



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CLÍNICA E CULTURA

ESTIGMA, PERCEPÇÃO DE DOENÇA E RELACIONAMENTOS

AFETIVO-SEXUAIS EM PESSOAS VIVENDO COM HIV

Barbarah Anselmo Gonçalves

Brasília-DF

2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA**

**ESTIGMA, PERCEPÇÃO DE DOENÇA E RELACIONAMENTOS
AFETIVO-SEXUAIS EM PESSOAS VIVENDO COM HIV**

Barbarah Anselmo Gonçalves

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Psicologia da Saúde e Contextos Clínicos.

Orientadora: Profa. Dra Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, DF

2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Profa. Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília - IP/UnB

Profa. Fernanda Martins Pereira Hildebrandt – Membro Externo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Profa. Marina Kohlsdorf – Membro Interno
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

Profa. Cristiane Lara Mendes-Chiloff – Membro Suplente
Universidade Estadual Paulista

Agradecimentos

A todos os participantes dessa pesquisa. Obrigada por compartilharem um pouco de suas histórias, medos, angústias e esperanças.

À Eliane Seidl, que tanto admiro desde a graduação e é exemplo de competência e comprometimento. Obrigada pelo acolhimento, sensibilidade, incentivo, paciência, orientação e disponibilidade. Obrigada pela oportunidade de aprender um pouco com você sobre como ser pesquisadora, professora e psicóloga de excelência. Agradeço imensamente por sempre oferecer o seu melhor e exceder as expectativas.

À equipe do Projeto Com-Vivência e ao Hospital Universitário de Brasília. Em especial à Silvia Furtado de Barros, que incentivou a realização desta pesquisa desde sua idealização. Obrigada por tantos ensinamentos como preceptora no período da graduação e pelo compartilhamento de experiências como colega de mestrado.

À Farmácia Escola da Universidade de Brasília por terem disponibilizado um espaço para coleta de dados e pela divulgação desta pesquisa. Obrigada pelo incentivo e por acolherem tão bem cada pessoa vivendo com HIV.

Ao Jonas Tavares e à Juliany Santos, auxiliares de pesquisa, que ajudaram no processo de coleta de dados. Obrigada por aceitarem esse desafio e por aprenderem comigo.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Renata, Letícia e Nei que serviram de apoio, compartilhando ansiedades, ensinamentos, angústias e perspectivas. Também à Lia Beaklini, que compartilhou comigo a jornada da docência. Me espelho em vocês como pesquisadores e psicólogos. Obrigada por terem sido essenciais nesse processo.

À Fernanda Hildebrandt, Marina Kohlsdorf e Cristiane Mendes-Chiloff por terem aceitado participar desta banca. Obrigada pela disponibilidade e pelas contribuições.

Aos meus amigos, Raphaela e João, que estiveram tão presentes, mesmo de longe. Obrigada pela escuta e acolhimento.

Ao meu companheiro de vida, Luiz Felipe, que se tornou meu marido durante esse processo. Obrigada pela paciência e por sempre me lembrar do que é mais importante. Obrigada por acreditar em mim e nas minhas potencialidades. Obrigada por entender minhas ausências e por justificar para quem não compreendia.

Por fim, e mais importante, ao meu irmão, Gabriel, por ter me escutado em muitos momentos e aos meus pais, João e Andreia, por terem me ajudado a chegar até aqui. Obrigada por serem a base de quem sou e por serem exemplos do que quero seguir. Obrigada por nunca terem duvidado de mim e por compreenderem as ausências nesses últimos anos. Obrigada pelo amparo, apoio emocional e instrumental.

Resumo

Desde seu início, em 1980, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) infectou cerca de 88,4 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, a maioria (64,1%) das pessoas que vivem com HIV (PVHIV) já experienciou pelo menos uma situação de estigma ou discriminação, exclusivamente pelo fato de terem a sorologia positiva para o HIV. O objetivo desta dissertação, composta de dois artigos, foi investigar a vivência dos relacionamentos afetivo-sexuais de PVHIV, bem como a percepção de doença e do estigma relacionado ao HIV de pessoas adultas em tratamento no Distrito Federal. O primeiro artigo analisou características dos relacionamentos afetivo-sexuais de pessoas vivendo com HIV, a partir de uma revisão integrativa de literatura, com estudos empíricos publicados de 2013 a 2023, mediante estratégias de busca feitas nas bases de dados SciELO Brasil, Medline/Pubmed e Scopus. Nove estudos foram analisados, cujos conteúdos abordavam as temáticas: desafios da sexualidade nos relacionamentos; revelação do diagnóstico; sorosemelhança e sorodiferença; mulheres que vivem com HIV; e estigma. O segundo artigo, de corte transversal com delineamento misto, utilizou técnicas qualitativas e quantitativas de coleta e de análise de dados. Participaram 50 PVHIV, a maioria do sexo masculino (78%), com idades de 21 a 64 anos ($M = 39,50$; $DP = 12,14$), de cor parda (50%), com nível superior completo (24%), de orientação homossexual (52%) e com carga viral indetectável (90%). Os instrumentos utilizados foram: questionários sociodemográfico e médico-clínico, escalas com evidências de validade para a língua portuguesa sobre percepção de doença e estigma, e um roteiro de entrevista semiestruturado. Os resultados descritivos indicaram que os participantes percebiam o HIV de forma não ameaçadora ($M = 19,42$; $DP = 12,03$), mas houve diversidade na amostra; foi maior a percepção de estigma relacionado à soropositividade ($M = 30,72$; $DP = 5,38$), com correlação positiva moderada entre essas duas variáveis ($\rho = 0,47$; $p \leq 0,01$, 22,1% de variância compartilhada). Medianas dos escores de percepção de doença e de estigma foram comparadas em relação a subgrupos de variáveis sociodemográficas e clínicas, pelo teste Mann-Whitney. Análises indicaram que a renda familiar diferenciou os dois grupos, com resultado significativo ($U = 141,000$; $p = 0,0002$): pessoas com renda de até três salários-mínimos obtiveram valores da mediana mais altos, revelando percepção mais ameaçadora da soropositividade, se comparadas aos participantes com renda mais elevada. Não houve diferença estatística significativa acerca de percepção de doença em relação às demais variáveis analisadas, nem quanto a estigma. Na análise qualitativa, com uso do *software* IRAMUTEQ, o *corpus* foi constituído de 1.050 segmentos de texto, com 956 segmentos classificados (91%), gerando cinco classes, que receberam as seguintes denominações na Classificação Hierárquica Descendente: (1) revelação do diagnóstico; (2) dificuldades de relacionamento no viver com HIV; (3) vantagens e desafios da prevenção; (4) mudanças nos relacionamentos após o diagnóstico; (5) vida antes do diagnóstico de HIV. A análise de conteúdo dos relatos contidos nas cinco classes permitiu a identificação de temas associados que foram ilustrados com trechos de falas representativas. Os resultados dos dois trabalhos da dissertação permitem concluir que o HIV repercute na vivência de relacionamentos afetivo-sexuais de PVHIV, tanto no que se refere à conjugalidade, quanto em relacionamentos não estáveis. A sexualidade é uma das dimensões da vida mais afetadas pela condição, principalmente porque a via sexual é a categoria de transmissão prevalente do vírus. As PVHIV apontam desejo de viver relacionamentos ou relações apesar do diagnóstico, mas sua revelação é vivenciada com tensão e preocupação. Há priorização de estratégias preventivas para garantir maior segurança nos relacionamentos, além de uma ressignificação do sentido da vida,

investindo em outras áreas, como o autocuidado. Ademais, percebe-se a compreensão do HIV como uma condição crônica e não uma doença letal.

Palavras-chave: HIV; relacionamentos afetivo-sexuais; estigma; percepção de doença

Abstract

Since its inception in 1980, the Human Immunodeficiency Virus (HIV) has infected approximately 88.4 million people worldwide. In Brazil, the majority (64.1%) of people living with HIV (PLHIV) have experienced at least one situation of stigma or discrimination, exclusively due to their positive HIV status. The objective of this dissertation, composed of two articles, was to investigate the experience of affective-sexual relationships of PLHIV, as well as the illness perception and stigma related to HIV among adults undergoing treatment in the Federal District. The first article analyzed characteristics of the affective-sexual relationships of people living with HIV, based on an integrative literature review, with empirical studies published from 2013 to 2023, with search strategies carried out in the SciELO Brasil, Medline/Pubmed and Scopus databases. Nine studies were analyzed, whose contents addressed the following themes: challenges of sexuality in relationships; disclosure of diagnosis; serosimilarity and serodifference; women living with HIV; and stigma. The second article, a cross-sectional study with a mixed design, used qualitative and quantitative data collection and analysis techniques. Fifty PLHIV participated, the majority of whom were male (78%), aged 21 to 64 years ($M = 39.50$; $SD = 12.14$), of mixed race (50%), with a higher education degree (24%), homosexual orientation (52%) and with an undetectable viral load (90%). The instruments used were: sociodemographic and medical-clinical questionnaires, scales with evidence of validity for the portuguese language and a semi-structured interview script. Descriptive results indicated that participants perceived HIV as non-threatening ($M = 19.42$; $SD = 12.03$), but there was diversity in the sample; the perception of stigma related to seropositivity was greater ($M = 30.72$; $SD = 5.38$), with a moderate positive correlation between the two variables ($\rho = 0.47$; $p \leq 0.01$, 22.1% shared variance). Medians of illness perception and stigma scores were compared in relation to subgroups of sociodemographic and clinical variables, using the Mann-Whitney test. Analyses indicated that family income differentiated the two groups, with a significant result ($U = 141.000$; $p = 0.0002$): people with an income of up to three minimum wages obtained higher median values, revealing a more threatening perception of seropositivity, when compared to participants with higher family income. There was no statistically significant difference regarding the illness perception in relation to the other variables analyzed, nor regarding stigma. In the qualitative analysis, using the IRAMUTEQ *software*, the *corpus* consisted of 1,050 text segments, with 956 classified segments (91%), generating five classes, which received the following names in the Descending Hierarchical Classification: (1) disclosure of the diagnosis; (2) relationship difficulties in living with HIV; (3) advantages and challenges of prevention; (4) changes in relationships after diagnosis; (5) life before HIV diagnosis. The content analysis of the reports contained in the five classes allowed the identification of associated themes that were illustrated with excerpts of representative speeches. The results of the two dissertation works allow us to conclude that HIV has an impact on the experience of affective-sexual relationships of PLHIV, both in relation to conjugality and in unstable relationships. Sexuality is one of the dimensions of life most affected by the condition, mainly because the sexual route is the most prevalent category of transmission of the virus. PLHIV reports a desire to have relationships despite their

diagnosis, but their revelation is experienced with tension and concern. Preventive strategies are prioritized to ensure greater safety in relationships, in addition to a redefinition of the meaning of life, investing in other areas, such as self-care. Furthermore, HIV is understood as a chronic condition and not a lethal disease.

Keywords: HIV; affective-sexual relationships; stigma; illness perception

Sumário

Resumo	6
Lista de Figuras.....	11
Lista de Tabelas	12
Lista de Siglas.....	13
Apresentação.....	14
Artigo 1 - Relacionamentos Afetivo-Sexuais de Pessoas Vivendo com HIV: Uma Revisão Integrativa	17
Resumo	17
Método.....	20
Resultados e Discussão.....	20
Desafios da Sexualidade nos Relacionamentos	25
Revelação do Diagnóstico	27
Sorosemelhança e Sorodiferença	29
Mulheres Vivendo com HIV	30
Estigma.....	31
Considerações Finais.....	33
Artigo 2 - Estigma, Percepção de Doença e Relacionamentos Afetivo-sexuais em Pessoas Vivendo com HIV	34
Resumo	34
HIV/aids e Dados Epidemiológicos	35
Transmissão, Tratamento e Prevenção em HIV/aids	37
Estigma no Contexto do HIV/aids	42
Percepção de Doença	48
Sexualidade em HIV/aids	51
Relacionamentos afetivo-sexuais de pessoas vivendo com HIV.....	54
Justificativa e Objetivos.....	57
Objetivo geral	58
Objetivos específicos	58
Hipóteses	58
Método.....	58

Tipo de estudo.....	58
Participantes.....	58
Instrumentos	61
Procedimento de Coleta de Dados	63
Aspectos Éticos: Benefícios e Riscos	65
Análise de Dados	65
Resultados	67
Análises descritivas das variáveis percepção de doença e estigma	67
Investigando Associações Bivariadas entre Variáveis do Estudo	69
Análise Qualitativa de Dados: Classificação do Corpus Textual	73
Classes e Temas Associados.....	75
Classe 1 – Revelação do diagnóstico	75
Classe 2: Dificuldades de relacionamento no viver com HIV.....	77
Classe 3 – Vantagens e desafios da prevenção	79
Classe 4 – Mudanças nos relacionamentos pós-diagnóstico	80
Classe 5 – A vida antes do diagnóstico	83
Percepção de doença, estigma e relacionamentos amorosos-sexuais: identificação de casos em maior vulnerabilidade.....	86
Discussão	89
Considerações Finais da Dissertação.....	103
Referências	104
ANEXO 1 – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	121
ANEXO 2 – Questionário Sociodemográfico	123
ANEXO 3 - Questionário de Percepção de Doenças.....	125
ANEXO 4 - Escala Estigma Relacionado ao HIV	128
ANEXO 5 – Entrevista Semiestruturada	130

Lista de Figuras

Artigo 1

Figura 1 <i>Fluxograma das Etapas da Busca nas Bases de Dados.....</i>	22
---	-----------

Artigo 2

Figura 1 <i>Dendograma Geral do Corpus Textual, as Classes Nomeadas e Lexos mais Relevantes.....</i>	74
---	-----------

Figura 2 <i>Análise Fatorial de Correspondência (AFC) do Corpus.....</i>	85
---	-----------

Lista de Tabelas

Artigo 1

Tabela 1 <i>Síntese dos Artigos Incluídos na Revisão Integrativa (N=9)</i>	23
---	-----------

Artigo 2

Tabela 1 <i>Caracterização Sociodemográfica das Participantes (N=50)</i>	60
---	-----------

Tabela 2 <i>Análise Descritiva dos Escores Globais dos Instrumentos Utilizados (N=50)</i>	67
--	-----------

Tabela 3 <i>Análise Descritiva dos Fatores da Escala Estigma Relacionado ao HIV (N=50)</i>	68
---	-----------

Tabela 4 <i>Diferenças de Medianas de Percepção de Doença, Segundo Variáveis Sociodemográficas e Clínicas (N = 50)</i>	70
---	-----------

Tabela 5 <i>Diferenças de Medianas de Estigma e seus quatro Fatores, Segundo Variáveis Sociodemográficas e Clínicas (N = 50)</i>	71
---	-----------

Tabela 6 <i>Classe 1 - Revelação do Diagnóstico, e Temas Identificados na Classe</i>	75
---	-----------

Tabela 7 <i>Classe 2- Dificuldades de Relacionamento no Viver com HIV, e Temas Identificados na Classe</i>	77
---	-----------

Tabela 8 <i>Classe 3 – Vantagens e Desafios da Prevenção, e Temas Identificados na Classe</i>	79
--	-----------

Tabela 9 <i>Classe 4 – Mudanças nos Relacionamentos Pós-diagnóstico, e Temas Identificados na Classe</i>	81
---	-----------

Tabela 10 <i>Classe 5 – A Vida antes do Diagnóstico, e Temas Identificados na Classe</i>	83
---	-----------

Tabela 11 <i>Caracterização de participantes que obtiveram escores acima do ponto de corte para percepção de doença e autoestigma e seus relatos sobre a vida afetivo-sexual</i>	87
---	-----------

Lista de Siglas

AFC - Análise Fatorial de Correspondência

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretroviral

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

CTAs - Centros de Testagem e Aconselhamento para HIV

CV – Carga viral

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem sexo com homens

HUB – Hospital Universitário de Brasília

IPQ - Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve

ISTs – Infecções sexualmente transmissíveis

PEP – Profilaxia Pós-Exposição Sexual

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição Sexual

PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCE - Unidades de Contextos Elementares

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

Apresentação

O contato inicial com a temática de HIV/aids se deu ainda na graduação, por meio do estágio supervisionado psicólogo no Projeto Com-Vivência (Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Vivendo com HIV e Familiares) no Hospital Universitário de Brasília (HUB), que possui como o objetivo realizar atendimentos psicossociais para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), familiares e rede de apoio, bem como atuar junto à equipe multiprofissional. No momento pós-pandemia, percebi uma oportunidade de ir para além do contexto clínico, preponderante na graduação em Psicologia. Durante o ano de 2022, estar inserida na prática da psicologia da saúde proporcionou reflexões e indagações diante das inúmeras demandas das PVHIV. Também consegui me inserir em outro contexto dentro do próprio HUB, me apropriando da atuação do psicológico da saúde no âmbito hospitalar. Entretanto, as demandas das PVHIV possuem especificidades que perpassam a questão do adoecimento e que se destacaram no meu processo de formação como psicóloga.

Diante de relatos permeados por conflitos, frustrações e esperança, temáticas específicas se sobressaíram. Ao se verem diagnosticadas com um vírus que possui tantas repercussões biopsicossociais, as PVHIV experienciam uma transformação de vida significativa, principalmente do campo relacional. Percebe-se a exigência, ainda, de transformações em diversos níveis: é preciso mudar as crenças sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre as outras pessoas. Os ajustamentos de vida podem ser vivenciados com sofrimento ou podem ser vistos como esperados. Há uma diversidade de experiências que instigou questionamentos que já eram estimulados desde o início da formação em psicologia.

Dentre as transformações citadas pela literatura, a partir do diagnóstico de HIV, estão a vivência da sexualidade e da amorosidade de PVHIV, como a diminuição ou

cessação de relacionamentos devido a sentimentos e comportamentos de exclusão e rejeição (Lenzi et al., 2018; Sá & Santos, 2018). Em contrapartida, algumas pessoas percebem que as relações afetivo-sexuais são consideradas naturais e que o desejo sexual é um impulso que leva à busca pelo prazer, independentemente da sorologia positiva para o HIV ou da presença de outras infecções sexualmente transmissíveis (Ribeiro et al., 2021).

A complexidade da soropositividade, carregada de todo o contexto histórico-social e a interação de variáveis que favorecem e outras que protegem do sofrimento psíquico, reforçaram as indagações que, com a possibilidade de serem respondidas, poderiam proporcionar a elaboração de estratégias que facilitam o processo de enfrentamento mais adaptativo da infecção pelo HIV. Diante deste cenário, iniciou-se minha trajetória no mestrado, sendo esta uma possibilidade de deixar mais inteligível uma temática pouco discutida na literatura e, ao mesmo tempo, tão presente no discurso das PVHIV.

Como o HIV impacta a visão que o sujeito possui sobre si mesmo? Como ele percebe sua condição de saúde? Como a estigmatização envolvida na soropositividade afeta sua qualidade de vida? Como ele passa a perceber as relações que estabelecem com o mundo e com as outras pessoas? São mudanças significativas? O campo afetivo-sexual, essencial para qualidade de vida, sofre modificações relevantes? Percepção de doença e de estigma interferem na vivência dessa modalidade de relacionamentos? Foram algumas perguntas realizadas como pontapé inicial desta pesquisa.

A fim de responder algumas destas questões, o primeiro artigo desta dissertação é uma revisão integrativa de literatura, cujo objetivo foi compreender os relacionamentos afetivo-sexuais de PVHIV com base em produções já realizadas e

publicadas entre os anos de 2013 e 2023. Constatou-se uma carência de produções científicas a respeito desta temática, daí a relevância da presente revisão.

O segundo artigo, consistindo em um estudo misto, é introduzido por uma explicitação dos dados epidemiológicos mais recentes sobre HIV no Brasil e no mundo, das especificidades da transmissão, do tratamento e da prevenção do HIV, de revisão sobre estigma relacionado ao HIV, da percepção de doença, da vivência da sexualidade e dos relacionamentos afetivo-sexuais de PVHIV. Por sua vez, neste estudo empírico, objetivou-se investigar variáveis de percepção de doença, estigma e a vivência de relacionamentos afetivo-sexuais no contexto da soropositividade de PVHIV adultas que realizavam acompanhamento em serviços especializados no Distrito Federal. Uma vez que a vida afetivo-sexual é uma área imprescindível para melhores níveis de qualidade de vida, espera-se que os resultados obtidos nestes estudos propiciem a elaboração de intervenções psicossociais relevantes que considerem o sujeito para além de seu diagnóstico, contribuindo também para as políticas públicas em HIV/aids no contexto brasileiro.

Artigo 1 ¹ - Relacionamentos Afetivo-Sexuais de Pessoas Vivendo com HIV: Uma Revisão Integrativa

Resumo

Estar com carga viral indetectável garante a intransmissibilidade viral por vias sexuais, ou seja, indetectável igual a intransmissível, propiciando maior segurança e confiança frente aos relacionamentos afetivo-sexuais já estabelecidos ou para relações futuras. O objetivo é investigar e analisar as características dos relacionamentos afetivo-sexuais de pessoas vivendo com HIV/aids por meio de uma revisão integrativa de literatura dos últimos 11 anos (2013-2023) nas bases de dados SciELO, SCOPUS e PubMed. Encontrou-se 581 registros e nove atenderam aos critérios de inclusão e foram analisados. Foram identificadas seis categorias temáticas, a saber: a vivência de relacionamentos afetivo-sexuais no contexto do HIV; desafios da sexualidade nos relacionamentos; revelação do diagnóstico; sorosemelhança e sorodiferença; mulheres vivendo com HIV; e estigma. Conclui-se que há o desejo de viver relacionamentos apesar do diagnóstico, sendo perceptível a compreensão do HIV como uma condição crônica de saúde e não como uma doença letal.

Palavras-chave: HIV/aids; Relacionamentos; Sexualidade

¹ Artigo submetido e em tramitação em revista científica. As referências do artigo estão na lista final de referências sinalizadas com um asterisco.

As transformações referentes à epidemia de HIV (vírus da imunodeficiência humana), agente etiológico da aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) são evidentes, uma vez que já passaram mais de 40 anos desde a descoberta da doença (Mora et al., 2018). Na década de 1980, as dificuldades associadas ao quadro de soropositividade envolviam a elaboração e a adoção de medidas preventivas efetivas, a elaboração de medicações eficazes e acessíveis e o enfrentamento do estigma no próprio sistema de saúde que levavam os profissionais e instituições a não tratarem as pessoas diagnosticadas com HIV/aids.

De acordo com as estatísticas mais atualizadas, em todo o mundo, existem 39 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e cerca de 76,4% possuem acesso ao tratamento (UNAIDS, 2023). No Brasil, de 1980 a 2022 já foram detectados 1.088.536 casos de aids, mas desde 2012 observa-se um decréscimo de novos casos, acompanhando, assim, a tendência mundial que indica redução de 31,8% de novos diagnósticos (Brasil, 2022a). No que se refere às taxas de mortalidade, houve redução de 69% de óbitos relacionados à aids em todo o mundo, enquanto no Brasil observou-se uma redução de 24,6% desde 2010 até 2021 (Brasil, 2022a).

Há um aumento das estratégias de prevenção como a política de Prevenção Combinada e o Tratamento como Prevenção, que foram determinantes na diminuição das taxas de mortalidade e de transmissão vertical, bem como no aumento da expectativa de vida de PVHIV (Agostini et al., 2019; Lucas et al., 2023). A Prevenção Combinada refere-se a ações que articulam as abordagens biomédica, comportamental e estrutural para prevenir a infecção pelo HIV, considerando as especificidades dos indivíduos e os contextos em que estão inseridos, englobando, por exemplo a testagem sorológica, a adesão à TARV, o uso de preservativos e lubrificantes, a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (Brasil, 2017; Lucas et al. 2023).

Tendo em vista essa concepção, a PrEP e a PEP são exemplos de estratégias para as populações-chave (profissionais do sexo e seus clientes, gays, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, pessoas trans e suas parcerias sexuais), pois estes grupos representam 70% das infecções por HIV em todo o mundo (Pereira et al., 2022; UNAIDS, 2022). Atualmente, a epidemia de HIV/aids tem recebido atenção no desenvolvimento de estudos envolvendo o estigma, justamente devido ao seu caráter crônico e pela associação a determinados grupos marginalizados socialmente, fazendo com que haja a evitação da testagem sorológica, perpetuando, desta forma, a epidemia (Cazeiro et al., 2021; Parker, 2013; Schaurich et al., 2006; Vanable et al., 2006).

Em contrapartida, a partir da perspectiva de que o tratamento também é prevenção, comprovou-se que estar com carga viral indetectável garante a intransmissibilidade viral por vias sexuais, ou seja, indetectável igual a intransmissível (I=I) (Balogun & Slev, 2023). Este avanço, conjuntamente com as estratégias da Prevenção Combinada, proporciona uma mudança significativa para muitas PVHIV, pois garante uma maior segurança frente aos relacionamentos afetivo-sexuais já estabelecidos ou para relações futuras (UNAIDS, 2018).

A partir da complexidade da vivência da sexualidade, de relacionamentos íntimos e da afetividade nas relações por parte de PVHIV, este estudo se propõe a analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, como se dão os relacionamentos afetivo-sexuais a partir da condição sorológica positiva para o HIV. O objetivo é, portanto, analisar as características dos relacionamentos afetivo-sexuais de pessoas vivendo com HIV.

A escolha temporal desta revisão, últimos 11 anos, se justifica pelos avanços relativamente recentes quanto às estratégias preventivas para o HIV, tais como a adoção da PrEP e PEP como estratégias de prevenção combinada, além de progressos como o

“indetectável igual a intransmissível”, que aumentam o senso de controle da condição de saúde e dão mais confiança e segurança para a vida amorosa de PVHIV.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura buscando responder à pergunta norteadora “como é a vivência de relacionamentos afetivo-sexuais para pessoas com HIV?”. A revisão integrativa é considerada a mais ampla entre os diversos tipos de revisões de literatura, pois abrange vários estudos, tanto experimentais quanto não-experimentais e abarca vários propósitos, tais como revisões de teorias, análises metodológicas e definições de conceitos, propiciando, por meio dessa gama de possibilidades, reflexões para novos estudos (Mendes et al., 2008; Souza et al., 2010).

Para o levantamento dos artigos na literatura dos últimos 11 anos (2013-2023), utilizou-se as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* – Brasil (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline/Pubmed) e SCOPUS com os descritores “HIV OR AIDS” AND “relacionamentos afetivo-sexuais” OR “relacionamentos íntimos” e “HIV OR AIDS” AND “affective-sexual relationships” OR “intimate relationships” no título e/ou resumo.

Os critérios de inclusão foram: artigos empíricos, independentemente do método utilizado, revisados por pares e de livre acesso, publicados em língua portuguesa e inglesa. Os critérios de exclusão foram: revisões de literatura, teses e dissertações, editoriais, trabalhos de congressos e artigos de acesso restrito durante o processo de identificação das referências. Após a inclusão e leitura dos artigos selecionados, foi realizada uma análise bibliométrica e qualitativa em que os dados foram codificados em algumas categorias de análise.

Resultados e Discussão

Conforme especificado pelo fluxograma (Figura 1), com os descritores utilizados foram localizadas 84 referências na Medline/Pubmed, 411 na SciELO Brasil e

86 na SCOPUS, totalizando 581 registros. Cinquenta e nove estudos estavam duplicados e foram removidos. Alguns estudos foram excluídos durante o processo de triagem preliminar, com base na leitura dos títulos e palavras-chave que tinham como foco de pesquisa a violência nos relacionamentos afetivos e/ou sexuais de PVHIV, saúde sexual, prevenção da infecção pelo HIV em pessoas soronegativas, risco de infecção pelo HIV, saúde reprodutiva de PVHIV, estigma por viver com HIV, estratégias para comunicação do diagnóstico de soropositividade, interseccionalidades relacionadas ao HIV, bem como estudos que não respondiam minimamente à pergunta da pesquisa foram sendo excluídos ao longo do processo de triagem.

Nesse processo inicial, foram selecionados seis estudos na Medline/Pubmed, dez artigos na SciELO e seis na SCOPUS. Após a leitura integral das 22 referências pré-selecionadas, foram excluídos 13 registros que, mesmo se tratando de estudos sobre relacionamentos íntimos de PVHIV, não respondiam à pergunta norteadora. Foram selecionadas nove para a revisão integrativa. A partir das referências selecionadas para a revisão, com base na leitura integral dos artigos, informações relevantes foram inseridas na Tabela 1, a saber: autores, ano de publicação e país, objetivos, delineamento e instrumentos, participantes e principais resultados.

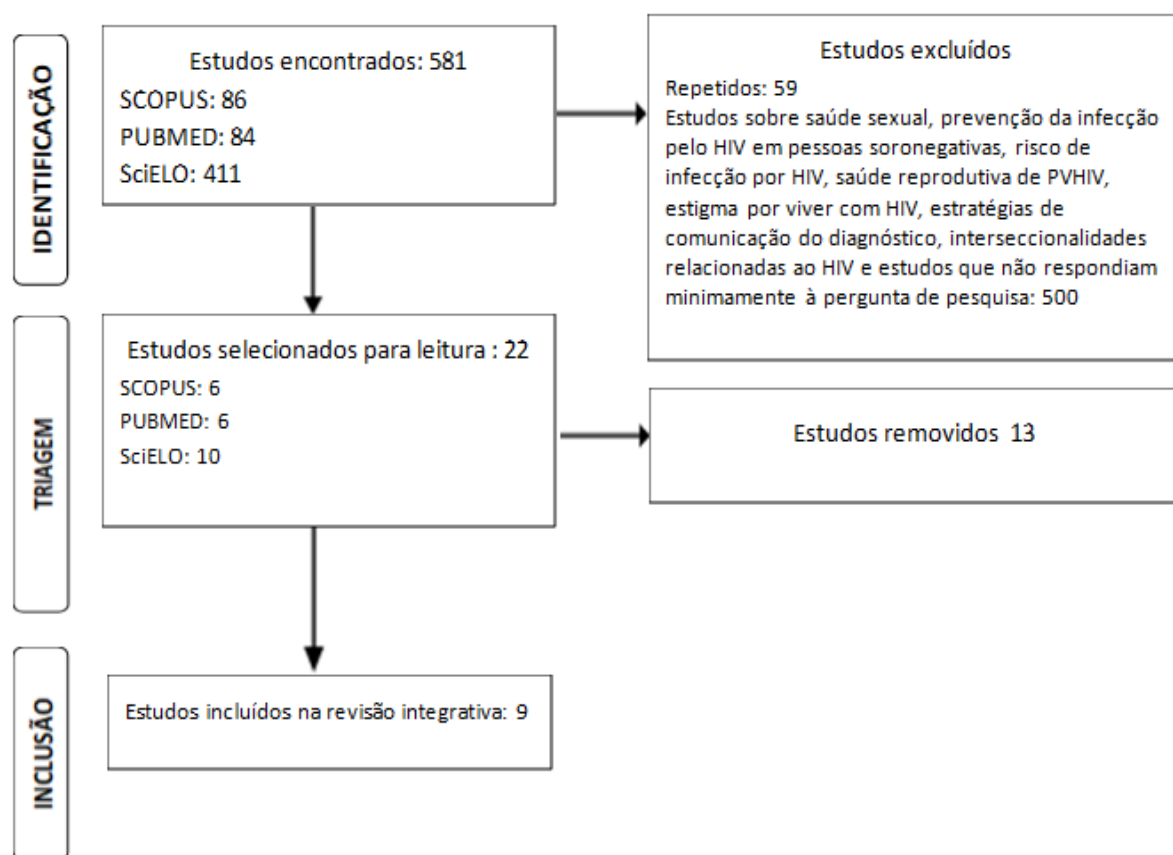
Quanto à análise bibliométrica, observou-se um número maior de publicações em língua inglesa ($n=5$), seguida por publicações em língua portuguesa ($n=4$), assim como uma maior quantidade de publicações realizadas no ano de 2018 ($n=4$), enquanto os demais estudos foram feitos um em cada ano: 2013, 2015, 2020, 2021 e 2022.

Apenas um artigo utilizou o delineamento quantitativo de pesquisa por meio de questionário, já os demais são estudos qualitativos que utilizaram entrevista como instrumento de coleta de dados. Quanto aos países de publicação, a maioria dos estudos foi realizada no Brasil ($n= 4$), seguido de estudos realizados nos Estados Unidos ($n=3$),

África do Sul ($n=1$) e Suécia ($n=1$). O tamanho das amostras dos estudos variou de seis a 1096 participantes. Em relação aos participantes das pesquisas, dois estudos focalizaram mulheres vivendo com HIV (Cooper et al., 2013; Villegas et al., 2021), três deles em pessoas com mais de 50 anos (James et al., 2022; Silva et al., 2015; Villegas et al., 2021), um em homens que fazem sexo com homens (HSH) (Silva et al., 2020), um artigo em jovens infectados por transmissão vertical (Agostini et al., 2018) e os demais estudos ($n=3$) tiveram amostras mais amplas, englobando pessoas que vivem com HIV maiores de 18 anos (Green et al., 2018; Sá & Santos, 2018; Schönnesson et al., 2018).

Figura 1

Fluxograma das Etapas da Busca nas Bases de Dados



A partir da análise dos resultados dos artigos, foram identificadas cinco categorias temáticas, sendo que uma delas foi mais abrangente versando sobre a vivência de relacionamentos afetivo-sexuais no contexto do HIV e outras quatro categorias mais específicas, a saber: 1. Desafios da sexualidade nos relacionamentos; 2. Revelação do diagnóstico; 3. Sorosemelhança e sorodiferença; 4. Mulheres vivendo com HIV; e 5. Estigma.

Tabela 1

Síntese dos Artigos Incluídos na Revisão Integrativa (N=9)

Autores, ano e país	Objetivos	Delineamento Instrumentos	Participantes	Principais resultados
Agostini, Maksud, & Franco (2018) Brasil	Refletir sobre discursos e práticas (re)produzidos e agenciados por jovens em relação ao HIV sobre os relacionamentos afetivo-sexuais	Qualitativo Entrevista	Jovens HIV+ por transmissão vertical (n=6)	Há o desejo de estabelecer vínculos com suas parcerias antes da comunicação do diagnóstico. A PVHIV reorganiza sua vida de forma que o parceiro soronegativo se torna ponto central por ter aceitado a soropositividade. A parceria se torna fator de proteção à adesão ao tratamento.
Cooper, Moore, & Mantell (2013) África do Sul	Explorar as experiências e atitudes em relação ao casamento e maternidade em um grupo de mulheres HIV+	Qualitativo Entrevista	Mulheres que vivem com HIV (n=30)	O estigma envolvido no HIV desempenha papel importante na decisão de se casarem. Há o receio de rejeição durante o casamento devido ao diagnóstico de HIV, apesar de que, em alguns casos, há apoio do parceiro ao saber sobre a sorologia. Se envolver com alguém que também tem HIV é visto como algo mais simples.
Green, Weeks, Berman, Mosher, Abbott, & Garcia (2018) Estados Unidos	Explorar o risco sexual e a intimidade sexual em PVHIV e seus parceiros	Qualitativo Entrevista	PVHIV (n=197) e pessoas com sorologia negativa para o HIV (n=56)	Há mudanças no relacionamento íntimo após a revelação de um diagnóstico de HIV e na importância da intimidade. A revelação e a resposta do parceiro ao diagnóstico, na maioria das vezes, resultaram em um aumento da sensação de proteção.
James, Nkwonta, Kaur, Hart, & Brown (2022) Estados Unidos	Explorar os efeitos do HIV na intimidade e na sexualidade entre sobreviventes mais velhos de abuso sexual infantil que vivem com HIV.	Qualitativo Entrevista	PVHIV 50+ que sofreram abuso sexual infantil (n=24)	Os participantes relataram que desejavam estabelecer relacionamentos íntimos, no entanto, viver com o HIV teve impacto, afetando negativamente a sua saúde geral e qualidade de vida.

Sá & Santos (2018) Brasil	Investigar quais as principais dificuldades nos relacionamentos amorosos e/ou sexuais de sujeitos soropositivos e quais os mecanismos de enfrentamento mais empregados por eles	Qualitativo Entrevista	PVHIV (n=10)	Há impactos negativos do diagnóstico de HIV nos relacionamentos amorosos e/ou sexuais. Vantagens em se ter um relacionamento afetivo/sexual: companhia e reciprocidade e busca pelo prazer. Desvantagens: mentiras, possibilidade de sofrimento, o risco de adquirir ISTs e falta de confiança.
Schönnesson, Zeluf, Garcia-Huidobro, Ross, Eriksson, & Ekström (2018) Suécia	Examinar os efeitos diretos e indiretos das variáveis sociodemográficas, clínicas, psicológicas e sexuais na satisfação sexual de pessoas vivendo com HIV	Quantitativo Questionário	PVHIV (n=1096)	Quase metade da amostra estava insatisfeita sexualmente. Para as mulheres, a angústia leva à insatisfação sexual. Para os homens, o estigma, desesperança e mudanças na sexualidade após o HIV estão associados à insatisfação sexual. Barreiras para encontrar parceiro a longo prazo: CD4 mais baixo e obrigação percebida de revelação do diagnóstico.
Silva, Felício, Casséte, Soares, Morais, Prado, & Guimarães (2015) Brasil	Identificar o impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde	Qualitativo Entrevista	PVHIV idosas (n= 14)	Há mudanças na forma como as PVHIV se relacionam. São frequentes os relatos que demonstram a desinformação em relação ao sexo e sexualidade, uso de preservativos, IST e HIV/ aids, ou mesmo a precariedade das informações recebidas sobre o tema. Constrangimento, medo de rejeição e discriminação, além de experiências de isolamento e enfrentamento de preconceito são sentidos quanto à vivência da sexualidade.
Silva, Duarte, & Lima (2020) Brasil	Discutir as narrativas sobre as relações afetivo-sexuais de homens jovens vivendo com HIV/aids com CV indetectável	Qualitativo Entrevista	Homens que fazem sexo com outros homens (HSH) HIV+ (n=10)	Estar indetectável foi importante na identidade da PVHIV em relação ao cuidado de si mesmo e do outro, mas, apesar disso, o estigma ainda persiste pelos discursos de medo e culpa em relação à transmissão do vírus.
Villegas, Cianelli, Oliveira, Toledo, Jacobson, Davenport, Webb & Wolf (2021) Estados Unidos	Investigar as repercussões do diagnóstico de HIV nas relações íntimas de mulheres vivendo com HIV	Qualitativo Entrevista	Mulheres com HIV 50+ latinas ou negras (n=28)	O diagnóstico influencia as relações íntimas. Muitas mulheres foram infectadas propositalmente e, posteriormente, culpabilizadas. A revelação do diagnóstico ocasionou o fim do relacionamento e a abstinência sexual foi utilizada por um período de tempo

Desafios da Sexualidade nos Relacionamentos

O medo da transmissibilidade do HIV às parcerias sexuais é um sentimento preponderante que afeta significativamente a vivência sexual de PVHIV (Agostini et al., 2018; James et al., 2022; Sá & Santos, 2018; Silva et al., 2015; Silva et al., 2020). Não são raros os casos em que o receio de infectar o parceiro leve à redução do desejo sexual e, conseqüentemente, à abstinência sexual (Green et al., 2018; James et al., 2022; Silva et al., 2015; Villegas et al., 2021). Estes comportamentos têm sido relatados na literatura que estuda a sexualidade de PVHIV, pois são estratégias de enfrentamento frequentemente adotadas, pelo menos no início de adaptação ao diagnóstico, para lidar com o receio de infecção da parceria sexual (Reis et al., 2011).

Se por um lado, há a preocupação de PVHIV em relação à transmissibilidade do vírus, por outro, há a falta de preocupação de alguns parceiros quanto à possibilidade de infecção, havendo certa reatividade e falta de adesão a comportamentos preventivos, como uso de preservativos e utilização da PrEP (Green et al., 2018). Este dado aponta para a percepção do HIV como adoecimento crônico e tratável. Contudo, por outro, enfatiza um menor poder de decisão das PVHIV sobre aspectos nas relações em que estão inseridas, tornando-as vulneráveis a outros tipos de ISTs e a relacionamentos caracterizados pela submissão à parceria soronegativa, haja vista que, mesmo com a CV intransmissível, muitas PVHIV se sentem mais seguras utilizando a prevenção combinada (Agostini et al., 2018; Reis et al., 2012; Schönnesson et al., 2018; Silva et al., 2020). Também é possível hipotetizar que estas reações de banalização em relação à prevenção da infecção pelo HIV e ao diagnóstico por pessoas soronegativas representam o desejo de o HIV/aids ser percebido socialmente com maior naturalidade (Agostini et al., 2017).

Neste sentido, estar com carga viral indetectável e garantir a intransmissibilidade do HIV por vias sexuais gera um maior senso de segurança, mas o receio de transmissão ainda é prevalente, fazendo com que as PVHIV sintam obrigatoriedade moral de utilizarem outras estratégias de prevenção, para evitar se sentirem culpadas e, eventualmente, arrependidas (Green et al., 2018; James et al., 2018; Silva et al., 2020). Além da possibilidade de transmissão do HIV à parceria sexual, a possibilidade de adoecimento pela imunodeficiência, a falta de confiança e promiscuidade foram fatores considerados negativos por PVHIV ao estabelecerem uma relação ou relacionamento sexual, que levaram à atribuição de um menor grau de importância da vida sexual após o diagnóstico de HIV (Sá & Santos, 2018). A ligação direta do HIV com a sexualidade – por ser uma IST – e com comportamentos considerados desviantes, faz com que a vivência das PVHIV seja comprometida, gerando repercussões emocionais e sociais relevantes, alterando a satisfação sexual e a qualidade de vida (Lenzi et al., 2018; Reis et al., 2011; Semler et al., 2023).

O estigma e a preocupação em revelar o diagnóstico ao parceiro também são considerados aspectos significativos que levam a um menor grau de satisfação sexual (Schonnesson et al., 2018). Neste sentido, se sentir “sujo” por ter uma IST está presente no discurso de PVHIV, mesmo com os avanços quanto ao tratamento e à prevenção, indicando que parece prevalecer o estigma e o discurso moral sobre a sexualidade, mesmo mediante do avanço em relação ao tratamento e da concepção de indetectável=intransmissível (Silva et al., 2020).

A boa adesão à TARV pode ser percebida como um fator de proteção para a satisfação sexual, uma vez que garante maior segurança sobre a intransmissibilidade do HIV, porém também foi citada como influência para um rebaixamento do desejo sexual devido aos seus efeitos colaterais (Sá & Santos, 2018; Schonnesson et al., 2018). Há

uma dificuldade sentida pelas PVHIV em falarem sobre sua sexualidade com profissionais de saúde, fator que as influencia na escolha por estratégias disfuncionais de enfrentamento diante dos efeitos colaterais do tratamento, tais como interrupção da TARV ou abstinência das práticas sexuais, sendo que ambos os caminhos as levam a sentir menor satisfação com a vida (Reis et al., 2011). Neste sentido, é imprescindível que os profissionais de saúde deem abertura para que as PVHIV levem suas angústias e investiguem, não só a adesão medicamentosa, mas todas as áreas da vida, sendo que o campo da sexualidade merece destaque na vivência de PVHIV.

Revelação do Diagnóstico

A revelação do diagnóstico à parceria sexual, seja em relacionamentos estáveis ou não, é um dos momentos mais desafiadores do viver com HIV, envolvendo muitas emoções como ansiedade e vergonha (Agostini et al., 2018). O medo da rejeição, exclusão e discriminação fazem com que muitos prefiram manter em segredo sua sorologia positiva para o HIV, revelando o diagnóstico apenas para pessoas mais próximas do seu círculo social e/ou familiar, atuando com maior discrição sobre quem vai ter acesso à essa informação. Muitas PVHIV preferem se abster de novas relações amorosas para não precisar expor sua condição (Cooper et al., 2013; Schönnesson et al., 2018; Silva et al., 2015; Silva et al., 2020; Villegas et al., 2021). Em alguns contextos, o segredo em relação ao diagnóstico de HIV é resguardado por lei, enquanto em outros, há a obrigatoriedade de comunicar o diagnóstico ao parceiro. A abstenção em estabelecer novos relacionamentos íntimos é uma escolha, principalmente nos contextos em que a PVHIV se vê diante de marcos legais que a obriga a comunicar sua sorologia sem antes estabelecer uma relação de confiança (Schönnesson et al., 2018).

Há a preferência de revelar o diagnóstico após estar em uma relação mais estável e de confiança, havendo maior tensão quando há obrigatoriedade legal de divulgação do

HIV (Agostini et al., 2018; Schönnesson et al., 2018). Contudo, a relação de reciprocidade e confiança pode ser afetada pela comunicação do diagnóstico de forma tardia, a ponto de haver a perda da intimidade e da confiança já estabelecida (Green et al., 2018). A literatura aponta, inclusive, que muitas PVHIV precisam de mediadores que ajudem a comunicar à parceria sobre o diagnóstico, já que, após algum tempo de relacionamento, fica mais difícil de fazê-lo e de presumir o tipo de reação do parceiro (Silva et al., 2022). Mesmo com essas duas possibilidades, ainda há a preferência do estabelecimento de um vínculo afetivo antes de comunicar o diagnóstico, podendo haver possibilidade de rejeição ou de apoio e solidariedade. Este apoio recebido pelo(a) parceiro(a) é fator determinante para melhor qualidade de vida e para maiores níveis de adesão à TARV, sendo preditor para maior sobrevida em PVHIV (Lenzi et al., 2018; Silva et al., 2022).

Desta forma, a rejeição e o abandono nem sempre é uma realidade, podendo haver o apoio e permanência do/a parceiro/a após a comunicação sobre a sorologia (Agostini et al., 2018; Villegas et al., 2021). Nesse sentido, mesmo vivenciando a vergonha e o medo sobre a possibilidade de abandono e rejeição, muitas PVHIV preferem comunicar o diagnóstico ao parceiro(a), pois percebem que, se não o fizerem, podem prejudicá-lo(a) (Sá & Santos, 2018). Além da sensação de fazer mal ao outro, há a percepção de transgressão se a comunicação do diagnóstico não acontecer (Silva et al., 2022). Em contrapartida a todos os receios quanto à revelação do diagnóstico no contexto de um relacionamento afetivo-sexual e da preocupação com o(a) parceiro(a), algumas PVHIV revelam seu diagnóstico sem medo das consequências; mas outras, sabendo que há a possibilidade de estar infectado pelo HIV, continuam adotando comportamentos de risco e evitando a testagem, colocando em risco outras pessoas e a si mesmo (Green et al., 2018). Esse dado é uma evidência mais recente do que é

discutido na literatura: estratégias focalizadas na emoção, como a evitação da testagem, motivada pelo medo e pelo estigma que permeia o diagnóstico, influenciam na perpetuação da epidemia (Vanable, 2006).

Sorosemelhança e Sorodiferença

Muitas PVHIV se sentem surpresas ao serem apoiadas e acolhidas, e ao perceberem que o/a parceiro/a irá permanecer no relacionamento apesar do diagnóstico de HIV (Villegas et al., 2021). Ao estarem em um relacionamento sorodiferente, muitas PVHIV podem reorganizar suas vidas para que o/a parceiro/a soronegativo/a passe a ser o centro de sua vida por ter aceitado sua condição sorológica (Agostini et al., 2018). Como exemplo, há a preferência por continuarem utilizando métodos preventivos nas relações sexuais para aumentar a segurança sobre a intransmissibilidade do HIV, porém, ao ver que a parceria permaneceu apesar do HIV, muitas PVHIV passam a ter menor poder de decisão, se colocando de forma mais submissa no relacionamento (Agostini et al., 2018; Green et al., 2018).

Principalmente pelo medo de transmissão, no contexto de sorodiferença, estudos apontam a tendência de redução da prática sexual e maior ênfase em outros aspectos do relacionamento como, por exemplo, a afetividade e o companheirismo (Diógenes et al., 2014; Reis & Gir, 2010). Tais dados são enfatizados pelo fato de muitas PVHIV não perceberem a efetividade da utilização de apenas uma estratégia preventiva do HIV, sendo necessária a associação de mais de uma estratégia que, quando combinadas, garantem maior segurança, mas encontram certa resistência no processo de negociação com a parceria (Agostini et al., 2018; Lucas et al., 2023).

Mesmo com a possibilidade de acolhimento e aceitação, as chances de encontrar um/a parceiro/a que fique na relação após a comunicação do diagnóstico é maior quando a parceria também vive com HIV (James et al., 2022). A vivência de um

relacionamento sorodiferente é permeado por maiores dificuldades, principalmente no campo da sexualidade, enquanto a sorosemelhança é percebida com mais tranquilidade, principalmente no que se refere a um menor receio de transmitir o vírus, além da vivência de situações semelhantes devido ao mesmo diagnóstico (James et al., 2022; Sá & Santos, 2018). Possuir objetivos semelhantes quanto à parentalidade, e diminuir as chances de rejeição, são aspectos que fazem a sorosemelhança ser preferível por mulheres soropositivas (Cooper et al., 2013; Villegas et al., 2021).

Independentemente da sorologia do parceiro, estar em um relacionamento afetivo-sexual demonstrou ser um fator de proteção para adesão ao tratamento, por um lado porque pode haver a motivação por tornar-se indetectável e garantir a intransmissibilidade viral por vias sexuais, e por outro porque garante um apoio para comportamentos de autocuidado com a saúde, o que está coerente com o que é discutido e encontrado na literatura (Lenzi et al., 2018).

Mulheres Vivendo com HIV

Para muitas mulheres que vivem com HIV, a sorologia intensificou a necessidade de realização de sonhos de vida, tais como maternidade, educação dos filhos, ascensão no trabalho e independência financeira, haja vista que ainda há a crença sobre uma maior letalidade do HIV, apesar dos avanços no tratamento e do perfil de condição crônica (Cooper et al., 2013). Desta forma, percebe-se que, ao longo do tempo, e antes de receberem o diagnóstico de HIV, muitas mulheres tinham prioridades que eram constantemente adiadas em detrimento da necessidade de outras pessoas, havendo, após a descoberta da sorologia, uma mudança no sentido de colocarem seus próprios desejos em primeiro plano. Por outro lado, a permanência em relacionamentos abusivos com parceiros que lhe transmitiram o vírus também é uma realidade frequente (Villegas et al., 2021). Ao se verem aceitas pelo parceiro, apesar de sua sorologia,

muitas mulheres passam a se submeter a decisões e desejos do outro, tornando-se submissas e se sentindo insatisfeitas por não terem desejos sexuais como antes (Agostini et al., 2018; Green et al., 2018; Villegas et al., 2021). Tal submissão e silenciamento é discutido na literatura que aborda o HIV sob uma perspectiva de gênero, sendo que a solidão é um sentimento vivenciado por essas mulheres, tanto no âmbito familiar quanto no campo relacional (Paquiela et al., 2022).

A maternidade é um desejo para muitas mulheres com HIV, que encaram a gravidez com naturalidade e, de certa forma, como uma possibilidade de focalizar em suas potencialidades, apesar do diagnóstico (Agostini et al., 2018). No mesmo sentido, há a desvinculação da maternidade com o casamento, pois na maioria das vezes, mesmo casadas, elas não possuem apoio instrumental dos maridos para os cuidados dos filhos (Cooper et al., 2013). A sobrecarga de trabalhos domésticos pode até mesmo ser intensificada se comparada à época anterior ao diagnóstico, sendo mais uma fonte de sofrimento para essas mulheres (Paquiela et al., 2022).

Por um lado, algumas mulheres percebem a maternidade com naturalidade, mas outras evitam se engajar em relacionamentos devido à insistência de alguns homens para terem filhos, pois, para muitas, a maternidade deixou de ser prioridade e outros desejos assumiram o primeiro plano em suas vidas (Cooper et al., 2013).

Estigma

O estigma associado ao HIV é enfrentado de diversas formas, mas é percebido como grande dificultador para uma melhor qualidade de vida e para a construção de relacionamentos afetivo-sexuais (Sá & Santos, 2018; Silva et al., 2020). O medo da estigmatização e da exposição do diagnóstico faz com que as PVHIV visem superar as experiências anteriores de rejeição ao tentarem estabelecer novos relacionamentos íntimos (James et al., 2022). Contudo, uma vez que experienciaram tentativas negativas,

ao sofrer discriminação, rejeição e exclusão, utilizam como estratégia o isolamento social, como forma de proteção e prevenção da vivência de novas experiências negativas (Schönnesson et al., 2018; Villegas et al., 2021). A decisão de se isolarem e de se abster de relacionamentos afetivo-sexuais pode proteger as PVHIV de experienciar o estigma, mas por outro, podem levar a sentimentos de tristeza, e mesmo depressão, devido à solidão, falta de suporte emocional e ruptura nas redes de apoio social (Villegas et al., 2021).

Além de afetar consideravelmente a satisfação sexual, principalmente dos homens, o medo do estigma é empecilho para o início de novos relacionamentos e para a ativação sexual, podendo ser enraizado à identidade da PVHIV, pois o HIV é uma IST associada à moralidade (Schönnesson et al., 2018; Silva et al., 2015). Dessa forma, algumas PVHIV podem passar a se sentirem inferiores e menos merecedoras que outras pessoas por serem soropositivas, ou seja, passam a exercer o autopreconceito (Silva et al., 2015). A literatura aponta que o ajustamento psicológico é diminuído quando os níveis de estigma percebido são elevados, aumentando a vulnerabilidade das PVHIV ao comprometimento da saúde mental e, consequentemente, com chances de prejudicar a adesão ao tratamento (Venable et al., 2006).

Embora a maioria admita o enfrentamento de situações discriminatórias, algumas PVHIV ainda possuem dificuldade de perceber tais situações, tentando criar justificativas que não se sustentam ao longo do discurso (Silva et al., 2015). O estigma é ainda mais presente nas populações já estigmatizadas, como é o caso de homens que fazem sexo com homens e gays, que ainda são vistos como perigosos, promíscuos e transmissores potenciais (Silva et al., 2020; Villegas et al., 2021). Há a dificuldade de PVHIV em relatar experiências preconceituosas devido ao HIV, ao mesmo tempo que se esforçam, contraditoriamente, para manter o segredo sobre a sua condição sorológica

pelo medo de que essas situações aconteçam (Agostini et al., 2017). Neste sentido, algumas PVHIV não vivenciaram o estigma justamente porque não expuseram seu diagnóstico a outras pessoas (Semler et al., 2023). Mesmo que não tenham vivido situações em que foram estigmatizadas, as PVHIV sabem que há uma possibilidade iminente, sendo necessário gerenciar esforços acerca do processo de revelação. Ademais, percebe-se que a adesão ao tratamento é uma estratégia utilizada para não haver indícios de adoecimento e necessidade de exposição do diagnóstico, preservando assim o segredo sobre a sorologia e evitando a vivência de discriminação e preconceito (Lucas et al., 2023).

Considerações Finais

O HIV repercute na vivência de relacionamentos afetivo-sexuais de PVHIV, tanto no que se refere à conjugalidade, quanto em relacionamentos não estáveis. A sexualidade é uma das dimensões da vida mais afetadas pela condição, principalmente porque a via sexual é o meio de transmissão mais prevalente do HIV. As PVHIV demonstram o desejo de viver relacionamentos ou relações apesar do diagnóstico, sendo perceptível a compreensão do HIV como uma condição crônica de saúde e não como uma doença letal.

Como limitações da presente revisão, utilizou-se a busca em apenas três bases de dados, o que limita a quantidade de estudos encontrados. Como possibilidades futuras, há a necessidade de estudos que busquem compreender a vida afetiva-sexual de PVHIV associada a variáveis como adesão, estigma, apoio psicossocial e a relação entre profissionais de saúde-paciente no estabelecimento e manutenção de relacionamentos íntimos após o diagnóstico de HIV.

Artigo 2 - Estigma, Percepção de Doença e Relacionamentos Afetivo-sexuais em Pessoas Vivendo com HIV

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a vivência dos relacionamentos afetivo-sexuais de PVHIV, a percepção de doença e do estigma relacionado ao HIV de pessoas adultas em tratamento no Distrito Federal. De corte transversal, com delineamento misto, utilizou técnicas qualitativas e quantitativas de coleta e de análise de dados. A amostra foi constituída por 50 PVHIV adultas. Os instrumentos utilizados foram: questionários sociodemográfico e médico-clínico, Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ), Escala Estigma Relacionado ao HIV e um roteiro de entrevista semiestruturado. Os resultados descritivos indicaram que os participantes percebiam o HIV de forma não ameaçadora, mas houve diversidade na amostra; foi maior a percepção de estigma relacionado à soropositividade, com correlação positiva moderada entre essas duas variáveis. Na análise qualitativa, foram geradas cinco classes pelo software IRAMUTEQ: (1) revelação do diagnóstico; (2) dificuldades de relacionamento no viver com HIV; (3) vantagens e desafios da prevenção; (4) mudanças nos relacionamentos após o diagnóstico; (5) vida antes do diagnóstico de HIV. O HIV repercute na vivência de relacionamentos afetivo-sexuais estáveis e não-estáveis. Há priorização de estratégias preventivas para garantir maior segurança nos relacionamentos, além de uma ressignificação do sentido da vida, investindo em outras áreas, como o autocuidado.

Palavras-chave: HIV/aids; Estigma; Percepção de Doença; Relacionamentos afetivo-sexuais

HIV/aids e Dados Epidemiológicos

Desde seu início, em 1980, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) infectou cerca de 88,4 milhões de pessoas no mundo, sendo que 42,3 milhões já morreram de doenças relacionadas à aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) (UNAIDS, 2024). Em média, 39,9 milhões de pessoas viviam com HIV em 2023, sendo a sua maioria com idade igual ou superior a 15 anos (96,7%) (Brasil, 2024a; UNAIDS, 2024). No Brasil, já foram registrados 1.165.599 de casos de infecção pelo HIV, com a média de 36 mil novos casos nos últimos cinco anos (Brasil, 2024a). Ainda, segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, desde o início da pandemia, houve 392.981 óbitos decorrentes da aids (Brasil, 2024a).

Contudo, após cinco décadas de epidemia, os avanços científicos referentes ao tratamento e à prevenção possibilitaram que o HIV e o adoecimento pela aids deixassem de ter caráter de condição com alta letalidade, passando a ser percebidos e considerados como doença crônica (Balogun & Slev, 2023). Tais transformações são evidenciadas a partir de informações epidemiológicas relevantes referentes às taxas de transmissão e mortalidade em decorrência do HIV/aids. Como exemplo das repercussões positivas dos avanços científicos, políticos e sociais ao longo dessas décadas, 2023 foi o ano em que houve a menor taxa de transmissão do vírus desde o final da década de 1980 no Brasil (UNAIDS, 2024). As mortes decorrentes da aids também sofreram um decréscimo significativo, principalmente devido ao aumento da população com acesso à terapia antirretroviral (TARV); atualmente, das 39 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, 30,7 milhões possuem acesso ao tratamento (UNAIDS, 2024).

No Brasil, a TARV é disponibilizada gratuitamente desde 1996 pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fator determinante para a redução significativa nas taxas de mortalidade por aids e para o aumento da qualidade de vida de pessoas que vivem com

HIV (PVHIV) (Cunha & Cruz, 2022). Além da disponibilização gratuita dos medicamentos, a resposta brasileira à epidemia de aids tem reconhecimento internacional devido às políticas preventivas (Grangeiro et al., 2009; Malta & Beyrer, 2013). Os dados confirmam as respostas positivas das estratégias brasileiras na luta contra a epidemia, havendo um decréscimo na taxa de mortalidade no Brasil, com redução de 32,9% nas taxas de mortalidade, indicando queda de 5,7 para 3,9 óbitos por 100 mil habitantes em 2023 (Brasil, 2024a). O Distrito Federal se destacou em relação ao combate à epidemia nos últimos anos, decréscimo de 47,7% da taxa de mortalidade por aids de 2013 a 2023 (Brasil, 2024a).

Os dados globais apontam que a maioria das pessoas que vivem com HIV são mulheres ou meninas (53%), representando 44% das novas infecções (UNAIDS, 2024). Estas informações ressaltam que, apesar dos avanços conquistados ao longo dos anos, os determinantes psicossociais da saúde como pobreza, ocorrência de estigma, violência e problemas de saúde mental estão cada vez mais visíveis, principalmente se colocado sob o ponto de vista de gênero (Ghosn et al., 2018).

Mesmo que as mulheres representem a maior parte da população vivendo com HIV, existem diferenças desta incidência entre países e regiões. Em relação às características sociodemográficas que possibilitam compreender as características do HIV no Brasil, há mudanças epidemiológicas importantes ao longo dos anos. Os dados mais recentes sugerem que 29,3% dos novos casos no Brasil ocorreram em mulheres e 70,7% em homens (Brasil, 2024). A maior parte das mulheres infectadas pelo HIV são negras (64,2%), heterossexuais (86,4%) e estão em idade reprodutiva (15 a 49 anos) (77,7%), enquanto a maior parte das infecções do sexo masculino se dá entre homens que fazem sexo com homens (HSH) (52,8%), na faixa etária entre 20 e 29 anos (40,3%) e autodeclarados negros (62,9%) (Brasil, 2024a).

Ademais, o Ministério da Saúde destaca a importância das políticas públicas voltadas para a população de 15 a 24 anos, mesmo que esta não seja a faixa etária mais predominante no que se refere às novas transmissões (Brasil, 2024a). Desde o início da pandemia, essa é uma etapa de vida vista como mais vulnerável ao HIV/aids e às transformações sociais e tecnológicas constantes — maior diversidade sexual e de gênero, uso de novas tecnologias para relacionamentos, desinibição das relações afetivo-sexuais e novos métodos de prevenção —, exigindo a adoção de novas abordagens que levem em conta a complexidade de fatores que contribuem para uma maior vulnerabilidade ao HIV/aids (Grangeiro et al., 2023). Assim, a adolescência é marcada pelo início da vida sexual e percebe-se o começo cada vez mais precoce da vivência da sexualidade, favorecendo um maior nível de vulnerabilidade ao HIV, uma vez que estas novas vivências podem estar associadas à imaturidade psicológica e à busca por novas experiências para constituição da identidade (Ribeiro et al., 2021).

Transmissão, Tratamento e Prevenção em HIV/aids

Apesar de os primeiros casos de aids no Brasil terem sido identificados apenas em 1982, o primeiro caso ocorreu em 1981 nos Estados Unidos e, apenas anos depois, sua etiologia foi descoberta com as tentativas de desenvolvimento das medicações eficazes para o tratamento (Dias, 2011; Marques, 2002). O HIV atinge o sistema imunológico ao destruir as células T CD4, responsáveis por auxiliar na defesa contra vírus, fungos e bactérias, deixando o organismo vulnerável a doenças oportunistas. Considerado um retrovírus, o HIV age copiando sua informação genética no DNA nas células hospedeiras e, ao ser infectada, a pessoa passa por quatro estágios. No primeiro, que ocorre logo após a infecção, o sistema imunológico consegue destruir a maior parte do vírus e os sintomas são mínimos ou inexistentes; no segundo, as células de defesa T CD4 diminuem de concentração, enquanto a concentração da carga viral do

HIV aumenta progressivamente mas de forma lenta; no terceiro, o funcionamento imunológico torna-se mais comprometido devido à diminuição excessiva das células de defesa, podendo ocorrer infecções oportunistas; no quarto e último estágio, a imunidade foi comprometida e se instala um quadro de aids (Brasil, 2018).

Nesta perspectiva, a infecção pelo HIV tem uma característica singular de possuir um período longo até o surgimento de sintomas que estão associados à presença de uma coinfeção, como tuberculose, pneumocistose, toxoplasmose, criptococose, infecção por citomegalovírus, candidíase oral e esofagiana, sarcoma de Kaposi e linfoma não Hodgking (Furrer, 2016). Além da replicação da carga viral no sangue e diminuição das células T CD4, variáveis como idade, estilo de vida e comorbidades pré-existentes influenciam na vulnerabilidade a doenças oportunistas específicas (Furrer, 2016).

A transmissão do HIV pode ocorrer por meio do sexo sem preservativo com pessoa infectada, uso de seringas ou por objetos perfurocortantes contaminados, de mulher gestante infectada para o filho durante a gravidez, parto ou amamentação, a chamada transmissão vertical, e por transfusão de sangue infectado (Brasil, 2018). No que se refere à transfusão de sangue, no Brasil, foram criados protocolos obrigatórios de triagem e testes que minimizaram os riscos de transmissão de agentes infecciosos (Júnior et al., 2024). Apesar da criação da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados através da Lei nº 10.205 (2001), que garante mais segurança nas transfusões sanguíneas, existem desafios que dificultam a total identificação do HIV nas amostras de sangue doado, tal como a janela imunológica característica do início da infecção pelo HIV (Neto et al., 2009).

Desta forma, além das principais medidas de prevenção como o uso de camisinha em todas as relações sexuais, independentemente de qual tipo, o não

compartilhamento ou esterilização de seringas, agulhas e outros objetos perfurocortantes, bem como a realização de pré-natal e das medidas profiláticas em mulheres gestantes soropositivas para prevenir a transmissão vertical, é importante a conscientização em relação à doação de sangue, haja vista que muitas pessoas buscam nos hemocentros uma forma de testagem sorológica em vez de buscarem os Centros de Testagem e Aconselhamento para HIV (CTAs) para esta finalidade (Brasil, 2018; Neto et al., 2009).

Já no que tange ao tratamento para HIV, os primeiros medicamentos antirretrovirais (ARVs) surgiram em meados da década de 1980, objetivando impedir a replicação viral no sangue e, conseqüentemente, impedir o enfraquecimento do sistema imunológico. Atualmente, o esquema terapêutico principal consiste na associação em geral de três medicamentos antirretrovirais, associados em dois ou mesmo em apenas um comprimido, facilitando o alcance de uma ótima adesão. Com o avanço biotecnológico, além da diminuição da quantidade de comprimidos diários, reduziu-se de forma relevante as possibilidades de efeitos colaterais dos antirretrovirais; ademais, o seu armazenamento e manejo ficaram mais facilitados, uma vez que, inicialmente, alguns ARVs precisavam de refrigeração, por exemplo, para garantir a conservação adequada. No Brasil, recomenda-se o início da TARV logo após a identificação do diagnóstico, independente da carga viral e da contagem dos linfócitos T CD4. Trata-se do protocolo Tratamento para Todos ou “testou, tratou”, indicando a disponibilidade do SUS em fornecer gratuitamente o tratamento às PVHIV e nos esforços governamentais visando o controle da epidemia no país (Brasil, 2024b).

Outro ponto que merece destaque nas campanhas relacionadas à conscientização do tratamento e da prevenção do HIV é a evidência de carga viral indetectável igual a intransmissível (I=I): PVHIV com adesão ao tratamento contínua e consistente à TARV

atingem uma carga viral baixa o suficiente a ponto de não transmitir o vírus para outras pessoas em relações sexuais sem uso do preservativo (Eisinger et al., 2019). As evidências subjacentes ao conceito de I=I são sólidas e acumuladas ao longo de uma década de pesquisas sobre a transmissibilidade da infecção. Assim, o conceito indetectável = intransmissível transformou o enfrentamento da soropositividade e reforçou a necessidade de uma adesão contínua ao tratamento. A TARV tornou-se um fator de proteção à saúde da PVHIV, assim como também é uma influência para a vivência de menores níveis de desconforto psicossocial e liberdade para um planejamento reprodutivo, além de efeitos na redução de novos casos (Brasil, 2024b; Eisinger et al., 2019)

Neste sentido, destaca-se a política pública de prevenção combinada do HIV no país que considera a complexidade envolvida na transmissibilidade do vírus em que intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais são associadas levando em consideração a necessidade de cada indivíduo (Brasil, 2018). Assim, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) fazem parte da prevenção combinada e foram incentivadas principalmente pensando nas populações-chave (Pereira et al., 2022). As populações-chave são profissionais do sexo e seus clientes, gays, homens que fazem sexo com outros homens, pessoas que utilizam drogas injetáveis e pessoas trans e suas parcerias sexuais, pois estas pessoas estão dentro de um contexto discriminatório, e até mesmo de criminalização, que aumenta o grau de vulnerabilidade à infecção por HIV (Brasil, 2023).

Enquanto a PrEP consiste no uso de antirretrovirais de forma contínua por pessoas soronegativas que apresentam uma exposição maior ao vírus, ampliando as chances de infecção, a PeP se refere ao uso de antirretrovirais por 28 dias, com início em até 72 horas após uma eventual exposição de risco de infecção (Siedner et al., 2018;

Sousa et al., 2021). Ambas as estratégias são disponibilizadas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde com o objetivo de garantir maior e livre acesso à população. No entanto, estudos explicitam que o conhecimento sobre a PeP e a PrEP são baixos, tanto em pessoas que vivem com HIV, nas populações-chave e prioritárias, bem como na população em geral (Brasil, 2022; Sousa et al., 2021).

O advento da PrEP como uma das estratégias de prevenção combinada para pessoas soronegativas, que eventual ou recorrentemente não utilizam preservativos em suas relações sexuais, assinala uma percepção de menor vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV e uma maior tranquilidade para as PVHIV devido à redução do risco de transmitir o HIV para suas parcerias sexuais (Duarte et al., 2024). Neste sentido, percebe-se a necessidade de ampliar o conhecimento da população acerca dessas duas estratégias de política de prevenção combinada, o que pode repercutir positivamente na redução do número de novos casos de infecção pelo HIV.

Assim, com o passar dos anos, novos desafios surgem, exigindo flexibilidade e articulação de novas estratégias de tratamento e prevenção. A concentração do HIV/aids em certos grupos populacionais marginalizados, a perpetuação do estigma e da discriminação, as fragilidades do sistema de saúde, as disparidades geográficas que dificultam o acesso ao tratamento e à testagem sorológica e complicações do uso a longo prazo dos medicamentos antirretrovirais são desafios atuais que exigem mudanças na resposta global e nacional ao HIV (Grangeiro et al., 2009; Mora et al., 2024).

A partir de toda a complexidade referente ao viver com HIV, reações muitas vezes suscitadas — negação, estresse, pensamentos suicidas, autoinferiorização, revolta, perplexidade e, até mesmo, indiferença — serão determinantes na definição das estratégias de enfrentamento ao processo de adoecimento, podendo ser influenciadas pelo medo do preconceito e da discriminação (Andrade et al., 2022; Silva et al., 2015).

É comum a utilização de estratégias consideradas ineficazes para o manejo do estresse, o que pode acarretar dificuldades de adesão ao tratamento, problemas relacionais, sexuais e sociais, além de sofrimento psíquico. Neste sentido, conforme exposto, algumas variáveis como estigma, percepção de doença e vivência da sexualidade influenciam a qualidade de vida e a saúde mental. Nessa perspectiva, investigar como esses aspectos são evidenciados é imprescindível para a elaboração de ações que visam um melhor ajustamento biopsicossocial das pessoas que vivem com HIV à condição crônica vivenciada.

Estigma no Contexto do HIV/aids

Historicamente, o estigma é o termo usado para se referir a processos que colocam certos segmentos sociais em posições de inferioridade em relação às demais pessoas e grupos da sociedade (Aggleton et al., 2003). Nesta perspectiva, mais que apenas ações, o estigma é um processo histórico-social em que características são atribuídas a determinados grupos a fim de desvalorizá-los e excluí-los (Maluwa et al., 2002). Em relação ao HIV, o estigma refere-se ao quanto as pessoas reforçam os estereótipos negativos em relação às PVHIV (Luz et al., 2020). Embora esses estereótipos variem regionalmente (em alguns lugares é visto como “doença de mulher”, em outras é associado às pessoas usuárias de substâncias psicoativas), todos eles têm como objetivo influenciar e reforçar desigualdades sociais já existentes (Maluwa et al., 2002).

A consciência de estigma — como a pessoa percebe e avalia ser vítima de preconceito ou discriminação — será determinante para definir o comportamento de saúde adotado diante do adoecimento (Luz et al., 2020; Myers, 2014). Enquanto o preconceito refere-se ao julgamento negativo preconcebido em relação a uma pessoa ou grupo, a discriminação é o comportamento negativo injustificado contra pessoas ou

indivíduos (Myers, 2014). A partir da complexidade desse processo e das repercussões significativas em nível individual e social, há vários mecanismos a ele ligados que facilitam a compreensão das implicações para comportamentos relacionados à saúde e intervenções possíveis, como a elaboração de políticas públicas (Turan & Hatcher et al., 2017).

Com o objetivo de analisar melhor como o estigma afeta a saúde de PVHIV, detalha-se esse processo em níveis: estrutural, interseccional e individual (Meyer, 2003). O estigma estrutural encontra-se na esfera macro e é perpetuado por meio de desvantagens a determinados grupos como políticas sociais injustas, falta de disponibilização de recursos e distribuição desigual de oportunidades (Turan & Hatcher et al., 2017). O estigma interseccional, por sua vez, enfatiza como o nível macro e micro se interrelacionam, ou seja, presume-se que muitas pessoas podem viver simultaneamente discriminação e preconceito por mais de um aspecto de sua identidade (Turan & Hatcher et al., 2017). Os dados epidemiológicos explicitam que o diagnóstico de HIV está associado a populações específicas que já apresentam interseccionalidades de gênero, etnia, nível socioeconômico e orientação sexual. Como exemplos desta problemática social, em dois estudos brasileiros distintos, a partir do diagnóstico, mulheres com HIV sofreram desamparo afetivo e social, deixando de receber apoio familiar e ficaram à margem do mercado de trabalho, enquanto travestis, em sua maioria, já sofreram homofobia em algum momento da vida, inclusive dentro dos serviços de saúde (Paquiela et al., 2022; Sousa et al., 2013).

Desta forma, o estigma associado a viver com HIV intersecciona-se com estigmas de gênero e de orientação sexual, o que ocasiona uma maior vulnerabilidade à marginalização social. Consequentemente, experiencia-se uma menor qualidade de vida e maior risco de adoecimento mental. Uma vez que o diagnóstico de HIV é, muitas

vezes, associado à promiscuidade sexual, as mulheres são mais estigmatizadas e podadas quanto às suas práticas sexuais que, socialmente, já são constantemente vigiadas e punidas.

Neste sentido, percebe-se que as problemáticas psicossociais são acentuadas quando analisadas por uma perspectiva de gênero (Company et al., 2021; Lourenço et al., 2018). Como exemplo disso, os dados explicitam que as mulheres são responsabilizadas pela contracepção, mas o uso de preservativo ainda é decidido pelos homens com quem essas mulheres se relacionam, o que demonstra a força dos papéis de gênero socialmente impostos, pois muitas mulheres interpretam a permanência do parceiro após a descoberta da soropositividade como uma prova de amor (Carvalho & Monteiro, 2021; Silva et al., 2022).

A partir destas informações, destaca-se a perpetuação do estigma dentro dos serviços de saúde que agrava ainda mais essa problemática social e, mesmo sendo de baixa incidência, deveria ser inexistente (UNAIDS, 2019). Ter expectativas negativas em relação aos profissionais de saúde é prejudicial para o tratamento de PVHIV, uma vez que pode afetar a relação profissional de saúde-paciente, prejudicando a vinculação ao serviço de saúde e os níveis de adesão (Turan & Hatcher et al., 2017).

Para compreender o nível individual do estigma, parte-se do pressuposto que pessoas marginalizadas experienciam níveis mais elevados de estresse, o que repercute negativamente na saúde em geral, na saúde mental e nas relações sociais (Turan & Budhwani et al., 2017; Turan & Hatcher et al., 2017). Essa premissa vem do modelo de estresse minoritário que, por sua vez, divide o estresse em processos do distal ao proximal (Meyer, 2003). Estresse é definido como uma relação entre a pessoa e o ambiente avaliada por ela como desgastante ou que excede seus recursos, tornando-se, assim, uma ameaça ao seu bem-estar (Folkman et al., 1986). O modelo de estresse

minoritário chama atenção à interpretação subjetiva dos eventos pela pessoa e, em nível individual, os processos podem ser mais distais (eventos estressantes externos, como experiências reais de discriminação e preconceito devido à sorologia positiva para o HIV) e antecipação de uma possível experiência de discriminação devido ao HIV (estigma antecipado). Eles podem ainda ser mais proximais: cognições autodepreciativas e de autoculpabilização (estigma internalizado) e ocultação da orientação sexual ou da sorologia positiva, no caso de PVHIV (Meyer, 2003; Turan & Hatcher et al., 2017).

A partir desses conceitos e definições, percebe-se que o estigma antecipado prediz mais os comportamentos relacionados à saúde, como adesão a tratamento, enquanto o estigma internalizado, além de predizer os comportamentos relacionados à saúde, também definem os resultados em relação à saúde mental (mudanças no afeto e nas cognições de autorreferência) (Turan & Budhwani et al., 2017; Turan & Hatcher et al., 2017). Desta forma, ao receberem o diagnóstico positivo para HIV, as PVHIV automaticamente passam a estar associadas a estereótipos negativos construídos ao longo das décadas de epidemia. Esses estereótipos engendrados aumentam as possibilidades de PVHIV sofrerem discriminação e, conseqüentemente, aumentam a vulnerabilidade de elas experienciarem níveis mais elevados de depressão, níveis menores de apoio social, de adesão à TARV e de acesso a serviços sociais e de saúde, além de propiciar maior tendência ao abuso de substâncias psicoativas (Luz et al., 2020; Semler et al., 2023; Turan & Budhwani et al., 2017).

No Brasil, a maioria das PVHIV (64,1%) já experienciou pelo menos uma situação de discriminação exclusivamente pelo fato de terem a sorologia positiva para o HIV, o que engloba assédio verbal (25,3%), perda da fonte de renda (19,6%) e agressões físicas (6%) (UNAIDS, 2019). Desta forma, o estigma relacionado ao HIV

perpetua a epidemia, uma vez que o receio da estigmatização leva as pessoas a evitarem a testagem sorológica (Gesese et al., 2017; Muga et al., 2023; Venable et al., 2006) e a adoção de estratégias preventivas como a profilaxia pós-exposição, aumentando, assim, o nível de vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV (Ferraz et al., 2019).

A partir das repercussões biopsicossociais envolvidas no processo saúde-doença, conforme o modelo de percepção da doença, a pessoa, ao encarar o processo de adoecimento, apresenta um conjunto de crenças que determinarão o gerenciamento de sua condição de saúde (Seidl & Remor, 2020). A percepção que os sujeitos possuem sobre sua doença é preditor de sua qualidade de vida e o estigma associado à soropositividade pode levar as pessoas a se sentirem envergonhadas e se perceberem culpadas por sua sorologia (estigma internalizado) (Catunda et al., 2016; Cazeiro et al., 2021; Turan & Hatcher et al., 2017).

Em decorrência desse estigma internalizado, que é associado ao estigma antecipado, muitas PVHIV apresentam os sentimentos de vergonha e culpa e preferem não revelar seu estado sorológico, além de se descreverem negativamente como “sujas” e “ínúteis” (UNAIDS, 2019). Uma estratégia utilizada diante do estigma é o isolamento social autoimposto, ocasionando a limitação do apoio instrumental e emocional (Turan & Hatcher et al., 2017). Pessoas isoladas acabam experienciando maior nível de estresse e, mesmo que os relacionamentos íntimos sejam fontes potenciais de estresse, em contraponto, também são fontes potenciais de felicidade; ou seja, relacionamentos íntimos são determinantes para a saúde (Myers, 2014; Turan & Hatcher et al., 2017).

Neste sentido, apesar de o estigma estar fortemente associado à soropositividade, as intervenções já realizadas focalizadas nesse processo são avaliadas como de baixa qualidade, inespecíficas e até mesmo ineficazes para reduzi-lo, visto que, em sua maioria, se centralizam em ações individualizadas e negligenciam o nível estrutural

(Muga et al., 2023). Autores enfatizam que as intervenções educacionais sobre estigma devem ser realizadas ao nível da comunidade, do sistema de saúde e no âmbito jurídico para que os ganhos sejam conquistados (Hamideh et al., 2024). Esses dados explicitam como as dimensões do estigma se influenciam mutuamente, pois trata-se de um processo mais complexo que engloba a fisiologia, a sociedade e o comportamento individual. Contudo, no Brasil são poucos os estudos que investigam como o estigma afeta os indivíduos HIV+ a partir de uma perspectiva biopsicossocial (Luz et al. 2020, Turan & Hatcher et al., 2017; Zucchi et al., 2013).

Ao analisar a literatura recente sobre a temática, verificou-se estudos recentes de Barros (2023) e Labonia (2022) que buscaram compreender a estigmatização do HIV em mulheres soropositivas, concluindo que as mulheres sofrem a estigmatização de gênero e de diagnóstico positivo para o HIV. Outro estudo buscou compreender a vivência do estigma em universitários soropositivos para o HIV e, mesmo com amostragem reduzida, evidenciou-se a percepção do estigma, principalmente no que se refere à revelação do diagnóstico (Farias, 2022).

A partir da complexidade do estigma como um processo multidimensional, e para a elaboração de intervenções adequadas, alguns instrumentos foram elaborados para mensurar o estigma. A Escala Curta de Estigma do HIV (Berger et al., 2001; Reinius et al., 2017) mede o estigma em três mecanismos separados em quatro dimensões: estigma promulgado com a dimensão de estigma personalizado; estigma antecipado com atitudes públicas e dimensões de preocupação com a divulgação; e estigma internalizado com a dimensão de autoimagem negativa (Berger et al., 2001; Luz et al., 2020). O instrumento foi traduzido e validado no Brasil por Luz et al. (2020) e apresentou boas propriedades psicométricas, motivos que levaram à sua escolha para o presente estudo.

Percepção de Doença

As características específicas de cada doença afetam a forma como será interpretada e manejada pela pessoa acometida. Como exemplo, doenças crônicas transmissíveis e doenças crônicas não-transmissíveis são percebidas de formas diferentes a partir de suas particularidades e do estigma social eventualmente envolvido. Percebe-se que as doenças sexualmente transmissíveis propiciam interpretações mais negativas do adoecimento, se comparadas a doenças não transmissíveis e não relacionadas à sexualidade (Smith & Nave, 2007).

O Modelo de Autorregulação do Comportamento, explicitado por Leventhal et al. (2003) descreve que as pessoas buscam compreender a doença a partir de conhecimentos obtidos, de influências culturais, do ambiente social e das pessoas significativas, além da experiência da doença (Catunda et al., 2016). Este modelo parte da premissa de que os indivíduos percebem a ameaça à saúde, experienciam respostas afetivas como resposta, formulam percepções sobre o adoecimento e sobre o tratamento, bem como criam planos para lidar com a ameaça (Leventhal et al., 2016).

Especificamente, há dimensões que influenciam a percepção da doença, conforme proposto por Leventhal et al. (1992), citado por Catunda et al. (2016): a identidade (sintomas da doença), as consequências (podem ser percebidas como positivas ou negativas, de curto ou longo prazo), a causa, a duração, possibilidade de controle/cura (controle pessoal e eficácia do tratamento), coerência (nível de compreensão sobre a doença) e representação emocional (sentimentos suscitados a partir da descoberta do adoecimento) que, por sua vez, é elaborada de forma conjunta com a representação cognitiva. A partir desse processo, o sujeito desenvolve estratégias para lidar com a ameaça percebida de forma ativa e dinâmica (Nogueira et al., 2016).

O enfrentamento pode ser definido como esforços cognitivos e comportamentais utilizados para gerenciar – reduzir, minimizar, dominar ou tolerar – as demandas internas e/ou externas da relação com o ambiente que é interpretada como estressante, excedendo os recursos da pessoa para o seu manejo (Folkman et al., 1986). Há vários tipos de estratégias de enfrentamento, dentre elas as estratégias focalizadas no problema (esforços cognitivos e comportamentais para lidar com a situação, busca de informação sobre o problema, planejamento de ações, reavaliação positiva, entre outras) e as estratégias focalizadas em emoções: distanciamento, evitação, fuga, autculpa, entre outras (Folkman et al., 1986). Seidl et al. (2001) esmiuçam essas estratégias, propondo ainda outros conjuntos de estratégias, as focalizadas na busca por suporte social e estratégias focalizadas na religiosidade, para melhor avaliação desse processo.

A partir do que já foi exposto, o diagnóstico de HIV envolve aspectos biopsicossociais relevantes e específicos, uma vez que é uma infecção sexualmente transmissível permeada pelo estigma engendrado de forma interseccional e que sofre transformações constantes devido às evoluções quanto ao tratamento e à prevenção. Com o objetivo de analisar melhor como ocorre esse processo de percepção do adoecimento a partir do Modelo de Autorregulação do Comportamento (Leventhal et al., 2003), o Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (IPQ) foi elaborado por Broadbent et al. (2006), contendo cinco escalas para avaliar a representação cognitiva e emocional a partir dos processos específicos propostos (Leventhal et al., 1992, citado por Catunda et al. (2016). Em estudo de evidências de validade para a língua portuguesa por Nogueira et al. (2016), o IPQ mostrou-se um instrumento com boas propriedades psicométricas, podendo ser utilizado a fim de investigar esse fenômeno em pessoas que precisam lidar com adoecimento crônico.

Há evidências que demonstram como uma percepção mais negativa da infecção pelo HIV interfere na adesão aos antirretrovirais devido a um menor senso de autoeficácia, além de aumentar a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, como ansiedade e depressão (Nogueira & Seidl, 2016). Neste sentido, os diversos estigmas interrelacionados a esse diagnóstico, e que são vivenciados de forma subjetiva, podem influenciar uma percepção mais negativa da infecção. Contudo, presume-se que, com os avanços no que tange ao tratamento e à prevenção da infecção por HIV, as pessoas percebam a soropositividade de uma forma menos ameaçadora. O tempo de diagnóstico e de tratamento também podem ser variáveis determinantes para uma percepção de doença menos catastrófica e mais realista, bem como para o uso de estratégias de enfrentamento com desfechos mais adaptativos (Duarte et al., 2024). Tal complexidade evidencia a importância da investigação sobre estigma e percepção de doença, e quais as repercussões dessas duas variáveis na vivência das PVHIV.

Ainda, a adesão ao tratamento é o pilar principal para que as PVHIV tenham uma maior qualidade de vida propiciada pelos avanços tecno-científicos e para o combate da epidemia. A adesão é compreendida como “um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo” (Brasil, 2008, p. 14). A partir desta compreensão, a adesão não se limita à ingestão de remédios, seguimento de dieta e mudança de estilo de vida, mas representa um processo dinâmico e multifatorial de fatores psicológicos, físicos, sociais, culturais e comportamentais, em que as equipes de saúde devem participar e auxiliar na tomada de decisões (Brasil, 2008).

Investigações sobre quais as variáveis influenciam o processo de adesão aos antirretrovirais por PVHIV são vastas na literatura e, dentre as variáveis associadas à

adesão, está a percepção de doença. Evidências revelam que quanto menor o nível de ameaça à saúde percebida, maior a probabilidade de ocorrer uma boa adesão à TARV (Lima et al., 2024; Seidl & Remor, 2020). Neste cenário, identifica-se que ter uma visão mais realista sobre a infecção pelo HIV propicia melhor adesão ao tratamento que, por sua vez, contribui não só para a prevenção de novas infecções, como também para uma maior qualidade de vida ao favorecer a confiança para estabelecer novos vínculos, sem que o medo de transmissão seja o foco central ou impedor dessas relações.

Sexualidade em HIV/aids

A sexualidade é um fator central da vida humana, sendo uma experiência sexual-afetiva associada à intimidade e ao prazer, ao mesmo tempo em que é condicionada por normas sociais (Fernández-Rouco & Haya, 2021). Nesta perspectiva, as normas sociais se manifestam social e historicamente, haja vista que na maior parte das culturas, a sexualidade masculina é mais valorizada, se comparada à feminina (Myers, 2014).

Levando em consideração as características específicas do HIV como uma infecção sexualmente transmissível, a sexualidade é um aspecto da vida das PVHIV que sofre impactos diretos, uma vez que o diagnóstico pode influenciar na perda da libido, no isolamento social, na cessação ou redução da atividade sexual, na dificuldade de revelar o diagnóstico, no medo do fim do relacionamento e de transmitir o vírus para outras pessoas (Melo et al., 2019; Reis et al., 2011; Sá & Santos, 2018).

As transformações na atividade sexual, como a cessação das relações sexuais, é fator determinante para uma menor qualidade de vida e está associada a algumas variáveis relevantes, tais como faixa etária mais alta, já ter vivenciado o estigma após revelar o diagnóstico, dificuldades de conversar a respeito do diagnóstico e de negociar práticas preventivas nas relações sexuais (Bernier et al. 2016; Reis et al., 2011). Outras variáveis foram relacionadas especificamente ao gênero: enquanto problemas de

relacionamento e apoio social deficitário influenciam as mulheres a se absterem das relações sexuais, a percepção negativa sobre o HIV e as representações sobre a infecção estão mais associadas à cessação das atividades sexuais pelos homens (Bernier et al., 2016).

O gênero é uma variável relevante quando se discute sexualidade, uma vez que as atitudes sexuais são diferentes para homens e mulheres, sendo os homens muito mais propensos a iniciarem mais cedo a atividade sexual, independentemente de sua orientação (Myers, 2014). A partir deste contexto, as mulheres que vivem com HIV experienciam uma mudança drástica a partir do diagnóstico, haja vista que já estão inseridas em um contexto em que as suas necessidades e desejos são subordinados a normas sociais que estimulam o uso da sexualidade como instrumento de controle dos relacionamentos íntimos (Fernández-Rouco & Haya, 2021). Dificuldade de negociação do uso de preservativos nas relações sexuais é a manifestação mais comum dessa subordinação ao homem que muitas mulheres enfrentam em seus relacionamentos (Ribeiro et al., 2021). Neste sentido, os conjuntos de regras e diretrizes de gênero que regulam, monitoram e direcionam a vida das mulheres fazem com que elas focalizem na responsabilidade e proteção dos outros, deixando de dar a devida importância às próprias necessidades (Gurevich et al., 2007).

Ao serem diagnosticadas com HIV, as mulheres tendem a perceber o diagnóstico como punição de práticas sexuais anteriores, o que as leva a evitar relações sexuais ou preferir se relacionar com outras pessoas soropositivas (Fernández-Rouco & Haya, 2021). A partir de uma revisão de literatura realizada por Melo et al. (2019), a maioria dos estudos concluiu que a sexualidade de mulheres vivendo com HIV foi influenciada pela dificuldade de comunicação com a parceria íntima, que determinou o nível de afetividade e, conseqüentemente, afetou a atividade sexual. Esses dados são coerentes

com a literatura que discute a sexualidade a partir de uma análise de gênero e expõe como a sexualidade feminina está intimamente relacionada à experiência emocional (Myers, 2014).

A faixa etária também é uma variável que, se relacionada ao gênero, traz impactos significativos, conforme discutido por Suto et al. (2020). Estes autores concluíram que mulheres idosas soropositivas tendem a se autocensurar e se autoculpabilizar com muito mais frequência, enquanto mulheres de meia idade focalizam mais na maternidade e as mais jovens possuem uma tendência maior de revelarem o diagnóstico ao parceiro(a) e aos familiares. Tais estratégias de enfrentamento são determinantes, uma vez que influenciam a importância dada à satisfação sexual e à energia investida nos relacionamentos. A tendência maior de autoculpabilização autopunição e atitudes conservadoras relacionadas à sexualidade em mulheres mais velhas reflete a imposição de crenças e valores morais sobre o gênero feminino associada ao etarismo, deixando-as em uma posição de submissão ao gênero masculino no que se refere às práticas sexuais (Aguiar et al., 2020).

Já no campo da masculinidade, a sexualidade para os homens heterossexuais está mais ligada à satisfação sexual, sendo que a expressão da sexualidade é descrita como mais intensa, incontrolável e urgente (Guerriero et al., 2002; Missildine et al., 2006). Diante do diagnóstico de HIV, muitos homens heterossexuais relaram sentir níveis menores de satisfação sexual por se perceberem mais vulneráveis à rejeição e por temerem infectar suas parceiras íntimas, levando-os a se afastarem emocionalmente de suas companheiras como uma estratégia de enfrentamento (Missildine et al., 2006). Ainda, Knauth et al. (2020) ressaltam que as mulheres representam papel significativo no diagnóstico de HIV em homens heterossexuais, uma vez que eles descobrem a

sorologia positiva a partir do diagnóstico das parceiras, indicando que a testagem e os cuidados com a saúde são pouco procurados por estes homens.

Já para homens gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), a cessação das atividades sexuais é comum após o diagnóstico como uma forma de ajustamento e adaptação, mas são substituídas posteriormente por outras que garantem satisfação sexual, haja vista que, para muitos deles, as relações sexuais moldam a identidade de um homem gay (Marcel et al., 2015). Desta forma, a adesão ao tratamento associada à diminuição da carga viral, e consequente impossibilidade de transmissão por via sexual (I=I), parece diminuir preocupação e possibilitaram novas estratégias ligadas a práticas sexuais mais seguras.

A sexualidade é um aspecto fundamental da vida humana e as PVHIV percebem o surgimento de desafios significativos a partir do diagnóstico. Há mudanças na autoestima, na saúde mental, nos desejos sexuais, na perspectiva de futuro e nos relacionamentos afetivo-sexuais. Estas mudanças são relacionadas às variáveis como idade, gênero, orientação sexual e adesão ao tratamento e essa interação complexa de vários fatores exige mais investigações para que intervenções sejam elaboradas para propiciar vivências sexuais mais saudáveis.

Relacionamentos Afetivo-sexuais de Pessoas Vivendo com HIV

Os avanços biotecnológicos contribuem para uma reconfiguração da percepção que as PVHIV possuem sobre sua condição crônica, antes marcada majoritariamente pela perspectiva de um futuro catastrófico. Tal cenário possibilita maior liberdade de arranjos da vida afetiva-sexual, como relacionamentos entre pessoas sorodiferentes em que a pessoa soropositiva é indetectável e a soronegativa faz uso da PrEP, ou relacionamentos entre pessoas sorosemelhantes em que ambas vivem com HIV (Duarte et al., 2024)

Em contrapartida, mesmo com evidências científicas sólidas, estudos mostram que muitas PVHIV no Brasil não possuem o conhecimento adequado sobre o tratamento como prevenção que pode garantir uma crença de maior segurança e liberdade nas relações amorosas e sexuais (Lioi et al., 2023; Sousa et al., 2021). Esta fragilidade na apropriação sobre a própria condição de saúde entre pessoas soropositivas e da sociedade geral interfere na adesão ao tratamento e na qualidade de vida das PVHIV, além de influenciar a perpetuação do estigma relacionado ao HIV, haja vista que as pessoas permanecem com uma visão ultrapassada e fatalista deste diagnóstico.

Diante desta problemática, muitas pessoas sentem a necessidade de esconder a soropositividade e os medicamentos antirretrovirais (ARV) pelo medo das repercussões negativas de tal revelação ou descoberta (Melchior et al., 2007). O preconceito muitas vezes é percebido tanto no ambiente intrafamiliar quanto nos ambientes sociais, fato que explicita a complexidade das dificuldades enfrentadas pelas PVHIV, levando-as à escolha do isolamento social como estratégia para evitar a discriminação (Jesus et al., 2017).

Assim, o conhecimento aprofundado sobre o HIV pelas PVHIV é determinante para a percepção de doença mais realista e menos estigmatizante, mas o estigma historicamente construído e presente na sociedade influencia no processo de tomada de decisão, na internalização de informações cientificamente embasadas e na perspectiva de vida dessas pessoas, principalmente porque o HIV impacta significativamente na sexualidade e nas relações afetivo-sexuais. A força do estigma em relação ao HIV é evidente, pois é um diagnóstico socialmente associado à identidade do sujeito, então mesmo aquelas pessoas que possuem carga viral indetectável, são vistas como potencialmente perigosas (Silva, 2023). Dessa forma, ainda que haja uma sensação de

maior segurança no que refere à transmissibilidade viral, o medo é constantemente presente influenciado pelo discurso moral (Silva, 2023; Silva et al., 2020).

Apesar das novas configurações amorosas e das possibilidades efetivas de intransmissibilidade do HIV, os relacionamentos sorodiferentes são vivenciados com maiores dificuldades na vivência da sexualidade, diferentemente dos relacionamentos sorosemelhantes, pela chance menor de rejeição e pelo compartilhamento de experiências similares (Sá & Santos, 2018). Destaca-se que a vivência de preconceitos pode ser vivenciada dentro do próprio relacionamento sorodiferente, levando muitas PVHIV a optarem por não revelar seu diagnóstico ao parceiro soronegativo (Silva et al., 2021). Ademais, há uma via de mão dupla, em que uma boa adesão leva as PVHIV a se sentirem mais seguras para estabelecer vínculos afetivo-sexuais, enquanto estar em um relacionamento afetivo-sexual influencia a adesão pela impossibilidade de transmissão viral por vias sexuais (Lenzi et al., 2018).

A vivência da soroposividade envolve fatores complexos que se interrelacionam de forma significativa. A percepção de doença e o estigma percebido são determinantes para lidar com a infecção pelo HIV e com as suas repercussões na vida social, profissional, sexual e relacional. A exploração destas variáveis está presente na literatura, mas não foram encontrados estudos que buscaram investigar como estes dois fatores afetam a vida afetiva-sexual de PVHIV. A vida das PVHIV muda significativamente após o diagnóstico em diversos aspectos e a investigação e compreensão de como o HIV repercute nos relacionamentos afetivo-sexuais se mostra relevante, uma vez que a vinculação afetiva e a satisfação sexual são preditores de maior qualidade de vida, bem-estar e saúde mental.

Em suma, a percepção mais ameaçadora do HIV pode impactar a autoestima, o planejamento e a perspectiva de futuro, enquanto o estigma leva ao medo de

discriminação, de rejeição e influencia negativamente a saúde mental. A vivência da sexualidade após o diagnóstico sofre modificações no que se refere aos desejos sexuais e nos níveis de satisfação sexual. A partir da percepção de que estes fatores permeiam a vivência do HIV, torna-se relevante a investigação de como as PVHIV vivenciam seus relacionamentos afetivo-sexuais, como compreendem a estigmatização envolvida no HIV e como percebem sua condição crônica.

Justificativa e Objetivos

A sexualidade permeia a vida das PVHIV devido às características específicas deste diagnóstico como uma infecção sexualmente transmissível; o estigma que envolve o HIV é marcante devido à sua história associada a determinados grupos marginalizados e a percepção de doença vai determinar a forma como as PVHIV se ajustarão frente à sua cronicidade. Assim, do ponto de vista social, a compreensão da temática proporcionará a elaboração de intervenções que: 1) proporcionem uma visão mais realista do diagnóstico, possibilitando o aumento dos níveis de adesão ao tratamento; 2) auxiliem no reconhecimento da pessoa diante da sua vinculação afetiva e sexual, possibilitando o aumento da autonomia frente às suas relações e 3) estimulem o enfrentamento adequado de preconceitos e discriminação decorrentes da sorologia positiva para o HIV.

Sob o ponto de vista acadêmico, este estudo pretende ampliar a análise sobre a temática, haja vista que não há estudos na literatura que busquem investigar percepção de doença, estigma e vivência de relacionamentos afetivo-sexuais na mesma amostra de PVHIV. Dessa forma, este trabalho também se justifica por ser necessário preencher essa lacuna existente na literatura. Dentre as perguntas que nortearam a pesquisa estão: qual a percepção que as PVHIV possuem sobre sua sorologia positiva para o HIV? Como elas percebem a estigmatização envolvida no diagnóstico de HIV? Como o

diagnóstico tem afetado o estabelecimento e a manutenção de seus relacionamentos afetivo-sexuais?

Objetivo geral

Investigar e analisar a percepção de doença, o estigma relacionado ao HIV, bem como a vivência de relacionamentos afetivo-sexuais em pessoas com HIV, que realizam acompanhamento em serviços de saúde especializados do Distrito Federal.

Objetivos específicos

- Descrever a percepção de doença e o autoestigma relacionados ao HIV, bem como a correlação entre essas variáveis, a partir das respostas dos participantes;
- Analisar a vida afetivo-sexual de pessoas vivendo com HIV/aids, com base em relatos de entrevista dos participantes;
- Identificar a existência de convergência entre dificuldades de relacionamentos afetivo-sexuais, com percepção mais negativa e ameaçadora do HIV e níveis maiores de vivência de estigma, a partir de estudos de casos.

Hipótese

Hipotetiza-se que uma percepção mais negativa e ameaçadora da condição de HIV+ e maior percepção de autoestigma vão ao encontro de uma repercussão mais negativa da soropositividade na vida afetiva e sexual de PVHIV.

Método

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, com delineamento misto, que utilizou técnicas qualitativas e quantitativas de coleta e análise de dados.

Participantes

A amostra do estudo foi selecionada por conveniência e foi composta por 50 pessoas vivendo com HIV que faziam acompanhamento em serviços de saúde público ou privado do Distrito Federal. Os critérios de inclusão foram: ser diagnosticado(a) com

HIV/aids há pelo menos seis meses; ser maior de 18 anos; sem distinção de raça, situação conjugal, escolaridade e renda e aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão, não puderam participar do estudo pessoas com HIV com idade inferior a 18 anos, com menos de seis meses de diagnóstico e que não concordaram em assinar o TCLE.

A maioria dos participantes foi do sexo masculino ($n=39$), compondo 78% da amostra, enquanto mulheres representaram 18% ($n = 9$) e outros (não-binário e queer) totalizaram 4% ($n = 2$). Em relação à idade, a amostra foi composta por pessoas de 21 a 64 anos ($M = 39,50$; $DP = 12,14$). Quanto à cor/raça, 50% ($n = 25$) dos participantes se autodeclararam pardos, 38% ($n=19$) brancos, 10% ($n = 5$) pretos e 2% ($n = 1$) amarelos. No que tange à escolaridade, a maioria dos participantes tinha ensino superior completo (48%; $n = 24$), seguido por aqueles que tinham ensino superior incompleto (30%; $n=15$), ensino fundamental incompleto (10%; $n = 5$) e ensino médio completo (8%; $n = 4$). Ainda, 66% ($n = 33$) afirmaram possuir religião, enquanto 34% ($n = 17$) afirmaram não seguir nenhuma doutrina religiosa (Tabela 1).

Em relação à orientação sexual, 52% ($n = 26$) eram homossexuais, 32% ($n = 16$) heterossexuais e 16% ($n = 8$) bissexuais. Metade da amostra estava solteira (50%; $n = 25$), enquanto 28% ($n = 14$) vivia com o(a) companheiro(a) e 16% ($n = 8$) estava namorando e uma (2%) era viúva. Predominaram pessoas sem filhos (74%; $n = 37$), seguidas por pessoas que tinham dois filhos (14%; $n=7$), um filho (8%; $n = 4$) e três filhos (4%; $n=2$).

Na época da pesquisa, a maioria dos participantes tinha emprego fixo com direitos trabalhistas (30%; $n=15$), seguida por pessoas que trabalhavam regularmente por conta própria (20%; $n=10$) e 14% ($n=7$) estavam aposentadas. No que tange à renda familiar, 34% ($n=17$) possuía renda familiar de dois a três salários mínimos, enquanto

26% ($n=13$) recebia até um salário mínimo. Um quinto dos participantes 20% ($n=10$) declarou receber mais de 11 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N=50)

Variáveis		F (%)
Gênero	Feminino	9 (18,0)
	Masculino	39 (78,0)
	Outro	2 (4,0)
Idade	De 18 a 40 anos	26 (52,0)
	De 41 anos até 60 anos	20 (40,0)
	Mais de 61 anos	4 (8,0)
Cor/raça autorreferida	Amarela	1 (2,0)
	Branca	19 (38,0)
	Parda	25 (50,0)
	Preta	5 (10,0)
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	5 (10,0)
	Ensino fundamental completo	1 (2,0)
	Ensino médio incompleto	1 (2,0)
	Ensino médio completo	4 (8,0)
	Ensino superior incompleto	15 (30,0)
	Ensino superior completo	24 (48,0)
Possui religião	Sim	33 (66,0)
	Não	17 (34,0)
Orientação sexual	Heterossexual	16 (32,0)
	Homossexual	26 (52,0)
	Bissexual	8 (16,0)
Situação conjugal	Vivo com companheira(o)	14 (28,0)
	Solteiro(a)	25 (50,0)
	Namorando	8 (16,0)
	Viúvo(a)	1 (2,0)
Número de filhos	Não possui filhos	37 (74,0)
	Um filho	4 (8,0)
	Dois filhos	7 (14,0)
	Três filhos	2 (4,0)
Situação empregatícia	Emprego fixo com direitos trabalhistas	15 (30,0)
	Emprego fixo sem direitos trabalhistas	3 (6,0)
	Trabalho por conta própria regularmente	10 (20,0)
	Trabalho por conta própria às vezes	2 (4,0)
	Desempregado	5 (10,0)
	Aposentado	7 (14,0)
	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	3 (6,0)
	Outro	5 (10,0)
Renda familiar	Até 1 salário mínimo	13 (26,0)

	De 2 a 3 salários mínimos	17 (34,0)
	De 4 a 5 salários mínimos	5 (10,0)
	De 6 a 10 salários mínimos	5 (10,0)
	De 11 a 20 salários mínimos	9 (18,0)
	Mais de 21 salários mínimos	1 (2,0)
Onde trata o HIV	Hospital Dia	1 (2,0)
	Hospital Regional do Paranoá	1 (2,0)
	Hospital Universitário de Brasília	37 (74,0)
	Policlínica de Planaltina	1 (2,0)
	Particular	9 (18,0)
	Não informado	1 (2,0)
Condição de saúde relacionada ao HIV	Indetectável	45 (90,0)
	Detectável e assintomático	4 (8,0)
	Detectável e sintomático	1 (2,0)
Autoavaliação da adesão	Muito boa	37 (74,0)
	Boa	10 (20,0)
	Razoável	3 (6,0)
Acompanhamento psicológico no serviço onde trata o HIV	Sim	18 (36,0)
	Não	32 (64,0)

Por fim, o tempo de diagnóstico mais longo foi de 34 anos e o mais recente, de um ano ($M=7$; $DP= 8,49$). No que se refere ao tratamento do HIV, a maioria realiza tratamento no Hospital Universitário de Brasília (74%; $n=37$), está indetectável (90%; $n=45$), considera ter adesão ao tratamento muito boa (74%; $n=37$) e não realiza acompanhamento psicológico nos serviços de saúde que frequenta (64%; $n=32$).

Instrumentos

- Questionários sociodemográfico e médico-clínico – Elaborados para o estudo incluiu questões sobre idade, nível de escolaridade, estado civil, raça/cor, gênero, orientação sexual, local de residência, situação conjugal, renda familiar, religião. Incluiu também questões sobre condição de saúde relacionada ao HIV, tempo de diagnóstico, uso da TARV, autoavaliação da adesão à TARV, acompanhamento médico e psicológico (Anexo 2).
- Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve - Instrumento adaptado e com evidências de validade no Brasil (Nogueira & Seidl, 2016), composto de

nove itens, desenvolvido a partir do instrumento original em língua inglesa (Broadbent et al., 2006). Todos os itens, exceto a dimensão temporal (item 8) e a questão causal (9), são classificados utilizando uma escala de respostas de 0-10. A Brief-IPQ na versão brasileira possui dois fatores: representação emocional (quatro itens, alfa de Cronbach=0,80) e representação cognitiva (três itens, alfa de Cronbach=0,52). Por fim, a avaliação da dimensão temporal é feita por uma pergunta aberta na qual a pessoa é questionada sobre a sua percepção de duração da enfermidade. Já a avaliação da representação causal é feita por uma pergunta aberta onde os pacientes são interrogados sobre os fatores causais mais importantes associados à sua doença, segundo a sua percepção. As respostas relacionadas a estes dois últimos itens podem ser agrupadas em categorias, mediante análise qualitativa de conteúdo (os dados das questões abertas não foram analisados no presente estudo). Para computar os escores dos itens um a sete, inverte-se as respostas dos itens 3, 4 e 7, e adiciona-se os escores dos itens 1, 2, 5 e 6. Um escore alto reflete uma maior percepção de ameaça da doença (amplitude de 0-70). Indica-se considerar que a pessoa tem uma percepção de relevante ameaça quando o escore for superior a 33 (a média dos participantes do estudo de validação foi utilizada como ponto de corte). O cálculo do Alfa de Cronbach para a amostra do estudo na versão unifatorial, a que foi considerada na pesquisa, foi igual a 0,71 (Anexo 3).

- Escala Estigma Relacionado ao HIV - Escala que busca medir o estigma relacionado ao HIV em pessoas soropositivas. Foi validada para uso no Brasil (Luz et al., 2020) e é composta por 12 itens, sendo que as opções de resposta são do tipo Likert de 4 pontos variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (4). O instrumento é dividido em quatro subescalas que avaliam

diferentes tipos de estigma: estigma personalizado, preocupação com a divulgação do diagnóstico, preocupação com atitudes públicas e autoimagem negativa. A pontuação da escala é calculada pela média aritmética dos itens de cada subescala, sendo que 3 é a menor pontuação e 12 a maior. O cálculo do Alfa de Cronbach foi igual a 0,82 para a amostra do presente estudo na versão unifatorial (Anexo 4).

- Entrevista semiestruturada elaborada para o estudo que abordou as experiências singulares sobre a vida afetivo-sexual no contexto da soropositividade, com questões sobre a vida afetivo-sexual antes do HIV, as mudanças na vida afetivo-sexual a partir da descoberta do diagnóstico, importância atribuída aos relacionamentos amorosos atualmente, dificuldades e estratégias de enfrentamento no campo relacional e sexual, e satisfação sexual (Anexo 5).

Procedimento de Coleta de Dados

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CEP/CHS) da Universidade de Brasília (Parecer nº 6.482.566). A coleta de dados foi iniciada em 21 de novembro de 2023 e finalizada em 01 de abril de 2024. Feita de forma presencial, aconteceu em parte no ambulatório de atendimentos psicológicos para PVHIV e no ambulatório médico, mas em sua grande maioria realizada na farmácia-escola do Hospital Universitário de Brasília. Apesar de não possuir um local específico para a coleta de dados, a maioria das coletas foram realizadas em ambiente sigiloso e silencioso. Mesmo as coletas realizadas durante a espera de atendimento médico e/ou psicológico e com a ausência de sala disponível, buscou-se um local reservado para que o participante pudesse compreender e responder a pesquisa de forma adequada.

Além da pesquisadora principal, a pesquisa contou com dois auxiliares de pesquisa, do último semestre do curso de graduação de psicologia da Universidade de Brasília, que participaram da coleta de dados. Antes do início da coleta pelos auxiliares de pesquisa, estes foram devidamente treinados e tinham experiência teórico-prática no atendimento psicológico destinado a pessoas vivendo com HIV no Projeto de Extensão Com-Vivência (Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Vivendo com HIV e Familiares) desenvolvido no Hospital Universitário de Brasília (HU), quando cursaram estágio supervisionado psicólogo. Além da observação de aplicações realizadas pela pesquisadora na coleta de dados, o treinamento dos auxiliares consistiu na prática de *role-playing*, tanto para a realização de convite e recrutamento de participantes da pesquisa, bem como para a aplicação dos instrumentos.

Em relação ao recrutamento dos participantes, os pacientes e usuários foram convidados a participar da pesquisa pela própria pesquisadora, pelos auxiliares de pesquisa e pelos profissionais de saúde do próprio serviço, enquanto aguardavam atendimento ou após o atendimento médico ou psicossocial e na dispensação das medicações. Assim, os participantes da pesquisa não se restringiram a pacientes do HUB, mas também alcançou usuários de outros hospitais do SUS e da rede privada de saúde do DF.

A coleta de dados teve duração média de 30 minutos e os instrumentos foram apresentados aos participantes na seguinte ordem: questionário sociodemográfico e médico-clínico, entrevista semiestruturada sobre os relacionamentos afetivo-sexuais, Questionário de Percepção de Doença - versão breve e Escala de Autoestigma Relacionado ao HIV. Após consentimento, todas as entrevistas foram gravadas para posterior transcrição e análise, tendo sido armazenadas de forma a garantir total sigilo.

Aspectos Éticos: Benefícios e Riscos

Apesar da participação na pesquisa não oferecer risco imediato aos participantes, considerou-se a possibilidade de um risco subjetivo. Os pacientes que se mostraram psicologicamente vulneráveis foram encaminhados a serviços de atendimento psicológico oferecidos de forma on-line ou presencial. Além disso, diante de qualquer razão que levou a pessoa a interromper a participação, não houve ônus ou questionamentos a respeito das razões para tal. Entre os benefícios da pesquisa, pode-se elencar: compreender os aspectos biopsicossociais de pessoas que vivem com HIV e sua repercussão na percepção de doença, no estigma e nas relações amorosas. Em termos individuais, a participação no estudo poderá propiciar reflexões e, eventualmente, maior autoconhecimento acerca dos aspectos investigados, o que poderá ser benéfico para as pessoas soropositivas.

Análise de Dados

Foram realizadas análises estatísticas descritivas, para as variáveis contínuas (medidas de tendência central e dispersão) e categóricas (frequência e proporção). Os escores de cada instrumento foi calculado conforme as suas normas específicas, sendo que os alfas de Cronbach foram obtidos para a amostra do presente estudo, que se mostraram adequados (iguais ou maiores que 0,70).

A normalidade da distribuição das variáveis estigma e percepção de doença foi obtida pelos testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. Quanto à percepção de doença, não houve infração à normalidade da distribuição ($K-S = 0,89$, $p = 0,200$; $S-W = 0,97$, $p = 0,214$). No caso de autoestigma, a distribuição dos escores revelou anormalidade ($K-S = 0,129$, $p = 0,038$; $S-W = 0,955$, $p = 0,05$).

Procedeu-se a análises bivariadas não paramétricas, para identificar as diferenças de medianas das variáveis percepção de doença e estigma, mediante o teste de Mann-

Whitney para amostras independentes. O nível de significância de 5% foi adotado no estudo. As análises quantitativas foram realizadas com o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 24.

Utilizou-se o software IRAMUTEQ, versão 0.7 Alpha 2 (2014) para o processamento dos dados qualitativos, *software* que possibilita a associação de segmentos de texto, o agrupamento das palavras estatisticamente significativas, a identificação de classes e temas. O *software* permite ainda distintos tipos de análises, como estatísticas textuais, classificação hierárquica descendente, análises de similitudes e nuvem de palavras. Foi utilizado o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, permitindo a obtenção de classes de UCE (Unidades de Contextos Elementares) que têm vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente das UCE das demais classes (Reinert, 1990). Procedeu-se ainda a uma outra forma de apresentação dos resultados, a partir de uma análise fatorial de correspondência, realizada com base na CHD,

que representa num plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD. A interface possibilita que se recuperem, no corpus original, os segmentos de texto associados a cada classe, momento em que se obtém o contexto das palavras estatisticamente significativas, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados (Camargo & Justo, 2013, p. 516).

Após a utilização do *software*, deve-se realizar a interpretação dos dados, feita com base no referencial da Análise do Conteúdo de Bardin (2011), que se deu em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A primeira fase pode ser caracterizada como um momento de organização, que incluiu a leitura

flutuante, permitindo um primeiro contato com os documentos, sua escolha e seleção, a formulação de hipóteses e objetivos, bem como a elaboração dos indicadores que orientaram a interpretação e a preparação formal do material. Na fase de exploração do material, foram selecionadas as unidades de codificação. A última fase do processo de análise do conteúdo, o tratamento dos resultados, incluiu inferência e interpretação (Bardin, 2011).

Resultados

Análises Descritivas das Variáveis Percepção de Doença e Estigma

Conforme a Tabela 2, o escore médio da variável percepção de doença foi igual a 19,42 ($DP=12,03$; $Mdn=21,00$; mínimo=0; máximo=51). Tendo em vista que a doença é considerada ameaçadora quando o escore for superior a 33 (Nogueira & Seidl, 2016), de forma geral, percebe-se que os participantes, em sua maioria, não possuíam uma percepção ameaçadora do HIV, mas houve diversidade na amostra.

Tabela 2

Análise Descritiva dos Escores Globais dos Instrumentos Utilizados (N=50)

Variáveis	Média	DP	Mdn	Curtose	Assimetria	Min-Máx
Percepção de doença	19,42	12,03	21	-0,391	0,29	0-51
Estigma: escore total	30,72	5,38	31,5	-0,38	-0,542	17-39

No que se refere ao estigma, o escore total foi de 30,72 ($DP=5,38$; $Mdn= 31,50$; mínimo=17; máximo=39) (Tabela 2). Tal resultado explicita que os participantes percebiam a existência do estigma relacionado à soropositividade para o HIV, mas também houve diversidade na amostra. Já nas subescalas o estigma personalizado teve média igual a 5,52 ($DP= 2,69$; $Mdn= 5,00$; mínimo=3; máximo=12), a preocupação com a revelação do diagnóstico teve escore médio igual a 9,96 ($DP=2,36$; $Mdn=11,00$; mínimo=3; máximo=3). O estigma relacionado às atitudes públicas teve escore médio

de 9,02 ($DP=1,75$; $Mdn=9,00$; mínimo=4; máximo=12) e a autoimagem negativa teve como média 6,22 ($DP= 1,98$; $Mdn= 6,50$; mínimo=3; máximo=11). A partir dos dados expostos na Tabela 3, a preocupação com a divulgação e com as atitudes públicas tiveram escores médios mais altos em comparação ao estigma personalizado e à autoimagem negativa.

Tabela 3

Análise Descritiva dos Fatores da Escala Estigma Relacionado ao HIV (N=50)

Subescala	Média	DP	Mdn	Curtose	Assimetria	Min-Máx
Estigma personalizado	5,52	2,69	5	-0,176	0,816	3-12
Preocupação com a divulgação	9,96	2,36	11	1,679	-1,408	3-12
Preocupação com as atitudes públicas	9,02	1,75	9	0,552	-0,527	4-12
Autoimagem negativa	6,22	1,98	6,5	-0,383	-0,007	3-11

Explorou-se ainda os resultados do coeficiente de correlação de Spearman, não paramétrico, entre percepção de doença e estigma na amostra estudada. O valor foi 0,47 ($p \leq 0,01$), com 22,1% de variância compartilhada, o que representa uma correlação positiva moderada. Assim, parte dos participantes obtiveram escores altos nas duas medidas (indicando percepção de doença ameaçadora e de estigma com escores mais altos), enquanto outros revelaram ausência ou reduzida percepção ameaçadora de doença e de estigma.

Analizou-se também as correlações entre os quatro fatores da escala de estigma e percepção de doença. Houve correlação positiva moderada entre percepção de doença e autoimagem negativa ($\rho = 0,49$; $p \leq 0,01$), com 24% de variância compartilhada. O mesmo foi observado entre percepção de doença e estigma personalizado ($\rho = 0,31$; $p \leq 0,05$), com 9,6% de variância compartilhada, percentual muito reduzido. Não foram

observadas correlações significativas entre preocupação com a divulgação e com atitudes públicas e percepção de doença.

Investigando Associações Bivariadas entre Variáveis do Estudo

O estudo comparou escores da mediana de percepção de doença e de autoestigma com variáveis sociodemográficas e clínicas. Primeiramente, foi realizada a dicotomização das variáveis idade (até 40 *versus* 41 anos ou mais, com base na média de idade da amostra igual a 39,5 anos), situação conjugal (casado(a)/união estável ou namorando *versus* solteiro(a), separado(a) ou viúvo(a)), renda familiar (até três salários-mínimos *versus* mais que três salários-mínimos, a partir da frequência dos níveis de renda da amostra), raça/cor autodeclarada (preta/parda *versus* branca/amarela/indígena) e orientação sexual (homo e bissexual *versus* heterossexual). No que se refere às variáveis clínicas, explorou-se tempo de diagnóstico (até 11 anos *versus* 12 anos ou mais, com base na média da amostra nessa variável, que foi igual a 10,68 anos) e realização de acompanhamento psicológico na unidade de saúde onde faz tratamento (sim ou não). Outras variáveis não foram analisadas em função da variabilidade muito reduzida, com percentual elevado de participantes concentrados em um aspecto, como condição virológica (90% com carga viral indetectável) e escolaridade (78% com superior completo ou incompleto).

Foi utilizado o teste Mann Whitney, não paramétrico, em função do número reduzido de participantes e pela infração dos pressupostos da distribuição normal da variável estigma. A Tabela 4 apresenta os resultados de percepção de doença, sendo que as análises indicaram que a renda familiar diferenciou os dois grupos, com resultado significativo ($U = 141,000$; $p = 0,0002$): pessoas com renda mais baixa obtiveram valores da mediana mais altos nessa variável, indicando percepção mais ameaçadora da soropositividade, se comparadas ao grupo de participantes com renda familiar mais

elevada ($z = -3,151$; $p \leq 0,05$), mas o tamanho do efeito foi baixo ($r = 0,45$). Não houve diferença estatística significativa acerca de percepção de doença em relação às demais variáveis analisadas.

Tabela 4

Diferenças de Medianas de Percepção de Doença, Segundo Variáveis Sociodemográficas e Clínicas (N = 50)

Percepção de Doença		<i>M (DP)</i>	<i>Mdn</i>	<i>M Rank</i>	<i>U (p)</i>
Idade	Até 40 anos ($n = 26$)	20,92(11,0)	22,0	27,83	251,000
	41 anos ou mais ($n = 24$)	17,79(13,1)	20,0	22,98	(0,24)
Cor/raça	Preta/parda ($n=31$)	20,77(12,2)	22,0	26,82	253,500
	Branca/amarela/indígena ($n = 19$)	17,40(11,8)	16,0	23,34	(0,41)
Situação conjugal	Casado(a)/união est./namorando ($n= 22$)	16,36(10,9)	16,0	22,14	234,000
	Solt., separ., viúva/o ($n= 28$)	21,82(12,5)	22,0	28,14	(0,15)
Orientação sexual	Homo ou bissexual ($n= 24$)	21,75(13,8)	23,5	28,31	244,500
	Heterossexual ($n= 26$)	17,27(9,9)	17,5	22,90	(0,19)
Renda Familiar	Até três SM ($n= 30$)	23,57(10,9)	11,5	30,80	141,000 *
	Mais que três SM ($n = 20$)	13,20(11,0)	11,5	17,55	(0,002)
Tempo de diagnóstico	Até 11 anos ($n = 31$)	19,39(11,4)	22,0	25,87	283,000
	12 anos ou mais ($n = 19$)	19,47(18,8)	20,0	24,89	(0,82)
Acompanhamento psicológico	Sim ($n= 18$)	20,78(12,0)	21,0	27,47	252,500
	Não ($n = 32$)	18,66(12,1)	21,0	24,39	(0,47)

Nota. *M*=Média; *Mdn*=Mediana; *DP*= Desvio-padrão; *M Rank* = Média do Rank; *U*= Mann Whitney;

* $p \leq 0,01$

A análise do autoestigma está na Tabela 5, com as mesmas variáveis sociodemográficas e clínicas já citadas, incluindo o escore total e os quatro fatores. Não foram observadas diferenças significativas entre o escore total de estigma e as variáveis sociodemográficas e clínicas pelo teste de Mann Whitney. No que tange a estigma personalizado, as análises revelaram que raça/cor autorreferida diferenciou os dois grupos, com resultado significativo ($U = 194,500$; $p = 0,03$): pessoas pretas e pardas obtiveram valores da mediana mais altos nessa variável, indicando percepção mais

acentuada deste tipo de estigma, se comparadas aos participantes brancos, amarelos e indígenas ($z = -2,167$; $p \leq 0,03$), mas o tamanho do efeito ($r = 0,31$), foi baixo. Ainda em relação a estigma personalizado (Tabela 5), a variável renda diferenciou os dois grupos ($U = 122,000$; $p = 0,001$) de forma significativa: pessoas com renda familiar de até 3 SM tiveram medianas muito mais altas neste fator da escala, se comparadas com as que tinham renda acima de 3 SM ($z = -3,654$; $p \leq 0,00$), sendo que o tamanho do efeito ($r = 0,52$) foi mediano.

Tabela 5

Diferenças de Medianas de Estigma e seus quatro Fatores, Segundo Variáveis Sociodemográficas e Clínicas (N = 50)

Estigma Escore Total		M (DP)	Mdn	M Rank	U (p)
Idade	Até 40 anos (n = 26)	31,15(5,3)	32,0	26,65	282,000
	41 anos ou mais (n = 24)	30,25(5,6)	31,5	24,25	(0,56)
Cor/raça	Preta/parda (n=31)	31,80(5,0)	33,5	27,89	220,500
	Branca/amarela/indígena (n = 19)	29,10(5,6)	30,0	21,61	(0,14)
Situação conjugal	Casado(a)/união est./namorando (n= 22)	30,23(4,7)	30,5	23,59	266,000
	Solt., separ., viúva/o (n= 28)	31,11(5,9)	34,0	27,00	(0,41)
Orientação sexual	Homo ou bissexual (n= 24)	31,88(5,0)	33,5	28,50	2400
	Heterossexual (n= 26)	29,65(5,6)	17,5	22,73	(0,16)
Renda Familiar	Até três SM (n= 30)	31,87(4,7)	33,5	28,28	216,500
	Mais que três SM (n = 20)	29,00(6,0)	29,5	21,33	(0,09)
Tempo de diagnóstico	Até 11 anos (n = 31)	30,97(5,5)	32,0	26,40	266,500
	12 anos ou mais (n = 19)	30,32(5,3)	30,0	24,03	(0,57)
Acompanhamento psicológico	Sim (n= 18)	30,39(5,0)	30,5	24,11	263,000
	Não (n = 32)	30,91(5,6)	32,5	26,28	(0,61)
Estigma personalizado		M (DP)	Mdn	M Rank	U (p)
Idade	Até 40 anos (n = 26)	6,04(2,8)	6,5	28,02	246,500
	41 anos ou mais (n = 24)	4,96(2,6)	4,0	22,77	(0,19)
Cor/raça	Preta/parda (n=31)	6,23(2,8)	6,5	29,02	194,500 *
	Branca/amarela/indígena (n = 19)	4,45(2,1)	3,0	20,23	(0,03)
Situação conjugal	Casado(a)/união est./namorando (n= 22)	5,00(2,4)	3,5	23,09	255,000
	Solt., separ., viúva/o (n= 28)	5,93(2,9)	5,5	27,39	(0,28)
Orientação	Homo ou bissexual (n= 24)	5,71(3,0)	4,5	26,46	289,000

sexual	Heterossexual ($n= 26$)	5,35(2,4)	5,0	24,62	(0,64)
Renda	Até três SM ($n= 30$)	6,60(2,7)	7,0	31,43	122,000 ***
Familiar	Mais que três SM ($n = 20$)	3,90(1,6)	3,0	16,60	(0,001)
Tempo de diagnóstico	Até 11 anos ($n = 31$)	5,52(2,7)	5,0	25,26	287,000
	12 anos ou mais ($n = 19$)	5,53(2,8)	5,0	25,89	(0,90)
Acompa- nhamento psicológico	Sim ($n= 18$)	5,56(2,4)	5,0	26,31	273,500
	Não ($n = 32$)	5,50(2,9)	4,50	25,05	(0,76)
Preocupação com a revelação		<i>M (DP)</i>	<i>Mdn</i>	<i>M Rank</i>	<i>U (p)</i>
Idade	Até 40 anos ($n = 26$)	9,96(2,5)	11,0	25,88	302,000
	41 anos ou mais ($n = 24$)	9,96(2,2)	10,5	25,08	(0,84)
Cor/raça	Preta/parda ($n=31$)	9,97(2,3)	11,0	26,38	282,500
	Branca/amarela/indígena ($n = 19$)	9,95(2,6)	10,5	24,92	(0,72)
Situação conjugal	Casado(a)/união est./namorando ($n= 22$)	9,82(2,7)	11,0	25,50	308,000
	Solt., separ., viúva/o ($n= 28$)	10,1(2,1)	10,5	25,50	(1,00)
Orientação sexual	Homo ou bissexual ($n= 24$)	10,33(2,3)	11,5	28,69	235,500
	Heterossexual ($n= 26$)	9,62(2,4)	10,0	22,56	(0,13)
Renda	Até três SM ($n= 30$)	9,97(2,2)	10,5	24,90	282,000
Familiar	Mais que três SM ($n = 20$)	9,95(2,6)	11,0	26,402	(0,71)
Tempo de diagnóstico	Até 11 anos ($n = 31$)	10,16(2,1)	11,0	26,00	279,000
	12 anos ou mais ($n = 19$)	9,63(2,8)	11,0	24,68	(0,75)
Acompa- nhamento psicológico	Sim ($n= 18$)	9,72(2,2)	10,0	22,69	237,500
	Não ($n = 32$)	10,09(2,4)	11,0	27,08	(0,77)
Preocupação com as atitudes públicas		<i>M (DP)</i>	<i>Mdn</i>	<i>M Rank</i>	<i>U (p)</i>
Idade	Até 40 anos ($n = 26$)	8,85(1,7)	9,0	24,17	277,500
	41 anos ou mais ($n = 24$)	9,21(1,8)	9,0	26,94	(0,49)
Cor/raça	Preta/parda ($n=31$)	9,20(1,7)	9,0	23,68	263,500
	Branca/amarela/indígena ($n = 19$)	8,75(1,9)	9,0	26,72	(0,46)
Situação conjugal	Casado(a)/união est./namorando ($n= 22$)	9,23(1,4)	9,0	26,57	284,500
	Solt., separ., viúva/o ($n= 28$)	8,86(2,0)	9,0	24,66	(0,64)
Orientação sexual	Homo ou bissexual ($n= 24$)	8,96(1,7)	9,0	25,06	301,500
	Heterossexual ($n= 26$)	9,08(1,8)	9,0	25,90	(0,84)
Renda	Até três SM ($n= 30$)	8,97(1,7)	11,5	25,12	288,500
Familiar	Mais que três SM ($n = 20$)	9,10(1,8)	11,5	26,08	(0,82)
Tempo de diagnóstico	Até 11 anos ($n = 31$)	9,03(1,5)	9,0	24,95	277,500
	12 anos ou mais ($n = 19$)	9,00(2,1)	9,0	26,39	(0,73)
Acompa- nhamento psicológico	Sim ($n= 18$)	8,72(1,8)	9,0	23,64	254,500
	Não ($n = 32$)	9,19(1,7)	9,0	26,55	(0,49)
Autoimagem negativa		<i>M (DP)</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>U</i>

		<i>Rank</i>		<i>(p)</i>	
Idade	Até 40 anos (<i>n</i> = 26)	6,31(2,0)	6,0	25,60	309,500
	41 anos ou mais (<i>n</i> = 24)	6,13(1,9)	7,0	25,40	(0,96)
Cor/raça	Preta/parda (<i>n</i> =31)	6,40(2,0)	6,5	23,78	265,500
	Branca/amarela/indígena (<i>n</i> = 19)	5,95(1,9)	6,5	26,65	(0,49)
Situação conjugal	Casado(a)/união est./namorando (<i>n</i> = 22)	6,18(1,7)	6,5	25,09	299,000
	Solt., separ., viúva/o (<i>n</i> = 28)	6,25(2,2)	6,5	25,82	(0,86)
Orientação sexual	Homo ou bissexual (<i>n</i> = 24)	6,88(2,0)	7,0	30,44	193,500 *
	Heterossexual (<i>n</i> = 26)	5,62(1,8)	6,0	20,94	(0,02)
Renda Familiar	Até três SM (<i>n</i> = 30)	5,70(1,7)	7,0	26,67	265,000
	Mais que três SM (<i>n</i> = 20)	6,05(2,4)	6,0	23,75	(0,48)
Tempo de diagnóstico	Até 11 anos (<i>n</i> = 31)	6,3 (2,3)	6,0	25,35	290,000
	12 anos ou mais (<i>n</i> = 19)	6,2(1,8)	7,0	25,74	(0,93)
Acompanhamento psicológico	Sim (<i>n</i> = 18)	6,39(1,8)	6,5	26,31	273,500
	Não (<i>n</i> = 32)	6,13(2,1)	6,5	25,05	(0,77)

Nota. *M*=Média; *Mdn*=Mediana; *DP*= Desvio-padrão; *M Rank* = Média do *Rank*; *U*= Mann Whitney;

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Observou-se no fator autoimagem negativa diferença significativa em orientação sexual ($U = 193,500$; $p = 0,02$): pessoas homo e bissexuais obtiveram medianas mais altas, se comparadas com as que se definiram como heterossexuais ($z = -2,34$; $p \leq 0,02$; $r = 0,33$), com tamanho de efeito baixo. Não houve diferença estatística significativa acerca da preocupação com revelação do diagnóstico e preocupação com as atitudes públicas em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas examinadas.


Análise Qualitativa de Dados: Classificação do Corpus Textual

Os dados das entrevistas foram agrupados em 50 textos, constituindo o corpus textual geral, sendo 1.050 segmentos de texto com 956 segmentos classificados, equivalente a 91,05% e cinco classes. As cinco classes identificadas pelo método Classificação Hierárquica Descendente (CHD), mediante o processamento do *corpus* textual realizado pelo *software* IRAMUTEQ, podem ser visualizadas pelo dendrograma (Figura 1), assim como suas conexões e seus respectivos léxicos mais relevantes.

Com base na leitura dos segmentos textuais abarcados no dendrograma do *corpus* textual geral e da análise temática de conteúdo, foi-se constituindo os principais elementos que caracterizam a vida afetivo-sexual no contexto da soropositividade. Os sentidos e os significados congêneres foram agrupados em cada classe, representando as mudanças e dificuldades nos relacionamentos amorosos e sexuais no contexto da soropositividade, o processo de revelação do diagnóstico para o(a) parceiro(a), as vantagens e desafios da prevenção e a vida antes do HIV. Os planos de distribuição de palavras pela CHD facilitam a visualização destes sentidos e significados (Figura 2).

Figura 1

Dendrograma Geral do Corpus Textual, as Classes Nomeadas e Lexos mais Relevantes



Classe 4 12,3%			Classe 2 22,5%			Classe 1 24,1%			Classe 3 12,8%			Classe 5 28,4%		
Palavra	X ²	%	Palavra	X ²	%	Palavra	X ²	%	Palavra	X ²	%	Palavra	X ²	%
Mudança	118,4	76,8	Coisa	63,9	47,5	Contar	71,0	64,0	Proteger	69,0	100,0	Época	45,9	91,3
Perceber	97,9	74,1	Cabeça	56,1	86,9	Falar	70,5	49,4	Camisa	56,2	56,2	Mulher	44,1	85,1
Valer	86,3	100	Acontecer	48,9	61,1	Chegar	51,4	69,7	Usar	54,7	62,5	Mãe	35,9	100,0
Pena	79,0	100	Medo	48,4	63,8	Cara	31,9	76,1	Prevenir	48,2	100,0	Casado	30,7	100,0
Estabelecer	79,0	100	Deixar	37,6	67,7	Ficar	30,4	39,6	Transmitir	42,2	75,0	Pai	30,7	100,0
Vínculo	70,7	91,7	Passar	24,6	49,1	Momento	29,1	53,4	Risco	42,2	75,0	Filho	28,1	100,0
Interesse	50,1	100,0	Diferente	24,0	66,6	Querer	27,0	43,2	Social	40,4	87,5	Homem	24,8	82,3
Perspectiva	42,9	100,0	Relacionamento	19,2	34,5	Remédio	26,4	84,6	Expor	39,7	66,6	Morrer	24,8	82,3
Atrair	35,7	100,0	Imaginar	19,1	80,0	Preocupado	22,2	100,0	Principal	35,9	72,7	Ativo	22,9	100,0
Importância	35,7	48,3	Sentir	16,8	43,5	Gente	20,4	37,8	Nervoso	34,3	100,0	Junto	22,6	65,6
Vista	30,1	85,7	Sofrer	16,5	69,2	Início	18,7	65,0	Controlar	34,3	100,0	Morar	22,4	81,2
Qualidade	28,5	100,0	Preparar	13,8	100,0	Chorar	15,8	100,0	Situação	30,2	45,1	Casa	22,0	77,7
Construir	28,5	100,0	Cheio	13,8	100,0	Exame	15,6	64,7	Ler	29,7	70,0	Gay	20,5	84,6
Aumentar	28,5	100,0	Gostar	13,2	48,4	Semana	14,7	69,2	Cuidado	28,1	61,5	Idade	20,3	100,0
Manter	26,4	57,1	Reação	13,0	70,0	Direito	14,3	77,7	Precisar	27,6	52,6	Receber	20,0	80,0
Amigo	25,5	100,0	Doença	10,8	63,6	Tomar	14,3	56,0	Maior	25,1	52,9	Mês	19,6	73,6
HIV	23,9	26,5	Bom	10,4	42,8	Mesmo	13,0	36,2	Colocar	25,1	52,9	Gosto	18,9	90,0
Valorizar	21,3	80,0	Mente	10,3	100,0	Receio	12,6	100,0	Explicar	23,4	47,6	Droga	17,8	100,0
Padrão	21,3	80,0	Confortável	10,3	100,0	Triste	12,6	100,0	Jeito	22,6	58,3	Irmão	17,8	100,0
Maturidade	17,5	44,4	Tentar	9,5	48,0	Notícia	12,6	100,0	Confiança	22,5	53,3	Falecer	17,8	100,0
Importante	17,0	32,6	Peso	9,5	80,0	Feliz	12,6	100,0	Parceiro	22,0	35,5	Boca	17,8	100,0
Mudanças nos relacionamentos pós-diagnóstico			Dificuldades de relacionamentos no viver com HIV			Revelação do diagnóstico			Vantagens e desafios da prevenção			A vida antes do diagnóstico		

Classes e Temas Associados

Classe 1 – Revelação do diagnóstico

A revelação do diagnóstico representa a Classe 1 e apresenta em seu agrupamento de palavras uma frequência igual a 24,1%. As unidades textuais que tiveram maior representatividade foram: contar, falar, chegar, cara, ficar, momento, querer, remédio, preocupado. Os temas identificados na Classe 1 foram: “Revelação como expressão de confiança e envolvimento”, “Revelação: momento de medo e tensão”, “Revelação como expressão de moral e ética”, “Revelação levando ao afastamento do outro” e “Não revelar é um direito!” (Tabela 6). As temáticas identificadas explicitam que a revelação do diagnóstico envolve vários sentimentos como medo, confiança e até empatia que, por sua vez, em alguns casos, leva a uma pressão para revelar ao(s) parceiro(a)(s) sobre o diagnóstico. Por outro lado, a revelação nem sempre é percebida como uma necessidade, sendo o sigilo sobre o HIV um direito utilizado diante da proteção da parceria sexual. A Tabela 6 apresenta a Classe 1, com as temáticas identificadas, suas respectivas definições, assim como exemplos de relatos e caracterização dos participantes.

Tabela 6

Classe 1 - Revelação do Diagnóstico, e Temas Identificados na Classe

Temas	Definição	Exemplos de relatos verbais
Revelação como expressão de confiança e envolvimento	Refere-se a relatos que expressam a presença de sentimentos de confiança e de envolvimento amoroso, que indicam a necessidade de contar para o outro	<p>"Se você chegar ao ponto de achar que você precisa falar sobre isso com a pessoa, é porque você já está muito envolvido com ela e eu acho que se eu estivesse me relacionando com uma pessoa e ela não me contasse, eu ficaria chateado." (Homem cisgênero, 22 anos, homossexual)</p> <p>"Ele deu uma travada na hora que eu falei, porque a gente fazia sem proteção. Mas como eu já estava apegado a ele emocionalmente, na hora que eu contei, eu já falei chorando." (Homem cisgênero, 39</p>

		anos, homossexual)
Revelação: momento de medo e tensão	Agrega relatos que mostram a dificuldade do processo de revelação do diagnóstico, muitas vezes permeados por medo, tensão e hesitação quanto ao momento oportuno.	<p>"Esse momento de falar ou não falar e em que momento contar ou não contar... Acho é sempre um momento de tensão esse momento de falar." (Homem cisgênero, 48 anos, homossexual)</p> <p>"Acho que me sinto desconfortável em falar ainda e em comentar sobre isso. Eu não cheguei a nenhum momento de conversar e ficar com alguém a ponto de quase chegar nisso. Eu não estou triste, mas também não estou feliz." (Homem cisgênero, 22 anos, homossexual)</p>
Revelação como expressão de moral e ética	Inclui relatos que indicam a revelação como uma atitude moral e ética para com a outra pessoa.	<p>"Você não quer contar e ao não contar você está afetando a vida da pessoa. Isso é muito pesado tanto na sua própria cabeça, quanto no seu relacionamento." (Mulher cisgênero, 32 anos, heterossexual)</p> <p>"Eu aprendi também a ser honesto com quem estou me relacionando, então eu falo: 'ó eu sou um velhinho positivo'." (Homem cisgênero, 57 anos, homossexual)</p>
Revelação levando ao afastamento do outro	Relatos que mostram o afastamento do outro ou término do relacionamento, como consequência do ato de revelar.	<p>"Já me relacionei com pessoas que disseram que me adoravam. Que eu era ótimo, mas no momento que eu falava, a pessoa ia embora. Hoje em dia, se a pessoa quiser, ela fica comigo. Se não quiser, vai com Deus. Próximo." (Homem cisgênero, 28 anos, homossexual)</p> <p>"Poderia não ter falado. Todo dia eu chego e falo 'cara, se você não falasse seria um covarde'. Várias ficaram, mas várias foram embora." (Homem cisgênero, 50 anos, heterossexual)</p>
Não revelar é um direito	Agrega relatos que indicam a não revelação como um direito, especialmente diante de posturas preventivas e de cuidado com o outro.	<p>"Como eu faço tratamento bem rigoroso, sempre faço acompanhamento, muito tempo indetectável, e eu tenho o direito de não compartilhar o diagnóstico, eu uso esse direito." (Não binário, 43 anos, bissexual)</p> <p>"Depois que houve o término, ele me ameaçou contar para a minha família, contar para todo mundo. Isso me impactou bastante. Eu até procurei um psicólogo. Como eu falei, isso é uma coisa meio que eu que tenho o direito de não contar". (Homem cisgênero, 36 anos, homossexual)</p>

Classe 2: Dificuldades de relacionamento no viver com HIV

A Classe 2 engloba relatos que trouxeram em seu discurso as dificuldades de relacionamento no contexto da soropositividade. Seu agrupamento de palavras teve uma frequência igual a 22,5%. As unidades textuais que tiveram maior representatividade foram: coisa, cabeça, acontecer, medo, deixar, passar, diferente, relacionamento e imaginar. Os eixos temáticos identificados dentro da classe foram “Ausência de relacionamento amoroso-sexual”, “É difícil relacionamento no contexto do HIV”, “Os medos: do preconceito, da revelação, da transmissão...”, “Valorização de outras coisas na vida”, “Para se relacionar tem que estar com saúde física e mental” e “É possível se relacionar, sim!”. A partir destes temas, é perceptível que a soropositividade é uma cronicidade sexualmente transmissível que impõe dificuldades que podem ser percebidas sob diversas perspectivas, exigindo diferentes estratégias de enfrentamento. A Tabela 7 especifica cada tema da classe 2, suas definições e explicita exemplos de relatos com a caracterização de cada participante.

Tabela 7

Classe 2- Dificuldades de Relacionamento no Viver com HIV, e Temas Identificados na Classe

Temas	Definição	Exemplos de relatos verbais
Ausência de relacionamento amoroso-sexual	Relatos que afirmam a ausência de relacionamentos amorosos-sexuais por motivos diversos.	<p>"Não tenho relacionamento amoroso com ninguém tem um tempo aí... tem um ano e um pouquinho que eu não tenho relação com ninguém. No começo eu atribuía, sim, ao diagnóstico. Acho que eu tinha medo de acontecer alguma coisa." (Homem cisgênero, 49 anos, homossexual)</p> <p>"Não estou sentindo falta de um relacionamento amoroso, mas posso sofrer isso com bastante fuga sexual, é até uma coisa que eu preciso trabalhar psicologicamente." (Queer, 40 anos, homossexual)</p>
É difícil	Inclui relatos sobre	"A parte ruim te limita a muita coisa. Então

relacionamento no contexto do HIV	os desafios dos relacionamentos amorosos-sexuais no pós-diagnóstico de uma condição sexualmente transmissível.	<p>“você pensa mil vezes antes de se envolver com alguém. Eu levo um ditado na minha vida... que se não tivesse acontecido essas coisas comigo, eu seria uma pessoa totalmente diferente.” (Homem cisgênero, 26 anos, bissexual).</p> <p>“Hoje, seria uma coisa que eu deixaria acontecer. Porém eu não iria atrás, e conforme você vai ficando mais velho, você vai ficar mais criterioso também, não há nada que te agrade.” (Homem cisgênero, 26 anos, homossexual)</p>
Os medos: do preconceito, da revelação, da transmissão...	Engloba sentimentos de medo em relação a contar, de sofrer preconceito, de infectar a outra pessoa.	<p>“Eu acho que é sempre esse medo... de fazer mal com a pessoa, porque você não quer que ela passe pela mesma coisa que você está passando. Eu acho que gostar também é cuidar.” (Mulher cisgênero, 32 anos, heterossexual).</p> <p>“Quando a gente se separou, eu arranjei três namoradas diferentes. Eu acho que uma pessoa enfrentar uma coisa dessa é importante não ficar sozinho, mas ainda sinto medo de revelar para qualquer pessoa sobre o HIV.” (Homem cisgênero, 47 anos, heterossexual)</p>
Valorização de outras coisas da vida	Abarca a valorização de outras dimensões da vida, reduzindo a importância de relacionamentos amorosos.	<p>“Eu comecei a focar mais em mim, nas minhas coisas, no meu trabalho. Eu enfrentei algumas dificuldades e enfrento (...). Antes eu via tudo como um castigo divino, estar acontecendo por isso”. (Mulher cisgênero, 39 anos, heterossexual)</p> <p>“Eu estou passando por um outro processo. É um outro processo... Outras coisas que aconteceram. Não sou muito focada nessa parte de relacionamento.” (Mulher cisgênero, 32 anos, heterossexual)</p>
Para se relacionar, tem que estar com saúde física e mental	Ressalta a importância do bem-estar físico e mental para vivenciar um relacionamento, reduzindo a condição de HIV positivo como barreira.	<p>“A sua cabeça e a sua mente também podem estar perturbando alguma coisa. Não sei... Eu acho que não tem nada a ver com o HIV... Eu acho que o HIV não tem nada a ver com o relacionamento, eu acho.” (Homem cisgênero, 51 anos, heterossexual)</p> <p>“O relacionamento traz tudo. Só coisas boas, então acaba que a gente tem que estar bem de corpo e de cabeça para enfrentar esse problema. Se uma pessoa não está bem com o corpo e a cabeça, é péssima... está em um buraco de qualquer jeito.” (Homem cisgênero, 58 anos, homossexual)</p>
É possível se relacionar, sim!	Relatos que afirmam condições reais de	“Não tenho medo mais, porque hoje vocês me mostraram uma coisa: posso ter

construir uma relação amorosa-sexual no contexto do HIV	confiança. Eu acho que eu sou mais amoroso hoje em dia." (Homem cisgênero, 49 anos, homossexual).
	"Eu estou bem tranquilo em me relacionar com essa pessoa porque eu sei que ela não vai ser contaminada por mim." (Homem cisgênero, 51 anos, bissexual)

Classe 3 – Vantagens e desafios da prevenção

A classe 3 aborda o aspecto preventivo frente à possibilidade de proteção ou não da transmissão do HIV e de outras ISTs, apontando suas vantagens e desafios. Esta classe apresenta um agrupamento de palavras com frequência de 12,8%, indicando eixos temáticos denominados como "Muita gente não gosta de usar camisinha", "Prevenção dá direito ao sigilo sobre o diagnóstico", "Mesmo indetectável tem que usar camisinha", "Camisinha e prevenção sempre!" e "Medo de transmitir mesmo com prevenção". As UCEs mais representativas foram: proteger, camisa, usar, prevenir, transmitir, risco, social, expor e principal. A emergência da temática de prevenção demonstra as repercussões do diagnóstico na saúde sexual e no autocuidado das PVHIV. Há a elaboração, negociação e consolidação de novas estratégias para garantir um ajustamento diante da cronicidade e da possibilidade de transmissão viral. Na Tabela 8, os temas identificados na Classe 3 estão elencados, suas respectivas definições e exemplos de relatos, assim como a caracterização dos participantes.

Tabela 8

Classe 3 – Vantagens e Desafios da Prevenção, e Temas Identificados na Classe

Temas	Definição	Exemplos de relatos verbais
Muita gente não gosta de usar camisinha	Indica relatos que expressam atitudes desfavoráveis ao uso do preservativo.	"Hoje eu vejo como um risco para mim, porque geralmente a maior parte dos parceiros não quer usar camisinha." (Homem cisgênero, 26 anos, homossexual) "A gente se preocupa com o ponto de não cobrar camisinha ou de não exigir ou até não

		querer ou não gostar. Preciso ser bem sincero: o pessoal não usa mesmo porque não quer.” (Homem queer, 40 anos, homossexual)
Prevenção dá direito ao sigilo sobre o diagnóstico	Inclui relatos que indicam que o uso de camisinha e de práticas preventivas nas relações sexuais garante o direito de não revelação do diagnóstico.	<p>“Eu evitava me relacionar sério para não precisar expor a situação com a pessoa. Eu me prevenia ali no momento e depois não tinha que ficar me explicando. Não ia ter que expor tudo.” (Mulher cisgênero, 32 anos, heterossexual.)</p> <p>“Minha médica me indicou se caso eu não queira falar por algum motivo, eu tenho que usar o preservativo para proteger o meu parceiro.” (Mulher cisgênero, 42 anos, heterossexual)</p>
Mesmo indetectável tem que usar camisinha	Refere-se a relatos que explicitam que, mesmo com a carga viral indetectável, o uso de camisinha é percebido como imprescindível.	<p>“Mesmo eu estando indetectável eu jamais posso deixar de usar a camisinha, mesmo que incomode o meu parceiro.” (Mulher cisgênero, 45 anos, heterossexual)</p> <p>“Ou com camisinha ou não faço. Você estar com um homem que quer transar sem camisinha, mesmo sendo indetectável, e ele quer se colocar um risco grande. Seria incapaz de pensar só em mim.” (Homem cisgênero, 29 anos, homossexual)</p>
Camisinha e prevenção sempre!	Relatos que enfatizam que o uso do preservativo é a base da prevenção.	<p>“Não é a mesma coisa que uma pessoa saudável. Tem que ter mais cuidado. Tenho que me proteger mais e prevenir doenças oportunistas.” (Mulher cisgênero, 42 anos, heterossexual)</p> <p>“Eu não vou mais fazer relação com outra pessoa sem preservativo de jeito nenhum. Eu não ligava e agora tenho um cuidado maior.” (Homem cisgênero, 47 anos, heterossexual)</p>
Medo de transmitir mesmo com prevenção	Agrega relatos que indicam sentimentos de medo da transmissão do HIV, mesmo adotando métodos preventivos.	<p>“Então você fica com aquele medo de acontecer, mesmo você se protegendo e transmitir para o seu parceiro.” (Mulher cisgênero, 42 anos, heterossexual)</p> <p>“Porque caso a pessoa acabe pegando o vírus, a culpa seria minha, então o cuidado é muito grande.” (Homem cisgênero, 36 anos, bissexual)</p>

Classe 4 – Mudanças nos relacionamentos pós-diagnóstico

A Classe 4 apresenta os discursos que mostram as mudanças nas relações afetivo-sexuais após o diagnóstico de HIV. Apresenta um agrupamento de palavras com

frequência de 12,3% e as principais unidades contextuais que a representaram foram: mudança, perceber, valer, pena, estabelecer, vínculo, interesse, perspectiva e atrair. Os temas presentes na Classe 4 foram “Nada mudou”, “Mudou: relacionamento só se valer a pena!”, “Mudou: mais preconceito e autopenconceito”, “Mudou: mais autocuidado”, “mudou: valorizo outras coisas da vida”, “Mudou: amadureci e quero construir minha vida”. As mudanças explicitadas por esta classe evidenciam que o diagnóstico de HIV exige transformações na vida em diversos âmbitos. Tais transformações podem ser vivenciadas de maneiras distintas, desde a estabilidade, indicando a inexistência de impactos do diagnóstico no campo relacional, afetivo e sexual, até a necessidade de alteração da perspectiva de vida a partir da reformulação de crenças, sonhos e projetos. A Tabela 9 possibilita uma melhor visualização dos temas da Classe 4, suas definições e exemplos das falas dos participantes para melhor compreensão do discurso.

Tabela 9

Classe 4 – Mudanças nos Relacionamentos Pós-diagnóstico, e Temas Identificados na Classe

Temas	Definição	Exemplos de relatos verbais
Nada mudou	Indica relatos que expressam uma estabilidade na vivência dos relacionamentos afetivo-sexuais antes e após o diagnóstico de HIV.	<p>“Não percebi mudanças depois do HIV. Para mim é fundamental estabelecer um relacionamento, assim como era antes.” (Homem cisgênero, 61 anos, homossexual)</p> <p>“Não percebo mudanças. Acho muito importante ter um relacionamento para ter mais segurança e ter mais apoio e se sentir acolhido.” (Homem cisgênero, 37 anos, homossexual)</p>
Mudou: relacionamento só se valer a pena!	Refere-se a relatos que explicitam uma mudança de percepção em relação aos relacionamentos após o diagnóstico.	<p>“Hoje em dia não faço muita questão de manter relacionamentos. Não acho que vale a pena agora. Estou com pouca vontade e mais seletivo.” (Homem cisgênero, 57 anos, homossexual)</p> <p>“Para que essa pessoa chegue a mim, eu tenho que ter certeza de que vai valer a pena e que vai ser eterno. Hoje em dia eu me coloco em primeiro lugar.” (Homem</p>

		cisgênero, 51 anos, bissexual)
Mudou: mais preconceito e autopreconceito	Inclui relatos que expressam a vivência da estigmatização do diagnóstico de HIV.	<p>“Sou meio cabreiro em lidar com pessoas. Eu fico restrito. Até dentro da família eu já sofri muito preconceito por conta do HIV.” (Não binário, 27 anos, homossexual)</p> <p>“Percebo mudanças após o HIV. O preconceito meu mesmo, de mim mesmo em relação a tudo, porque antes não tinha isso.” (Homem cisgênero, 36 anos, bissexual)</p>
Mudou: mais autocuidado	Destaca que, após a descoberta do HIV, houve um investimento maior no cuidado consigo mesmo.	<p>“Sinto principalmente a segurança em questão de proteção. Sempre acompanhando nas consultas. Entro em desespero quando eu não posso vir.” (Mulher cisgênero, 43 anos, heterossexual)</p> <p>“Em questão de prevenir mais. Depois do HIV passei a me cuidar mais porque pode passar para outra pessoa.” (Homem cisgênero, 28 anos, heterossexual)</p>
Mudou: valorizo outras coisas na vida	Refere-se a relatos que indicam um deslocamento da importância que antes era dada aos relacionamentos, para outras áreas e dimensões da vida.	<p>“Antes, estabelecer um relacionamento tinha mais importância. Eu penso no que é mais importante para mim agora.” (Homem cisgênero, 58 anos, heterossexual)</p> <p>“Eu valorizo muito mais hoje a minha companhia, meu tempo, meu espaço. Eu preciso me relacionar com uma pessoa que também tenha o seu espaço, que tenha as suas atividades. Eu não quero ninguém que fique muito tempo querendo ficar comigo o tempo todo, me exigindo uma companhia.” (Homem cisgênero, 48 anos, homossexual)</p>
Mudou: amadureci e quero construir minha vida	Agrega discursos que destacam o amadurecimento pessoal que permitiu perceber o HIV de outra forma ao longo do tempo.	<p>“Uma mudança que teve não foi por causa do HIV. Foi por causa da minha maturidade. Me esforço para construir a minha vida inteira sabendo que eu tenho HIV, porque descobri com 21 anos.” (Homem cisgênero, 38 anos, homossexual)</p> <p>“Vejo que tive um alongamento da vida porque eu poderia ter morrido naquele período. Eu vejo isso como um presente, uma segunda chance de viver e aproveitar. É uma mudança de perspectiva, junto com a maturidade.” (Homem cisgênero, 33 anos, bissexual)</p>

Classe 5 – A vida antes do diagnóstico

A Classe 5 agrupa discursos que tratam sobre a vida antes do diagnóstico de HIV. O agrupamento de palavras referentes a esta classe teve uma frequência de 28,4%, elencando os principais segmentos de texto: época, mulher, mãe, casado, pai, filho, homem, morrer e ativo. Nesta classe, as principais temáticas envolvidas nas falas dos participantes foram: “Relacionamento estável”, “Vida amorosa restrita”, “Descoberta da orientação homossexual”, “É difícil manter a confiança”, “Depois que perdi minha mãe...” e “Vida amorosa e sexual turbulenta”. Neste sentido, o campo relacional mais amplo, incluindo conjugalidade e família, tem seu destaque para além do aspecto amoroso e sexual e o discurso também se volta para a autodescoberta como um processo que se iniciou antes do conhecimento sobre a sorologia positiva. A Tabela 10 auxilia na visualização da Classe 5, dos temas e suas respectivas descrições, além dos relatos mais ilustrativos com a caracterização dos participantes.

Tabela 10

Classe 5 – A Vida antes do Diagnóstico, e Temas Identificados na Classe

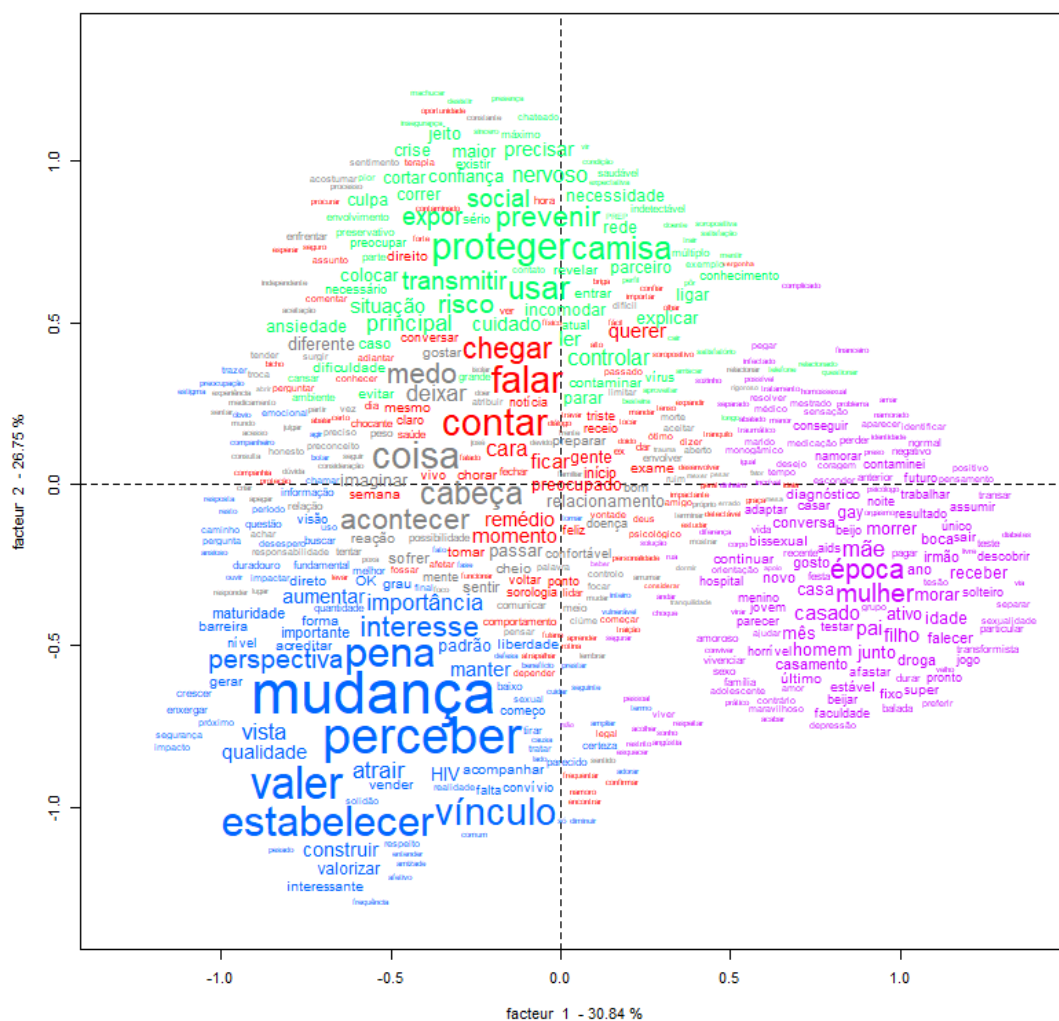
Temas	Definição	Exemplos de relatos verbais
Relacionamento estável	Relatos que indicam a vivência de relacionamentos fixos antes do diagnóstico de HIV.	<p>“Na época em que descobri o HIV, estava em um relacionamento estável. Expus para ele e ficamos juntos durante sete anos.” (Homem cisgênero, 41 anos, homossexual)</p> <p>“Eu tinha 14 anos e me relacionei com uma mulher de 26 anos. Vivemos 15 anos juntos super bem. Me separei dela e depois eu descobri que eu estava com o diagnóstico.” (Homem cisgênero, 31 anos, heterossexual)</p>
Vida amorosa restrita	Agrega falas que demonstram restrição da vida amorosa mesmo antes do HIV.	<p>“Eu trabalhava na noite, então a minha vida amorosa era muito restrita, porque naquela época os homens gays tinham preconceito com os transformistas.” (Não-binário, 43 anos, bissexual)</p> <p>“Não tinha um relacionamento estável. Uma coisa mais concreta, como morar junto ou casamento, não existia.” (Homem cisgênero, 53 anos, homossexual)</p>

Descoberta da orientação homossexual	Engloba o processo de descoberta da sexualidade por homens gays.	<p>“A questão da minha homossexualidade foi um pouco tardia, então eu não tive tantos desenvolvimentos amorosos assim. Eu era da igreja. O ponto era que só ‘vai ter sexo depois do casamento e com a mulher’, então eu me senti muito preso.” (Homem cisgênero, 28 anos, homossexual)</p> <p>“Eu não tinha a menor pretensão e não conseguia vislumbrar ter um novo relacionamento com mulher e nem com homem. Eu achava que iria morrer solteiro.” (Homem cisgênero, 39 anos, homossexual).</p>
É difícil manter a confiança	Relatos que evidenciam dificuldades enfrentadas nos relacionamentos amorosos ocasionadas pela quebra da confiança em contextos de traição do/a parceiro/a.	<p>“Se eu ainda tivesse um relacionamento, ia ser bem difícil manter uma confiança. Quando você permanece com a pessoa que te traiu, você não tem a mesma confiança.” (Homem cisgênero, 29 anos, homossexual)</p> <p>“Eu fui casado antes do diagnóstico e descobri o HIV depois de seis anos separado. Era um casamento tranquilo da minha parte, mas eu separei por traição da parte dele.” (Homem cisgênero, 49 anos, homossexual).</p>
Depois que perdi minha mãe...	Ressalta discursos relacionados à perda por falecimento da genitora	<p>“Só depois de passar pelo estado de quase morte, é que eu perdi um pouco do medo da morte. Isso me fez lidar bem com a morte da minha mãe. Eu vi que morrer não era uma coisa tão ruim assim. Desmistificou.” (Homem cisgênero, 48 anos, homossexual)</p> <p>“A minha vida antes de pegar o HIV era muito boa. Depois que eu perdi minha mãe que descobri a vida da criminalidade. Ela morreu com 41 anos de idade.” (Homem cisgênero, 62 anos, heterossexual)</p>
Vida amorosa e sexual turbulenta	Relatos que enfatizam uma vida afetivo-sexual caracterizada por muitas parcerias sexuais.	<p>“Minha vida amorosa antes do HIV era uma bagunça. Eu era bem terrível. Ficava com muitas pessoas. Eu não liguei muito para prevenir. É porque a gente sempre acha que nunca vai acontecer com a gente.” (Mulher cisgênero, 32 anos, heterossexual)</p> <p>“Minha vida amorosa antes do HIV era muito turbulenta. Era só maconha, drogas, só coisa errada, mas eu tinha uma parceira.” (Homem cisgênero, 51 anos, heterossexual)</p>

Realizou-se ainda a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) (Figura 2), outro recurso do *software* IRAMUTEQ.

Figura 2

Análise Fatorial de Correspondência (AFC) do Corpus



Nota. Classe 1 - fonte vermelha; Classe 2 – fonte cinza; Classe 3 – fonte verde; Classe 4 – fonte azul; Classe 5 – fonte lilás

Verificou-se os elementos e as classes, bem como as suas relações de afastamento e proximidade. A distribuição das palavras de cada classe foi representada por nuvens de palavras de cores diferentes e o posicionamento dos elementos em cada plano se deu pela probabilidade de pertencerem à classe indicada. A Classe 1 (Revelação do

diagnóstico) está representada pela cor vermelha, a Classe 2 (Dificuldades de relacionamentos no viver com HIV) pela cor cinza, enquanto a Classe 3 (Vantagens e desafios da prevenção) pela cor verde. A Classe 4 (Mudanças nos relacionamentos pós-diagnóstico) é representada pela azul e, por fim, a Classe 5 (A vida antes do diagnóstico) pela cor lilás. Neste sentido, percebe-se uma proximidade das Classes 1, 2 e 3, que se mesclaram no quadrante. Ou seja, há uma proximidade entre as temáticas “Revelação do diagnóstico”, “Dificuldades de relacionamento no viver com HIV” e “Vantagens e desafios da prevenção”. A Classe 4 se coloca mais próxima da Classe 2, evidenciando a ligação entre mudanças nos relacionamentos após o HIV e as dificuldade de relacionamentos após a descoberta do HIV. Já a Classe 5, que se refere à vida antes do diagnóstico, fica mais distante de todas as outras classes. Este distanciamento evidencia que há uma delimitação entre a vida antes do diagnóstico de HIV e todas as repercussões trazidas pela soropositividade indicadas pelas demais classes.

Percepção de Doença, Estigma e Relacionamentos Amorosos-sexuais: Identificação de Casos em Maior Vulnerabilidade

Com o objetivo de investigar se a percepção mais negativa e ameaçadora da doença e maior escore em estigma repercute na vivência dos relacionamentos afetivo-sexuais de PVHIV, analisou-se relatos de participantes que obtiveram escores mais altos simultaneamente em percepção de doença (escores superiores a 33, ponto de corte) e na escala de autoestigma (escores superiores a 30,7, escore médio da amostra). Optou-se por dar nomes fictícios para estes indivíduos, caracterizá-los quanto à gênero, idade, orientação sexual, tempo de diagnóstico e condição de saúde relacionada ao HIV, assim como exemplificar relatos obtidos nas entrevistas acerca dos relacionamentos afetivo-sexuais.

Dentre os seis casos identificados e analisados (Tabela 11), apenas uma participante foi mulher. A idade variou de 22 a 50 anos e o tempo de diagnóstico de 2 a 23 anos, ou seja, desde um diagnóstico relativamente recente até um cujo tempo era mais longo. No que tange à orientação sexual, dois participantes eram homossexuais, dois heterossexuais e dois bissexuais. Já em relação à condição de saúde relacionada ao HIV, dois dos seis participantes relataram CV detectável, apresentando, provavelmente, dificuldades de adesão à TARV, o que pode levar à maior vulnerabilidade.

Os escores das duas medidas (percepção de doença e autoestigma) também são explicitados, evidenciando que, mesmo aqueles que obtiveram escores acima do ponto de corte para percepção de doença, estes não foram muito elevados, variando de 34 a 37. Já no que tange aos escores de autoestigma, houve uma percepção maior que a média total da amostra, sendo o escore 51 o mais extremo dentre os seis casos. O discurso destes participantes enfatizava a limitação da vida afetiva-sexual, rompimento de relacionamentos após revelação do diagnóstico, medo de transmissão do vírus e a busca por um ajustamento mais equilibrado no que tange à vivência de seus relacionamentos afetivo-sexuais. Os relatos mostram ainda efeitos negativos sobre a autoestima e a vida social.

Tabela 11

Caracterização de participantes que obtiveram escores acima do ponto de corte para percepção de doença e autoestigma e seus relatos sobre a vida afetivo-sexual

Caracterização do(a) participante	Escore Brief IPQ	Escore Escala de Autoestigma	Relatos verbais
--	-------------------------	-------------------------------------	------------------------

<p>Cíntia</p> <p>Mulher cisgênero, 39 anos, heterossexual, HIV+ há 3 anos</p> <p>CV indetectável</p>	37	38	<p>“Porque eu acho que se eu entrar num relacionamento agora, vou ceder a tudo. Eu ia sentir que uma pessoa estava fazendo um favor para mim, de estar comigo mesmo eu tendo o diagnóstico.”</p> <p>"Eu evito fazer amizades, eu evito ampliar os meus círculos que já existem. Eu tenho medo de como vai ser, então eu não amplio esse círculo. Eu era uma pessoa muito expansiva e de repente eu me retive dentro de mim."</p>
<p>Elias</p> <p>Homem cisgênero, 50 anos, heterossexual, HIV+ há 23 anos</p> <p>CV detectável e sintomático</p>	34	51	<p>"E se eu transar, vou transmitir? Se eu beber uma água, o outro pega? Se alguém descobrir que tenho aids, não vai falar mais comigo. Vários pensamentos..."</p> <p>“Algumas mulheres nem quiseram me ver mais. Acabou antes de começar. Foi doído. Pesado. Na hora que você contou a história, a pessoa correu como se fosse um bicho, abala demais.”</p>
<p>Roberto</p> <p>Homem cisgênero, 48 anos, bissexual, HIV+ 8 anos</p> <p>CV indetectável</p>	34	40	<p>"Eu era a pessoa mais extrovertida, me comunicava muito. Hoje com esse diagnóstico eu me limitei."</p> <p>"A minha maior dificuldade é em saber de que eu tenho a doença, que se uma camisinha estourar aquela pessoa vier e ser contaminada também. E aí me sentir com um sentimento de culpa."</p>
<p>José</p> <p>Homem cisgênero, 38 anos, homossexual, HIV+ há 19 anos</p> <p>CV detectável e assintomático</p>	34	40	<p>"O HIV me deixou como se eu me sentisse menos às vezes ou difícil de encontrar um parceiro que aceitasse esses problemas. Então, quando eu tinha, eu tinha que aceitar a merda que eu tinha."</p> <p>"Como eu não quero relacionamento sério, eu fujo de pessoas que querem isso, mas também fujo daquelas que só querem sexo. Procuro alguém ali no meio termo."</p>

Daniel Homem cisgênero, 22 anos, homossexual, HIV+ há 2 anos CV indetectável	36	34	<p>"Eu gosto de me sentir perto de pessoas que eu sei que eu gosto, que me fazem bem. O lado sexual não está em pauta no momento, não."</p> <p>"Em todos os meus relacionamentos, eu acho que eu sou intenso demais, ou eu crio expectativas demais. E isso foi afetado pelo HIV. Hoje em dia, necessariamente eu não tenho expectativas de um relacionamento tão cedo. Na verdade, essa perspectiva é baixa porque ela não é trabalhada. Não procuro."</p>
Pedro Homem cisgênero, 36 anos, bissexual, HIV+ há 4 anos CV indetectável	37	35	<p>"Hoje já tenho um preconceito, mas o preconceito vem de mim mesmo. Em questão de muitas coisas. O meu psicológico que abala um pouco o relacionamento. A crise de ansiedade e a cobrança em questão."</p> <p>"Ainda a ficha não caiu. O meu medo é de transmitir o vírus. Me deixa com ansiedade, muito nervoso. Porque caso a pessoa acabe pegando o vírus, então a culpa seria minha."</p>

Discussão

O objetivo desse estudo foi investigar e analisar a percepção de doença, o estigma relacionado ao HIV e a vivência de relacionamentos afetivo-sexuais em PVHIV, tendo em vista que a percepção mais negativa do HIV, níveis maiores de estigma relacionado à soropositividade e os ajustamentos frente às especificidades do HIV como IST podem interferir na vida afetivo-sexual.

A amostra apresentou características sociodemográficas alinhadas aos dados epidemiológicos mais recentes sobre as taxas de incidência do HIV no que tange ao gênero, orientação sexual, nível de escolaridade e média de idade, sendo a maioria dos participantes homens de orientação homossexual com idade entre 20 e 40 anos. Em relação à raça, a maioria da amostra se autodeclarou parda, também consonante com os

dados epidemiológicos mais recentes que constataram que, no Brasil, 63,2% dos novos casos de HIV se dão em pessoas autodeclaradas negras (pretas e pardas) (Brasil, 2024a).

Outro indicativo sociodemográfico relevante foi o nível de escolaridade.

Verificou-se que mais de três quartos dos participantes possuía bom nível de escolaridade, porém o nível de formação não está acompanhado por uma remuneração condizente, uma vez que a renda de 60% dos participantes não ultrapassava três salários-mínimos. Estes dados alertam para a falta de convergência entre formação e situação salarial, fruto de uma problemática social e econômica brasileira, em função da precariedade dos níveis de emprego e renda, o que também foi discutido por Seidl e Remor (2020). A renda familiar baixa também é um dado sociodemográfico encontrado por Ceccon et al. (2014), que ressaltaram a relação entre precariedade de renda de mulheres vivendo com HIV e índices relevantes de sofrimento psíquico grave. Ademais, os autores verificaram que 59,3% tinham escolaridade a partir do ensino médio completo, coerente com a amostra do presente estudo.

No que se refere aos dados sobre percepção de doença, a maioria dos participantes não apresentou níveis relevantes de ameaça percebida devido ao diagnóstico, não obstante a presença de alguma diversidade entre os participantes. Neste sentido, uma menor percepção de risco pode estar associada a um enfrentamento mais adaptativo, com menos preocupações, confiança no tratamento e maior sensação de controle sobre a condição crônica, enquanto a percepção de um risco maior pode interferir nos níveis de autoeficácia e afetar a adesão à TARV, levando a uma maior vulnerabilidade (Nogueira & Seidl, 2016; Pala & Steca, 2015).

Outros estudos que buscaram investigar esta variável em PVHIV também chegaram a resultados semelhantes, indicando baixa percepção de ameaça diante da sorologia HIV+ (Barros, 2023; Catunda et al., 2016; Seidl & Remor, 2020). Percebe-se

que, apesar da diversidade da amostra, a média de percepção de doença do presente estudo foi menor se comparada com as de outras pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento. Assim, os resultados evidenciam uma mudança de perspectiva das PVHIV, coerentes com as evoluções biotecnológicas de tratamento e prevenção que garantem percepção de mais segurança e controle.

Ao investigar associações entre percepção de doença e aspectos sociodemográficos, constatou-se que apenas a renda foi a variável estatisticamente significativa, indicando que pessoas com menor renda apresentaram percepção de doença mais ameaçadora. Este dado vai ao encontro dos resultados de Barros (2023) em seu estudo com mulheres vivendo com HIV. A ausência de associações relevantes entre as variáveis sociodemográficas e percepção de doença não é incomum, também sendo um resultado constatado por Nogueira e Seidl (2016). Ressalta-se, neste sentido, que um percentual muito alto dos participantes estava com CV indetectável e com adesão autoavaliada como muito boa, não apresentando sintomatologias específicas de imunossupressão que poderiam influenciar a atribuição de um risco maior associado à sorologia.

No que se refere à avaliação do estigma, os participantes percebiam a existência do estigma associado ao HIV, havendo destaque para dois aspectos: o estigma relacionado a preocupações com a divulgação, indicando esforços para manter a sorologia em segredo por achar arriscado revelar o diagnóstico; e o estigma relacionado às atitudes públicas, indicando que a amostra percebe que ainda há muito preconceito e discriminação contra PVHIV. Escores mais altos nestes dois subfatores também foram encontrados por Barros (2023) em pesquisa realizada com mulheres soropositivas no Distrito Federal. Ademais, estes dados reforçam o que a literatura já constatou: PVHIV adotam a estratégia de não revelar o diagnóstico mesmo não tendo sofrido

discriminação para se protegerem de eventuais estigmas percebidos socialmente; então, há a ausência de sofrimento psicossocial relacionado à discriminação e preconceito devido à não exposição do diagnóstico (Agostini et al., 2017; Fonseca et al., 2020).

Desta forma, a percepção sobre a existência do estigma relacionado ao HIV explicitada pela amostra é realista diante dos dados epidemiológicos do país, haja vista que mais da metade da PVHIV no Brasil já sofreu alguma situação de violência decorrente da sorologia positiva para o HIV (UNAIDS, 2019). Neste sentido, os avanços do tratamento e das estratégias preventivas não estão sendo acompanhados na mesma proporção por avanços sociais que visam a desconstrução dos estereótipos associados ao HIV.

No que tange à associação entre as variáveis sociodemográficas e percepção de estigma, o fator de estigma personalizado obteve resultado significativo, indicando que pessoas autodeclaradas pretas e pardas e aquelas com renda inferior a três salários-mínimos tenderam a perceber maiores níveis de estigma personalizado, fator que está mais relacionado a experiências de exclusão e discriminação por serem soropositivas. O fator autoimagem negativa foi mais significativo com a orientação sexual, indicando que pessoas homo e bissexuais revelaram níveis mais elevados de desconforto sobre si mesmas por serem soropositivas. Esta evidência ressalta a necessidade de analisar o processo de estigma em seu nível interseccional, uma vez que determinados grupos sociais são mais vulneráveis à vivência de violência por possuírem um conjunto de características e comportamentos percebidos e julgados negativamente e, ao serem diagnosticados com HIV, elevam os riscos de marginalização e vitimização. Corroborando esta problemática, a revisão de literatura realizada por Barros et al. (2024) reforça que mulheres que vivenciam o estigma por serem soropositivas,

adicionalmente ao estigma de gênero, são mais vulneráveis a piores repercussões na saúde física e mental, uma vez que a adesão à TARV é fragilizada.

Já na análise de correlação entre a variável percepção de doença e estigma, parte da amostra obteve escores mais altos nas duas medidas e outros participantes revelaram ausência ou percepção reduzida de ameaça e de estigma. Ao se investigar os subfatores do estigma e suas associações com percepção de doença, apenas autoimagem negativa e estigma personalizado tiveram correlação positiva moderada com esta variável. Estas evidências permitem supor que os participantes que vivenciaram episódios de exclusão e/ou discriminação e/ou possuíam imagens negativas a respeito de si mesmos — talvez acreditando serem pessoas com menos valor devido à soropositividade —, percebiam o diagnóstico como mais ameaçador.

No que concerne aos resultados qualitativos sobre a vivência de relacionamentos afetivo-sexuais, percebeu-se que os discursos dos participantes foram direcionados a temáticas específicas que compuseram cinco classes distintas, mas com alguma associação entre elas, conforme dados do dendograma e da análise por correspondência. A Classe 1 abordou a “revelação do diagnóstico”. A emergência dessa temática no discurso dos participantes fomenta o que já é muito discutido na literatura sobre a vivência na soropositividade, por ser um momento que envolve tomada de decisões, experiência de sentimentos e repercussões em diversas esferas da vida afetiva e relacional (Agostini et al. 2018). Percebeu-se que o medo e a tensão são sentimentos experienciados pelos participantes ao cogitarem revelar o diagnóstico para o(a) parceiro(a). A vivência de sentimentos negativos neste processo se justifica uma vez que a estigmatização em relação ao HIV é uma realidade e a exposição sobre o diagnóstico pode elevar a possibilidade de vivenciar vulnerabilidade social e discriminação (Fonseca et al., 2020).

Para alguns participantes, revelar a sorologia levou ao afastamento do(a) parceiro(a), sendo o medo da rejeição e do abandono uma realidade experienciada pelas PVHIV no que tange aos relacionamentos amorosos e sexuais. Assim, em muitos casos, há a hesitação quanto a revelar, com a busca de um momento mais oportuno, permeado por postergações e dúvidas. Frequentemente, espera-se o estabelecimento de uma relação de maior confiança e envolvimento que, uma vez consolidada, leva à uma maior sensação de segurança sobre a decisão. Estes dados consolidam o que a literatura aponta acerca da confiança como fator determinante para a tomada de decisão sobre revelar a sorologia para a parceria amorosa-sexual (Agostini et al., 2018). Contudo, há uma linha muito tênue sobre o que seria o momento mais adequado, uma vez que a revelação do diagnóstico pode levar ao rompimento da confiança estabelecida e esperada (Green et al., 2018).

A revelação como uma necessidade apareceu em discursos dos participantes, demonstrando preocupação em afetar negativamente a vida de outra pessoa e sobre a manifestação de honestidade sobre si mesmo. Esta obrigação moral e ética é citada também por Sá e Santos (2018) e por Said e Seidl (2015), ao apontarem que algumas PVHIV percebem uma transgressão da moralidade caso mantenham sua sorologia privada em seus relacionamentos afetivo-sexuais. Em contraponto, a não obrigatoriedade da revelação também era uma realidade para alguns participantes da pesquisa, indicando a internalização sobre os direitos das PVHIV no Brasil.

O direito ao segredo sobre a sorologia é percebido como um fator de proteção em relação à vivência de sentimentos negativos, haja vista que em locais onde há obrigação legal de exposição do diagnóstico nas relações afetivo-sexuais, as PVHIV experienciam maiores níveis de preocupação, uma vez que perdem a liberdade de escolha sobre a decisão de revelar e sobre o momento mais adequado (Schönnesson et

al., 2018). Neste sentido, o sigilo como direito foi mencionado também no estudo realizado por Said e Seidl (2015), em que algumas PVHIV assinalaram que não revelar o diagnóstico é um direito resguardado que não viola a proteção do(a) parceiro(a).

A Classe 2 tratou das “dificuldades de relacionamento no viver com HIV”, explorando quais os principais desafios experienciados nos relacionamentos a partir do diagnóstico de HIV, as formas de enfrentamento das dificuldades e as principais atitudes sobre a possibilidade ou impossibilidade de se relacionar apesar da soropositividade. Os participantes falaram sobre as dificuldades trazidas pelo diagnóstico de HIV, sendo percebidas limitações em muitos aspectos da vida. Dentre as temáticas encontradas nesta classe, destaca-se a ausência de relacionamento afetivo-sexual por vários motivos, além do medo do preconceito, da revelação e da transmissão. A literatura aponta que a cessação de relacionamentos para evitar a revelação é uma estratégia de enfrentamento utilizada para evitar possíveis rompimentos nos relacionamentos e para lidar com o medo de transmissão à parceria sexual (Green et al., 2018; James et al., 2022; Schönnesson et al., 2018; Silva et al., 2015; Villegas et al., 2021). Todavia, alguns participantes possuíam atitudes positivas sobre a possibilidade de se relacionar para além do HIV. Nestes casos, é explícita a internalização do tratamento como prevenção e das possibilidades nulas de transmissão à parceria sexual quando se está com CV indetectável.

Ademais, alguns participantes explicitaram a valorização de outros aspectos de vida que, antes do diagnóstico, eram negligenciados ou não percebidos com tanta relevância, com destaque para o autocuidado. Outros participantes passaram a perceber condicionantes para o estabelecimento de novas relações amorosas, impondo critérios mais rígidos para se inserir em relacionamentos, como a boa saúde física e mental.

A Classe 3 englobou as “vantagens e desafios da prevenção”, indicando percepções sobre a saúde sexual, estratégias preventivas, dificuldades na prática das estratégias de prevenção e internalização de informações importantes sobre transmissibilidade do HIV. Os participantes demonstraram que nas relações sexuais por eles estabelecidas há uma percepção de que a maioria das pessoas não gosta de usar camisinha, havendo, inclusive, dificuldade de estabelecer relações se houver a exigência de uso do preservativo. Estes dados corroboram o que Said e Seidl (2015) encontraram em seu estudo que investigou os relacionamentos estáveis e não estáveis de PVHIV. Estas autoras discutiram que dentre as principais dificuldades encontradas pelas PVHIV estão a negociação do uso de preservativo, principalmente em contextos de festa. Presume-se que essa atitude desfavorável ao uso do preservativo possa ser influenciada pelo advento de outras estratégias preventivas para o HIV, como a PrEP, que garante maior segurança sobre a transmissão do vírus, mesmo sem a utilização de um método de barreira. Estes dados são consonantes com evidências que mostram o aumento da percepção da infecção pelo HIV como condição crônica e tratável, com tendência a menores níveis de preocupação quanto à transmissão pelos parceiros sexuais e não uso da camisinha para a prevenção (Green et al., 2018). Por outro lado, estes dados apontam uma outra problemática de saúde, haja vista a existência de outras ISTs que repercutem negativamente na saúde sexual se não prevenidas. Assim, algumas PVHIV precisam decidir se vão se abster da atividade sexual ou se ficarão vulneráveis a outras ISTs.

Sob outra perspectiva, alguns participantes apresentaram atitudes positivas em relação à camisinha, declarando que o uso desse método é inegociável e, mesmo que estejam com CV indetectável, não abrem mão desse insumo preventivo. Outros justificam a imprescindibilidade do uso da camisinha como um fator de segurança para não precisarem revelar o diagnóstico. Sob um ponto de vista, isso pode indicar a

difficuldade de compreensão sobre indetectável=intransmissível; mas sob outro enfoque, pode indicar a preocupação com outras IST's. Já a dificuldade de compreensão sobre a intransmissibilidade viral por vias sexuais, quando a carga viral está indetectável, é apresentada mais explicitamente por alguns que revelaram sentir medo de transmitir, mesmo utilizando o método de barreira. Neste sentido, a literatura discute que muitas PVHIV se sentem obrigadas a utilizarem mais de uma estratégia preventiva para evitar se sentirem culpadas pela possibilidade e risco de transmissão para outra pessoa (Green et al., 2018; James et al., 2018; Silva et al., 2020).

A Classe 4 explicita as “mudanças nos relacionamentos após o diagnóstico”, evidenciando como a infecção pelo HIV transformou a forma como as PVHIV estabelecem ou mantêm suas relações amorosas, afetivas e sexuais, assim como revela modificações em nível pessoal que interferem na vida social e relacional. As transformações na esfera individual foram voltadas para o amadurecimento e planejamento de vida e na valorização de outros aspectos, como as próprias necessidades e maior autocuidado. A literatura discute que a percepção de doença mais realista e um melhor ajustamento frente ao HIV são mais evidenciados em pessoas com maior tempo de vivência da soropositividade (Duarte et al., 2024). Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas de percepção de doença entre os participantes a partir do tempo de diagnóstico, alguns relatos demonstraram que um maior tempo de vivência da soropositividade propiciou elaborações no sentido de maior desenvolvimento de maturidade. No mesmo sentido, France et al. (2015) concluíram que, ao serem diagnosticadas com HIV e para lidarem com o autoestigma, muitas PVHIV buscam o desenvolvimento pessoal e profissional, além da busca pela conexão e pertencimento. Mudanças no autocuidado também é um aspecto relatado por PVHIV, uma vez que o tratamento exige consultas médicas e exames periódicos. O

monitoramento das condições de saúde é avaliado como uma mudança positiva propiciada pelo diagnóstico.

No que tange à autopercepção e ao autoconceito, alguns participantes passaram a perceber maiores níveis de preconceito, declarando que mudaram a visão sobre si mesmos a partir do diagnóstico, desenvolvendo uma autopercepção mais negativa devido à soropositividade. Essa mudança no sentido mais negativo foi encontrada por France et al. (2015) ao investigarem as crenças de PVHIV a partir da vivência da soropositividade e do estigma envolvido no HIV. Silva et al. (2020) destacaram que a autopercepção negativa de PVHIV assinala que, mesmo com todos os avanços biotecnológicos, o discurso moral influencia na autoestima, no autoconceito e na vivência da sexualidade.

Por outro lado, relatos apontaram que algumas pessoas não perceberam mudanças a partir do diagnóstico de HIV, pontuando não haver repercussões da soropositividade no âmbito dos relacionamentos afetivo-sexuais. Tal estabilidade é ressaltada por Ribeiro et al. (2021) ao constatarem que, independentemente do HIV e de outras ISTs, algumas PVHIV consideram as relações afetivo-sexuais e o desejo sexual como um processo natural de busca pelo prazer, que não sofre prejuízos com a condição de viver com o vírus.

Já a Classe 5 referiu-se à “vida antes do diagnóstico de HIV”, trazendo a vivência de relacionamentos mais estáveis ou casuais, a restrição da vida amorosa, a dificuldade de se confiar na parceria afetivo-sexual, as relações familiares e a descoberta da própria sexualidade. Nesta última classe, percebeu-se que várias temáticas perpassaram a vida dos participantes antes da descoberta do HIV. Focalizando no campo afetivo-sexual, relatos indicaram a vivência de relacionamentos estáveis, com parceria fixa, e até mesmo com certa limitação de possibilidades de relação. Já outros

indicaram a vivência de muitas parcerias sexuais. Assim, percebe-se que a quantidade de parcerias não foi determinante de maior vulnerabilidade ao vírus HIV, visto a existência de relatos indicando a transmissão no âmbito de relacionamentos monogâmicos fechados. Outra questão a ser destacada, neste sentido, é a quebra de confiança que, nesta classe temática, apareceu relacionada à infidelidade dentro de um relacionamento monogâmico antes do HIV. Assim, percebe-se que ter tido essa quebra de confiança, antes mesmo do diagnóstico, potencializa a dificuldade de estabelecer novos relacionamentos após a descoberta da sorologia.

No que tange aos participantes que obtiveram escores mais altos, tanto em percepção de doença quanto em autoestigma, algumas temáticas prevaleceram e explicitaram que, a partir do diagnóstico de HIV, mudanças relevantes foram percebidas. Os participantes relataram dificuldades de abertura para novas relações e relacionamentos, com mudanças de comportamento, como é possível perceber na fala de Cíntia: “Eu evito fazer amizades, eu evito ampliar os círculos que já existem (...) Eu era uma pessoa expansiva e de repente eu me retive dentro de mim”, e de Roberto: “Eu era a pessoa mais extrovertida, me comunicava muito. Hoje com esse diagnóstico, eu me limitei”. Estes relatos são exemplos da manifestação do estigma internalizado e antecipado que levam as PVHIV a se isolarem, dificultando o acesso à rede de apoio, aumentando, então, o nível de vulnerabilidade psicossocial (Turan & Hatcher et al., 2017).

Também é perceptível a atribuição de um menor grau de importância à vida sexual e de maior relevância ao campo afetivo, conforme o relato de Daniel: “Eu gosto de me sentir perto de pessoas que eu sei que gosto, que me fazem bem (...). O lado sexual não está em pauta no momento, não”. Este relato está em consonância com o que a literatura aponta: a cessação das práticas sexuais pode ser uma forma de

enfrentamento utilizada por homens gays e HSH com pouco tempo de diagnóstico, com características evitativas (Marcel et al., 2015). Em contraponto, há, ainda, a busca por um equilíbrio entre a afetividade e a sexualidade, conforme o discurso de José: “Como eu não quero relacionamento sério, eu fujo de pessoas que querem isso, mas também fujo daquelas que só querem sexo. Procuro alguém ali no meio termo”, evidenciando que o tempo de diagnóstico proporciona uma elaboração e ajustamento da vida afetivo-sexual.

A presença de autopreconceito e redução da autoestima é explicitada por Cíntia ao trazer em seu discurso a problemática de submissão da PVHIV em um relacionamento afetivo-sexual que as coloca em posição passiva devido à sorologia positiva para o vírus: “Porque eu acho que se eu entrar num relacionamento agora, vou ceder a tudo. Eu ia sentir que uma pessoa estava fazendo um favor para mim de estar comigo, mesmo eu tendo o diagnóstico”. A fala de José vai no mesmo sentido, tendo este participante experienciado situações de submissão em relacionamentos por ser soropositivo, calcado em baixa autoestima: “O HIV me deixou como se eu me sentisse menos, às vezes, ou difícil de encontrar um parceiro que aceitasse esses problemas. Então, quando eu tinha, eu tinha que aceitar a merda que eu tinha”. A centralidade do parceiro soronegativo na vida da PVHIV é discutida por Agostini et al. (2018), quando estes autores identificaram que alguns participantes se viam gratos aos parceiros pela aceitação da soropositividade. Estas evidências mostram que o HIV leva muitas PVHIV a se sentirem inferiores ou aceitarem serem colocados nessa posição em relacionamentos amorosos.

O medo de transmissão do vírus e a vivência de discriminação marcou o discurso de Elias, participante que obteve o maior escore na Escala de Autoestigma, além de possuir CV detectável com sintomas de aids. A fala deste participante foi

carregada de sofrimento por ter sido discriminado (“Algumas mulheres nem quiseram me ver mais. Acabou antes de começar. Foi doído. Pesado (...)” e de crenças irrealistas sobre a forma de transmissão do HIV e preocupação sobre isso (“E se eu transar, vou transmitir? Se eu beber uma água, o outro pega? Se alguém descobrir que tenho aids, não vai falar comigo”). Este caso explicita o que a literatura já tem ressaltado acerca de como os níveis elevados de estigma proporcionam maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, podendo repercutir em menores níveis de adesão, havendo, então, o comprometimento da saúde da PVHIV (Barros et al., 2024; Nogueira et al., 2019; Venable et al., 2006). Neste contexto, o discurso de outro participante reforça a relação entre autopreconceito, medo de transmissão do vírus e repercussões negativas na saúde mental: “Hoje eu já tenho um preconceito, mas o preconceito vem de mim mesmo (...) A crise de ansiedade e a cobrança em questão.” (Pedro, 36 anos, bissexual).

Ademais, destaca-se o fato que a quase a totalidade da amostra declarou estar com a CV indetectável. Dos cinco casos com CV detectável, dois deles apresentaram percepção de doença mais ameaçadora simultaneamente à percepção de maiores níveis de estigma relacionados ao HIV, o que sugere a relação entre percepção de doença negativa e dificuldade de adesão ao tratamento por PVHIV (Lima et al., 2024; Seidl & Remor, 2020).

As evidências obtidas neste estudo mostraram que as PVHIV ainda percebem o estigma envolvido na soropositividade, apesar de perceberem o HIV como uma condição menos ameaçadora à saúde. Percebeu-se que o medo do preconceito e a vivência de discriminação é uma temática presente no discurso no que se refere à vivência de relacionamentos afetivo-sexuais, sendo estes dados coerentes com a revisão integrativa de literatura que explicitou que o estigma interfere na forma como as PVHIV mantêm e estabelecem relacionamentos amorosos e sexuais. No que se refere à

percepção de doença menos ameaçadora, os dados são coerentes com o avanço biotecnológico no campo do HIV/aids que propiciou a transformação do HIV de uma doença letal para um adoecimento crônico.

À guisa de conclusão, a saúde sexual envolve fatores físicos, emocionais, psicológicos e sociais que precisam ser considerados por todos os profissionais de saúde que visam o atendimento integral das PVHIV. Além do fornecimento de informações atualizadas, deve-se criar um ambiente acolhedor para que as questões referentes à sexualidade e intimidade nos relacionamentos possam ser colocadas em pauta sem preocupação de julgamento, considerando as particularidades e necessidade de cada indivíduo. Há a necessidade de equipes multiprofissionais nos serviços de saúde para que o atendimento integral seja alcançado com maior efetividade. Apesar do desafio de se encontrar equipes multiprofissionais completas em todos os serviços de saúde, cabe a todos os profissionais inseridos nestes contextos conhecerem os direitos das PVHIV e considerarem os aspectos biopsicossociais envolvidos na soropositividade, disseminando informações realistas para a sociedade geral que ainda possui uma visão muito fatalista e estigmatizada do HIV. Assim, é responsabilidade de todos a elaboração e participação das campanhas de conscientização para diminuir o estigma relacionado ao HIV, assim como do constante aprimoramento através de pesquisas e contribuição no avanço científico para que as necessidades das PVHIV sejam percebidas e atendidas.

Considerações Finais da Dissertação

O objetivo desta dissertação foi investigar a vivência dos relacionamentos afetivo-sexuais de PVHIV, bem como a percepção de doença e do estigma relacionado ao HIV de pessoas adultas em tratamento no Distrito Federal. A realização de uma revisão integrativa da literatura propiciou uma contextualização sobre a vivência de relacionamentos afetivo-sexuais de PVHIV e auxiliou na articulação dos dados obtidos no estudo empírico. No mesmo sentido, o estudo empírico confirma muitos dados já consolidados na literatura.

A presente dissertação contribuiu para uma melhor compreensão sobre a temática. A utilização de escalas validadas e de roteiro de entrevista elaborado especificamente para o estudo, possibilitando a congregação de métodos quantitativos e qualitativos, permitiu explorar o tema e os objetivos de forma mais aprofundada. Como limitação do estudo, observou-se que grande parte dos participantes são usuários do mesmo serviço de saúde. Algumas características da amostra podem refletir o acompanhamento dado nessa instituição em específico, tal como a CV indetectável. Assim, uma amostra maior e a coleta de dados em outros serviços de saúde poderiam extinguir tal limitação.

Em suma, espera-se que os resultados deste estudo influenciem na elaboração de intervenções da equipe de saúde, em especial dos profissionais de psicologia, que auxiliem as PVHIV no reconhecimento diante da sua vinculação afetiva e sexual, possibilitando o aumento da autonomia frente às suas relações e estimulem o enfrentamento adequado de preconceitos e discriminações decorrentes da sorologia positiva para o HIV.

Referências

- Aggleton, P., Parker R., & Maluwa, M. (2003). Estigma, discriminação e HIV/AIDS na América Latina e no Caribe. Banco Interamericano de Desenvolvimento.
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=354523>
- Agostini, R., Maksud, I., & Franco, T. (2017). “Essa doença para mim é a mesma coisa de nada”: Reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 496–509. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170072> *
- Agostini, R., Maksud, I., & Franco, T. (2018). “Eu tenho que te contar um negócio”: gestão da soropositividade no contexto dos relacionamentos afetivo-sexuais de jovens vivendo com HIV. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 30, 201–2023.
<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.10.a> *
- Agostini, R., Rocha, F., Melo, E., & Maksud, I. (2019). A resposta brasileira à epidemia de HIV/aids em tempos de crise. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4299–4604. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019> *
- Aguiar, R. B., Leal, M. C. C., & Marques, A. P. O. (2020). Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2051-2062. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018>
- Andrade, S. L. E., Freire, M. E. M., Collet, N., Brandão, G. C. G., Souza, M. H. N., & Nogueira, J. A. (2022). Estrutura das redes sociais de pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, 1-9.
<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0525>
- Balogun, K., & Slev, P. (2023). Towards achieving the end of the HIV epidemic: Advances, challenges and scaling-up strategies. *Clinical Biochemistry*, 117, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2022.05.006> *

- Barros, S. F. (2023). Ser mulher com HIV: Preditores de adesão ao tratamento antirretroviral em relação ao distress, estigma e percepção de doença. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília].
<http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/49433>
- Barros, S. F., Moreno, A. L. P., Pereira, B. S., & Seidl, E. M. F. (2024). Estigma e adesão ao tratamento em mulheres que vivem com HIV: Revisão de literatura. *Revista da SBPH*, 27, e0007, 1-21. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.540>
- Bernier, A., Lefèvre, K., Henry, E., Verdes, L., Acosta, M-E., Benmoussa, A., Mukumbi, H., Cissé, M., Otis, J., & Préau, M., (2016). HIV seropositivity and sexuality: cessation of relations among men and women living with HIV in five countries. *AIDS CARE*, 28, 26-31.
<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2016.1146208>
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Prevenção Combinada do HIV - Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde.
https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/@@download/file
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf
- Brasil (2022). Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: HIV/Aids. *
- Brasil (2022). Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf

Brasil (2024a). *Boletim epidemiológico: HIV/aids 2024*. Ministério da Saúde.

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/@@download/file

Brasil (2024b). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Módulo I – Tratamento. Ministério da Saúde

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinmann, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-367.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>

Carvalho, J. M. R., & Monteiro, J. S. (2021). Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00169720>

Catunda, C., Seidl, E. M. F., & Lemétayer, F. (2016). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e das estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, 1-7.

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne218>

Cazeiro, F., Silva, G. S. N., & Souza, E. M. F. (2021). Necropolítica no campo do HIV: Algumas reflexões a partir do estigma da aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 5361–5370. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.00672020> *

Ceccon, R. F., Meneghel, S. N., & Hirakata, V. N. (2014). Mulheres com HIV: Violência de gênero e ideação suicida. *Revista de Saúde Pública*, 48(5), 758-765. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005228>

- Company, L. N. S., Amaral, D. M., & Santos, R. N. O. L., (2021). HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. *Revista Bioética*, 29(2), 374-383.
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292475>
- Cooper, D., Moore, E., & Mantell, J. E. (2013). Renegotiating intimate relationships with men: How HIV shapes attitudes and experiences of marriage for South African women living with HIV: ‘Now in my life, everything I do, looking at my health’. *Acta Juridica*, 218–238.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260330/> *
- Cunha, A. P., & Cruz, M. M., (2022). Análise da tendência da mortalidade por doenças definidoras e não definidoras de HIV/aids segundo características sociodemográficas, por Unidade da Federação e Brasil, 2000-2018. *Revista do SUS*, 31(2), 1-17. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200021>
- Diógenes, M. A. R., Portela, I. B., Sá, R. C., & Valente, M. M. Q. P. (2014). Sexualidade de portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana em face à doença: Revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 27(4), 550–559.
- Duarte, F., Brasil, S. A., Lima, M., Vidal, J. S., Magno, L., Dourado, I., & Silva, L. A. V. (2024). Risco e prazer em tempos de sexo farmacologicamente seguro. *Revista de Saúde Pública*, 58, 1-7. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005962>
- Ebrahimi, H., Shoorideh, F. A., Sohrabi, M.R., Ebrahimi, M., & Hosseini, M., (2024). An analysis of approaches to reduction of HIV stigma across the world through educational interventions: A scoping review. *Investigación y Educación en Enfermería*, 42(1), 1-24. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n1e06>

- Eisinger, R. W., Dieffenbach, C. W., & Fauci, A. S. (2019). HIV viral load and transmissibility of HIV infection. *JAMA*, 321(5), 451-452.
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.21167>
- Farias, R. S. (2022). Percepção do estigma em universitário que vivem com HIV/aids. Dissertação de mestrado – Universidade Federal do Amazonas.
- Fernández-Rouco, N., & Haya, I. (2021). An initial look into the sexuality and well-being of women living with HIV: Making the invisible visible. *Sexuality and Disability*, 39, 479-494. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09689-w>
- Ferraz, D., Couto, M. T., Zucchi, E. M., Calazans, G. J., Santos, L. A., Mathias, A., & Grangeiro, A. (2019). AIDS- and sexuality-related stigmas underlying the use of post-exposure prophylaxis of HIV in Brazil: findings from multicentric study. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(3), 107-121.
<https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1650587>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Fonseca, L. K. S., Santos, J. V. O., Araújo, L. F., & Sampaio, A. V. F. C. (2020). Análise da estigmatização no context do HIV/aids: Concepções de pessoas que vivem com HIV/aids. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(2), 2-14. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14757>
- France, N. F., Mcdonald, S. H., Conroy, R., Byrne, E., Mallouris, C., Hodgson, I., & Larkan, F. N. (2015). “An unspoken world of unspoken things”: A study identifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and AIDS in Ireland. *Royal College of Surgeons in Ireland. Journal contribution*, 145(14113), 1-10 <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14113>

- Furrer, H. (2016). Opportunistic diseases during HIV infection – Things aren't what they used to be, or are they? *The Journal of Infectious Diseases*, 214, 830-831
<https://doi.org/10.1093/infdis/jiw086>
- Gesese, H. A., Gebremedhin, T. A., Demissie, T. D., Kerie, M. W., Sudhakar, M., & Mwanri, L. (2017). Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(3), 1-16.
<https://doi.org/10.1371/journal.Pone.0173928>
- Ghosn, J., Taiwo, B., Seedat, S., Autran, B., & Katlama, C. (2018). HIV. *The Lancet*, 392(10148), 685-697. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31311-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31311-4)
- Grace, D., Chown, S. A., Kwag, M., Steinberg, M., Lim, E., & Gilbert, M. (2015). Becoming “undetectable”: Longitudinal narratives of gay men’s sex lives after a recent HIV diagnosis. *AIDS Education and Prevention*, 27(4), 333-349.
<https://doi.org/10.1521/aeap.2015.27.4.333>
- Grangeiro, A., Ferraz, D., Magno, L., Zucchi, E. M., Couro, M. T., & Dourado, I., (2023). Epidemia de HIV, tecnologias de prevenção e as novas gerações: Tendências e oportunidades para a resposta à epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 39, 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT144223>
- Grangeiro, A., Silva, L. L., & Teixeira, P. R., (2009). Resposta à aids no Brasil: Contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 26(1), 87-94.
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n1/87-94/pt>
- Green, H. D., Weeks, M. R., Berman, M., Mosher, H. I., Abbott, M., & Garcia, N. (2018). Managing the risk of intimacy: Accounts of disclosure and responsiveness among people living with HIV and intimate partners of people

with HIV. *Culture, Health & Sexuality*, 20(10), 1117–1129.

<https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1479535> *

Guerriero, I., Ayres, J. R. C. M., & Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista Saúde Pública*, 36(4 Supl), 50-60. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000500008>

Gurevich, M., Mathieson, C. M., Bower, K., & Dhayanandhan, B. (2007). Disciplining bodies, desires and subjectivities: Sexuality and HIV-Positive Women. *Feminism & Psychology*, 17(1), 9-38.

<https://doi.org/10.1177/0959353507072910>

Hunersen, K., LI, M., Pinandari, A. W., Mbela, P., Reeuwijk, M., Barker, K. M., Maddaleno, M., & Moreau, C., (2023). Understanding how gender transformative interventions affect adolescent sexuality: A cross-cultural perspective. *Journal of Adolescent Health*, 73, 65-73.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.02.030>

James, T., Nkwonta, C., Kaur, A., Hart, M., & Brown, M. (2022). A qualitative study of the impact of HIV on intimacy and sexuality among older childhood sexual abuse survivors living with HIV. *Archives of Sexual Behavior*, 51(5), 2465–2472. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02277-1> *

Jesus, G. J., Oliveira, L. B., Caliari, J. S., Queiroz, A. A. F. L., Gir, E., & Reis, R. K. (2017). Dificuldades do viver com HIV/aids: Entraves na qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 301-307. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700046>

Júnior, P. C. C. S., Torres, R. C., Dantas, L. P. S., Santos, R. F. D., Júnior, G. M.S., & Guimarães, C. S. (2024). Soroprevalência de doações de sangue reagentes para

HIV em um banco de sangue no estado de Sergipe. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, 46(4), 894-895.

Knauth, D. R., Hentges, B., Macedo, J. L., Pilecco, F. B., Teixeira, L. B., & Leal, A. F.

(2020). O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: A surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>

Labonia, B. C. P (2022). Mulheres que vivem com HIV atualmente: estigma e qualidade de vida. [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/29562>

Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. (2001, 21 de março). Regulamenta o § 4 do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Presidência da República.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm

Lenzi, L., Tonin, F. S., Souza, V. R., & Pontarolo, R. (2018). Suporte social e HIV:

Relações entre características clínicas, sociodemográficas e adesão ao tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, 1-11.

<https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34422> *

Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health & illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (eds.). The self-regulation of health & illness behavior. Pp. 42-60. Routledge Taylor & Francis Group.

https://www.researchgate.net/publication/313764597_The_common-sense_model_of_self-regulation_of_health_and_illness?enrichId=rgreq-

[4f361c0402e95bc8e76a97e05d69140d-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzMzc2NDU5NztBUzo4MTc2MzE2OTk0MjczMjlAMTU3MTk0OTk5NjM4Mw%3D%3D&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf](#)

- Leventhal. H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The common-sense model of self-regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935-946.
<https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Lima, T. G., Borges, L. M., & Pereira, F. M. (2024). Association between illness perception, treatment adherence, and emotional state in HIV/aids. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 41(e210195), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202441e210195>
- Lioi, F. M., Sousa, L. R. M., Elias, H. C., Gerin, L., Gir, E., & Reis, R. K. (2023). Tratamento como prevenção na perspectiva de pessoas vivendo com HIV/aids. *Acta Revista Paulista de Enfermagem*, 36, 1-11. <https://doi.org/10.37689/actape/2023AO012323>
- Lourenço, G. O., Amazonas, M. C. L. A., & Lima, R. D. M. (2018). Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência da soropositividade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 30, 262-281.
<http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.13.a>
- Lucas, M. C. V., Böschmeier, A. G. E., & Souza, E. C. F. (2023). Sobre o presente e o futuro da epidemia: A prevenção combinada em questão. *Physis*, 33, 1–25.
<https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333053> *
- Luz, P. M., Torres, T. S., Almeida-Brasil, C. C., Marins, L. M. S., Bezerra, D. R. B., Veloso, V. G., & Thombs, B. D. (2020). Translation and validation of the Short

- HIV Stigma scale in Brazilian Portuguese. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-12. <https://10.1186/s12955-020-01571-1>
- Malta, M., & Beyrer, C. (2013). The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 1-3.
<http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.1.18817>
- Maluwa, M., Aggleton, P., & Parker, R. (2002). Estigma, discriminação e direitos humanos relacionados ao HIV e à AIDS: uma visão geral crítica. *Saúde e direitos humanos*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.2307/4065311>
- Marques, M. C. C. (2002). Saúde e poder: a emergência política da aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(supl), 41-65.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400003>
- Melchior, R., Nemes, M. I. B., Alencar, T. M., & Buchalla, C. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 41(Supl. 2), 87-93. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000900014>
- Melo, G. P., Brandão, B. M. G. M., Angelim, R. C. M., Silva, L. F. L., Abrão, F. M. S., & Costa, A. M. (2019). Mudanças na sexualidade de mulheres após o diagnóstico do HIV: Uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1383-1388. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1383-1388>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018> *

- Missildine, W., Parsons, J. T., & Knight, K. (2006). Masculinity, sexuality and emotional intimacy among HIV-positive heterosexual men. *Men and Masculinities*, 8(3), 309-320. <https://doi.org/10.1177/1097184X05282079>
- Mora, C., Franch, M., Maksud, I., & Rios, L. F. (2018). HIV/aids: Sexualidades, subjetividades e políticas. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 30, 141–152. <https://doi.org/10.1590/19846487.sess.2018.30.07.a> *
- Mora, L., Mallolas, J., & Ambrosioni, J. (2024). Epidemiology, treatment and prognosis of HIV infection in 2024: A practical review. *Medicina Clínica*, 162, 535-541. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.12.007>
- Mugo, C., Kohler, P., Kumar, M., Badia, J., Kibugi, J., Wamalwa, D. C., Agot, K., & John-Stewart, G. C. (2023). Individual-, interpersonal- and institutional-level associated with HIV stigma among youth in Kenya. *AIDS and Behavior*, 27, 2566-2578. <https://doi.org/10.1007/s10461-023-03982-9>
- Myers, D. G. (2014). Psicologia social. AMGH.
- Neto, C. A., Júnior, A. M., Salles, N. A., Chamone, D. A. F., & Sabino, E. C. (2009). O papel do médico na redução do risco residual da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) por transfusão de sangue e hemocomponentes. *Diagnóstico e Tratamento*, 14(2), 57-61.
- Nogueira, G. S., & Seidl, E. M. F. (2016). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas vivendo com HIV/aids. *Temas em Psicologia*, 24(2), 595-608. <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-12>
- Nogueira, G. S., Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2016). Análise fatorial exploratória do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 161-168. <https://doi.org/10.1590/0102-37722016011871161168>

- Nogueira, L. F., Pellegrino, P., Duarte, A. S., Inoue, S. R. V., & Marqueze, E. C. (2019). Transtornos mentais comumente associados a maior carga viral em pessoas vivendo com HIV. *Saúde em Debate*, 43(121), 464-476.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912114>
- Pala, N., & Steca, P. (2015). Illness perceptions and coping strategies among individuals diagnosed with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 620-631.
<https://doi.org/10.1007/s10865-015-9639-0>
- Paquiela, E. O. A., Figueiredo, E. B. L., Muniz, P. G., & Abrahão, A. L. (2022). O sofrimento de mulheres que vivem com HIV e o amor interior como prática revolucionária. *Saúde em Debate*, 46(spe7), 75-84.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E705> *
- Parker, R. (2013). Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In S. Monteiro & W. Vilela (Orgs.), *Estigma e saúde* (pp. 25-46). Fiocruz. *
- Pereira, C. R., Cruz, M. M., & Cota, V. L. (2022). Sexualidade, sociabilidade, trabalho e prevenção do HIV entre populações vulneráveis na pandemia de Covid-19. *Saúde em Debate*, 46(7), 62-74. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E704I> *
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2018). Indetectável=Intransmissível. https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Indetect%C3%A1vel-intransmiss%C3%ADvel_pt2.pdf
- *
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2019). Sumário executivo. Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS - Brasil.
https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Exec_Sum_ARTE_2_web.pdf

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2023b). Relatório global do UNAIDS 2023. https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/2023_report.pdf *

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2024). *Estatísticas globais sobre HIV*. https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2024/11/2024_11_20-Factsheet_PT-Complete.pdf

Reis, R. K., & Gir, E. (2010). Convivendo com a diferença: O impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/aids. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 759-765. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300030> *

Reis, R. K., Santos, C. B., Dantas, R. A. S., & Gir, E. (2011). Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(3), 565–575. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300019> *

Reivius, M., Wettergren, L., Wiklander, M., Svedhem, V., Ekström, A. M., & Eriksson, L. E. (2017). Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 2-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0691-z>.

Ribeiro, L. C. S., Freitas, M. I. F., & Paiva, M. S. (2021). Representações sobre sexualidade de pessoas diagnosticadas tardiamente com a infecção pelo HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1028>

Sá, A. A. M., & Santos, C. V. M. (2018). A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 773–786. <https://doi.org/10.1590/19823703000622017> *

- Said, A. P., & Seidl, E. M. F. (2015). Sorodiscordância e prevenção do HIV: Percepção de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. *Interface (Botucatu)*, 19(54), 467-478. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0120>
- Schaurich, D., Coelho, D. F., & Motta, M. G. C. (2006). A cronicidade no processo saúde-doença: Repensando a epidemia da aids após os anti-retrovirais. *Revista Enfermagem UERJ*, 14(3), 455-462.
<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v14n3/v14n3a19.pdf> *
- Schönnesson, L. N., Zeluf, G., Garcia-Huidobro, D., Ross, M. W., Eriksson, L. R., & Ekström, A. M. (2018). Sexual (dis)satisfaction and its contributors among people living with HIV in Sweden. *Archives of Sexual Behavior*, 47(7), 2007-2026. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1106-2> *
- Seidl, E. M. F., & Remor E. (2020). Adesão ao tratamento, resiliência e percepção de doença em pessoas com HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(e36nspe6), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
- Semler, M., Paz, L. MacNamara, K. F., Joyce, C., Shore, J., Morey, C., Gawne, E., & Clark, N. M. (2023). Reported HIV-related stigma according to race and ethnicity. *AIDS Care*, 35, 1-7. <https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2206097>
- *
- Siedner, M. J., Tumarkin, E., & Bogoch, I. I. (2018). HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP). *BMJ*, 363, 1-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4928>
- Silva, C. B., Motta, M. G. C., Bellenzani, R., Brum C. N., & Ribeiro, A. C. (2022). Gravidez em jovens que nasceram com HIV: particularidades nos contextos de

exercício da sexualidade. *Interface (Botucatu)*, 26, 1-17.

<https://doi.org/10.1590/interface.210307>

Silva, C. B., Motta, M. G. C., Bellenzani, R., Brum, C. N., & Ribeiro, A. C. (2022).

Mulheres jovens que nasceram com HIV: Comunicação da soropositividade aos parceiros. *Saúde em Debate*, 46(7), 129–141. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E709> *

Silva, L. A. V. (2023). Risco, prazer e cuidado ao HIV: Ambivalências em torno da condição indetectável. *Sexualidad, Salud y Sociedad, - Revista Latinoamericana*, (39), 1-23. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2023.39.e22210.a>

Silva, L. A. V., Duarte, F. M., & Lima, M. (2020). “Eu acho que a química entrou em reprovação”: Relações afetivo-sexuais de homens jovens vivendo com HIV/aids e com carga viral indetectável. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 34, 25–45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293364731002> *

Silva, L. C., Felício, E. E. A. A., Cassette, J. B., Soares, L. A., Moraes, R. A., Prado, T. S., & Guimarães, D. A. (2015). Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 821-833. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14156>

Silva, L. C., Felício, E. E. A. A., Cassette, J. B., Soares, L. A., Moraes, R. A., Prado, T. S., & Guimarães, D. A. (2015). Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 821–833. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14156> *

Silva, V. G. F., Serra, M. A. A. O., Lima, M. C. R. A. A., Silva, C. J. A., Miranda, F. A. N., & Menezes, R. M. P. (2021). Estigma e preconceitos com casais

sorodiferentes para o HIV. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 59-67.

<https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.59-67>

Smith, G., E., & Nave, C. S. (2007). Illness transmission mod and perceiver personality: factors affectinv stigmatized perceptions of patients and sexual illness. *Social Behavior and Personality*, 35(6), 853-860.

<https://doi.org/10.2224/sbp.2007.35.6.853>

Sousa, L. R., M., Elias, H. C., Fernandes, N. M., Gir, E., & Reis, R. K. (2021).

Knowledge of PEP and PrEP among people living with HIV/aids in Brazil. *BMC Public Health*, 21(64), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10135-3>

Sousa, P. J., Ferreira, L. O. C., & Sá, J. B. (2013). Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana de Recife, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2239-2251.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800008>

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134> *

Suto, C. S. S., Coelho, E. A. C., Paiva, M. S., Porcino, C., Cabral, L. S., & Marques, S.

C. (2020). Women of different generations living with HIV: social representations about sexuality. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019018303658>

Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., &

Turan, J. M. (2017). How does stigma affect people living with HIV? The mediating role of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes. *AIDS Behavior*, 21(1), 283-291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>

- Turan, B., Hatcher, A. M., Weiser, S. D., Johnson, M. O., Rice, W. S., & Turan, J. M. (2017). Framing mechanisms linking HIV-related stigma, adherence to treatment, and health outcomes. *American Journal of Public Health, 107*(6), 863–869. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303744>
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior, 10*(5), 473–482. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9099-1> *
- Villegas, N., Cianelli, R., Oliveira, G., Toledo, C., Jacobson, F., Davenport, E., Webb, D., & Wolf, B. (2021). Exploring intimate partner relationships before and after HIV diagnosis among minority older women. *Clinical Gerontologist, 44*(3), 273–287. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1838682> *
- Zucchi, E. M., Paiva, V. S. F., França Junior, I. (2013). Intervenções para reduzir o estigma da aids no Brasil: Uma revisão crítica. *Temas em Psicologia, 21*(3), 1067-1087. <https://doi.org/10.9788/TP2013.3-EE15PT>

ANEXO 1 – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A vida após o diagnóstico: impactos no estabelecimento e manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais em pessoas vivendo com HIV”, de responsabilidade da psicóloga pesquisadora Barbarah Anselmo Gonçalves, sob orientação da psicóloga e professora Dra. Eliane Maria Fleury Seidl do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). O presente estudo é uma Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. O objetivo desta pesquisa consiste em investigar como a soropositividade influencia no estabelecimento e manutenção de relacionamentos afetivos e sexuais de pessoas vivendo com HIV no Distrito Federal, assim como analisar influências da percepção de doença e do estigma na vivência dos relacionamentos após o diagnóstico.

O(a) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários, antes, durante e após a finalização da pesquisa e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados resultantes da sua participação na pesquisa, como a entrevista gravada em áudio, ficarão sob responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa e serão protegidos por senha de acesso.

A sua participação se dará por meio de respostas a questionários e entrevista, respondidos individualmente, em um único encontro, antes ou após a consulta ambulatorial ou na internação, ou através de horário previamente combinado. O tempo estimado para sua participação na pesquisa será de 50 minutos.

Sobre os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá experimentar sentimentos como vergonha e constrangimento, assim como cansaço ao responder muitas perguntas. Caso experiencie tais emoções, sinta-se livre para informar à pesquisadora. Se o(a) Senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para a oferta de intervenções psicossociais adequadas às pessoas vivendo com HIV, de produções científicas e de qualificação de profissionais de saúde.

O(a) Senhor(a) poderá solicitar uma pausa ou descanso, recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento. A sua participação é voluntária, sem nenhum benefício financeiro, sendo que o(a) Senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo em qualquer momento, se assim desejar, sem lhe causar qualquer custo, penalidade ou perda de benefícios.

Seus dados serão confidenciais, de modo que nenhum identificador será registrado na pesquisa ou em qualquer conjunto de dados do estudo. Embora presume-se que nenhuma transmissão de dados via computador possa ser perfeitamente segura, há medidas para proteger a confidencialidade de sua transmissão. A guarda dos dados coletados na pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora principal. Após o término da coleta de dados, a pesquisadora responsável irá baixar os dados para um dispositivo

eletrônico próprio, apagando todos os registros de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". A pesquisadora garante e se compromete com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas por você para este estudo. O tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados apenas para esta pesquisa e ficarão sob guarda do pesquisador por um período de cinco anos e, após este tempo, serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Barbarah Anselmo Gonçalves, no telefone (61) 996233198, ou através do email barbarahgnc@gmail.com. Esclarecimentos sobre a pesquisa também podem ser dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília, no e-mail cep_chs@unb.br ou no telefone (61)3107-1592.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) Senhor(a) e outra com a pesquisadora responsável. Na certeza de contar com sua participação, agradecemos antecipadamente sua valiosa colaboração nesse trabalho.

Brasília, ____ de _____ de _____

Barbarah Anselmo Gonçalves

Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB)

CRP 01/26283

Nome do Participante de Pesquisa - Telefone

Assinatura do Participante de Pesquisa

ANEXO 2 – Questionário Sociodemográfico

1. Qual a sua idade? _____

2. Qual seu nível de escolaridade?

- ☐ Fundamental incompleto (fiz até _____ série)
- ☐ Fundamental completo
- ☐ Ensino médio incompleto
- ☐ Ensino médio completo
- ☐ Ensino superior incompleto
- ☐ Ensino superior completo

3. Qual seu estado civil atual?

- ☐ Vivo com minha esposa(o) ou companheiro(a)
- ☐ Sou separado(a) ☐ Sou solteiro(a)
- ☐ Sou divorciado(a)
- ☐ Sou solteiro(a), divorciado(a), etc namorando ☐ Sou viúvo(a)

4. Você tem filhos?

- ☐ Não ☐ Sim. Quantos? _____ filhos.

5. Qual a sua raça/cor?

- ☐ Preta ☐ Parda
- ☐ Branca ☐ Indígena
- ☐ Amarela

6- Com qual gênero você se identifica?

- ☐ Feminino ☐ Masculino
 - ☐ Transgênero ☐ Prefiro não me definir
- Outro: _____

7 - Qual sua orientação sexual?

- ☐ Heterossexual ☐ Homossexual
- ☐ Bissexual ☐ Assexual
- ☐ Pansexual

8- Possui religião?

- ☐ Não ☐ Sim. Qual? _____

9- Qual a sua situação quanto ao emprego no momento?

- ☐ Trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas
- ☐ Trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas
- ☐ Trabalho por conta própria regularmente
- ☐ Trabalho por conta própria às vezes
- ☐ Estou desempregado(a) / não estou trabalhando
- ☐ Nunca trabalhei
- ☐ Estou aposentado(a)
- ☐ Tenho benefício continuado
- ☐ Outra. Qual? _____

10- Considerando o salário mínimo de R\$ 1320,00, aproximadamente qual a renda mensal de sua família (pessoas que residem com você)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo | <input type="checkbox"/> De 6 a 10 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> 2 a 3 salários mínimos | <input type="checkbox"/> De 11 a 20 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> 4 a 5 salários mínimos | <input type="checkbox"/> Mais de 21 salários mínimos |

11- Em que ano recebeu o diagnóstico de HIV? _____

12- Faz acompanhamento para tratar o HIV em qual serviço de saúde no DF?

13- Qual sua condição de saúde relacionada ao HIV?

- ☐ Indetectável
- ☐ Detectável e assintomático
- ☐ Detectável e sintomático

14- Como avalia sua adesão à TARV?

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Razoável
- ☐ Ruim

15- Realiza acompanhamento psicológico ambulatorial nos serviços que frequenta para o tratamento de HIV?

- ☐ Sim ☐ Não

ANEXO 3 - Questionário de Percepção de Doenças

Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve

Este questionário é sobre o que você pensa sobre a soropositividade. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você percebe a sua condição. Por exemplo:

Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sou					Sou totalmente					
responsável					responsável pela					
pela minha saúde					minha saúde					

Para a questão acima, caso você pense que tem muita responsabilidade pela sua saúde, mas que não é totalmente responsável por ela, você poderia circular o número 8 ou o número 9, por exemplo. Se você acha que tem pouca responsabilidade pela sua saúde poderia circular o número 1 ou o número 2, e assim por diante.

Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponda ao seu ponto de vista.

1. Quanto a doença afeta a sua vida?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não afeta					Afeta gravemente					
em nada a minha vida					a minha vida					

2. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente					Tenho extremo					
nenhum controle					controle					

<p>3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não ajudará em nada extremamente</p> <p>Ajudará</p>
<p>4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não sinto nenhum sintoma</p> <p>Sinto muitos sintomas graves</p>
<p>5. Quanto você está preocupado(a) com a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nem um pouco preocupado(a)</p> <p>Extremamente preocupado</p>
<p>6. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não compreendo nada</p> <p>Compreendo muito claramente</p>
<p>7. Quanto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não me afeta emocionalmente em nada</p> <p>Afeta-me muitíssimo emocionalmente</p>

8. **Quanto tempo você pensa que a sua doença irá durar? Explique.**

9. **Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua doença. As causas mais importantes são:**

1^a

2^a

3^a

ANEXO 4 - Escala Estigma Relacionado ao HIV

Instruções: Essa escala busca avaliar o auto estigma relacionado ao HIV. Não há respostas certas ou erradas. Você deve responder com base no que você realmente sente escolhendo uma das 4 opções de resposta: discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente.

1. Pessoas que eu gosto pararam de falar comigo quando souberam que eu tenho HIV.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

2. Já perdi amigos depois de contar que tenho HIV.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

3. Algumas pessoas evitam me tocar depois que descobrem que tenho HIV.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

4. Me esforço para manter em segredo que tenho HIV

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

5. Tenho receio de contar para alguém que tenho HIV.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

6. Tomo muito cuidado com quem falo que tenho HIV.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

7. A maioria das pessoas acredita que quem tem HIV é sujo.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

8. Pessoas com HIV são marginalizadas.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

9. A maioria das pessoas se sente desconfortável na presença de alguém com HIV.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

10. Me sinto culpado(a) por ter HIV.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

11. As atitudes das pessoas em relação ao HIV fazem com que me sintam mal.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

12. Sinto que não sou uma pessoa tão boa quanto as outras por ter HIV.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

ANEXO 5 – Entrevista Semiestruturada

Entrevista semiestruturada sobre relacionamentos afetivo-sexuais no contexto da soropositividade:

1. Como era sua vida afetiva e sexual antes do diagnóstico?
2. Você está se relacionando afetiva e/ou sexualmente com alguém atualmente?
3. Quais os aspectos que você julga como positivos e negativos quanto a estabelecer relacionamentos afetivos e sexuais?
4. Você percebe mudanças na forma como você se relaciona do ponto de vista amoroso-sexual com as pessoas depois do diagnóstico de HIV?
 - 4.1) **Se percebeu mudanças, quais os principais sentimentos suscitados diante disso?**
5. Quão importante é estabelecer ou manter uma relação afetiva e/ou sexual atualmente?
6. Você acha que antes do diagnóstico tinha o mesmo grau de importância?
7. Quais as principais dificuldades vivenciadas em seu(s) relacionamento(s) amorosos-sexuais?
 - 7.1) **Você atribui alguma dessas dificuldades ao diagnóstico de HIV?**
 - 7.2) **Como você lida com as dificuldades?**
8. Caso tenha acontecido, como se deu a revelação do diagnóstico ao parceiro(a)?
 - 8.1) **Quais foram as repercussões da revelação para o relacionamento?**
9. Você considera que suas práticas sexuais são satisfatórias?
10. Deseja mudar algo em relação ao(s) seu(s) relacionamento(s) afetivo e sexual?
 - 10.1) **Poderia especificar o que acha que poderia ser diferente?**