abandonada, não é por causa de que eles estavam me abandonando, sabe, era eu que tava me abandonando, porque eu tava no mundo das drogas, e, mas aí eles não gostavam, não queriam, então a senhora me perguntou dos filhos, sei lá os que eles pensavam, sempre pensa em alguma coisa né, eu não posso afirmar, mas eles estão bem graças a Deus. Graça a toda a glória do senhor.

P: Eu ia perguntar justamente isso, é, a sua religiosidade, a senhora falou “voltei para religião”, então, a senhora acha que quando esteve aqui voltou a ter essa ligação...

M: (interrompe) É...

P: E como que ta isso?

M: Ta bem ta bom, graças a Deus, é, eu sei que ta diferente.

P: Ta diferente?

M: É, ta diferente. Totalmente assim, nem comparação com o que era antes. A vida é mais tranqüila, mais suave, mais assim, mais espaço pras coisas também, também tudo que eu fazia eu dizia que tinha que ser na hora, meio que do meu jeito. Agora assim, é, tudo que eu quero tem que ser do meu jeito, mas igual antes sabe, forçado assim, diferente.

P: D. Maria, quando a senhora falou assim “fiquei mais próxima da minha família”, que antes a senhora tava afastada, e no período de internação eles vinham visitar. Como que a senhora se sentia quando eles vinham te visitar?

M: Ah, me sentia bem, sentia...porque eu não me sentia abandonada né, não me sentia abandonada, porque geralmente acontece muitas coisas, que nem, eu tive tuberculose, isolamento aqui, eu fiquei no outro lado né, tem gente que é preconceituoso, é, preconceituoso, fala assim “ah, aquela doença ali pega”, que nem, não pode beber no copo, não pode comer no prato, eu tenho uma irmã que ela é chata, ela é chata, ela bebi num copo e ela “ce ta tomando remédio?”, falei assim “to” e ela “mas o médico não falou que tem que ter tudo separado?” falei que não, porque a minha não foi grave, a minha foi...eu descobri antes, daí quem já teve não pega, e ela já teve. Quer dizer, quem já teve não pega, quer dizer, tem orgulho também, mas não é...por que ela tem as criança e tal, mas eu assim eu sabe, eu já me senti, to triste, eu to com uma coisa travada, e eu quero falar isso pra minha mãe “Olha mãe”, porque eu não moro com a minha mãe, eu moro separada, “quando a senhora quiser alguma coisa, ou quiser vir falar alguma coisa, a senhora vai lá em casa ou a senhora manda minha outra irmã ir lá, né, porque eu não vou ficar vindo aqui não. Porque? Por isso, isso e isso.” Me senti sabe...eu não aprontei tanto, eu sei que a chata é minha irmã, mas é..difícil né, eu fiquei com o coração apertado né, de ter falado isso...

P: E ela veio visitar a senhora, essa irmã?

M: Não não. Ela não.

P: Ela não, e sua mãe veio.

M: Minha mãe e minha filha só. Quer dizer, mas eu não ligo pra isso, que o ser humano... se fosse um tempo atrás, uns 2 meses atrás, uns 3 meses atrás eu já seria ignorante com ela sabe (ela faz sinal de que precisa ir embora)

P: Eu só tenho mais uma pergunta, que a senhora falou que o pessoal tratou a senhora muito bem, como que foi o pessoal que trabalha aqui? Como foi que a senhora sentiu o cuidado deles?

M: Ah, muita paciência.

P: Paciência, por que?

M: Paciência porque eu era muito nervosa, não xingava, não agredia, mas assim de ficar nervoso porque ficava muito sozinha, vinha lá só quando precisava tirar sangue, ou outro exame e eu não queria deixar, eu não vou deixar então você fazer isso, e aí eu fazia chantagem, porque eu e minha mãe... não sabia onde que eu tava, que eu tava internada, então eu fazia chantagem, mas aí de repente eu tava sozinha e começa a chorar pra alguém, eu não queria fazer isso, me da força, me da paciência. E foi assim que eu me fortaleci, orava de noite no quarto, sabe, tinha, tem a televisão etc, então, foi

na onde que eu fui tomando força, deixei eles fazerem todos os exames, fui ficando mais calma, fui vendo que eu tava agitada mesmo, fui deixando os remédios, o soro, essas coisas sabe, foi maravilhoso, apesar de ta internada e de ser uma paciente, eu fui muito bem tratada, a refeição, banho, é...cama, limpeza, nem parecia isolamento, né, eu me sentia no meu quarto sozinha....hahahahaha.

P: E tava aconchegante...

M: Aconchegante, o primeiro que eu tinha, a enfermeira me dava banho, trocava a cama, quer dizer, que eu tava muito ruim sabe...

P: É...

M: É, as enfermeiras falava “mas você ta muito ruim”, mas tava muito muito ruim.

P: Quando a senhora fala assim “tava muito ruim”, o que é esse ruim?

M: Ruim que eu, é, eu assim que eu não reconhecia eu mais direito, né, que eu, a anemia enfraquece a mente da pessoa, enfraquece a pessoa, tira a noção, então eles, eles como médico né, medicina né, ta avançada, eles via aquilo em mim.

P: A senhora viu...

M: Eu pra mim, aquilo eu tava tão assim tão ignorante que pra mim eu agüentava anda, eu agüentava, as vezes seguravam e eu não, pode deixar que eu vou e mentira, e assim...(mostra com o corpo)

P: Quase caindo...

M: Quase caindo, tonta, com tontura né, e não, era nervoso por causa da doença.

P: Então a última pergunta para finalizar, o que significou para a senhora essa internação?

M: O que a internação significou pra mim? É...uma coisa que podia ter acontecido comigo muito antes, eu podia, é, se tivesse antes, tempo atrás, a sabedoria que eu tenho agora sobre as enfermidades, sobre, é, não precisa ter discriminação, não precisa ter preconceito, mas é mais é prevenção né?

P: Prevenção?

M: É prevenção, mais cuidado, evitar, não é aquilo, ah ela ta doente eu não vou lá porque ela ta doente, vai pegar em mim. Não é, eu acho que isso não é discriminação, acho que deixa é a gente triste, saber que a pessoa não quer ir atrás de você por isso, não quer ir onde você ta, não é, acho que é um desprezo, sei lá, eu penso assim.

P: A gente começou falando né que dessa depressão que a senhora tava...

M: Tava mesmo.

P: Então pra gente não acabar na depressão eu quero agradecer a sua participação, muito obrigada Dona Maria.

Entrevista – UETDI – Enfermaria

Data: 19/04/2010

Patrícia – 39 anos, solteira, sabe que é portadora desde 1987 (23 anos), esta é sua primeira internação na UETDI, já está há 25 dias, em razão de um baixo número de plaquetas e necessidade de retirar o baço, cirurgia que foi várias vezes transferida. Mora com os pais e com o filho, de 19 anos. Tem segundo grau completo e curso técnico em Marketing..

Fase Evocação:

- Choque, nunca fui internada na UETDI
- Plaqueta baixa e retirei o baço
- Tranqüila
- Fui muito bem tratada
- Filho

P: Pesquisadora

R: Ravani

P: Vamos lá, você falou que nunca tinha ficado internada aqui nessa unidade, que foi um choque. O que quer dizer com isso?

R: Ah, porque todo mundo fala daqui. Da unidade, da UETDI.

P: O que falam?

R: Ah, falam que aqui é o Hospital da Aids. Qualquer um que entra aqui é porque ta morrendo. Ai eu já fui ficando desesperada, mas vi que não é nada disso. Até mesmo porque não tinha vaga em outros setores, e não tem nada disso, e eu fiquei tranqüila.

P: Hum hum, e você...

R: Passou esse tabu pra mim.

P: Passou?

R: Passou.

P: E como passa um tabu?

R: Só vivendo. (risos), não adianta eu falar para outra pessoa, que ela tem que ir para ver...

P: Você falou que foi internada porque estava com a plaqueta baixa...

R: Hum hum.

P: E como que foi que você...

R: Bom, já faz três anos que eu já trato na Hemato, com corticóides e não tem tido efeito, daí a única opção mesmo era retirar o baço, pra ele não arrebentar, mas eu to tranquila.

P: E por conta dessa cirurgia que você está aqui?

R: Isso.

P: Você falou que isso fez ficar mais tempo aqui.

R: É, daí fico ansiosa, fiquei muito ansiosa, mesmo porque...ansiosa por tudo porque eu queria que passasse rápido. Porque tem muito medicamento para tomar, a dieta depois da cirurgia. E é um hospital muito concorrido, então tinha que ser tudo bem planejado pelo pessoal da gastro, da hemato e agora eu to aqui aguardando. Mas to tranqüila.

P: Você falou agora “to tranqüila”, no começo não, mas agora...o que aconteceu do choque para o “to tranqüila”.

R: Ah porque agora eu vou poder comer a vontade (risos)...ta tudo bem, os médicos já disseram que está tudo bem, que eu vou para casa já. E principalmente, que a plaqueta já, já aumentou bem, bem...notícia boa.

P: Essa notícia boa, passar do choque e agora tranqüilidade, e você falou que foi muito bem tratada.

R: Fui.

P: Como que você me pode me relata o tratamento aqui?

R: Nosso, demais o trabalho do pessoal aqui, da enfermeira, da assistente, assistente social, de todos, todos.

P: Como ficou para você o tratamento aqui?

R: Ah, como assim?

P: Me conta como foi esse período que você diz que está sendo tão bem tratada.

R: Ah! Nossa, eu já brinco com as enfermeiras, tem umas que eu já tenho a liberdade de brincar comigo, já tiro sarro, deixa a gente a vontade.

P: Deixam?

R: Deixam, elas ouvem se você ta querendo, elas sentem se você ta quieta, se prefere...elas começam a perguntar se você quer falar, te deixam bem a vontade.

P: Outra coisa que você falou foi o filho que ta com 19 anos né?

R: isso.

P: Ele veio visitar.

R: Veio.

P: Tem mais alguém que vem visitar você?

R: Tem.

P: Me conta mais sobre isso.

R: Ai, é maravilhoso. Vejo eles todos os dias.

P: Eles...quem?

R: Minha mãe, meu pai, amigos, tios, meu filho.

P: Eles vem aqui todos os dias?

R: Vem, nossa, rapidinho eu quero voltar, rapidinho mesmo pra vida lá.

P: O que você tava fazendo? Em relação à trabalho, tava em casa?

R: Tava afastada. (TV estava muito alta, não consegui entender, abaixo um pouco o som)

P: Tava afastada?

R: É, agora eu nem sei como, porque eu nunca me afastei, e agora que passou pelo INS, então nem sei como vai ser, eu nunca fiquei afastada.

P: E como é seu trabalho, não precisa falar o nome do lugar.

R: Eu faço pesquisa de mercado.

P: Há muito tempo.

R: Já faz 2 anos. Sempre trabalhei nessa área.

P: Hum hum, gostaria perguntar ainda sobre...(toca o celular dela)...tocando direto...

R: (Rindo) Pois é, direto direto. Mas é bom, carinho das amigas.

P: Você disse que nunca tinha ficado internada...

R: Não, eu fiquei porque me deu um fungo na cabeça e começou a me dar muita dor de cabeça, mas foi uns 2, 3 dias.

P: E foi aqui?

R: Não, foi lá no outro prédio, no sexto andar.

P: Ok, e você sentiu alguma diferença do tratamento daqui da UETDI e lá?

R: Eu...não dá pra mim perceber porque lá eu sentia muita dor, então eu não me lembro de nada.

P: Não?

R: Não, muita dor de cabeça, eu não lembro não, mas daqui eu não tenho do que reclamar não. Alias eu tenho é que dar troféu para as enfermeiras.

P: É?

R: Ai, o que elas agüentam...

P: E o que elas agüentam?

R: Ai, tem uns pacientes bravos, que brigam, e tem que cuidar, e eu tava num quarto com uma senhora que tava de fralda e eu pensava “tomara que eu não precise usar isso”, e acabei precisando...Quando eu soube eu disse que não ia usar, mas elas disse “nós tamo aqui pra isso, não esquentar, não esquentar”. Mas eles sabem que a gente fica mais é, que aqui debilita né.

P: Você tava com alguém, mas hoje você tá aqui sozinha?

R: É, depois da cirurgia eu fiquei sozinha.

P: É? Eu queria saber também sobre estar aqui sozinha.

R: Eu prefiro.

P: Prefere?

R: Prefiro, eu não gosto muito de acompanhante no quarto não.

P: Gosta das visitas.

R: Gosto de visita, mas de acompanhante eu não gosto não, mas quando não tem jeito, a gente não pode escolher né.

P: Hum hum...desculpa, eu acabei ouvindo a alegria que você contou para sua amiga que você terá alta.

R: Pelo que o médico tava me...que ele conversou, hoje, acho que foi ontem, acho que até o final dessa semana.

P: Que você vai ter alta.

R: É, que eu vou ter alta. Mas vamos ver, aqui tudo é imprevisível.

P: É? Como?

R: É, porque na hora da cirurgia, a gente não sabia que eles deu uma coisadinha no pâncreas e a gente não sabia, na hora que eu tava sedada que eles falaram, aí agora tem que esperar pra ver se cicatriza e vamos ver.

P: E na volta pra casa, vai precisar de ajuda por conta ainda da cirurgia?

R: Ai não, vou ficar com minha mãe, eu moro com ela. Nossa, eu sou a sobrinha mais velha, então as tias todas paparicam, tem um nossa, uma família muito boa, muito boa. Não ia ser rápida a entrevista?

P: Nós já estamos caminhando para o finalzinho. A gente tá falando de cuidado né, você fazia uso da medicação, vinha nas consultas?

R: Já parei, já tomei errado, menti dizendo que eu tomava mas não tomava, não queria tomar.

P: Não queria?

R: Não. Essa passou já, era muito remédio, agora tem até menos quantidade, ta tranquilo agora, principalmente agora depois de ficar aqui, vai fazer parte da rotina.

P: Ta ok, gostaria então de agradecer a sua colaboração Ravani, pela sua entrevista.

R: Ok.

Entrevista – UETDI – Enfermaria

Data: 27/04/2010

Renata – 39 anos, solteira, dona de casa, sabe que é portadora desde 1992. Esta é sua primeira internação por conta de uma pneumonia, está há 9 dias na Enfermaria. Mora com a mãe e uma sobrinha, tem 2 filhas que não mantêm contato. No princípio não queria participar, receosa com o sigilo, mas depois não houve nenhuma objeção.

Fase Evocação:

- Diferente
- Foi bom, me recuperei
- Existe ainda preconceito

P: Pesquisadora

R: Renata

P: Já comecei a gravar, ta no máximo, eu gostaria de falar mais Renata sobre a sua primeira internação, você disse diferente, o que a senhora coloca como diferente?

R: Ah, que deverei ser mais crítico, eu esperava.

P: Como assim?

R: Ah, ruim, um lugar onde fica gente passando mal, não sei explicar. Não tem como explicar...um lugar onde tem um monte de tumulto, aí eu não sei explicar...

P: Hum, tenta me falar então como é que é...

R: Ah, aqui é bom, os médico são bons, a enfermeira atende muito bem, tem café, almoço, se quiser se alimentar bem, se quiser tomar café duas vezes você toma, comer duas marmitas você come, se não quiser tudo você não come. Entendeu, diferente de tumulto. Muita gente, é muitas pessoas doentes, é isso. Aqui, é, tem, mas não é assim, sabe igual é lá embaixo? Lá no corredor?

P: Me fala como é.

R: Achei que era daquele jeito lá. Muita gente, muito tumultuado, muito cheio de coisa e aqui não é assim.

P: Então me fala mais sobre aqui.

R: Ah, eles me tratam bem aqui, o tratamento é bom, excelente, eles são bem comunicativos, conversam, dão informação. Hoje eu vou sair de alta, nossa, é o melhor, tava meio desanimada e já até fiquei mais animada... (pausa- chora)

P: Tava desanimada...

R: Ah... Tava desanimada de ficar aqui, deitada, não tem nada para fazer, cansa, cansa, nada acontece... ninguém vem aqui. Veio uma visita, uma vez.

P: Me fala sobre isso.

R: Foi bom, chegou de surpresa, nossa, vixi, eu nem esperava, daí o sorriso sai, foi bom, foi muito bom, minha mãe veio, mas é caro vir aqui, mas eu to me recuperando e isso aqui foi bom, fez bem, foi bom.

P: Renata, depois você me falou né, sobre isso, sobre que foi bom, que se recuperou...

R: Nossa, como que foi... Ah, eu tava sentindo muita dor no meu peito, tosse, falta de ar e eu fui no pronto socorro e os médicos falaram que era dengue, e não era! Aí me deram um sorinho lá, me mandaram embora, no mesmo dia eu voltei, daí a médica “Ah, pode ir embora”, deu mais sorinho, e me mandou embora, daí no terceiro dia que eu voltei, no domingo, eu disse que eu não vou sair daqui enquanto não tirarem isso de mim! Daí um médico lá do Pronto Socorro lá da Central que tirou um raio X e viu que era pneumonia e falou e “olha você não pode ir embora você vai ter que ficar aqui pra aguardar vaga para internar”, daí eu falei pro médico meus problemas né, e ele demorou ainda pra arrumar internação, e depois a minha irmã foi lá e conseguiu pra mim, conversou com os médicos. Aí o médico daqui que pediu outro raio X, e falou nossa vocês está com pneumonia nos dois pulmão, não daqui não, lá do AUE, da UE, falou que eu tava com pneumonia nos dois pulmão, e já começou o tratamento lá e de lá eu vim para cá. Só que aqui eu to bem melhor né, graças a Deus. Ah, lá eu não tava no quarto, eu tava no corredor, não tinha vaga pra ninguém, nem para as outras pessoas que não são portadora, não tinha vaga, aí conseguiram a vaga aqui pra mim. Lá eu já tava me recuperando bem lá, mesmo que fosse lá na observação eu tava, bastante, eles não deixou eu sem remédio, colocaram oxigênio nimim, fizeram tudo diretinho. Apesar que era corredor não, o que foi que eu falei agora?

P: Observação?

R: É, observação lá, onde ficam as pessoas no corredor lá, naquelas cortininhas lá, mas ah, tava bom, foi bom, aqui puderam cuidar diretinho de mim. Não quero falar mal lá da UE, mas aqui eles cuidaram de mim. Foi bom para eu ter minha saúde de volta e agora eu posso voltar para casa, to de alta. Isso que eu falei, cuidaram da comida, do remédio, eu to num quarto, foi bom pra me recuperar, mas agora eu vou para casa. Acabou?

P: Ainda não, tem uma última parte pra gente conversar que é sobre o que você falou que existe ainda um preconceito, me fale mais sobre isso.

R: Preconceito...preconceito é os outros chamarem a gente de aidética...essas coisas, isso a gente sente já ouviu bastante, até já denunciei pessoas...

P: Hum...

R: É, tive que processar! Vizinho lá perto de casa, nunca mais mexeu com a minha vida. Porque morrer a gente vai morrer, ou de câncer, atropelado, de HIV, de pneumonia, de um jeito ou de outro a gente vai morrer, só não gosto de crítica, e outra coisa, eu não tenho medo não, só não quero ficar de cama nunca, mas é impossível né isso, que nem assim, igual, eu to aqui, e se já que é pra mim morrer, morrer dormindo né, de boa, não dar trabalho para ninguém, é isso, ficar doente, fazer as necessidades na cama, na roupa, ficar com dor, é isso que eu não quero, eu preferia morrer de boa, do que ficar doente, entendeu. Ah, e podia sair a cura logo, não é? A única coisa só que... (chora) eu tenho medo é de ficar de cama, mas dessa vez eu me recuperei, hoje eu já to saindo daqui. Tenho só que ver se vem alguém me buscar, daí não sei. A gente não pode já parar? Eu quero ir falar com a assistente social, senão eu não consigo ir embora.

P: Tá ok, então eu terminar agradecendo a sua participação e vou desligar o gravador.

Entrevista – UETDI – Enfermaria

Jéssica – 34 anos, solteira, empregada doméstica, sabe que é portadora desde 1996. Esta é sua terceira internação por conta de uma pneumonia, a primeira foi no parto de seu 3º filho. Está há 12 dias na Enfermaria. Mora sozinha, tem 5 filhos que não mantém contato, moram em outra cidade. Estudou até a 4ª série e participou da entrevista prontamente. Fase Evocação:

- Lembro que foi quando tive minha 3ª filha
- Pedi ajuda, tava com muita droga

P: Pesquisadora

J: Jéssica

P: Vou começar a entrevista com a Jéssica, você diz que lembra em primeiro é que foi quando você teve a 3ª filha, me fala mais...

J: Eu tava drogada, na rua, não tinha pra onde ir, daí eu pedi, eu pedi pras minha amigas me chamar uma ambulância, dei o último trago na droga, a ambulância chegou, e lá dentro da ambulância minha filhinha pulou de dentro e nasceu lá na maca, e a emergência trouxe a gente pra cá. Cheguei aqui eu pedi ajuda porque eu queria ficar com a minha filha, mas eu não tinha condições, aí eles me ajudaram a conquistar um hospital de recuperação de drogas, uma clínica, tive alta e fui eu e minha criança pra lá, nossa, foi o meu dia mais feliz aqui.

P: Hum, e o que mais você pode me falar sobre esse período?

J: Ah, foi bonito, foi muito bonito, foi emocionante, me emocionou muito, era eu e as enfermeiras chorou, porque eu ganhei uma chance pra parar com a droga né.

P: Me conta então um pouco mais sobre isso.

J: A minha filha agora deve ter uns 14 anos... (chora e pede para parar um pouco)

P: Em seguida você disse que pediu ajuda...

J: Primeiro foi para minha amiga chamar a ambulância, depois aqui nos Hospital quem mais me ajudou foi a direção, a Regina Brito e as enfermeiras, como uma família que eu não tenho. A minha mãe quando ela descobriu que eu era portadora, a minha mãe se desfez de mim. Ah, eu escondi escondi, contei só para a minha irmã, foi assim, eu vim pra Ribeirão e tinha 15 anos e eu conheci uma pessoa, só que ele mentiu pra mim, ele era é, casado, tudo mais, mas ele não tinha doença, e e aí minha mãe vivia me chamando de sapatão porque eu dançava RAP, cantava, e a minha achava que eu era sapatão, e eu fui ficando irritada e fugi pra cá pra Ribeirão. Chegando aqui eu fui morar numa zona, e chegando nessa zona aqui eles descobriram que eu era virgem, aí o

homem passou a se interessar mais ainda, e eu passei a gostar dele também, só que minha amiga tinha o vírus e eu não sabia que ela tinha o vírus, aí eu fui sair com ele e ele começou a chorar e tal, dizendo que ninguém faz isso com mulher dele, que ele matava e eu encanei e fugi pra Campinas de volta, e ele mandou essa minha amiga me buscar, ela foi, me tirou de dentro da casa de novo e ela acabou se envolvendo também com ele, e eu não sabia e desvirginei com ele e já era tarde demais, peguei o vírus, só que eu nem me importei mais, nem sabia, achei que ele já tinha, daí eu descobri que era por causa dela...nossa, senti uma revolta né, uma traição, aí eu peguei e larguei dele e quando eu vi tava grávida, não tinha como é, nem eu que não sabia, era ele que falava pras meninas “leva ela pro médico que ela ta grávida”, ai ele levou e eu já tava de 1 mês e pouquinho, aí o tempo foi passando, eu fui perdoando ela, eu gosto dela até hoje, mas ele não, ele não, de jeito nenhum, ele eu já larguei com filho na barriga, arranjei outro cara que assumiu eu e meu filho, só que, também fui infeliz, porque ele era filho único de homem da mãe dele, a mãe dele começou a engrossar muito, tanto que ficou nervoso e eu entrei no crime também, depois de 3 dias que ele veio falar comigo porque eu sai da casa dele porque eu briguei com a mãe dele, ele veio me falar que amava eu assim e levou três tiros e também morreu. Depois disso eu não queria saber mais de homem nenhum, meu filho nasceu, a mãe dele me acolheu uns e tudo, que era a vontade dele, aí eu peguei e minha mãe veio buscar a criança, que era meu primeiro filho, aí eu deixei ele lá, em Campinas, quando eu voltei me enrolei de novo com o pai do meu primeiro filho, eu tentei perdoar mas não consegui. Tentei e não consegui, daí eu engravidei do meu outro filho, que ta aqui em Ribeirão Preto também, tem 14 anos, não já tem 15, e to aí, levando a vida tive muitos altos e baixos, muita droga.

P: Me conta sobre seu envolvimento com as drogas.

J: Aconteceu aqui em Ribeirão por causa dele.

P: Dele?

J: O pai dos meninos, dele e da minha mãe né, as vezes ele fala que a culpa é da gente, a culpa não é só da gente, da vida, já vim, porque assim, minha família eu já sou revoltada porque minha mãe mentiu que meu pai era meu pai e meu pai não era meu pai, era padrasto, porque que ela mentiu? Numa briga com a minha tia, numa discussão das duas ela falou que ele não era meu pai, todo mundo ce é preta e eles é branco, minha mãe é branca né, já cresci revoltada, e aí ela me chama daquilo lá e as coisas foram crescendo na minha cabeça e eu fui crescendo só com isso, e hoje eu to com 34 anos e não engulo metade das coisas que aconteceram comigo. Já levei 12 facadas, levei 2 tiros, já tive

tentativa de estupro, meu avo tentou abusar de mim, e assim, então, só que eu sou muito boa, isso eu falo pra você, o que os outros faz pra mim eu não faço pros outros, sempre perdoei as pessoas e assim, sempre onde cabe eu cabe mais outras.

P: E aqui? Pensando na sua história, quando você estava aqui na primeira internação.

J: Eu não recebi visita, conheci algumas pessoas que eu gosto de falar que é minha família, eu gosto de quando eu conheço alguém diferente, igual hoje, eu gosto das enfermeiras, eu me sinto bem, parece que eu to em casa, eu falo que aqui é a minha casa, eu venho pra cá eu saro rapidinho. Em casa eu fico escondida, desde pequena, não gostava, nem em festa, churrasco, sempre no quarto, que nem cresci e tive o dom de ter meus filhos, mas não tive o dom de criar, me acostumei a ficar sozinha, não consigo morar com ninguém, eu gosto de ficar sozinha. Meus filhos, eu tenho um aqui, uma eu perdi pra justiça, pro pai dela, três está em Campinas, um ta com a minha sogra que o pai dele morreu, é o xodó dela e dois tão com a minha mãe. A minha sogra mora num bairro e a minha mora no outro.

P: E você tem contato?

J: Não, não tenho contato com ninguém. Eu sou totalmente isolada da minha família, e as vezes né, mas eu revoltei porque eu peguei uma cadeia de cinco anos e quatro meses e escrevi pra minha mãe e ela não mandou nenhuma resposta, nos três anos e oito meses que eu cumpri, uma carta atrás da outra e nenhuma resposta. Faz tempo já que eu sai da cadeia, eu sofro porque eu posso não sentir muito a falta dos meus filhos porque eu sou mais sozinha, só que os meus filhos sente a minha e aí eu sinto. Mas eu não posso fazer nada, eu sou uma pessoa muito pobre, e a mãe me criou, apesar de fazer o que ela fez, ela é mãe, eu prefiro que minha mãe seja feliz e eu não. Aqui eu fui feliz, que nem eu te contei.

P: Ainda não, mas você pode me contar agora.

J: Aqui, na primeira vez eu quando sai eu conheci uma clínica, suíça, alemã, gaucha, conheci um monte de gente diferente, tudo de um ritmo diferente, tem a madrinha da minha filha que me ajudou muito lá na clínica, conhece a Vera Fischer, conheci muita gente lá. Uma clínica boa que eles aqui botou eu, a Fazenda da Esperança.

P: E como foi esse processo aqui?

J: Eles que arrumou, fui numa van, me deram berço, roupa, enxoval, tudo novo, não deram nada velho, tudo novo, foi um sonho. Fiquei 1 ano e um mês lá, em Guaratinguetá e 1 mês na de Piritubas, como coordenadora lá, fiz o curso, fui uma das melhores cozinheiras de lá, só que depois disso eu queria ir embora e fui para a casa da

minha mãe, a minha mãe me aceitou bem, só a minha família que não, sei lá como que eu falo, ignorância sei lá, as vezes o meu padrasto era esquisito, eu preferi trocar a minha felicidade...a minha mãe sendo feliz eu também fico. Por isso que eles enchem o saco.

P: Pra gente encerrar, tem mais alguma coisa que você queira falar sobre a primeira internação?

J: Foi um tempo que eu refleti e pensei, eu pedi pra Deus ajuda, não só porque eu tava internada, eu peço a Deus sempre, é o único que me acompanha em toda a minha caminhada, se eu to viva até hoje foi por causa de Deus, nas horas boas e nas horas ruins, aqui foi uma hora boa, nas drogas quando eu parei com as drogas, na hora que eu to sem dinheiro, nos momentos bons e nos ruins. Por isso que hoje eu ainda to viva, sabia?

P: É?

J: É. Eu tenho deus vivo dentro de mim, isso eu posso bater no peito e falar pra qualquer uma como Deus é vivo dentro de mim, e tudo que eu peço pra Deus de imediato eu consigo. A medicina pode ser falha, mas a lei de Deus não é. De Deus é só.

P: O que mais ainda sobre a primeira internação?

J: Aqui a UETDI, melhor que essa só outra dessa. É bom, a única coisa que eu posso falar é que melhor que essa, só outra dessa, é diferente dos outros lugares, aqui a gente a se sente na casa da gente, não tem como falar que aqui é um hospital. Não é porque eu sou carente de família, mas eu vou falar pra você, quando eu vou para outro hospital eu passo mal, agora aqui, não tem pra ninguém. Melhor hospital que eu conheci na minha vida, é a minha família que é esse hospital. Não tenho que reclamar de nada, depois essa internação eu tive meus filhos, coisa que minha mãe não fez, pessoas daqui fizeram, a assistente social foi até me ver na cadeia, foi lá me ver! Vou falar o que do hospital, aqui é minha casa, por isso que eu gosto de Ribeirão, eu fico doente eu corro pra cá, corro pro colo da minha mãe, corro pra cá, pra UETDI.

P: Ta ok Jéssica, eu vou encerrar a gravação agradecendo a sua participação.

Entrevista – UETDI – Enfermaria

Data: 29/04/2010

Luisa – 39 anos, viúva há 11 anos, dona de casa, sabe que é portadora desde 1998. Esta é sua primeira internação por conta de uma anemia, está há 1 mês na Enfermaria. Mora com a filha caçula de 11 anos, tem outra filha de 20 anos. Recebe pensão do marido e as vezes algum familiar a ajuda.

Fase Evocação:

- Revolta
- Saudade de casa
- Tristeza

P: Pesquisadora

L: Luisa

P: Bom Luisa, vamos começar?

L: Hum hum.

P: Você começou me falou sobre revolta, me fala sobre o que você quer dizer com revolta?

L: Ah, eu não aceito ter pegado essa doença de um homem que eu amei tanto, primeiro namorado, sabe, é uma revolta, eu tenho as minhas filhas, é revoltante. Primeiro namorado, marido e agora viúva. Descobri nos exames de gravidez da T., da mais novinha, e quando eu descobri foi um choque, e ele como era mais fraco de espírito, morreu, e eu não, eu falei eu tenho que ficar porque eu tenho um bebê, né, e to aí até hoje cuidando dela. Ah, Saudade dela.

P: É? Senhora falou mesmo...

L: Estou aqui 1 mês já, mais até, muita saudade de casa, meu pai vem me visitar, sempre que pode vir, as minhas filhas, sempre que elas podem elas vem, o tempo que elas podem elas vem, e ah, é uma delícia né, fico ansiosa esperando né!

P: É?

L: É bom, eu fico ansiosa esperando aquela hora, aí o pai vem e traz um docinho no bolso, uma balinha sabe, é muito delicioso, é muito bom, você dorme...é você anoitece e amanhece pensando no dia de amanhã na visita. É...(chora)

P: A senhora falou em tristeza também.

L: É, essa doença, ao fato de estar aqui sozinha, ta aqui se tratando sabe. Você tem que ter consciência de que você ta aqui pra se tratar, se você ficar em casa você vai morrer lá, entendeu? Então meu pai resolveu me internar pra se tratar.

P: Hum, seu pai que a trouxe?

L: É, eu tava com febre, dor nas pernas, não me alimentava, e ele falou que ia dar um jeito de me internar. Aqui eu to bem, eu tomo soro, suplemento, me alimento bem, entendeu, eu me sinto bem aqui, é, eu me sinto bem aqui sabe, as meninas trata a gente bem.

P: As meninas?

L: É, as meninas, as funcionárias, as enfermeiras trata a gente bem, leva a gente pro banho, deu aquela hora você vai, eu adoro, eu adoro as meninas aqui, na hora do almoço é a hora certinha, na hora da janta, entendeu? É tudo acompanhadinho.

P: Hum hum.

L: A rotina aqui, a gente acorda de manhã, aí toma banho, daí vem o café, você toma o café, suco, um pãozinho, daí logo vem o almoço né, e daí vem a hora da visita, da janta, é a minha rotina aqui, entendeu? Tem ela (aponta para a companheira de quarto) pra conversar, é, tadinha, troca umas palavras né. E tem o carinho da família, pai todo dia ta aqui, se você vier aqui no horário da visita ele vai ta aqui com um bolinho, com uma balinha...

P: Ele traz...

L: É ele que traz, não sou eu que pede. É, as vezes eu peço, que nem, eu to com uma vontade de tomar refrigerante, aí um guaraná geladinho sabe...hum...ele vai ver se da para trazer, vai conversar com a nutricionista pra poder trazer. Ele traz bolo, traz bala, traz gosto de casa. Gostinho da minha casa, é tudo de bom. To recebendo as visitas e daqui, eu to bem assistida, fico pensando em voltar para casa.

P: É?

L: É, fica passando na cabeça que amanhã eu vou pra casa, que amanhã vai ser a esperança sabe, que nem tem o dia das mães, eu quero ir para casa, ficar com as minhas filhas, elas não tem pai, vou lá fico lá, depois eu volto se eu precisar, vou pedir, diz que pode pedir.

P: Pode?

L: Pode pedir pra você ir e depois você volta né. Não custa né, matar a saudade de casa né. Lá é tudo em volta de mim sabe, minha filha me leva pro banho, é comidinha na boca, vitamina, sabe, é tudo carinho, é isso que me faz falta, carinho de casa, que aqui o pessoal trata bem, mas não é o carinho de casa né, você não vai dar carinho de mãe pra uma pessoa que ta no leito do hospital, você da carinho de amiga, compaixão né. Aqui

não tem o que fazer, se eu ando um pouquinho, me da falta de ar, no mais é assistir televisão, conversar com a colega, fazer um exame lá no hospital, entendeu é isso aqui.

P: É, e o que mais?

L: Ah, mais nada, não penso o que ta acontecendo em casa porque eu sei que lá na casa ta tudo organizado, minha filha ta com a vó, meu pai cuida dos cachorros, dois, o puff e o scoby, eu gosto de cachorro, então minha vida é essa. Acabou?

P: Tem mais uma coisa que a senhora queira falar?

L: Ah, eu acho assim, aqui é tudo de bom. É tudo de bom entre aspas, faltaria assim, um pouco mais de estrutura pra gente. Entendeu?

P: O que a senhora chama de estrutura?

L: Estrutura é um pouco mais de delicadeza, no jeito de fala dos médicos, de dizer uma coisa triste, pá, ah, falei, sem pensar no sentimento da pessoa, entendeu, é isso aí. Mas eles estão melhorando, eu espero.

P: Mais alguma coisa?

L: Não, pode encerrar que meu pai ta chegando.

P: Obrigada então dona Luisa pela sua colaboração.

Entrevista – UETDI – Enfermaria

Data: 19/04/2010

Patrícia – 34 anos, amasiada, sabe que é portadora desde 1990 (20 anos), foi internada pela primeira vez por 2 meses em 2004, com o diagnóstico e posterior tratamento de pneumonia. Foi internada mais três vezes. Está em seu segundo casamento, é aposentada, mora com o atual companheiro e os 3 filhos de seu primeiro casamento, nenhum deles é portador, hoje eles tem por volta de 12 – 16 anos. A paciente tinha uma certa dificuldade para falar, mas queria participar do estudo.

Fase Evocação:

- Foi pneumonia, naquela vez
- Muito tempo aqui
- Falta de informação

P: Pesquisadora

PA: Patrícia

P: Você começou falando Patrícia que foi pneumonia, me conta mais um pouco sobre o que aconteceu.

PA: Ah, eu não sei! Me deu febre, bebi muita coisa gelada, muita dor também.

P: É...e como foi essa primeira internação? Como você tava nessa época?

PA: Sabe, eu bebia muito sabe como é? Ficava tontinha, usava umas coisas (não compreendo) época.

P: Naquela época? Faz muito tempo?

PA: Ah faz, faz mais de 4 anos.

P: Mais de 4 anos?

PA: Foi, aham.

P: E naquele tempo é que você usava algumas coisas.

PA: É, usava crack, bebia pinga. Mas daí depois eu tive foi um problema foi no braço, olha o que aconteceu no braço (mostra as deformidades do braço).

P: O que foi que aconteceu com o seu braço?

PA: Foi uma briga com a minha cunhada, foi a unha dela.

P: Uma briga, o que aconteceu?

PA: A unha entrou e infeccionou a pele por dentro. A pele ficou toda inchada e daí eu não vi mais nada, parecia que eu não via ninguém, diziam que iam amputar o braço,

mas como eu mexia os dedos eles não amputaram. Daí deu infecção no braço tudo, tudo infeccionado, daí eu cheguei em casa e minha mãe me deu sulfa, mas não teve como...

P: E aí você veio para a internação aqui.

PA: Hum hum.

P: E como que foi? Quanto tempo?

PA: Eu fiquei 3 meses. 1 mês no HC e 2 meses aqui.

P: E os 2 meses aqui? Como que foi?

PA: Ah, era visita todo dia. (sorrindo) todo dia.

P: Quem vinha visitar?

PA: Minha mãe, meu tio que morreu. É...filhos não vinha porque eles eram pequenos. E naquele tempo eu não era casada nem nada, tinha largado do pai deles.

P: Largado? O que aconteceu?

PA: Ah, porque brigava muito e... Daí decidiu separar.

P: Você falou que os filhos não vinham, como era ficar longe deles?

PA: É que nem agora, já faz 3 meses que eu to aqui de novo.

P: 3 meses.

PA: É, não dá alta, 3 meses, eu operei dum câncer dessa vez.

P: Me conta essa história.

PA: Em abril que infeccionou e não pode fechar e agora já ta quase fechada. Agora eu to esperando o médico cirurgião pra ver o que vai fazer e como é que vai terminar esse tratamento. Já era praqui me dar alta e eles não vem! Eu quero ir embora.

P: E aí a senhora vai pra casa.

PA: É, eles moram aqui. E...aí ta ruim menina, esse médico que não vem!

P: A senhora falou que agora está amasiada, que antes tinha um companheiro, se separou no período da primeira internação e agora ta amasiada, é isso?

PA: É, e ele vem, vem todo dia, vem todo dia. Antes de ontem veio minha mãe e minha filha.

P: E quando a senhora tava na outra vez internada tava com outro companheiro?

PA: É, o pai dos meus filhos. Não, tava preso na época. Tava numa cadeia lá de São Paulo e nós terminamos. (Faz que sim com a cabeça). Fez bem pra cada um seguir seu rumo, nem tava mais com ele na época.

P: Hum...e durante esse tempo que você disse ser muito tempo como foi com o pessoal que trabalha aqui?

PA: Ah...são os melhores...vem atender eu lá pelas 10 da noite. Só o médico que não falava nada, que nem agora que ele veio só de manhã e não fala nada, nunca dão resposta. Num fala nada, que dia vai de alta, não fala nada.

P: E quando a senhora teve a infecção no braço? Como foi?

PA: Fiquei ali no outro prédio, no HC...no...no...

P: No sexto andar?

PA: É. Ah, lá só eram os curativos, o médico vinha até me dar oi, toda hora. Aqui demoram pra falar se ta bom ou não. Eu falei nesse mês que passou agora, faz 1 mês, agora eu to esperando da alta ou não. (senta na maca)

P: Ta querendo ir embora mesmo.

PA: Sinto falta da minha casa, do café da minha mãe. Nossa minha mãe ajuda com as crianças...ela é minha avó. Ela é minha avó. É, a minha avó, que resolveu me criar.

P: Hum, é que eu to pensando aqui nas pessoas que a senhora já falou e eu não tinha entendido bem, então tem o seu companheiro, a mãe-avó e os seus filhos.

PA: É. Os filhos quase não vem, não tenho dinheiro. Vem mais minha mãe, ele vem aqui me ver...

P: E o companheiro?

PA: Ta trabalhando. Ele faz bico, não é portador. To cansada. A gente pode parar?

P: Eu já to encerrando, tem mais alguma coisa que a senhora queira falar? Alguma coisa que a senhora falou daquela primeira vez, a pneumonia, o tempo que ficou ou a falta de informação?

PA: Ah, eu quero é ir embora, sempre penso isso, que eu quero ir embora. Eles não liberam. Só isso.

P: Na expectativa para sair.

PA: Hum hum.

P: E hoje como a senhora ta?

PA: Eu to me sentindo bem, to comendo de tudo, to sem soro, sei lá, to bem.

P: É mesmo, saiu do soro.

PA: To bem.

P: Então para que eu possa encerrar essa entrevista, tenho uma última pergunta. A senhora falou que a primeira internação foi em razão da pneumonia que pegou porque fazia algumas coisas...

PA: É, bebia muito. Ficava na rua.

P: E como ta isso hoje?

PA: Eu não uso mais nada. Eu to bem, não bebo como eu bebia antes e parei com o crack. To tomando todos os medicamentos, uso todos.

P: Ta ok Patrícia, Eu agradeço a sua participação, eu desligar agora o gravador ta bom?

PA: Hum hum.

APÊNDICE C

Protocolo 1 – Análise conteúdo, locuções, 1º corte

Entrevista Maria

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
1.1	Veio, minha mãe, minha filha, e foi o que me ajudou muito, é, reconquistar minha família, porque eu tava, eu tava...viciada assim, por bem dizer, e por eu ta viciada eu já não me alimentava direito, não dormia direito, é...passava noites e dias virada sabe! 24, 48...as pessoas acabam até sabe ficam com medo, assim, da droga, da bebida, acha que isso, tava fora de si mesmo.	Ato pelo qual a participante retoma relações que não estavam mais sendo vivenciadas e lhes torna próprias	Re-apropriação	Relações familiares
1.2	Mas, depois que eu fui internada aqui no hospital, resolvi que não valia a pena, mudou, que não era o caminho, já me peguei muito com Deus, senão tinha morrido. Tinha morrido, porque foi muito forte as minha enfermidade, a minha, a minha anemia tava virando água já, tava baixíssima, é...minha hepatite, C, eu tenho hepatite C, e depois...até fazer os exames todos que foi ver que eu tava com tuberculose, ou no começo eu não sei, depois aí veio e descobriu o HIV	Forma de enfrentamento do sofrimento durante a hospitalização encontrada na crença religiosa	Redução de impotência/desamparo	Respostas Teleológicas

	também, o HIV eu já sabia, eu falei que eu tinha, mais aí ele não tava é...por que se eu tava tomando o remédio e tal, eu eu expliquei e tal que normalmente eu não preciso de ta tomando o coquetel.			
1.3	Ta diferente. Totalmente assim, nem comparação com o que era antes. A vida é mais tranqüila, mais suave, mais assim, mais espaço pras coisas também, também tudo que eu fazia eu dizia que tinha que ser na hora, meio que do meu jeito. Agora assim, é, tudo que eu quero tem que ser do meu jeito, mas igual antes sabe, forçado assim, diferente.	Redução de intolerância no convívio social após a experiência da hospitalização	Interação/convívio social	Redução de intolerância
1.4	Ah, me sentia bem, sentia...porque eu não me sentia abandonada né, não me sentia abandonada, porque geralmente acontece muitas coisas, que nem, eu tive tuberculose, isolamento aqui, eu fiquei no outro lado né, tem gente que é preconceituoso, é, preconceituoso, fala assim “ah, aquela doença ali pega”, que nem, não pode beber no copo, não pode comer no prato, eu tenho uma irmã que ela é chata, ela é chata, ela bebi num copo e ela “ce ta tomando	Inclusão enquanto receptividade social, respeito e incorporação no convívio social	Interação/convívio social	Inclusão

	remédio?”, falei assim “to” e ela “mas o médico não falou que tem que ter tudo separado?” falei que não, porque a minha não foi grave, a minha foi...eu descobri antes, daí quem já teve não pega, e ela já teve.			
1.5	Paciência porque eu era muito nervosa, não xingava, não agredia, mas assim de ficar nervoso porque ficava muito sozinha, vinha lá só quando precisava tirar sangue, ou outro exame e eu não queria deixar, eu não vou deixar então você fazer isso, e aí eu fazia chantagem” “não sabia onde que eu tava, que eu tava internada, então eu fazia chantagem, mas aí de repente eu tava sozinha e começa a chorar pra alguém, eu não queria fazer isso, me da força, me da paciência.” “E foi assim que eu me fortaleci, orava de noite no quarto, sabe, tinha, tem a televisão etc, então, foi na onde que eu fui tomando força, deixei eles fazerem todos os exames, fui ficando mais calma, fui vendo que eu tava agitada mesmo, fui deixando os remédios, o soro, essas coisas sabe, foi	Rapport enquanto processo de aproximação e ganhos em relação aos profissionais de saúde	Interação/convívio social	Rapport

	maravilhoso, apesar de ta internada e de ser uma paciente, eu fui muito bem tratada, a refeição, banho, é...cama, limpeza, nem parecia isolamento, né, eu me sentia no meu quarto sozinha”			
1.6	“Ruim que eu, é, eu assim que eu não reconhecia eu mais direito, né, que eu, a anemia enfraquece a mente da pessoa, enfraquece a pessoa, tira a noção, então eles, eles como médico né, medicina né, ta avançada, eles via aquilo em mim.” “Eu pra mim, aquilo eu tava tão assim tão ignorante que pra mim eu agüentava anda, eu agüentava, as vezes seguravam e eu não, pode deixar que eu vou e mentira, e assim...” “Quase caindo, tonta, com tontura né, e não, era nervoso por causa da doença”	São elementos não compreendidos pelos profissionais frente a realidade vivenciada pelos pacientes e seus desdobramentos no processo de hospitalização	Comorbidades	Contraponto Profissional/ Paciente
1.7	O que a internação significou pra mim? É...uma coisa que podia ter acontecido comigo muito antes, eu podia, é, se tivesse antes, tempo atrás, a sabedoria que eu tenho agora sobre as enfermidades, sobre, é, não precisa ter discriminação, não precisa ter preconceito, mas é mais é prevenção né?”	Houve um processo de aquisição de aprendizagem informal acerca do tratamento através da vivência da hospitalização	Vivências/interação	Aprendizagem informal sobre o tratamento

Protocolo 2– Análise conteúdo, locuções, 1º corte

Sujeito 02

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
2.1	Porque eu comecei a ter muita dor de cabeça, eu senti dor de cabeça 16 dias direto, e ela não passava, por nada, de jeito nenhum, todo remédio que eu tomava não resolvia, aí... o sintoma que eu to sentido é de meningite... Eu falei assim, eu vou pro hospital e como eu trato aqui, daí falei com o médico e ele falou assim que pode ser uma sinusite... E começou a sair, já tava saindo bem antes do meu corpo, já tinha mancha roxa, e...e...aquelas manchas pra mim ou era nervoso, ou era... eu devo a Deus por ta viva e a ele, porque ele se empenhou demais em tratar de mim,e aí ele via aquelas manchas e o medicamento que eu tomei...aí, eu tava tendo hemorragia, é hemorragia, e aí ele falou assim que as plaquetas tão quebrando tudo, não tava tendo como me segurar”	Respostas em que se estabelecem relações de correspondência entre vivências em momentos distintos	Vivências/Interação	Associação
2.2	“...eu não tava bem, meu marido vinha todo dia me visitar, mas eu não tava bem, eu não tava bem porque tava sozinha do mesmo jeito, porque eu tinha que passar aquilo ali, a	Relacionado a busca de superação pela conjugação de esforços e ativação e instilação de ânimo através da vivência e interação durante a hospitalização	Vivências/Interação	Ativação

	força de vontade de viver por causa dele era demais, porque eu falava eu tenho que sair daqui, eu tenho que abalar, eu tenho que conseguir...”			
2.3	“...eu queria que tivesse um outro método pra fazer, pra eu não passar por aquilo ali, mas não tinha, daí o médico vinha, conversava comigo, eu tive um médico que eu não esqueço até hoje eu não me esqueço dele, ele é um médico dedicado ao paciente, eu falava não quero que você esconde nada, ele falava não vou esconder, primeiro porque você não é leiga e eu não sou de esconder.”	Referente ao suporte afetivo como desdobramento do encontro profissional/paciente com alusão ao equilíbrio/vínculo entre profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte Afetivo
2.4	“Era muito amigas (enfermeiras), eu nunca ficava sozinha a noite, que elas ficavam sempre tinha alguém no quarto a noite toda né, e elas muito cuidadosa, pra tomar medicamento, as vezes o medicamento ele parava atrapalhava, tinha colocar no aparelho, o medicamento tinha que rodar, porque a dosagem não podia ser muito alta, se passasse a dosagem e ficava alta, eu passava mal, se rodava a menos, eu perdia a veia...”	Referente ao suporte técnico como ativação do relacionamento com os profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte técnico
2.5	A solidão é, chega uma hora em que você se sente impotente, poxa você trabalhava, será que eu vou poder	Respostas de caráter antecipatório acerca da evolução e o desenvolvimento da afecção, e	Estigma	Sequelas

	trabalhar de novo? Será que eu vou sair daqui bem, será que agora eu sair bem, sair andando, preocupação era, será que não vai acontecer mais nada, será que eu tenho que eu tenho que ficar numa cadeira de rodas, ou será que eu vou ter seqüela de alguma coisa?	seus desdobramentos clínicos com perspectivas de incapacitação		
2.6	“Deus e ajuda, foi Deus que eu me apeguei.” “É, eu sou, eu sempre acreditei que a gente não ta aqui por acaso, se eu to aqui é porque Deus tem alguma coisa pra mim, eu não vou, eu não to aqui de bobeira, como falou eu aí aqui a passeio, eu to passeando, mas esse passeio meu é importante, esse passeio aqui não é a toa, não aqui pra fazer hora extra, eu não to aqui pra ir pra praia, eu to aqui pra fazer alguma coisa, se ele me der a chance de eu passar por isso tudo aqui eu to aqui”.	Forma de enfrentamento do sofrimento durante a hospitalização encontrada na crença religiosa	Redução de impotência e desamparo	Resposta teleologica
2.7	Daí, quando eu coloquei o pé pra fora, parecia que, tenho que é a impressão de quando um nenê nasce, porque quando eu sai lá fora e já tava mais escuro e o vento batia no meu rosto, eu falei pro meu marido, parece que eu acabei de nascer agora, eu to sentindo o vento bater no meu rosto, porque aqui você não sente o vento bater no rosto. Vazio,	Processo de estranhamento ao sair da internação hospitalar, numa tentativa de perseverar sensações.	Re-apropriação	Readaptação

	<p>parece que a gente não nasceu ainda ou to aqui morrendo, agora eu tenho mais ou menos uma noção assim, eu tenho a impressão que depois que morre é isso aí, essa sensação de estar sozinho, num ambiente estranho sem ninguém conhecido perto”.</p> <p>E...e o gosto da comida? Eu sinto até hoje. Eu não como mais mandioquinha, não como mais berinjela, não consigo comer mais frango ensopado... Eu falei ta descendo pra mim como o mesmo gosto de lá. Gosto de HC.</p>			
--	---	--	--	--

Protocolo 3– Análise conteúdo, locuções, 1º corte

Sujeito 03

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
3.1	“Ah, falam que aqui é o Hospital da Aids. Qualquer um que entra aqui é porque ta morrendo. Ai eu já fui ficando desesperada, mas vi que não é nada disso.” “Passou esse tabu pra mim” “Só vivendo. (risos), não adianta eu falar para outra pessoa, que ela tem que ir para ver...”	Percepção de formas pré-concebidas a respeito de convívio social, geralmente relacionadas à segregação, à exclusão, nesse caso, ligado a idéias de morte iminente frente ao diagnóstico.	Angustia antecipatória	Morte iminente
3.2	É, daí fico ansiosa, fiquei muito ansiosa, mesmo porque...ansiosa por tudo porque eu queria que passasse rápido. Porque tem muito medicamento para tomar, a dieta depois da cirurgia. E é um hospital muito concorrido, então tinha que ser tudo bem planejado pelo pessoal da gastro, da hemato e agora eu to aqui aguardando.	Respostas em que se estabelecem relações de correspondência entre vivências em momentos distintos	Vivências/Interação	Associação
3.3	Ah porque agora eu vou poder comer a vontade (risos)... ta tudo bem, os médicos já disseram que está tudo bem, que eu vou para casa já. E principalmente, que a plaqueta já, já aumentou bem, bem...notícia boa.	Tentativa de recuperar a normalidade, uma retomada de sua rotina	Re-apropriação	Cotidiano

3.4	“Nossa, demais o trabalho do pessoal aqui, da enfermeira, da assistente, assistente social, de todos, todos.” “Ah! Nossa, eu já brinco com as enfermeiras, tem umas que eu já tenho a liberdade de brincar comigo, já tiro sarro, deixa a gente a vontade.”	É um relato de relações estabelecidas durante a internação, num sentido de minimizar esse período, via o contato inicial receptivo dos profissionais de saúde. Perspectivas de socialização	Interação/Convívio Social	Rapport
3.5	(Visita) “Ai, é maravilhoso. Vejo eles todos os dias” “Minha mãe, meu pai, amigos, tios, meu filho” “Vem, nossa, rapidinho eu quero voltar rapidinho mesmo pra vida lá”. “Ai não, vou ficar com minha mãe, eu to morando com ela. Moro, nossa, eu sou a sobrinha mais velha, então as tias todas paparicam, tem uma nossa, uma família muito boa, muito boa.”	Ato pelo qual a participante retoma relações que não estavam mais sendo vivenciadas e lhes torna próprias	Re-apropriação	Relações familiares
3.6	“Tava afastada” “É, agora eu nem sei como, porque eu nunca me afastei, e agora que passou pelo INS, então nem sei como vai ser, eu nunca fiquei afastada.”	Processo de estranhamento ao sair da internação hospitalar, num processo de ajustamento à suas atividades anteriores à hospitalização diferenças	Re-apropriação	Readaptação
3.7	“Não, muita dor de cabeça, eu não lembro não, mas daqui eu não tenho do que reclamar não. Alias eu tenho é que dar troféu para as enfermeiras.” “Ai, tem uns pacientes bravos, que brigam, e tem que cuidar, e eu tava num quarto com uma senhora que tava de fralda e eu pensava “tomara que eu não	Referente ao suporte técnico como ativação do relacionamento com os profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte afetivo

	precise usar isso”, e acabei precisando...Quando eu soube eu disse que não ia usar, mas elas disse “nós tamo aqui pra isso, não esquentar, não esquentar”.			
3.8	“É, que eu vou ter alta. Mas vamos ver, aqui tudo é imprevisível” “É, porque na hora da cirurgia, a gente não sabia que eles deu uma coisadinha no pâncreas e a gente não sabia, na hora que eu tava sedada que eles falaram, aí agora tem que esperar pra ver se cicatriza e vamos ver.”	São elementos não compreendidos pelos pacientes frente a prática médica e seus desdobramentos no processo de hospitalização e relação com o profissional	Redução de Impotência/Desamparo	Contraponto Prof/Paciente
3.9	“Já parei, já tomei errado, menti dizendo que eu tomava mas não tomava, não queria tomar.” “Não. Essa passou já, era muito remédio, agora tem até menos quantidade, tá tranquilo agora, principalmente agora depois de ficar aqui, vai fazer parte da rotina.”	Respostas de forma ambivalente frente a questões relacionadas à manutenção do tratamento, aos que os profissionais acreditam que seja adesão	Re-apropriação	Manutenção do Tratamento

Protocolo 4 – Análise conteúdo, locuções, 1º corte

Sujeito 04

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
4.1	“Ah, eu acho que é uma coisa que não tem cura mais! Acho que não tem cura. Ah sei lá, acho que é não sentir dor mais. Só isso.”	Impossibilidades frente a processos que não pode modificar ou agir	Angustia antecipatória	Impotência
4.2	“Ah sei lá, me trata bem né! É conversar.” “Converso mais com as minhas amigas (outras internas) daqui.” “Eu gosto muito daqui.” “As pessoas que trabalham aqui são muito trabalhadoras, são todos honestos com a gente.”	É um relato de relações estabelecidas durante a internação, num sentido de minimizar esse período, via o contato inicial receptivo dos profissionais de saúde	Interação/Convívio Social	Rapport
4.3	“Vem a família. Vem meus filhos, eu tenho 9 filhos, meus netos, minhas noras, minhas 3 noras, vem minha...vem meus netos, vem tudo. Receber visita é bom também. A noite é triste, porque você pensa em casa...”	A presença de familiares na Unidade, tornando aquele momento menos angustiante e solitário	Redução de impotência/desamparo	Visitas familiares
4.4	“Fico pensando no serviço. Limpar a casa, arrumar a cozinha, lavar a roupa. To sentindo falta de cuidar da casa...eles não deixam. Eu vou pegar a vassoura não quer, vou pegar um rodo não quer. Tão cuidando né.”	Relativos à expectativa frente a reintegração ao cotidiano, sendo a internação entendida como um momento de suspensão e preparativo para esta reinserção,	Re-apropriação	Readaptação

4.5	“Ah, quando fica ruim já da cabeça né! Eu não tenho, graças a deus, mas eu peço a Deus para que Deus nunca me dá.”	Respostas relacionadas à formas pré-concebidas da evolução esperada relacionada ao desenvolvimento da afecção e seus desdobramentos clínicos	Angustia antecipatória	Sequelas
4.6	“Eu rezo aqui pra isso.” “Eu sou. Eu rezo, vou na igreja, na missa. Eu rezo, peço a Deus pra tomar conta de mim. Eu rezo aqui, eu me sinto bem. Vixi Maria.”	Forma de enfrentamento do sofrimento durante a hospitalização encontrada na crença religiosa	Redução de impotência/desamparo	Respostas Teleológicas

Protocolo 5 – Análise conteúdo, locuções, 1º corte

Sujeito 05

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
5.1	<p>“Ah, que deveria ser mais crítico, eu esperava” “Ah, ruim, um lugar onde fica gente passando mal, não sei explicar. Não tem como explicar...um lugar onde tem um monte de tumulto, ai eu não sei explicar...”</p> <p>“Muita gente, é muitas pessoas doentes, é isso.”</p> <p>“Muita gente, muito tumultuado, muito cheio de coisa e aqui não é assim.”</p>	Sufrimento relacionado ao sossego e à crenças de um ambiente desestruturado quanto a questões ambientais imaginadas como precárias para o tratamento	Angustia antecipatória	Desintegração do ambiente
5.2	<p>“Ah, aqui é bom, os médico são bons, a enfermeira atende muito bem, tem café, almoço, se quiser se alimentar bem, se quiser tomar café duas vezes você toma, comer duas marmitas você come, se não quiser tudo você não come.”</p>	Condições para que haja o restabelecimento e mantido o tratamento	Re-apropriação	Manutenção do tratamento
5.3	<p>“Ah, eles me tratam bem aqui, o tratamento é bom, excelente, eles são bem comunicativos, conversam, dão informação. Hoje eu vou sair de alta, nossa, é o melhor, tava meio desanimada e já até fiquei mais animada...”</p>	Referente ao suporte afetivo como ativação do relacionamento com os profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte Afetivo

5.4	“Ah... Tava desanimada de ficar aqui, deitada, não tem nada para fazer, cansa, cansa, nada acontece... ninguém vem aqui. Veio uma visita, uma vez.” “Foi bom, chegou de surpresa, nossa, vixi, eu nem esperava, daí o sorriso sai, foi bom, foi muito bom, minha mãe veio, mas é caro vir aqui, mas eu to me recuperando e isso aqui foi bom, fez bem, foi bom”	Relacionado a busca de superação pela conjugação de esforços e ativação e instilação de ânimo através da vivência e interação durante a hospitalização	Vivência/Interação	Ativação
5.5	“Ah, eu tava sentindo muita dor no meu peito, tosse, falta de ar e eu fui no pronto socorro e os médicos falaram que era dengue, e não era! Aí me deram um sorinho lá, me mandaram embora, no mesmo dia eu voltei daí a médica “Ah, pode ir embora”, deu mais sorinho, e me mandou embora, daí no terceiro dia que eu voltei, no domingo, eu disse que eu não vou sair daqui enquanto não tirarem isso de mim! Daí um médico lá do Pronto Socorro lá da Central que tirou um raio X e viu que era pneumonia e falou e “olha você não pode ir embora você vai ter que ficar aqui pra aguardar vaga para internar”, daí eu falei pro médico meus problemas né, e ele demorou ainda pra	Referente ao suporte técnico como ativação do relacionamento com os profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte técnico

	arrumar internação, e depois a minha irmã foi lá e consegui pra mim, conversou com os médicos.			
5.6	“Só que aqui eu to bem melhor né, graças a Deus. Ah, lá eu não tava no quarto, eu tava no corredor, não tinha vaga pra ninguém, nem para as outras pessoas que não são portadora, não tinha vaga, aí conseguiram a vaga aqui pra mim.”	Inclusão enquanto receptividade social, respeito e incorporação no convívio social	Interação/convívio social	Inclusão
5.7	“...eu não tenho medo não, só não quero ficar de cama nunca, mas é impossível né isso, que nem assim, igual, eu to aqui, e se já que é pra mim morrer, morrer dormindo né, de boa, não dar trabalho para ninguém, é isso, ficar doente, fazer as necessidades na cama, na roupa, ficar com dor, é isso que eu não quero, eu preferia morrer de boa, do que ficar doente, entendeu.”	Respostas de caráter antecipatório acerca da evolução e o desenvolvimento da afecção, e seus desdobramentos clínicos com perspectivas de incapacitação	Angustia antecipatória	Sequela

Protocolo 6 – Análise conteúdo, locuções, 1º corte

Sujeito 06

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
6.1	Cheguei aqui eu pedi ajuda porque eu queria ficar com a minha filha, mas eu não tinha condições, aí eles me ajudaram a conquistar um hospital de recuperação de drogas, uma clínica, tive alta e fui eu e minha criança pra lá, nossa, foi o meu dia mais feliz aqui.	Suporte via inclusão social, respeito e incorporação no convívio social.	Suporte	Inclusão Social
6.2	“Primeiro foi para minha amiga chamar a ambulância, depois aqui nos Hospital quem mais me ajudou foi a direção, a Regina Brito e as enfermeiras, como uma família que eu não tenho. A minha mãe quando ela descobriu que eu era portadora, a minha mãe se desfez de mim.”	Referente ao suporte afetivo como dê-s-dobrimento do encontro profissional-paciente com alusão ao equilíbrio-vínculo entre profissionais de saúde	Exclusão	Família
6.3	“Eu não recebi visita, conheci algumas pessoas que eu gosto de falar que é minha família, eu gosto de quando eu conheço alguém diferente, igual hoje, eu gosto das enfermeiras, eu me sinto bem, parece que eu to em casa, eu falo que aqui é	Referente ao suporte afetivo como dê-s-dobrimento do encontro profissional-paciente com alusão ao equilíbrio-vínculo entre profissionais de saúde	Exclusão	Família

	a minha casa, eu venho pra cá eu saro rapidinho”			
6.4	Eu sou totalmente isolada da minha família, e as vezes né, mas eu revoltei porque eu peguei uma cadeia de cinco anos e quatro meses e escrevi pra minha mãe e ela não mandou nenhuma resposta, nos três anos e oito meses que eu cumpri, uma carta atrás da outra e nenhuma resposta.	Referente ao suporte afetivo como dê-dobramento do encontro profissional-paciente com alusão ao equilíbrio-vínculo entre profissionais de saúde	Exclusão	Família
6.5	Faz tempo já que eu sai da cadeia, eu sofro porque eu posso não sentir muito a falta dos meus filhos porque eu sou mais sozinha, só que os meus filhos sente a minha e aí eu sinto. Mas eu não posso fazer nada, eu sou uma pessoa muito pobre, e a mãe me criou, apesar de fazer o que ela fez, ela é mãe, eu prefiro que minha mãe seja feliz e eu não. Aqui eu fui feliz, que nem eu te contei.	A separação dos filhos se configura ambivalente frente à falta de contato e a impossibilidade, pela pobreza, de manutenção/criação das crianças.	Exclusão	Cuidados maternos
6.6	Eles que arrumou, fui numa van, me deram berço, roupa, enxoval, tudo novo, não deram nada velho, tudo novo, foi um sonho. Fiquei 1 ano e um mês lá, em Guaratinguetá e 1 mês na de Piritubas...	Processo de estranhamento ao sair da internação hospitalar, numa tentativa de perseverar sensações.	Suporte	Recursos Materiais
6.7	...como coordenadora lá, fiz o curso, fui uma das	Formação profissional como apoio à permanência nas	Suporte	Formação Profissional

	melhores cozinheiras de lá,	Instituições		
6.8	...só que depois disso eu queria ir embora e fui para a casa da minha mãe, a minha mãe me aceitou bem, só a minha família que não, sei lá como que eu falo, ignorância sei lá, as vezes o meu padrasto era esquisito, eu preferi trocar a minha felicidade...	Movimento para uma aproximação prejudicado por objeções de familiares	Re-adaptação	Objeções Familiares
6.9	Foi um tempo que eu refleti e pensei, eu pedi pra Deus ajuda, não só porque eu tava internada, eu peço a Deus sempre, é o único que me acompanha em toda a minha caminhada, se eu to viva até hoje foi por causa de Deus,	Enfrentamento da hospitalização baseado em crenças teleológicas e de razão necessária	Suporte	Crenças Teleológicas
6.10	Aqui a UETDI, melhor que essa só outra dessa. É bom, a única coisa que eu posso falar é que melhor que essa, só outra dessa, é diferente dos outros lugares, aqui a gente a se sente na casa da gente, não tem como falar que aqui é um hospital. Não é porque eu sou carente de família, mas eu vou falar pra você, quando eu vou para outro hospital eu passo mal, agora aqui, não tem pra ninguém. Melhor hospital que eu conheci na minha vida, é a minha família que é esse hospital.	Identificação de elementos de qualificação psicossocial na Unidade de Atendimento, subsidiários à associação da pessoa ao tratamento, envolvendo conjugação de esforços e apropriação de um locus de apoio, vivência e interação durante a hospitalização	Satisfação	Apropriação

Protocolo 7 – Análise conteúdo, locuções, 1º corte
 Sujeito 07

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
7.1	“Ah, eu não aceito ter pegado essa doença de um homem que eu amei tanto, primeiro namorado, sabe, é uma revolta, eu tenho as minhas filhas, é revoltante. Primeiro namorado, marido e agora viúva, descobri nos exames de gravidez da T, da mais novinha, e quando eu descobri foi um choque, e ele como era mais fraco de espírito, morreu, e eu não, eu falei eu tenho que ficar porque eu tenho um bebê, e to aí até hoje cuidando dela”	Vulnerabilidade frente a relação estável, gerando “revolta”	Vulnerabilidade feminina	Relações conjugais
7.2	Estou aqui 1 mês já, mais até, muita saudade de casa, meu pai vem me visitar, sempre que pode vir, as minhas filhas, sempre que elas podem elas vem, o tempo que elas podem elas vem, e ah, é uma delícia né, fico ansiosa esperando né! É bom, eu fico ansiosa esperando aquela hora, aí o pai vem e traz um docinho no bolso, uma balinha sabe, é muito delicioso, é muito bom, você	A presença de familiares na Unidade, tornando aquele momento menos angustiante e solitário	Redução de impotência/desamparo	Visitas de Familiares

	dorme...é você anoitece e amanhece pensando no dia de amanhã na visita.			
7.3	Você tem que ter consciência de que você tá aqui pra se tratar, se você ficar em casa você vai morrer lá, entendeu? Então meu pai resolveu me internar pra se tratar. É, eu tava com febre, dor nas pernas, não me alimentava, e ele falou que ia dar um jeito de me internar.	Percepção de formas pré-concebidas a respeito de convívio social, geralmente relacionadas à segregação, à exclusão, nesse caso, ligado a idéias de morte iminente frente ao diagnóstico.	Angustia antecipatória	Morte iminente
7.4	Aqui eu to bem, eu tomo soro, suplemento, me alimento bem, entendeu, eu me sinto bem aqui, é, eu me sinto bem aqui sabe, as meninas trata a gente bem.	Identificação de elementos de qualificação psicossocial na Unidade de Atendimento, subsidiários à associação da pessoa ao tratamento, envolvendo conjugação de esforços e apropriação de um locus de apoio, vivência e interação durante a hospitalização	Satisfação	Apropriação
7.5	É, as meninas, as funcionárias, as enfermeiras trata a gente bem, leva a gente pro banho, deu aquela hora você vai, eu adoro, eu adoro as meninas aqui, na hora do almoço é a hora certinha, na hora da janta, entendeu? É tudo acompanhadinho.	Rapport enquanto processo de aproximação e ganhos em relação aos profissionais de saúde	Interação/convívio social	Rapport

7.6	A rotina aqui, a gente acorda de manhã, aí toma banho, daí vem o café, você toma o café, suco, um pãozinho, daí logo vem o almoço né, e daí vem a hora da visita, da janta, é a minha rotina aqui, entendeu? Tem ela (aponta para a companheira de quarto) pra conversar, é, tadinha, troca umas palavras né.	Referente ao suporte técnico como ativação do relacionamento com os profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte técnico
7.7	E tem o carinho da família, pai todo dia ta aqui, se você vier aqui no horário da visita ele vai ta aqui com um bolinho, com uma balinha... Ele traz bolo, traz bala, traz gosto de casa. Gostinho da minha casa, é tudo de bom. To recebendo as visitas e daqui, eu to bem assistida, fico pensando em voltar para casa.	Tentativa de recuperar a normalidade, uma retomada de sua rotina	Reapropriação	Cotidiano
7.8	Lá é tudo em volta de mim sabe, minha filha me leva pro banho, é comidinha na boca, vitamina, sabe, é tudo carinho, é isso que me faz falta, carinho de casa, que aqui o pessoal trata bem, mas não é o carinho de casa né, você não vai dar carinho de mãe pra uma pessoa que ta no leito do	Relacionado a busca de superação pela conjugação de esforços e ativação e instilação de ânimo através da vivência e interação durante a hospitalização	Vivências/Interação	Ativação

	hospital, você da carinho de amiga, compaixão né.			
7.9	Aqui não tem o que fazer, se eu ando um pouquinho, me da falta de ar, no mais é assistir televisão, conversar com a colega, fazer um exame lá no hospital, entendeu é isso aqui.	Referente aos hábitos/costumes e seus limites dentro atividades possíveis durante a internação hospitalar	Vivências/Interação	Limites da rotina
7.10	Ah, eu acho assim, aqui é tudo de bom. É tudo de bom entre aspas, faltaria assim, um pouco mais de estrutura pra gente. Entendeu? Estrutura é um pouco mais de delicadeza, no jeito de fala dos médicos, de dizer uma coisa triste, pá, ah, falei, sem pensar no sentimento da pessoa, entendeu, é isso aí. Mas eles estão melhorando, eu espero.	São elementos não compreendidos pelos pacientes frente a prática médica e seus desdobramentos no processo de hospitalização e relação com o profissional	Redução de Impotência/Desamparo	Contraponto Prof/Paciente

Protocolo 8 – Análise conteúdo, locuções, 1º corte

Entrevista Patrícia

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
8.1	<p>Ah, eu não sei! Me deu febre, bebi muita coisa gelada, muita dor também.</p> <p>Sabe, eu bebia muito sabe como é? Ficava tontinha, usava umas coisas (não compreendo) na época.</p> <p>É, usava crack, bebia pinga. Mas daí depois eu tive foi um problema foi no braço, olha o que aconteceu no braço (mostra as deformidades do braço).</p>	Processo de fragmentação e perda da continuidade do modo como estava conduzindo sua vida num momento anterior	Condições de vida	Desagregação
8.2	Ah, era visita todo dia. (sorrindo) todo dia. Minha mãe, meu tio que morreu. É...filhos não vinha porque eles eram pequenos. E naquele tempo eu não era casada nem nada, tinha largado do pai deles.	São elementos não compreendidos pelos pacientes frente a prática médica e seus desdobramentos no processo de hospitalização e relação com o profissional	Redução de impotência/desamparo	Visitas de familiares
8.3	É, o pai dos meus filhos. Não, tava preso na época. Tava numa cadeia lá de São Paulo e nós terminamos. (Faz que sim com a cabeça). Fez bem pra cada um seguir seu rumo, nem tava mais com ele na época.	Dificuldade na referência do indivíduo ante as situações comportamentais e éticas contraditórias com que se depara,	Vivências/Interação	Anomia

8.4	Ah...são os melhores...vem atender eu lá pelas 10 da noite. Só o médico que não falava nada, que nem agora que ele veio só de manhã e não fala nada, nunca dão resposta. Num fala nada, que dia vai de alta, não fala nada.	Referente ao suporte técnico como ativação do relacionamento com os profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte técnico
8.5	Sinto falta da minha casa, do café da minha mãe. Nossa minha mãe ajuda com as crianças...ela é minha avó. Ela é minha avó. É, a minha avó, que resolveu me criar.	Tentativa de recuperar a normalidade, uma retomada de sua rotina	Re-apropriação	Cotidiano

Protocolo 9 – Análise conteúdo, locuções, 1º corte

Entrevista Cidinha

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
9.1	Ah, hospital nunca é bom né, a gente quer estar em casa com saúde, mas como eu me deixei com os remédios, acabei pegando uma pneumonia e to aqui. Aí é lógico que a gente prefere a casa da gente, mas eu tomava remédio a mais ou menos 10 anos certinho, eu engordei, fiquei bonita e depois, de 2 anos pra cá eu comecei a bagunçar, tomava e não tomava, fiquei quase um ano sem tomar e foi aonde eu me fui debilitando, fiquei magrinha, perdi 8 kilos, e, aí deu a pneumonia.	Dificuldades para manutenção no processo de adesão ao tratamento	Adesão	Descontinuidade
9.2	Ah, eu sinto muito medo, eu tenho muito medo, medo de tudo, sabe, muita tristeza, não tenho mais alegria, depois que eu fiquei sabendo da minha doença eu não tenho mais alegria.	Manifestação de estados afetivos frente à infecção HIV	Impacto Psicológico	Respostas Afetivas
9.3	Sabe, eu fiquei sabendo de um jeito, eu fiquei 18 anos casada, depois conheci um rapaz mais novo que eu, ele morou comigo por 6 anos, mas ele foi, eu não posso falar que foi dele, ele tinha tido uma namorada que tinha namorado um traficante, então eu não sei se foi dele, o Dr. falou para eu ir atrás e falar pra ele, mas eu não sei né, então, porque transfusão de sangue eu não fiz, então foi de relação sexual mesmo né.	Incerteza quanto à determinação da origem do contágio por HIV devida a multiplicidade de parceiros	Origem do Contágio	Promiscuidade Sexual

9.4	<p>O fato que nem, eu quero sair daqui bem, eu não quero ir pra casa assim tendo algum probleminha, inclusive aqui ta sendo bom porque eu to tomando os remédios todo dia, certinho e eu to vendo que não é um bicho de sete cabeças, entendeu?</p> <p>Então, quando eu chegar em casa eu já vou dar continuidade, só que eu tenho que ter a cabeça muito firme pra não parar, porque se eu parar aí como é que faz?</p>	Aquisição de aprendizagem informal acerca do tratamento através da vivência da hospitalização, incidindo na adesão ao tratamento	Adesão	Medicação
9.5	...mesmo porque eu sou assim, eu to me sentindo um lixo, eu me sinto assim, a pior mulher do mundo (chora). Namorado eu não quero nunca mais, mas sabe, eu to me sentindo muito péssima, assim sabe, a auto-estima minha ta muito baixa, to me sentindo a pior mulher do mundo.	Incidência do contágio por HIV nas relações e determinações de gênero, com referência a auto-estima.	Auto-estima	Menos valia
9.6	É por isso que eu vou precisar mesmo um acompanhamento de psicólogo pra me ajudar	Busca de elementos para recuperação de condições psicológicas para a redução de menos valia	Enfrentamento	Apoio Psicológico
9.7	Eles (profissionais) são muito atencioso, eles vem aqui e da uma força pra gente, cada um da uma força de um jeito, nossa, hoje veio um moço, um enfermeiro moreno, mas ele falou tanta coisa bonita, que eu falei que eu to muito desanimada, então é onde eles tão me tratando direitinho.	Suporte afetivo como desdobramento do encontro profissional/paciente com alusão ao equilíbrio/vínculo entre profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte Afetivo

9.8	...quando eu internei lá no São Francisco no sábado retrasado, deu um desespero pra ir pro hospital, eu tava com pneumonia, febre, daí me deu aquele desespero e eu fui, inclusive eu fui e precisei tomar calmante três dias porque eu tava muito agitada e com muito medo, daí eles me trataram da pneumonia e aí o Dr. arrumou aqui pra ver o resto das coisas, porque meu problema maior é o vírus né, então eu acho que ta sendo bom pra mim porque eles estão sendo bons, cuidando direitinho. Aqui é muito bom.	Suporte técnico-especializado como elemento subsidiário à integração e criação de recursos para o tratamento clínico do contágio por HIV	Relação Profissional/Paciente	Suporte técnico
9.9	Ah, receber visita é mais ou menos. Porque eu não to querendo ficar muito tempo conversando sabe, olha a foto da minha família ali na parede ...ficar um pouquinho é bom, mas ficar 4 horas conversando me cansa sabe, nem a televisão eu to ligando, eu sabe, tem programa bom e tem programa que eu não gosto não e tem uma coisa também saber que eu to gostando de fazer que é ficar de olho fechado,	Busca por momentos de apropriação do silêncio como forma de vivência e enfrentamento do HIV/aids	Enfrentamento	Apropriação do silêncio

Protocolo 10 – Análise conteúdo, locuções, 1º corte

Entrevista Luzia

LC	Enunciado (corte)	Notação	Categoria	Sub-categoria
10.1	“Aqui a gente toma o remédio direitinho, come, dorme.” “Então, a gente dorme direitinho, eu não tava tomando nada, nem sabia que eu tava doente. Eu emagreci muito, perdi muito peso, e aí deu positivo, daí fiz o tratamento aqui, quando eu internei aqui eu tava com 32 quilos. Fiquei 4 meses aqui. Foi bom pra mim, o ruim foi a saudade dos filhos.”	Processo de fragmentação e perda da continuidade do modo como estava conduzindo sua vida num momento anterior	Condições de vida	Desagregação
10.2	“Naquela época nasceu 4 netinhos, depois disso eu tava era doida pra ir embora cuidar dos netos, mas não conseguia segurar nem uma mamadeira.”	Referente ao suporte afetivo como dê-s-dobrimento do encontro profissional-paciente com alusão ao equilíbrio-vínculo entre profissionais de saúde	Exclusão	Família
10.3	“E quando eu sai daqui depois de quatro meses, nossa foi uma alegria né, poder voltar para casa. Eles falavam “o mãe, vem fazer o arroz pra nós”, era bom, era bom, mas dessa vez, acho que eu não volto pro dia das mães não.”	Processo de readaptação ao sair da internação hospitalar, numa tentativa de perseverar sensações.	Re-apropriação	Readaptação

10.4	“As meninas aqui são muito carinhosas com a gente. E isso ajuda, nossa, ajuda, a atenção que dão para a gente, o pessoal da enfermagem, os médicos, quando eu tinha dúvida, eles falavam, não passei apuro aqui não.”	Referente ao suporte afetivo como desdobramento do encontro profissional/paciente com alusão ao equilíbrio/vínculo entre profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte Afetivo
10.5	“Sair andando para beber. Naquela época eu fiquei viúva né, eu senti falta dele, falava pros meninos, e eu também perdi uma menina minha, na mesma época, 17 anos, aí eu chorava muito, e eu bebia, e o meu caçula me beijava e cuidava de mim, precisava ver que gracinha, ele ia no bar e falava mãe vamo embora mãe, e me buscava lá ...”	Processo de fragmentação e perda da continuidade do modo como estava conduzindo sua vida num momento anterior	Condições de vida	Desagregação
10.6	“A primeira vez, pensando assim agora, eu lembrei que eu passei o natal e ano novo aqui, e eu tava acostumada de passar todo mundo junto, a gente faz...é, uma família muito boa, a sogra veio aqui me ver, ela ainda vem, as minhas cunhadas, daqui a pouco estão chegando, eu fico esperando”	A presença de familiares na Unidade, tornando aquele momento menos angustiante e solitário	Redução de impotência/desamparo	Visitas familiares

10.7	“O atendimento aqui é ótimo, ótimo, eu nunca internei em nenhum outro lugar, só aqui que eu conheço, graças a Deus, e aqui elas conversam e dão atenção pra gente, muito boazinhas. Elas são muito gentis, fazem minha unha, vinham outras pra gente fazer pano de prato, mas agora eu não enxergo mais pra pinta, não tem mais como fazer essas coisas.”	Referente ao suporte técnico como ativação do relacionamento com os profissionais de saúde	Relação Profissional/Paciente	Suporte técnico
10.8	“É Luzia que eu escolhi né, eu adoro a Santa Luzia, sou devota, meu pai também era por isso que eu tenho nome de santa. Eu gosto muito de rezar quando eu to aqui, para Santa Luzia, e tenho uma menina que eu criei que eu dei o nome de Luzia.	Forma de enfrentamento do sofrimento durante a hospitalização encontrada na crença religiosa	Redução de impotência/desamparo	Respostas Teleológicas
10.9	“Cuidei de muita gente, mas não pude cuidar do meu marido, porque ele morreu matado, levou um tiro, daí eu que fiquei doente. Ele arranhou uma menina, uma boneca por aí que queria que ele fugisse com ela, mas daí deu confusão, ele disse que não ia se separar da mãe dos filhos dele e daí ela acabou matando ele, e ele era bom pra mim. Era bom. “	Respostas ligadas a papéis de gênero, evidenciando uma grande vulnerabilidade das mulheres à infecção por HIV	Vulnerabilidade feminina	Relações conjugais