



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA**

ROBERT SÉRGIO DE ALMEIDA COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV SOBRE O
HIV/AIDS APÓS O DIAGNÓSTICO**

**CAMPINA GRANDE - PB
2020**

ROBERT SÉRGIO DE ALMEIDA COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV SOBRE O
HIV/AIDS APÓS O DIAGNÓSTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Drº. José Andrade Costa Filho

Coorientador: Prof. Drª. Josevânia da Silva

**CAMPINA GRANDE - PB
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A447r Almeida, Robert Sérgio de.
Representações sociais de pessoas vivendo com HIV sobre o HIV/Aids após o diagnóstico [manuscrito] / Robert Sergio de Almeida. - 2020.
47 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2020.
"Orientação : Prof. Dr. José Andrade Costa Filho, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."
1. Estigmas sociais. 2. Relações interpessoais. 3. Representações sociais. 4. HIV. I. Título
21. ed. CDD 302

ROBERT SÉRGIO DE ALMEIDA COSTA

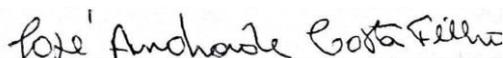
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV SOBRE O HIV/AIDS
APÓS O DIAGNÓSTICO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Departamento do Curso de
Psicologia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito à obtenção do título de
bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Aprovada em: 11 / 12 / 2020 .

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Andrade Costa Filho (Orientador)



Prof. Dra. Josevânia da Silva (membro - UEPB)



Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros (membro - UEPB)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dendograma com a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).....	27
------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Há quanto tempo recebeu o diagnóstico.....	16
Tabela 2 –	Há quanto tempo recebeu o diagnóstico (Frequências).....	17
Tabela 3 –	Gênero.....	19
Tabela 4 –	Faixa etária.....	20
Tabela 5 –	Estado civil.....	21
Tabela 6 –	Grau de escolaridade.....	22
Tabela 7 –	Renda familiar.....	22
Tabela 8 –	Situação de atividade desenvolvida como fonte de renda.....	23
Tabela 9 –	Orientação sexual.....	24
Tabela 10 –	Raça/cor.....	26
Tabela 11 –	Religião praticada.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DIAHV	Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Iramuteq	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
ISTS	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOAS	Benefício Assistencial de Prestação Continuada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNSIPN	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRD	Saúde Sexual e Reprodutiva e dos Direitos
SUS	Sistema Único de Saúde
TAGV	Termo de Autorização de Gravação de Voz
TAI	Termo de Autorização Institucional
TARV	Tratamento Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
METODOLOGIA	14
RESULTADOS E DISCUSSÕES	16
CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
ANEXOS – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS	47

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV SOBRE O HIV/AIDS APÓS O DIAGNÓSTICO

SOCIAL REPRESENTATIONS OF PEOPLE LIVING WITH HIV ABOUT HIV/AIDS AFTER THE DIAGNOSIS

Robert Sérgio de Almeida Costa*

RESUMO

A ausência de referências científicas e médicas ocasionaram em uma forte qualificação social do HIV/Aids, cujas especulações geraram o estigma e a discriminação de grupo sociais específicos, potencializando a discriminação. O objetivo deste trabalho foi de apreender as representações sociais de pessoas vivendo com HIV sobre a soropositividade para o HIV e sobre a Aids após o diagnóstico. Para atingir este objetivo, utilizou-se como perspectiva teórico-metodológica, a Teoria das Representações Sociais sob a ótica da Psicologia Social. O locus de coleta dos dados foi o Serviço de Assistência Especializada (SAE) da cidade de Campina Grande. A amostra contou com 20 participantes. Os dados foram processados e analisados no *SPSS Statistics* e pelo software gratuito *Iramuteq*. A epidemia é demarcada pelos fenômenos da pauperização, feminização, heterossexualização, profundas desigualdade social e iniquidade racial, com crescentes infecções na população idosa. O estigma social atribuído aos homossexuais, às profissionais do sexo e a pessoas que usam drogas resultam na representação de que relacionamentos heterossexuais monogâmicos com parceria fixa são invulneráveis ao risco da infecção. As relações afetivas, a religiosidade e as dimensões psicológicas e espirituais são identificadas como estratégias de enfrentamento para superação do diagnóstico, favorecendo melhoria na qualidade de vida.

Palavras-chave: HIV. Representações Sociais. Relações Interpessoais. Estigmas Sociais.

ABSTRACT

The absence of scientific and medical references has led to a strong social qualification of HIV/AIDS, whose speculations have generated stigma and discrimination against specific social groups, potentiating discrimination. This work aimed to apprehend the social representations of people living with HIV about HIV seropositivity and about AIDS after diagnosis. To achieve this goal, the Theory of Social Representations was used as a theoretical-methodological perspective from the perspective of Social Psychology. The locus of data collection was the Specialized Assistance Service (SAE) in the city of Campina Grande. The sample had 20 participants. The data were processed and analyzed using SPSS Statistics and the free software Iramuteq. The epidemic is marked by the phenomena of impoverishment, feminization, heterosexualization, profound social inequality and racial inequity, with increasing infections in the elderly population. The social stigma attributed to homosexuals, sex workers and people who use drugs results in the representation that monogamous heterosexual relationships with fixed partners are invulnerable to the risk of infection. Affective relationships, religiosity and psychological and spiritual dimensions are identified as coping strategies to overcome the diagnosis, favoring an improvement in the quality of life.

Keywords: HIV. Social Representations. Interpersonal Relationships. Social Stigmas.

*Estudante de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, @robert.almeida@aluno.uepb.edu.br

INTRODUÇÃO

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) pode ser considerada o primeiro caso em que uma doença viral e os fenômenos consequentes às suas histórias social e médica se desenvolvem conjuntamente. A Aids configura-se como um grave problema de saúde pública e adquire relevância social, política e científica, uma vez que produz uma nova dimensão para quem a vivencia, devendo ser atendida e amparada, tanto pelas implicações para o próprio desenvolvimento do indivíduo e curso da condição, como também para a saúde mental que está diretamente associada aos recursos que o organismo e a subjetividade das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) desenvolvem para gerenciar alternativas e repensar possibilidades frente ao processo após o diagnóstico (COSTA FILHO, 2003; LEAL, COELHO, 2016).

A ausência de referências científicas e médicas ocasionou em uma forte qualificação social da infecção, cujas especulações geraram o estigma de grupos sociais específicos, potencializando a discriminação. Inicialmente, o perfil sociodemográfico acometia principalmente homens homossexuais, brancos, de classes socioeconômicas mais elevadas, pessoas que usam drogas injetáveis e profissionais do sexo. A epidemia havia demarcado grupos sociais negligenciados e excluídos (SANTOS; SCHOR, 2015; BEZERRA *et al.*, 2018).

Ancoravam-se representações do HIV/Aids caracterizado como *síndrome gay, peste gay, câncer rosa*, com alta disseminação, fácil transmissão, conferindo ao sujeito infectado uma magreza extrema e a morte como sendo inevitável. Com o avanço clínico das terapias antirretrovirais (TARV) para as PVHIV foi possível a redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida, permitindo retardar ou evitar o surgimento da imunodeficiência adquirida. Nesse sentido as TARV mudaram o panorama da epidemia da Aids, através da redução significativa da mortalidade pelas pessoas vivendo com o vírus e definindo-a como uma doença crônica (SANTOS; SCHOR, 2015; FREITAS *et al.*, 2018; ABREU *et al.*, 2020).

Contudo, nos últimos 20 anos se observa que a evolução da Aids no Brasil se mantém estável e concentrada, perpassada por dimensões socioeconômicos, regionais e culturais, determinando os fenômenos da pauperização, feminização, interiorização, heterossexualização, juvenização e de uma ampla desigualdade racial no cenário da epidemia no país, modificando o perfil sociodemográfico inicial no que se refere ao gênero, à raça e à classe socioeconômica atualmente. Estes determinantes demarcam a vulnerabilidade de

grupos sociais e desigualdades no acesso a recursos estruturais (FAVERO *et al.*, 2016; FURTADO *et al.*, 2016).

Através dessas transformações no tecido social por meio dos processos de assimilação e ancoragem, ocorreu também uma transição nas representações sociais sobre a condição soropositiva para o HIV e a Aids. Anteriormente, a infecção era representada como uma sentença de morte inevitável para atualmente ser compreendida como uma doença crônica tratável em que é possível o prolongamento e melhoria da qualidade de vida. Assim como, uma compreensão de atitudes de prevenção e de comportamentos de risco para o enfrentamento da epidemia garantido pelas estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo das últimas décadas (MOSCOVICI, 2012; FREITAS *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2019).

Substancialmente, essa melhoria na qualidade de vida e o aumento na sobrevivência das PVHIV se deve à sistemática disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde pelo SUS com o fornecimento universal e gratuito dos medicamentos de TARV de alta potência, com testagem e exames laboratoriais para diagnóstico precoce e como rotina de prevenção e mapeamento das infecções e dos estágios da doença. Aliados ao acompanhamento integrado e multiprofissional em saúde nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) com o tratamento da infecção pelo HIV para redução das infecções oportunistas e diminuição na probabilidade de transmissão do vírus, que estão alinhados às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para erradicação da epidemia (PERDIGÃO *et al.*, 2020).

Esta melhoria da qualidade de vida pode ser proporcionada através do SAE que funciona como uma unidade de assistência em caráter ambulatorial, com espaço que proporciona o vínculo dos usuários com HIV e/ou ISTs com uma equipe multiprofissional ao longo do seu acompanhamento diagnóstico, clínico e psicossocial. Como também, a nível secundário de atenção à saúde, o serviço pode atender à demanda espontânea que busca aconselhamento pré-teste e pós-teste para HIV, ISTs e hepatites. No serviço são oferecidos atendimento médico com possibilidade de resolução diagnóstica e o tratamento assistencial, incluindo o farmacêutico e o psicossocial aos usuários e às suas famílias. Como também, são realizadas práticas educativas para adesão ao tratamento, prevenção e controle das ISTs e da Aids (GUILHERME, YAMAGUCHI, MASSUDA, 2019; PERDIGÃO *et al.*, 2020).

No que se refere aos níveis individual e subjetivo, o momento da descoberta do diagnóstico soropositivo para o HIV causa um forte impacto biopsicossocial. Este momento é expresso por reações, emoções e sentimentos de desamparo, como o medo, a angústia e um estado de choque. A ideação suicida está presente também em pessoas vivendo com HIV após o diagnóstico. Ademais, a testagem anti-HIV decorre, em muitos casos, do surgimento de

sintomatologias ou agravamento da condição de saúde, sobretudo na população idosa, em razão das crenças dos profissionais de saúde sobre pessoas idosas não praticarem relações sexuais ou vivenciarem uma vida sexual ativa (ARALDI *et al*, 2016; DOMINGUES, OLIVEIRA, MARQUES, 2018).

A noção socialmente construída de comportamentos e atitudes desviantes nas esferas dos valores arraigados à sexualidade, à moral, às relações de gênero, discriminação da pessoa idosa e aos direitos humanos, coloca o imaginário da heteronormatividade como uma conjuntura modelo. Os preconceitos, os estigmas e a discriminação resultantes dessa estrutura têm como alvo as PVHIV, causando, portanto, agravos na saúde física e mental e na manutenção das relações sociais devido às vulnerabilidades impostas a esta população (SUTO; OLIVEIRA; PAIVA, 2018).

As condições estruturais desiguais demarcam as prevalências desproporcionais em grupos populacionais em comparação com a população em geral. Os contextos de vulnerabilidade incluem violências, racismo, sexismo, pobreza, baixa escolaridade, discriminação, estigma e criminalização que contribuem para dificultar ou mesmo impossibilitar o acesso à cidadania, aos direitos e ao cuidado integral em saúde para as populações-chave. Segundo o Ministério da Saúde (2018), as populações-chave são marcadas pela alta prevalência do HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e por discrepância no acesso aos serviços e programas de saúde. Caracterizadas por pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadores do sexo e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2018; RIBEIRO, GIAMI, FREITAS, 2019).

O Ministério da Saúde responsável e implicado na Política de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais com execução pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) coopera com a Organização Mundial de Saúde (OMS) para um alinhamento estratégico nacional e internacional no que se refere aos determinantes sociais de saúde (DSS) objetivando definir diretrizes e estruturar respostas efetivas no combate à epidemia do HIV/Aids. Os DSS são um conceito que abarca e compreende como as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos influenciam na situação de saúde devido fatores sociais, econômicos, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais (BRASIL, 2018).

Na perspectiva de Moscovici (2012) com a Teoria das Representações Sociais (TRS) à luz da Psicologia Social, as representações sociais são mutáveis e a partir disso se tornam capazes de influenciar os comportamentos individuais e da coletividade. Para o autor supracitado, a TRS visa apreender os sentidos do mundo atribuídos pelos indivíduos e pelos

grupos e intervir na realidade de forma ordenada e perceptual, visto que constituem a realidade.

As representações sociais são um instrumento explanatório e um sistema geral de ideias e crenças produzido e reproduzido pelos atores sociais nas interações humanas por meio das ações e das comunicações. Portanto, são criadas, recriadas e possibilitam que outras representações surjam nesses processos de significação, comunicação, assimilação e ancoragem. Através desse sistema, os sujeitos identificados pelo seu grupo de pertencimento Resignificam a sua própria realidade, transformando o pensamento em um senso comum compartilhado no grupo em que se identificam ao qual pertencem (MOSCOVICI, 2012).

Utilizar-se da TRS como aporte teórico e compreender as representações sociais sobre a vivência do HIV possibilita uma apreensão mais apurada do real significado desta condição e dos seus desdobramentos nas diversas dimensões da complexidade humana para as PVHIV. Com isto, verificam-se os mitos, os preconceitos e os estigmas que envolvem o HIV e a Aids, que se apresentam constantes e permanentes na subjetividade desses sujeitos. Tendo em vista os aspectos desta problemática, tem como parâmetro as TRS, o objetivo geral deste trabalho, foi o de apreender as representações sociais das pessoas vivendo com HIV sobre o HIV/Aids após o diagnóstico.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo, utilizou-se do suporte multi-método (quantitativo-qualitativo). Segundo Oliveira (2015), a abordagem multi-método preconiza absorver a construção das representações da vida social, objetivando o aprofundamento da análise, buscando evidências que respondem a inferências prévias por meio de ferramentas quantitativa e qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: a primeira, constou na aplicação de um questionário sociodemográfico, visando caracterizar dados socioeconômicos dos participantes a fim de traçar o perfil da amostra; a segunda, constou de uma entrevista semiestruturada contendo perguntas abertas visando obter discursos e narrativas livres que desenvolvessem a experiência própria dos participantes.

Os dados do questionário sociodemográfico foram processados e analisados por meio do software *SPSS Statistic*, VERSÃO 25.0, distribuídos em 10 variáveis distintas. Por conseguinte, foram analisadas a estatística descritiva uma a uma, definindo a frequência e as porcentagens para todas as variáveis nominais e ordinais (gênero, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, atividade desenvolvida, orientação sexual, etnia/raça e religião); e definindo a média, a mediana e a moda para a variável escalar (tempo do

diagnóstico). Os discursos oriundos das entrevistas foram processados pelo software gratuito *Iramuteq*. Segundo Camargo e Justo (2018), o *Iramuteq* trata-se de um software licenciado que permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de palavras.

As entrevistas foram transcritas de forma literal, respeitando os discursos dos participantes e os neologismos próprios da linguagem informal para serem submetidas à análise no software *Iramuteq*. Para isto, foram coletadas entrevistas, posteriormente transcritas e reunidas em um mesmo arquivo ou mesma unidade de contexto sob o formato (.txt), formando o corpus textual. A análise do corpus textual é um tipo específico de análise de dados, cujo material verbal é transcrito em textos para, em seguida, ser processado. Essa análise oferece finalidades de exprimir o conteúdo das entrevistas, de forma individual ou coletivamente, a análise textual, sobretudo, garante uma “finalidade comparativa, relacional, comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descrevem quem produziu o texto” (CAMARGO; JUSTO, 2018, p. 4).

No *Iramuteq*, foi realizado o Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Este tipo de análise possibilita o agrupamento dos segmentos de texto e são classificados de acordo com as raízes temáticas abordadas. Portanto, são geradas matrizes que cruzam os segmentos de textos e as palavras, em seguida aplica-se o método de CHD e obtém-se uma classificação estável e definitiva. A partir dessas análises em matrizes, o próprio software reorganiza a análise dos dados em um esquema de dendograma da CHD, ilustrando as relações entre as classes interdependentes com suas respectivas categorias temáticas a serem denominadas após leitura e releitura apuradas. Para o desenvolvimento da pesquisa, adotou-se o aporte teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS), através da obtenção das narrativas orais das pessoas participantes (CAMARGO, JUSTO, 2018).

Seguiu-se as orientações conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, por meio da Resolução nº 466/2012, de modo que o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) (sob o registro CAAE 13309219.1.00005187). Foram entrevistados 20 usuários do Serviço de Assistência Especializada (SAE) diagnosticados com sorologia para o HIV há pelo menos 6 meses, que aceitassem participar das etapas da pesquisa e estivessem em condições físicas e psicológicas preservadas. Todas as entrevistas foram realizadas nas instalações do serviço, autorizadas sob declaração da Secretaria de Saúde de Campina Grande e da Coordenação do SAE, em salas reservadas para garantir o sigilo das informações narradas e o sigilo da pessoa entrevistada, assim como para criar um espaço de confiança e acolhimento entre pesquisador e entrevistado. As entrevistas foram gravadas individualmente

depois que as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGV). Anterior ao início da coleta, a coordenadora responsável pela instituição onde a pesquisa foi realizada assinou o Termo de Autorização Institucional (TAI).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil sociodemográfico da amostra

Com a finalidade de traçar o perfil sociodemográfico das pessoas vivendo com HIV usuárias do SAE, os resultados abaixo foram extraídos da primeira etapa da pesquisa através da aplicação do questionário sociodemográfico, valendo-se considerar as limitações próprias da amostra.

De acordo com a Tabela 1, observa-se no que se refere ao tempo (em anos) que o participante recebeu o diagnóstico, a Média foi de 9,75 anos, o Desvio Padrão de 5,875, o tempo Mínimo do diagnóstico foi de 1 ano e o tempo Máximo foi de 19 anos.

Tabela 1 - Há quanto tempo recebeu o diagnóstico

	<i>Anos</i>
Média	9,75
Desvio Padrão	5,875
Mínimo	1
Máximo	19

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

No que se refere ao tempo de diagnóstico a amostra entrevistada apresenta: 20% dos participantes foram diagnosticados com HIV há 6 anos. 15% foram diagnosticados há 17 anos e 10% há 4 anos, como consta na Tabela 2.

Tabela 2 - Há quanto tempo recebeu o diagnóstico (Frequências)

<i>Anos</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
1	1	5
2	1	5
3	1	5
4	2	10
6	4	20
7	1	5
10	1	5
12	1	5
13	1	5
14	1	5
15	1	5
16	1	5
17	3	15
19	1	5
<i>Total</i>	20	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

No que se refere ao gênero das pessoas participantes (Tabela 3), houve uma predominância do gênero feminino (55%), contabilizando 11 participantes mulheres [sendo 2 mulheres trans] em relação aos participantes do gênero masculino (45%), contabilizando 9 homens entrevistados, totalizando a amostra de 20 participantes.

As mulheres são incluídas, transversalmente, nas denominadas *populações prioritárias* cujas vulnerabilidades são ampliadas em razão à situação de vida ou aos contextos históricos, sociais e estruturais que as atravessam. A prevalência de mulheres nesta amostra corrobora com o Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2019 que evidencia o aumento da incidência de mulheres na epidemia da Aids e disseminação do HIV, definindo este fenômeno como a feminização da Aids, demonstrando um aumento significativo no gênero feminino. A razão entre os sexos no ano de 2018 foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019).

As mulheres trans caracterizadas como *população-chave* vivem em situações de vulnerabilidades, exclusões sociais e invisibilidade da identidade de gênero extremamente precoces e violentas, sobretudo no núcleo familiar. A transfobia e o estigma contra esse grupo

social associado à prostituição excluem as pessoas trans, sobretudo mulheres, dos espaços sociais, laborais e dos relacionamentos de parceria fixa. Ser profissional do sexo é posto como a alternativa possível como fonte de renda, acolhimento e expressão da sua feminilidade. Contudo, vale-se salientar que das duas mulheres trans participantes, apenas uma relatou experiências como profissional do sexo, evidenciando a necessidade emergente de desmitificação dessa representação discriminatória (ABREU *et al.*, 2020; UNAIDS, 2020).

A desigualdade de gênero que expõe as mulheres vivendo com HIV a condições mais vulneráveis com violação do seu direito sexual e de reprodução, nos seus núcleos familiares e nas instituições e serviços de saúde têm impacto negativo na qualidade de vida, no estado de saúde e na discrepância do acesso à saúde em todo o mundo. Por estas estruturas socioeconômicas e culturais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) compõe a agenda de diretrizes e estratégias para os países implementarem no que tange a saúde sexual e reprodutiva e dos direitos (SSRD) das mulheres vivendo com HIV/Aids com o objetivo de alcançar uma maior equidade de gênero e legitimar os direitos humanos (WHO, 2017).

O aumento da incidência em mulheres está associado a fatores culturais, sociais e econômicos. As relações de poder dominado sistematicamente pelo homem, sobretudo heterossexual, submete as mulheres a relacionamentos construídos em sistemas centrais de representações machistas e patriarcais, acarretando em controle limitado nas decisões relativas às condições das suas relações sexuais, ao uso do preservativo e às condutas do parceiro (PANARRA *et al.*, 2017).

A menor frequência do gênero masculino nesta amostra corrobora com relatório do UNAIDS (2017) que apontou que os homens realizam testes para o HIV e buscam TARV com menos probabilidade que as mulheres. Como também, iniciam o tratamento tardiamente, interrompem com mais frequência se desvinculando dos serviços de atenção especializado e tratamento, resultando em maior incidência de mortes por complicações relacionadas à Aids do que as mulheres em geral.

Os homens evitam o contato com os espaços de saúde, prejudicando a efetivação de ações preventivas, em razão da sua autopercepção de invulnerabilidade em detrimento a outros grupos sociais, visto que a representação de masculinidade associada à virilidade foi construída histórica e sócio-culturalmente. Posto esse cenário, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) viabiliza promover em alinhamento ao Programa Nacional de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais a prevenção e o controle das IST e do HIV, por meio de estratégias de fomento à inclusão e à participação continuada dos homens nas ações de educação em saúde, à vida sexual, ao autocuidado e ao acesso sistemático e estratégico da informação (BRASIL, 2009; SILVA *et al.*, 2020).

Tabela 3 - Gênero

<i>Gênero</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Masculino	9	45
Feminino	11	55
<i>Total</i>	20	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Quanto à idade (Tabela 4), a maior prevalência na faixa etária foi entre 41-50 anos (35%), contabilizando 7 participantes. A faixa etária entre 51-60 anos (30%), contabilizou 6 participantes e 30-40 anos (20%) dos participantes, contabilizando 4. Observou-se uma maior prevalência entre as faixas etárias entre 41-50 anos e 51-60 anos, corroborando com o Boletim Epidemiológico HIV/Aids do ano de 2019 no qual se verifica uma crescente frequência no número de casos na faixa etária a partir dos 50 anos, indicando mudanças no perfil epidemiológico da Aids no Brasil. Nos últimos anos, este aumento de infecções na população de idosos se configura como um problema de saúde pública, tanto pelas pessoas que estão envelhecendo com HIV como pelo surgimento de novos casos (BRASIL, 2019; FERREIRA *et al.*, 2019).

Os idosos vivendo com HIV são discriminados em diversas dimensões, uma vez que sua sexualidade é negligenciada pelos profissionais de saúde por representações que nessa fase da vida há ausência de práticas sexuais, especialmente para as mulheres idosas. O aumento no número de idosos com HIV é associado também ao impulso farmacológico da automedicação utilizado por homens idosos para aumentar a atividade e o desempenho nas relações sexuais. Assim como, crenças sobre a ausência de risco de gravidez para as mulheres idosas, visto que a maioria apresenta os sintomas da menopausa e das quedas hormonais a partir dos 50 anos (SANTANA, 2016).

Além disso, as representações sobre a relação envelhecer e HIV/Aids são ancoradas como uma dicotomia permeada de estereótipos que discrimina e torna invisível essa população das campanhas de educação em saúde para prevenção às ISTs e sobre a necessidade de atividade sexual segura pelo uso de preservativo e autocuidado. Por não representar o HIV como uma ameaça possível pelos próprios idosos ou pelos profissionais de saúde, ocasiona-se no diagnóstico tardio pelo déficit na solicitação da testagem como exame de rotina, na medida em que os sintomas da infecção ou de outras infecções oportunistas após o contágio são confundidos com doenças comuns ao processo de envelhecimento (SILVA *et al.*, 2020).

Tabela 4 – Faixa etária

<i>Faixa Etária</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
18-29 anos	1	5
30-40 anos	4	20
41-50 anos	7	35
51-60 anos	6	30
acima de 60 anos	2	10
<i>Total</i>	20	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

No que se refere ao estado civil (Tabela 5), verificou-se predominância significativa dos participantes em estado civil solteiro ou solteira (55%), contabilizando 11 entrevistados, na maioria homens. Em casamento ou em união estável ocorreu um escore de 25%, contabilizando 5 participantes.

Após o diagnóstico soropositivo para o HIV, ocorre o exercício de novas práticas sexuais e a reelaboração da afetividade, a expressão da sexualidade das PVHIV é influenciada por condições fisiológicas e psicossociais. Os sentimentos de medo, raiva e vergonha podem influir na percepção da perda da sexualidade ou a decisão pela abstinência sexual. Desse modo, a vivência da sexualidade acontece de forma controlada, restringida e velada. Os relacionamentos afetivos são determinados pela revelação do diagnóstico para o parceiro ou a parceira, como também marcados pelo estigma, pelo preconceito, por questões reprodutivas que afetam o desejo de constituir família, pela perspectiva de futuro e por influência na autoestima por alterações da imagem corporal pelo curso da infecção ou como efeito colateral da TARV (MASKUD, 2012; OLIVEIRA, 2015; SANTOS, 2015).

Em estudos de Oliveira (2015) e Santos (2015) são apontadas as novas configurações afetivas e relações sexuais, na maioria, casuais e com pessoas desconhecidas. Estas dinâmicas relacionais são consideradas mais propensas à infecção e à transmissão do HIV e ISTs. Assim como, as relações sexuais podem ser esporádicas ou mesmo escassas para PVHIV. A fragilidade dos laços afetivos constitui relações afetivo-sexuais não dialogadas com consequente redução da frequência sexual e insatisfação emocional que afetam negativamente a qualidade de vida.

Essas mudanças na configuração das relações afetivas e sexuais é apontado como um fator de aumento da incidência das infecções pelo HIV, devido a vulnerabilidade que expõe os sujeitos. Valendo-se considerar que não apenas os grupos em situação de vulnerabilidade estão se infectando, como também qualquer pessoa de qualquer grupo que esteja vivendo

atividades sexuais desprotegidas (MAKSUD, 2012; OLIVEIRA, 2015; BORGES, SILVA, MELO, 2017).

Tabela 5 – Estado civil

<i>Estado Civil</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
solteiro (a)	11	55
casado (a) / união estável	5	25
divorciado (a) / separado (a)	2	10
viúvo (a)	2	10
<i>Total</i>	20	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Referente ao grau de escolaridade (Tabela 6), verificou-se uma maior prevalência entre os entrevistados daqueles que possuem ensino fundamental incompleto (60%), contabilizando 12 participantes. Os dados corroboram com as estatísticas apresentadas no Boletim Epidemiológico HIV/Aids do ano de 2019 em que indica ao longo dos anos 2008-2018 uma maior concentração dos casos de HIV/Aids na população com 5^a à 8^a série incompleta, representando 21,3% (BRASIL, 2019). Nesta pesquisa o índice foi maior do que apresentado à nível nacional.

Esses dados também corroboram com estudos de Silva Júnior e colaboradores (2020) que indicam maior prevalência de pessoas com ensino fundamental incompleto compondo 36,88% daquela amostra. A baixa escolaridade e menor renda são correlatos e estão diretamente associados à maior taxa de infecção por HIV, afetando negativamente a qualidade de vida das PVHIV que se situam nesse estrato social. Posto que, a escolaridade e o nível de instrução formal podem ser uma condição necessária que diferencia as ocupações do ponto de vista do prestígio, da hierarquia e dos rendimentos (IBGE, 2020; SILVA JÚNIOR *et al.*, 2020).

A incidência de casos na população com baixa escolaridade evidencia a tendência de pauperização da epidemia do HIV/Aids no Brasil. Isto se dá pelo baixo conhecimento sobre o vírus, pelo acesso dificultado aos serviços de saúde, pelo baixo acesso à informação e educação em saúde e pela não adesão aos métodos preventivos consequentes das situações de vulnerabilidade (GALVÃO, COSTA, GALVÃO, 2017; SILVA *et al.*, 2020).

Tabela 6 – Grau de escolaridade

<i>Grau de Escolaridade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
ensino fundamental incompleto	12	60
ensino médio incompleto	4	20
ensino superior incompleto	2	10
ensino superior completo	2	10
<i>Total</i>	20	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Quanto à renda (Tabela 7), verificou-se uma alta prevalência dos usuários que não possuem renda nenhuma (65%), contabilizando 13 participantes e 6 usuários que possuem entre 2 e 3 salários mínimos (30%). Esses dados corroboram com outros estudos de Cecílio e colaboradores (2020) e Santos e colaboradores (2020) no que tange a grande proporção de PVHIV com baixa ou nenhuma renda familiar.

Estes indicadores revelam mais uma vez a tendência de pauperização da epidemia, evidenciando o cenário de situações vulneráveis em que as populações situadas em estratos sociais permeados de marginalização são expostas. A precarização nas condições de vida da população mais pobre ocorre pela baixa assistência social das demandas cidadãs básicas e maiores obstáculos no acesso aos serviços e instituições. Como também, as residências, em sua maioria, estão localizadas nas áreas periféricas dos centros urbanos com infraestrutura sem segurança, baixo acesso à informação e baixo poder aquisitivo para a manutenção individual da saúde (GALVÃO, COSTA, GALVÃO, 2017; IBGE, 2020; SILVA *et al.*, 2020; SILVA JÚNIOR *et al.*, 2020).

Tabela 7 – Renda familiar

<i>Renda Familiar</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
sem renda	13	65
até 1 salário mínimo	1	5
entre 2 e 3 salários mínimos	6	30
<i>Total</i>	20	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Nessa perspectiva, relaciona-se às variáveis socioeconômicas à atividade desenvolvida (Tabela 8) pelos participantes, compreendendo o escopo de atividades ou recursos que servem como fonte da renda destes sujeitos. 40% recebe auxílio e 30% encontra-se em situação de desemprego, contra 25% que desenvolve alguma atividade como fonte de renda. Na categoria auxílio citado pelos participantes são compostos o benefício assistencial de prestação continuada (LOAS) adquirido por condições convergentes à condição de soropositividade para HIV quando há incapacidade para o trabalho e o recebimento do benefício do Bolsa Família, ambas as modalidades de auxílio são disponibilizadas pelo Governo Federal a partir de políticas públicas de incremento de renda mínima (BRASIL, 2012).

Tabela 8 – Situação de atividade desenvolvida como fonte de renda

<i>Atividade Desenvolvida</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
desempregado (a)	6	30
empregado (a)	5	25
recebe auxílio	8	40
recebe aposentadoria	1	5
<i>Total</i>	20	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Em relação à orientação sexual (Tabela 9), ocorreu prevalência estatisticamente significativa de participantes heterossexuais com escore de 80% da amostra contra 20% de participantes homossexuais. Todas as mulheres participantes (100%) declararam-se heterossexuais, incluindo as 2 mulheres trans. 55,5% dos homens entrevistados declararam-se heterossexuais, enquanto que 44,5% dos homens se declararam homossexuais. Não houveram autodeclarações de bissexualidade. Estes dados corroboram com o Boletim Epidemiológico HIV/Aids, no qual são apontados maior incidência de pessoas heterossexuais vivendo com HIV na maior parte das regiões do país, indicando o fenômeno da heterossexualização da epidemia (SANTOS, 2017; BRASIL, 2019).

A tendência de crescimento nas taxas de infecção em homens, sobretudo heterossexuais perfazendo 49% do número de casos, evidencia como a categorização dos homens heterossexuais foi caracterizada como *população geral* diferente dos conceitos de *população-chave* e *populações prioritárias*. O imaginário social representa esse grupo como distante e invulnerável ao HIV/Aids, sem a compreensão tácita de atitudes e comportamentos de risco, devido às relações sociais de poder baseadas no gênero. De modo que, interferiu diretamente nos aspectos contextuais e coletivos, ou seja, nas políticas públicas de saúde, na

atuação dos profissionais de saúde e nas representações sociais para o entendimento da suscetibilidade dos indivíduos aos agravamentos de saúde, bem como no direcionamento de recursos para a prevenção e para o tratamento. Embora a PNAISH apresente objetivos à prevenção do HIV/Aids e IST, a inserção é atribuída de forma ampla no eixo temático saúde sexual e reprodutiva, ocorrendo a não definição de ações e estratégias específicas e a negligência por parte dos gestores (BRASIL, 2018; UNAIDS, 2020; KNAUTH et al., 2020).

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres abrange aspectos históricos, culturais e sociais consistentes, do ponto de vista da sua atividade, de uma menor autonomia e da inequidade de gênero. Um fator importante da infecção pelo HIV na população feminina é a não identificação por parte das mulheres com os grupos e comportamentos considerados de maior incidência e risco, dificultando sua percepção sobre risco e a utilização de métodos protetivos. Nessa perspectiva, são apontados também um conjunto de fatores de ordem moral, cultural, religioso, de gênero que interferem na autonomia e no poder de decisão das mulheres vivendo com HIV no que se refere às suas vivências afetivas, sexuais e reprodutivas, principalmente após o diagnóstico. Estas similitudes de identificação e autopercepção em homens e mulheres são observadas pela tendência de heterossexualização da epidemia no Brasil (VILLELA, BARBOSA, 2017).

Tabela 9 – Orientação sexual

<i>Orientação Sexual</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
heterossexual	16	80
homossexual	4	20
<i>Total</i>	20	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Em relação à raça/cor (Tabela 10), verificou-se maior prevalência de pessoas autodeclaradas pardas (50%), dado que corrobora com o Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2019 na incidência de casos dos indivíduos pelo quesito raça/cor, considerando o período de 2007 à primeira metade de 2019, 49,7% dos casos ocorreram entre negros (sendo pretos – 10,6% e pardos – 41,5%). Nos últimos dez anos, a incidência na proporção entre pessoas brancas teve queda de 20% em contrapartida à queda de 1% entre pessoas negras no mesmo período. Desde 2009 ocorre maior prevalência em mulheres negras, enquanto que desde 2012 a maior prevalência ocorre entre homens negros, perfazendo em 2018, 54,8% homens negros

e 58% mulheres negras. Embora o Ministério da Saúde saliente que ocorre um alto percentual de casos notificados com informação sobre raça/cor ignorada, perfazendo uma amostragem de 8,4% do total de notificações (BRASIL, 2019).

Estes dados corroboram também com estudos de Galvão, Costa e Galvão (2017) que evidenciam a alta incidência na população negra, sendo entre pessoas pardas de 54,6% e de pessoas pretas de 20%, enquanto que as pessoas brancas representaram 11% da amostra. Segundo Faustino (2017) e Werneck (2016), a inclusão do critério de raça/cor nos serviços de saúde torna mais nítido como o racismo estrutural e o racismo institucional agravam as desigualdades no acesso dessa população. Para Almeida (2018), a educação precária leva à desinformação quanto aos cuidados que se deve ter com a saúde.

O racismo estrutural baseia o funcionamento e engendra a manutenção com que o racismo constrói as relações sociais, políticas, jurídicas, econômicas, culturais, reproduzindo a desigualdade racial sem efetivas e direcionadas responsabilização individual e institucional. Seu impacto gera evidentes e profundas desigualdades na organização social brasileira, determinando acesso insuficiente à educação, baixa ou nenhuma educação sexual, insegurança alimentar, pobreza e violências das mais diversas. O racismo institucional confere privilégios em detrimento de desvantagens a grupos específicos cujo fator raça/cor é a base para normalizar atos, ações e lógicas por meio de poder e de dominação (ALMEIDA, 2018).

Mesmo com o fomento dos movimentos sociais e das representatividades para a população negra no SUS com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) instituído em 2009 pelo Ministério da Saúde, a promoção de equidade na saúde e superação do racismo estrutural e institucional se apresenta como um dos maiores desafios para o enfrentamento da violenta realidade que se apresenta nos indicadores negativos em saúde dessa população. Uma das estratégias de gestão implementadas pela PNSIPN é desenvolver ações específicas para a redução das inequidades étnico-raciais nas condições e nos agravamentos de saúde, considerando as necessidades locais e regionais, sobretudo em incidências provocadas por causas violentas, IST/HIV/Aids, transtornos mentais e outros adoecimentos crônicos (BRASIL, 2017).

Tabela 10 – Raça/cor autodeclarada

<i>Etnia/Raça</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
branca	5	25
parda	10	50
preta	5	25
<i>Total</i>	20	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Relativo à religião (Tabela 11), observou-se predomínio do catolicismo (50%), contabilizando 10 participantes. Seguido da religião evangélica (25%), contabilizando 5 participantes. Verificou-se porcentagem expressiva de pessoas que não possuem religião (20%). Estes dados corroboram com o Censo 2010 (BRASIL, 2012), 64,63% da população se declarou católica, seguido de 22,16% da população que se declarou evangélica e 8,04% da população que se declarou sem religião.

Declarar uma crença religiosa ou manifestar religiosidade é a utilização da fé como fortalecimento do sujeito no enfrentamento para o diagnóstico soropositivo para o HIV. Enquanto estratégia de enfrentamento (*coping*), a religiosidade oferece força, conforto e esperança para lidar com a nova condição de saúde que se apresenta, assim como para redução do sentimento de culpa atribuída a si mesmo ou a outros, relacionando afetos positivos frente ao diagnóstico e ao HIV. Da mesma forma, verifica-se esses aspectos nos participantes que declararam não possuir religião (PINHO *et al.*, 2016).

Tabela 11 – Religião praticada

<i>Religião</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
católica	10	50
evangélica	5	25
espírita	1	5
sem religião	4	20
<i>Total</i>	20	100

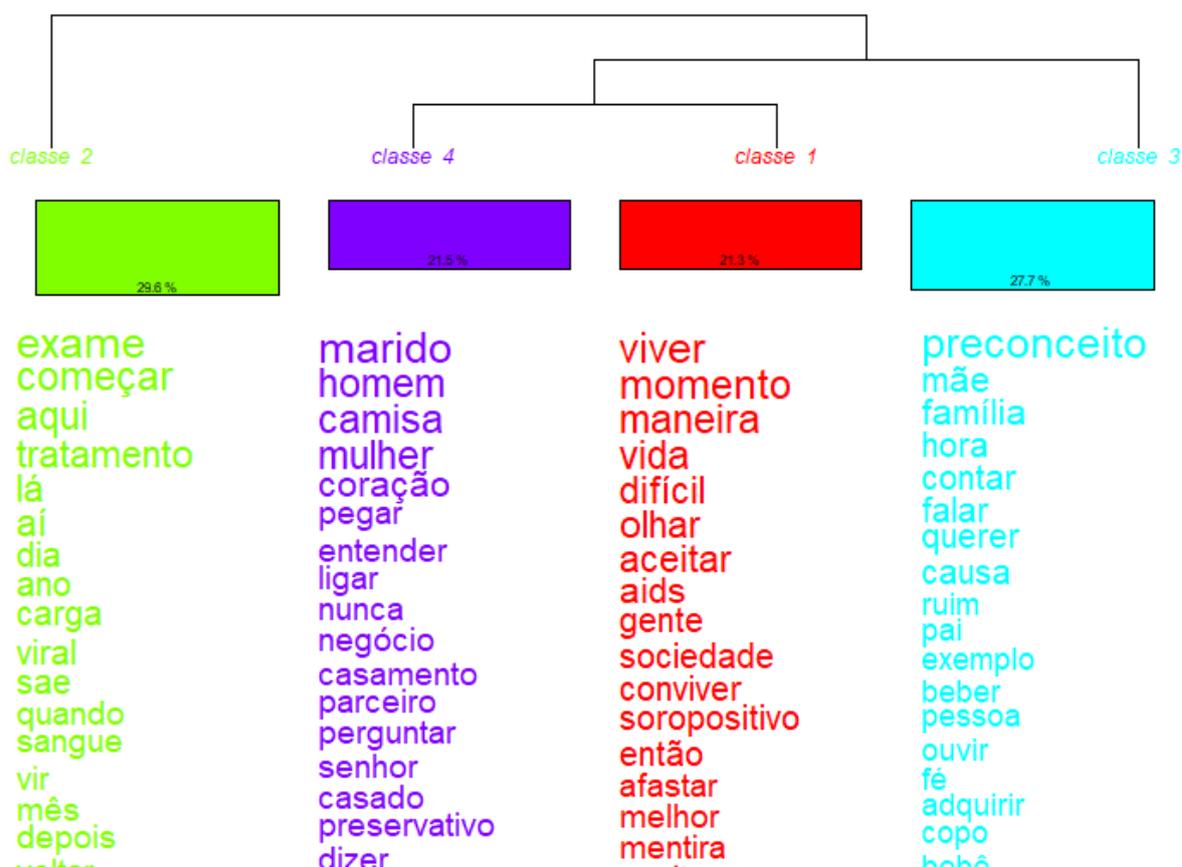
Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Apreensão das representações sociais

Para a análise dos dados coletados através da entrevista semiestruturada, objetivou-se apreender as representações sociais ancoradas pelos participantes. Para isso, foi utilizado o

dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (n=20) a partir dos discursos, tendo como princípio o processamento padrão do software *Iramuteq*. Os dados analisados foram ordenados em 4 classes contemplando as seguintes categorias temáticas: 1. A reação ao diagnóstico; 2. Os relacionamentos afetivos e sexuais; 3. A autopercepção e 4. A percepção do outro.

Figura 1 - Dendograma com a Classificação Hierárquica Descendente (CHD)



Fonte: *Iramuteq*, 2019.

A reação ao diagnóstico

Na classe 1, denominada *A reação ao diagnóstico* apresentada no lado esquerdo do dendograma na cor verde, verificou-se que os participantes representam sua reação ao diagnóstico de maneira pragmática e progressiva, associando sua reação ao momento inicial e marcante do exame laboratorial, bem como ao processo do começo do tratamento, tendo como indicador a carga viral. O tratamento é associado ao tempo do diagnóstico (dia, ano, mês) e ao Serviço de Assistência Especializada (SAE), observa-se a necessidade deste tempo decorrente para que ocorra o processo de assimilação e ancoragem, possibilitando pensar no futuro, representado pela palavra depois. O SAE se configura como suporte social emocional

e instrumental, ou seja, oferece atenção especializada e acolhimento, como também concede aparato técnico e institucional com aspectos práticos do tratamento integral. Ocorre uma relação significativa entre a disponibilidade de apoio social recebido e percebido e a satisfação diante do enfrentamento do quadro crônico, correlacionados ao tempo do diagnóstico e ao tempo em tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2020; PEDROSA *et al.*, 2016).

O momento da confirmação do diagnóstico de HIV no primeiro momento causa um grande impacto e desperta emoções e sentimentos expressos em reações carregadas de afetos negativos. A partir do choque imediato ao ser nomeado como uma pessoa que testou positivo para o HIV, o sujeito rearranja estratégias de enfrentamento para lidar com os medos e angústias, a reação oscila paulatinamente até que se recupere e se recomponha vislumbrando outras possibilidades e perspectivas (ARALDI *et al.*, 2016).

Isto fica explícito nas seguintes falas:

Muito difícil, muito, muito, muito difícil porque você renasce. Você renasce e tem que viver uma nova vida. Você tem que deixar o que você vivia de festa, de noitada, de tudo, para trás e começar uma nova vida se você quiser alongar a vida por mais um tempo. Você tem que abrir mão de tudo. Eu reagi muito mal, porque eu não esperava [...] (Pessoa 1)

Ah, eu me senti muito mal, passei muito mal [...] Aí eu fui me conformando, até hoje [...]
(Pessoa 6)

[...] foi horrível, o papel do resultado, de sífilis não deu nada, mas o de HIV deu, eu fiquei me sentindo a pior pessoa possível, foi muito ruim. É um negócio que você fica sentindo que você não sabe se ri, se chora, se grita, não sabe reagir. (Pessoa 7)

O impacto do diagnóstico repercute na afetividade dos sujeitos frente aos seus laços de família, de amizade e de conjugalidade. A soropositividade é representada como uma ameaça e como uma privação do sentimento de amar e de serem amados reciprocamente, como também da liberdade em compartilhar carícias e toque. Após o impacto, são observados sentimentos de desesperança e desamparo referente ao estado de saúde e sobre o futuro, causando um sofrimento intenso que impulsiona o sujeito à ideação suicida ou mesmo o ato

suicida, visto que a confirmação do diagnóstico é identificada como uma situação de estresse insuportável. São demonstrados sintomas depressivos, desgaste da qualidade de vida e adoecimento mental devido à percepção de pouco suporte social percebido e a solidão. A vigilância desses sintomas previne a depressão e influencia positivamente na adesão ao TRAV, melhorando a qualidade de vida (ARALDI *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2020).

Verificou-se dificuldade em lidar com o diagnóstico, nomeando o HIV como “problema” identificado na fala da maioria das pessoas entrevistadas. Como fica evidente nos trechos seguintes:

Eu queria morrer, eu tomei veneno para morrer. A minha sorte foi uma neta minha que eu criei que viu quando eu cheguei com o veneno de rato. (Pessoa 6)

Eu fui para o HU, fiz o teste aí deu esse problema, do HIV. Deu o soropositivo. (Pessoa 10)

Existe uma alta correlação entre depressão e suicídio. Estudos sugerem que o transtorno depressivo é o adoecimento mental mais prevalente em PVHIV, duas vezes mais que na população em geral, tendo a ansiedade como comorbidade. A esperança identificada após o diagnóstico é um elemento constitutivo das subjetividades humanas e sustenta a capacidade motivadora de construir possibilidades para o futuro. O sentimento de esperança é sustentado a partir dos relacionamentos familiares, com amigos e com os profissionais que acompanham o quadro de saúde dos usuários dos serviços de referência assistencial (MORAES, CASSEB, 2017; SILVA *et al.*, 2020).

Os relacionamentos afetivos e sexuais

Na classe 2, denominada *Os relacionamentos afetivos e sexuais* apresentada no lado esquerdo do dendograma na cor violeta, verificou-se que a predominância do gênero feminino (55%), dos relacionamentos das mulheres e dos homens homossexuais foram fatores relevantes significando de forma expressiva as representações das relações afetivo-sexuais após o diagnóstico. Observa-se que o HIV é associado ao marido/parceiro dentro do casamento ou união estável sendo o responsável pela transmissão para a mulher. Na maioria, as mulheres vivendo em relacionamentos estáveis com relações heterossexuais com um único parceiro. Isto se evidencia nos seguintes trechos:

É que eu descobri porque meu marido tinha, aí já não era uma novidade para mim, porque como ela já tinha aí eu não fiquei alarmada. No comecinho eu fiquei com raiva dele. (Pessoa 4)

Quando meu marido morreu, ele morreu com essa doença, ele morreu com 28 anos. Eu não sabia. Aí ele pegou e veio me avisar. Eu fiz um exame, fiquei com medo. [...], aí o médico confirmou pra mim que eu tinha HIV. (Pessoa 5)

A confiança constituída pela conjugalidade se confere como um aspecto que revela o poder nas relações de gênero entre homens e mulheres, sobretudo no que tange o uso de preservativos. No entanto, as relações extraconjugais por parte dos homens colocam as mulheres em situação de vulnerabilidade, ainda que acreditem no casamento ou união estável não oferece risco. A fidelidade pressuposta e a confiança são colocadas em dúvida no relacionamento quando ocorre transmissão do HIV entre parceiros vivendo em união estável. As mulheres, na sua maioria, não se identificam com as *populações-chave* ou tendo comportamentos de maior risco para a infecção, sendo outro fator que dificulta o uso de proteção (PANARRA *et al.*, 2017; VILLELA, BARBOSA, 2017).

Essas representações são evidenciadas nas seguintes falas:

Eu era casada, tinha minha família, com meu filho, meu marido, aí o que foi que ele trouxe para mim? Isso aí. Aí eu fiquei uma vítima disso. as mulheres que são casadas e que tem maridos que gostam de sair muito, que elas tomem cuidado, se previnam [...] A gente pensa que o marido ama, dá a vida dele por você, faz tudo. Mas a gente que é mulher que vive em casa, a gente não pode confiar. Eu tenho que usar o preservativo. Tomar medicação. Usar preservativo, principalmente quando a mulher suspeita que o marido gosta de arrumar mulher fora. Porque hoje você sabia que as mulheres que ficam na rua se cuidam mais do que aquelas que vivem em casa, porque as que vivem em casa têm confiança no marido. (Pessoa 5)

[...] ele queria se relacionar sem camisinha, e eu sempre fiz questão de usar camisinha. Geralmente é a mulher que não quer usar camisinha porque acha que está com o parceiro certo. Sempre estava com camisinha e ele não queria (Pessoa 7)

São observados dois momentos: o antes e o depois do diagnóstico. Antes as relações sexuais não são praticadas com proteção, depois são expressos sentimentos de culpa e receio quanto ao motivo do uso de preservativo, sendo transferido ao parceiro a responsabilidade da proteção. Ocorre uma representação de vitimização feminina em que as mulheres vivendo em relacionamentos monogâmicos e infectadas pelo parceiro são consideradas vítimas e o homem é caracterizado como o culpado, posto que as diferenças sociais e morais entre homens e mulheres perfazem o imaginário da dominação e da submissão, respectivamente. Nessas relações de poder, a negociação e o diálogo para a prática sexual protegida são dificultados ou ausentes (PANARRA et al., 2017).

Outro aspecto relevante foi descrito como: “pegar”, “entender”, “ligar”, “perguntar” e “dizer” pelos participantes e pode ser caracterizado pelos relacionamentos sorodiferentes. Os casais sorodiferentes (uma pessoa soropositiva e outra soronegativa) têm maior risco de se infectar e estão expostos a maior vulnerabilidade individual. A possibilidade de transmissão horizontal se apresenta como um medo constante e pode determinar dificuldades na vivência afetiva e sexual plena, descrito como “pegar”. A indefinição, o constrangimento e o segredo são fatores que englobam a revelação do diagnóstico para o HIV. Revelar o diagnóstico se configura como um importante tema para a manutenção do relacionamento, permeado de sentimentos como vergonha e receio, podendo acarretar em conflitos (FERNANDES et al., 2017; REIS et al., 2019).

A pessoa com sorologia negativa no relacionamento é representada como alguém especial que aceitou a soropositividade. O risco da perda do amor e da rejeição aparece como mais significativo do que o risco de se infectar, visto que ocorre uma desvalorização simbólica da união entre pessoas demarcadas socialmente como diferentes, colocando a PVHIV em uma posição estigmatizada nesta relação. No primeiro momento, pode haver a assimilação de que houve uma quebra de confiança e de que há uma ameaça à saúde. O TRAV se torna menos significativo diante do impacto da revelação, uma vez que é representado como uma possibilidade de aumento da sobrevivência e da qualidade de vida, embora o estigma, os preconceitos e a discriminação sofridos e percebidos sejam significados com maior relevância. Observa-se que passado o impacto da revelação, ocorre uma renovação

do conviver, novos sentidos são atribuídos à afetividade e viver com a sorodiferença pode ser naturalizada na parceria do casal (ALBUQUERQUE, BATISTA, SALDANHA, 2018; FERNANDES *et al.*, 2017).

A dinâmica das relações sorodiferentes é destacada nos seguintes discursos:

[...] eu tava com uma pessoa [...] que também era soropositivo, acho que seria mais fácil, porque na minha cabeça eu pensava: quero encontrar alguém que seja soropositivo [...] eu pensava que seria melhor na relação e não tinha o constrangimento de chegar para pessoa e dizer. [...] só que a gente começou a conversar, se encontrou e foi gerando sentimentos e aí eu [...] contei para ele, tanto que eu disse que era soropositivo como também que eu tinha sífilis, aí eu perguntei e ele disse que não tinha problema num caso desse, que me aceitava, disse que me amava. (Pessoa 2)

[...] toda vez que eu olho [...] para um homem me dá raiva. É sério, eu fico com raiva. Porque ele podia dizer porque foi de responsabilidade dele. (Pessoa 5)

[...] eu tive um casamento, [...] tive que dizer a ele porque morando junto não tinha como ficar o tempo todo escondendo e foi muito chocante para ele e, por incrível que pareça, nós tivemos relações sexuais desprotegidos de camisinha, isso me fez ficar mais louca ainda. (Pessoa 12)

A autopercepção

Na classe 3, denominada *A autopercepção* apresentada no lado direito do dendograma na cor vermelha, verificou-se que a autopercepção está muito associada à maneira como vivem o presente referido pelo descritor “momento” e de como a vivência cotidiana referido pelo descritor “vida” se apresenta com dificuldades devido o olhar estigmatizante do outro no convívio social. Os participantes representam o processo de aceitação marcado pelo conflito com a maneira como concebem a vivência com o HIV para si mesmos e por meio das suas relações com os outros, embora autoafirmem sua identidade sorológica. Identificou-se que o

HIV está muito associado às representações da Aids como doença a se conviver, ou seja, como doença crônica. Estes atores sociais representam sua identidade sorológica como uma mentira, visto que preferem se afastar simbolicamente da soropositividade em razão das dificuldades que se apresentam nas relações interpessoais.

Isto fica evidente nos seguintes trechos dos discursos:

[...] acho que Deus me dá outra força pra mim viver e tentar levar a vida normal, mas se eu não for pensar por esse lado que as pessoas vão olhar pra mim diferente, não vão me aceitar, acho que nem de dentro de casa eu saía. (Pessoa 1)

[...] eu não gosto de aceitar, no fundo eu não aceito que estou doente [...]. (Pessoa 7)

[...] quando a gente descobre que é um soropositivo, você vai viver a maneira de sobreviver, até o dia que... você já sabe que é sentenciado a morrer. (Pessoa 13)

Observa-se que não ocorre a identificação de si mesmo como grupo de pertença (população-chave ou população prioritária) caracterizado pelos comportamentos de risco e pela exposição a vulnerabilidades, uma vez que a compreensão de vulnerabilidade à infecção pelo HIV identifica o outro como sendo do grupo de risco, não a si mesmo. Portanto, uma doença do outro, como se verifica em outros estudos. A representação ancorada sobre grupo de risco está muito associada a um estilo de vida descrito como promíscuo, relacionado a homens homossexuais, a profissionais do sexo e a pessoas que usam drogas (PANARRA et al., 2017; FERNANDES et al., 2017; ALBUQUERQUE, BATISTA, SALDANHA, 2018; REIS et al., 2019; RIBEIRO; GIAMI; FREITAS, 2019).

Quando eu adquiri o soropositivo, eu não tava bêbado, eu não tava drogado porque [...] eu nunca usei droga [...]. (Pessoa 1)

[...] pessoas de fora não aceita, às vezes fica me xingando, às vezes acham que eu sou do bordel [...] eles dizem que essa doença só quem tem é prostituta e homossexuais (Pessoa 5)

Observa-se que viver com HIV é representado em correlação ao estágio de Aids, em um sistema de crenças que pode ser considerado ultrapassado, visto que foram desenvolvidas no início da epidemia, embora ainda permanecem no imaginário social. As representações da Aids são de uma doença grave e mortal, muito associada à pessoa em situação de magreza extrema e debilidade física e fisiológica. A representação da doença foi legitimada em decorrência dos sintomas físicos experienciados pelos participantes, conseqüente do diagnóstico tardio (ALBUQUERQUE, BATISTA, SALDANHA, 2018; RIBEIRO; GIAMI; FREITAS, 2019).

E cada vez ficava mais magro, andava daqui pra ali, a vontade era só deitar. As pernas fracas, como se diz (Pessoa 3)

Quando foi depois, muito tempo, comecei a emagrecer, emagrecer. E sem saber o porquê e sempre sentindo uma dor de cabeça muito forte, muito forte, até que fui pro médico. Aí fiquei internada, passei 3 meses internada (Pessoa 5)

A percepção do outro

A classe 4, denominada *A percepção do outro* apresentada no lado direito do dendograma na cor azul, aponta para como os participantes percebem as atitudes preconceituosas e discriminatórias no seu contexto social e delineiam as estratégias de enfrentamento utilizadas para significar a soropositividade. O lugar da família e da fé demarcam as estratégias de enfrentamento por meio da construção ou reconstrução dos vínculos afetivos. A percepção do preconceito velado ou explícito confirma-se como um elemento dificultador para as relações interpessoais, afetando negativamente fatores como a sociabilidade, o acolhimento e a confiança (OLIVEIRA, 2015; SANTOS, 2015; PINHO *et al.*, 2017; VILLELA, BARBOSA, 2017).

Eles tinham preconceito comigo. Não podia comer e beber no mesmo copo. Meu sobrinho [...] era pequenininho, não queriam deixar que o menino ficasse perto. (Pessoa 4)

[...] o pior foi o preconceito [...] das pessoas em não me aceitar. Já me aconteceu de eu estar num canto e a pessoa saber, ela pegar os copos de refrigerante [...] nas pontinhas do dedo e joga. (Pessoa 5)

A representação da infecção por HIV pelo contato físico a partir do toque e do compartilhamento de utensílios corrobora com os estudos de Albuquerque, Batista e Saldanha (2018) e Ribeiro, Giami e Freitas (2019) que constata o preconceito associado à discriminação contra a PVHIV reforçando o distanciamento. A ancoragem do HIV como uma doença contagiosa está muito associada aos preconceitos desenvolvidos no início da epidemia e à falta de informação sobre as formas de infecção do HIV. As falas carregadas de estigmas e as atitudes discriminatórias reforçam o medo e a insegurança das pessoas soropositivas no que se refere à revelação do diagnóstico para a família.

Estas representações são marcadas pelos descritores “família”, “contar”, “falar”.

[...] ‘por que você não me disse? era pra você ter dito’ [...] a família ia dizer também você era pra ter falado. Aí pra eu não escutar isso e nem passar por isso, por essa forma de preconceito, eu preferi não falar e fazer de conta que não estava sabendo de nada [...] (Pessoa 4)

[...] é difícil de eu falar para outras pessoas, tanto que minha família não sabe [...] (Pessoa 7)

Para algumas pessoas eu falei e isso para mim foi um alívio muito grande, eu gostaria muito de encarar como uma doença comum, poder falar que sou soropositivo, mas só que a realidade não é bem assim, a aceitação das pessoas. O pior de tudo que eu acho de ser soropositivo é a discriminação, nem é tanto a questão da doença, que para você lidar é difícil e tudo, mas a questão da discriminação é pior (Pessoa 14)

A tratamento é significado de forma menos relevante em relação ao estigma, aos preconceitos e à discriminação. Os afetos entre a PVHIV e o meio social evidenciam dinâmicas relacionais para esses atores sociais marcadas pela necessidade de fortalecimento

dos vínculos afetivos e emocionais para o enfrentamento do HIV, ao passo que as relações afetivas e interpessoais podem ser dificultadas na reconstrução dos vínculos. Visto que, observa-se um conflito entre o desejo de se relacionar com expectativas de haver acolhimento e aceitação social e emocional e, ao mesmo tempo, o medo de rejeição social e afetiva. Evidencia-se a importância do suporte social para a melhoria da qualidade de vida (FERNANDES et al., 2017; ALBUQUERQUE, BATISTA, SALDANHA, 2018; REIS et al., 2019; SILVA *et al.*, 2020).

as pessoas [...] têm medo de falar, com medo do que as pessoas vão comentar, mas faz 1 ano que eu tô num relacionamento, antes de qualquer [...] relação que eu tive com ele, eu já contei, ele aceitou (Pessoa 2)

[...] já cheguei a namorar e falei para meu primeiro relacionamento e ele entendeu muito bem, muito. [...] o segundo eu falei também, mas não foi muito bem aceito. É até uma questão para mim, às vezes falar ou não falar? Mas eu evito. (Pessoa 19)

Observa-se que a religiosidade é uma ferramenta importante nas estratégias de enfrentamento, ocorrendo impacto positivo e negativo na vivência da dimensão psicológicas e espirituais após o diagnóstico. Ocorre um sofrimento espiritual e um prejuízo na vivência da religiosidade, marcados pela falta de significado, falta de autoperdão e sentimento de culpa. A ancoragem de que o HIV foi um castigo divino e uma punição pelo pecado e pela transgressão moral são demonstrados. Como também, as práticas religiosas geram força, conforto e esperança, contribuindo para uma atitude positiva que favorece a adesão ao tratamento e afeta positivamente a qualidade de vida (PINHO *et al.*, 2017; SANTO et al., 2019).

Isto evidencia-se nos seguintes trechos dos discursos:

Eu fui falha com Deus. E nesse momento que eu fui falha com Deus, aí Deus permitiu. Eu creio, eu vejo que Deus me permitiu viver para que eu venha saber que Ele é Deus do impossível de longe e de perto. E eu creio que esse mesmo Deus que permitiu é o Deus que vai me curar, em nome de Jesus, porque essa fé eu tenho nele. (Pessoa 13)

[...] mas Deus é grande, tem que ter fé em Deus, [...] não pode é botar na cabeça que eu sou soropositivo e eu vou morrer, não dá não, tem que muita fé em Deus porque Deus, Ele conforta você. (Pessoa 15)

[...] fiz meu tratamento e hoje, graças a Deus, a gente faz o exame sempre de um ano para o outro, sempre dá indetectável, sempre deu. A gente faz bem certinho, de seis em seis meses. Exame a gente faz de ano em ano, porque o tratamento da gente é bem aceito, o medicamento a gente toma direito. (Pessoa 16)

CONCLUSÃO

A epidemia do HIV/Aids no Brasil apresenta um perfil epidemiológico e sociodemográfico atual demarcado majoritariamente pelos fenômenos da pauperização, feminização, heterossexualização, profundas desigualdade social e iniquidade racial que caracterizam a maior prevalência nas PVHIV. Ocorre um crescente número de casos na população acima de 50 anos cuja entrada na fase idosa vivendo com HIV acarretará implicações diretas na identidade social, nos relacionamentos e na saúde mental.

O estigma fortemente atribuído aos homossexuais, às profissionais do sexo e às pessoas que usam drogas configuram as representações de vulnerabilidade atribuídas às populações-chave. Contudo, os sujeitos que se identificam como exogrupo e invulneráveis não percebem o risco de infecção nas suas relações sexuais e afetivas, visto que representam o casamento e a conjugalidade com parceria fixa como fator que não oferece risco, mesmo que ocorram atividades sexuais sem proteção, sobretudo entre as mulheres monogâmicas heterossexuais.

A confirmação do diagnóstico soropositivo para o HIV, no primeiro momento, causa um grande impacto e gera emoções e sentimentos negativos. O impacto do diagnóstico repercute na afetividade das PVHIV nos relacionamentos com sua família, de amizade e de conjugalidade. Viver com HIV é representado como uma ameaça constante de transmissão horizontal para o parceiro e de rejeição social, bem como a privação de experimentar sentimentos com reciprocidade e compartilhar toque e carícias.

O medo da rejeição afetiva e emocional se apresenta como uma dificuldade na revelação do diagnóstico nos relacionamentos sorodiferentes, se configurando como um importante tema para a manutenção do relacionamento. Contudo é perpassado por sentimentos de vergonha em que o parceiro soronegativo é representado como alguém especial que aceita a soropositividade e oferece afetos positivos. Como proposta de suporte social programático nos serviços de referência em assistência, pode-se ofertar aconselhamento para casais nesta configuração sorológica e apoio para testagem contínua de parceiros das PVHIV.

As representações do HIV estão muito associadas à compreensão da Aids como uma doença crônica a se conviver ao longo da vida por ser não ter cura. Os vínculos afetivos e emocionais, a religiosidade e a dimensão psicoespiritual são identificados como estratégias de enfrentamento para superação do diagnóstico, favorecendo melhoria na qualidade de vida. O suporte social instrumental e emocional ofertado pelo SAE por meio do acolhimento impacta positivamente na adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. D. *et al.* Representações sociais de mulheres transexuais vivendo com HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 3, e20180390, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000300155&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 29 set. 2020]. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0390>.

ALBUQUERQUE, J. R.; BATISTA, A. T. SALDANHA, A. A. W. O fenômeno do preconceito nos relacionamentos sorodiferentes para o HIV/AIDS. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 2, pp. 405-421, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190219>

ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?**. Belo Horizonte: Letramento, 121-162, 2018.

ARALDI *et al.* Pessoas idosas com o vírus da imunodeficiência humana: infecção, diagnóstico e convivência. **REME rev. min. enferm.**, v. 20, 2016.

BEZERRA, E. O. *et al.* Análise estrutural das representações sociais sobre a aids entre pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e6200015, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200321&lng=pt&nrm=iso>. [acesso em 14 set. 2020]. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180006200015>.

BORGES, R. E. A.; SILVA, M. F. S.; MELO, L. P. “Mas não tive coragem de contar”: a revelação da condição sorológica na experiência amorosa de pessoas que vivem com HIV. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 664-675, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300664&lng=en&nrm=isso [acesso em 17 set. 2020]. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170311>.

BRASIL. **A cartilha do Censo 2010**. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**/Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

BRASIL. **Boletim epidemiológico HIV/Aids**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2019. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutoria para o uso do Software IRaMuTeQ**: (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – UFSC, p. 14-40, 2018.

CECILIO, H. P. M.; OLIVEIRA, D. S.; APOSTOLIDIS, T.; DANY, L.; OLIVEIRA, D. C. Perspectiva temporal, status socioeconômico e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV. **Research, society and development**, v. 9, p. 148985451, 2020.

COSTA FILHO, J. A. **Educação, prevenção e AIDS: a escola previne a epidemia?**. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Ciência da Sociedade) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. 142p. 2003.

DOMINGUES, J. P.; OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e1460017, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200324&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 15 set. 2020]. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001460017>.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, 3831-3840, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>

FAVERO, N. *et al.* Terapia antirretroviral no cotidiano de adolescentes que vivem com HIV/aids. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 22, n. 1, p. 23-33, 2016. Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100003&lng=es&nrm=iso>. [acesso em 14 set. 2020]. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100003>.

FERNANDES, N. M. *et al.* Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, e00053415, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405014&lng=pt&nrm=iso>. [acesso em 14 set. 2020]. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00053415>.

FERNANDES, N. M. *et al.* Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, e00053415, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405014&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 30 set. 2020]. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00053415>.

FERREIRA, C. O. *et al.* Vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis em idosos usuários de um centro de testagem e aconselhamento. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 3, 2019.

FREITAS, J. P. *et al.* Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 327-333, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300327&lng=en&nrm=iso [acesso em 14 set. 2020]. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800046>.

FURTADO, F. M. S. F. *et al.* 30 years later: Social Representations about AIDS and sexual practices of rural towns residents. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 74-80, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100074&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 14 set. 2020]. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300011>.

GALVÃO, J. M. V.; COSTA, A. C. M.; GALVÃO, J. V. Perfil sócio demográfico de portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado. In: **Rev. enferm. UFPI**; v. 6, n. 1, p. 4-8, 2017.

GOMES, M. P. *et al.* Ressignificação da existência e do cotidiano de pessoas que vivem com HIV. **Revista PróUniversUS**. 2019. v. 10, n. 1. pp. 02- 06.

GUILHERME, J. A.; YAMAGUCHI, M. U.; MASSUDA, E. M. **Satisfação dos portadores de HIV/AIDS com o serviço de assistência especializada**. v. 23, e-1213, 2019. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190061>

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020**/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, n. 43, 148 p. 2020

KNAUTH, D. R. *et al.* O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00170118, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000605001&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 17 set. 2020]. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00170118>.

LEAL, N. S. B.; COELHO, A. E. L. Representações sociais da AIDS para estudantes de Psicologia. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p. 9-16, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1984-0292/918>.

MAKSUD, I. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1196-1204, 2012.

MORAES, R.P.; CASSEB, J. Depression and adherence to antiretroviral treatment in HIV-positive men in São Paulo, the largest city in South America: Social and psychological implications. **Clinics**, v. 72, n. 12, p. 743-749, 2017.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 29-110, 2012.

OLIVEIRA, F. L. Triangulação metodológica e abordagem multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios. **Red. De Revistas Científicas de America Latina y Del caribe, España y Portugal**. v. 51, n. 2, 2015. <https://doi.org/10.4013/csu.2015.51.2.03>

OLIVEIRA, G. F. *et al.* Pessoas vivendo com HIV/aids: adesão ao tratamento e bem-estar subjetivo. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.1063-1076, 2020.

OLIVEIRA, T. V. **As relações afetivas sexuais das pessoas que vivem com HIV/AIDS**. 2015. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

PANARRA, B. A. C. S. *et al.* Vítimas e culpadas: representações sociais sobre mulheres que vivem com HIV. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v. 8, n. 3, p. 1887-1898, 2017. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000301887&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 15 set. 2020] <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.451>.

PEDROSA, S. C. *et al.* Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, e2030015, 2016.

PERDIGAO, R. E. A. *et al.* Oportunidade de vinculação de pessoas vivendo com HIV em um serviço especializado de saúde, Belo Horizonte (MG). **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200020, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100418&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 15 set. 2020] <https://doi.org/10.1590/1980-549720200020>.

PINHO, C.M. *et al.* Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 2, e67712, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67712>.

REIS, R. K. *et al.* Uso inconsistente do preservativo entre parcerias sexuais sorodiferentes ao vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3222, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100402&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 15 set. 2020]. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3059.3222>.

RIBEIRO, L. C. S.; GIAMI, A.; FREITAS, M. I. F. Representações de pessoas vivendo com HIV: influxos sobre o diagnóstico tardio da infecção. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03439, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100417&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 14 set. 2020]. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018009703439>.

RIBEIRO, L.C.S., GIAMI, A., FREITAS, M.I.F. Representações de pessoas vivendo com HIV: influxos sobre o diagnóstico tardio da infecção. **Rev Esc Enferm USP**, 2019. [online]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018009703439>.

SANTANA, P. P. C. **Perfil clínico e epidemiológico de indivíduos com 50 anos ou mais com HIV/AIDS acompanhados no ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um hospital universitário em Niterói, RJ**. 2016.

SANTO, C. *et al.* O processo de ancoragem na representação social de líderes evangélicos sobre AIDS. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 3, p. 778-787, 2019. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000300017&lng=pt&nrm=iso>. [acesso em 30 set. 2020]. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200317>.

SANTOS, M. C. F. **Proposta de subconjunto terminológico da Cipe® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao hiv/aids**. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200225&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 17 set. 2020]. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>.

SANTOS, R. C. S. **Na escuridão do arco-íris: a vivência das relações afetivo sexuais de jovens gays após o diagnóstico de HIV**. 216 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SANTOS, R.C.; SCHOR, N. As primeiras respostas à epidemia de Aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais. **Psicol Rev** [Internet]. 2015 [acesso em 29 set. 2020];24(1):45-59. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24228/17438>

SILVA JÚNIOR, J. F. Qualidade de vida de pessoas soropositivas: relação entre situação socioeconômica e estágio viral. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 33, n. 1, 2020.

SILVA, C. S. M. *et al.* Men's knowledge on body care: a cartographic study. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 5, e20180988, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000500158&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 30 set. 2020]. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0988>.

SILVA, I.B.N. *et al.* Esperança de vida e depressão: pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev Fun Care Online**. v. 12, pp. 124-129, 2020. Disponível em <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7103>. [acesso em 30 set. 2020].

SILVA, L. L. G. *et al.* Síndrome lipodistrófica do HIV e seus fatores associados: um estudo em um hospital universitário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 989-998, 2020.

SOUSA, L. R. M. *et al.* Representações sociais do HIV/Aids por idosos e a interface com a prevenção. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1129-1136, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501129&lng=en&nrm=iso>. [acesso em 14 set. 2020] <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0748>.

SUTO, C.S.S.; OLIVEIRA, J.F.; PAIVA, M.S. Social Representations of health care professionals on Acquired Immune Deficiency Syndrome. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(4):1934-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0001>

UNAIDS. Right to Health. 128p. 2017. [online]. Disponível em https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20171120_right_to_health. [acesso em 14 set. 2020].

UNAIDS. Seizing the moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics. **Global Aids Update**. 384p. 2020. [online]. Disponível em

<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>. [acesso em 14 set. 2020].

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]., v. 22, n. 1, pp. 87-96, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.14222016> [acesso 30 set. 2020].

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, 535- 549, 2016. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>

WHO. Hormonal contraceptive eligibility for women at high risk of HIV: guidance statement: recommendations concerning the use of hormonal contraceptive methods by women at high risk of HIV. World Health Organization, 2017.

APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico

- a. Gênero:
 - 1. Masculino;
 - 2. Feminino;
 - 3. Não-binário;
 - 4. Prefere não declarar.
- b. Idade:
 - 1. 18-29 anos;
 - 2. 30-40 anos;
 - 3. 41-50 anos;
 - 4. 51-60 anos;
 - 5. Acima de 60 anos;
- c. Estado civil:
 - 1. Solteiro (a);
 - 2. Casado (a)/União estável
 - 3. Divorciado (a)/Separado (a)
- d. Grau de escolaridade:
 - 1. Ensino fundamental incompleto;
 - 2. Ensino fundamental completo;
 - 3. Ensino médio incompleto;
 - 4. Ensino médio completo;
 - 5. Ensino superior;
 - 6. Ensino superior incompleto.
- e. Renda familiar:
 - 1. Até 1 salário mínimo;
 - 2. Entre 2 e 3 salários mínimos;
 - 3. Entre 4 e 5 salários mínimos;
 - 4. Mais de 5 salários mínimos.
- f. Atividade desenvolvida:
 - 1. Desempregado;
 - 2. Empregado;
 - 3. Recebe auxílio;
 - 4. Recebe aposentadoria.
- g. Orientação sexual:
 - 1. Heterossexual;
 - 2. Homossexual;
 - 3. Bissexual;
 - 4. Prefere não declarar.
- h. Etnia/raça:
 - 1. Branca;
 - 2. Parda;
 - 3. Preta;
 - 4. Amarela;
 - 5. Indígena;
 - 6. Prefere não declarar.
- i. Religião:
 - 1. Católica;
 - 2. Evangélica;
 - 3. Espírita;
 - 4. Religião de matriz africana;
 - 5. Sem religião;

6. Outra _____

APÊNDICE B - Entrevista semiestruturada

1. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico?
2. Como você reagiu após o diagnóstico?
3. Que dificuldade você encontrou ou encontra para se relacionar sexualmente?
4. Como você acha que as pessoas te percebem e como você se percebe?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) senhor (a)

Esta pesquisa sob o título: **“Relações afetivo-sexuais: representações sociais das pessoas soropositivas após diagnóstico”**, sob responsabilidade do pesquisador ROBERT SÉRGIO DE ALMEIDA e sob orientação do Prof. Dr. JOSÉ ANDRADE COSTA FILHO, pretende caracterizar o perfil sociodemográfico da pessoa soropositiva; identificar os estigmas sofridos pelas pessoas soropositivas; analisar as estratégias de enfrentamento das pessoas soropositivas após o diagnóstico e identificar as dificuldades enfrentadas pelas pessoas soropositivas.

Desta forma, solicitamos sua participação voluntária para fornecer informações e respostas por meio de uma entrevista semiestruturada (4 [quatro] questionamentos) e um questionário sociodemográfico (9 [nove] perguntas), os quais serão aplicados no Serviço de Assistência Especializado (SAE) de Campina Grande – PB. Assim, esperamos contar com sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde como também acrescentar para a literatura científica acerca da soropositividade e suas implicações psicossociais.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Esclarecemos que os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são nenhum. Caso aceite participar, estará contribuindo para a compreensão acerca da soropositividade. Se depois de consentir em sua participação o(a) senhor(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase e momento desta pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Além do mais, os pesquisadores estarão atentos à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde quando o mesmo aponta nesta Resolução os preceitos da dignidade humana sob a ética na ciência e tecnologia norteada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Para qualquer outra informação, poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Juvêncio Arruda, no Campus Universitário de Bodocongó, em Campina Grande, pelo telefone (83) 98894-3959; E-mail: costtarobert@gmail.com, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UEPB, 2º andar, sala 214 – Prédio Administrativo da Reitoria – Rua das Baraúnas, 351 – Bairro Universitário – Campina Grande – PB, Cep. 58429-500, Fone: (83) 3315-3373.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma cópia deste documento.

Campina Grande, ____/____/____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **Relações afetivo-sexuais: representações sociais de pessoas soropositivas após diagnóstico** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores JOSÉ ANDRADE COSTA FILHO e ROBERT SÉRGIO DE ALMEIDA a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, _____ / _____ / _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado "RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS: representações sociais das pessoas soropositivas após diagnóstico" desenvolvida pelo aluno ROBERT SERGIO DE ALMEIDA do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor José Andrade Costa Filho.

Campina Grande, 31/04/19.

Lúcia de Fátima Leite Brito
Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lúcia de Fátima Leite Brito
Coordenadora SAE

ANEXO F – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

UEPB
Universidade
Estadual da Paraíba

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO

Declaramos para os fins de direito, que o projeto de CAAE nº 13309219.1.00005187, com título "RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS: representações sociais das pessoas soropositivas após diagnóstico", foi submetido pelo pesquisador José Andrade Costa Filho, tendo recebido parecer de aprovação ética no dia 19 de junho de 2019.



Coordenação CEP/UEPB

Universidade Estadual da Paraíba
Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
UEPB

Campina Grande, 26 de julho de 2019.



Coordenação: Prof^o Dr^a Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa
Coordenação Adjunta: Prof^o Dr^a Dóris Nogueira de Andrade Laurentino