



# Repercussões Sociais no Cotidiano de Mulheres com HIV em uma cidade do Nordeste

Social Repercussions in the Daily of Women  
with HIV in a Northeastern City

Repercusiones sociales en el cotidiano de mujeres  
con VIH en una ciudad del Nordeste

*Cecílio Argolo Junior*<sup>1</sup>  
*Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*<sup>2</sup>

## RESUMO

A aids é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo vírus HIV. Diante de um estudo observacional, exploratório-descritivo e de natureza qualitativa, percebeu-se que, apesar de a infecção ser crônica, com tratamento gratuito e eficaz, ainda se constitui um desafio o enfrentamento social, necessitando de implantação de políticas públicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV. Mulheres. Isolamento Social.

## ABSTRACT

AIDS is a sexually transmitted infection caused by the HIV virus. In an observational, exploratory-descriptive and qualitative study, it was noted that, despite the infection being chronic, with free and effective treatment, it still constitutes a social challenge, requiring the implementation of public policies.

**KEYWORDS:** HIV. Women. Social Isolation.

## RESUMEN

El SIDA es una infección de transmisión sexual causada por el virus VIH. Ante un estudio observacional, exploratorio-descriptivo y cualitativo, se constató que, a pesar de que la infección es crónica, con tratamiento gratuito y eficaz, el afrontamiento social sigue siendo un desafío, requiriendo la implementación de políticas públicas.

**PALABRAS CLAVE:** VIH. Mujer. Aislamiento Social.

---

<sup>1</sup> Doutor em Psicologia Clínica. Em fase de conclusão do estágio pós-doutoral em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará. E-mail: [cargolo.junior@gmail.com](mailto:cargolo.junior@gmail.com).

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Supervisora de estágio de pós-doutoramento em Saúde Coletiva.

## Introdução

A diáde saúde-doença envolve diferentes situações, tornando-a um processo dinâmico, heterogêneo e repleto de repercussões sociais e, dependendo da enfermidade, com percepções carregadas de preconceitos e estigmas. Em virtude disso, muitos diagnósticos costumam provocar intensas desordens, ocasionando preocupações e influenciando negativamente na aceitação do estado de saúde. Por essas razões, nesse ciclo, é comum o surgimento de pensamentos intrusivos, levando a interpretações próprias que refletem nas atitudes e emoções, atingindo diretamente o desenvolvimento psicossocial da pessoa (MUÑOZ; MIGUEL, 2020; OLIVEIRA; MOREIRA, 2023).

Quando as doenças são crônicas, transmissíveis e sem perspectiva de cura, são criadas estratégias de sobrevivência, muitas vezes acompanhadas da necessidade do anonimato absoluto como forma de preservação emocional, controle e de autocuidado. Nesses entraves, a preocupação de esconder-se a todo custo torna-se mecanismo de defesa inconsciente em decorrência do abalo psíquico causado pelo diagnóstico-surpresa, momento em que o cérebro acelera suas funções causando as confusões mentais. Assim, resguardar-se emocionalmente torna-se possível condição de defesa para (r)estabelecer a racionalidade e estimular a coragem para o enfrentamento de uma grande e longa batalha a ser “vencida”, talvez (OLIVEIRA; MARANHÃO; KASSAR, 2022; OLIVEIRA; MOREIRA, 2023).

A aids é uma dessas ameaças iminentes à saúde física e mental. Trata-se de uma epidemia global, de grandes proporções e alto poder de contágio, tendo conseguido ultrapassar as barreiras do tempo e infectar em mais de quatro décadas milhões de pessoas ao redor do mundo. Essa “doença do terror e do preconceito”, como ficou conhecida no meio popular no início dos anos de 1980, é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), do inglês, *Human Immunodeficiency Virus*. Tornou-se um grave problema de saúde pública

(PAQUIELA et al., 2022; BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE HIV/AIDS, 2023).

Há alguns anos, a epidemia de HIV encontra-se heterossexualizada, com alto índice de casos em mulheres jovens, casadas, monogâmicas, vivendo no interior, empobrecidas e com baixa escolaridade. Esse perfil socioeconômico claramente se comunica com o fenômeno da própria pauperização dos novos casos que vêm surgindo todos os anos no Brasil. Muitas das infecções oportunistas causadas pela aids aparecem como sinais e sintomas de comprometimento do sistema imunológico, provocando a rápida diminuição das células de defesa do organismo (T CD<sub>4</sub><sup>+</sup>). Essa mudança de paradigma não é algo recente na história das infecções contagiosas no Brasil. As estatísticas epidemiológicas desde 2010 já sinalizavam alterações no perfil dos infectados pelo HIV no país (BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE AIDS/DST, 2010; CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021; PAQUIELA et al., 2022; BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE HIV/AIDS, 2023; LIMA JÚNIOR, 2024).

Como fortaleza, ressalte-se que a feminização dessa epidemia representa a necessidade de rever os meios de enfretamento do vírus HIV no Brasil. A mudança de perfil e as variações atrelam-se à confirmação da falsa crença que existia no passado de mulheres casadas serem imunes às ISTs. A valorização da pseudo-relação estável, a promiscuidade masculina, a falta de espaço na relação marital para exigir o uso de preservativos nas relações sexuais, a submissão afetivo-emocional da mulher, o excesso de confiança no parceiro, a imaturidade psicossocial, a passividade na relação, a dependência econômica, o desconhecimento das formas de contágio das ISTs, a falta de acesso aos serviços de saúde, a ausência de políticas públicas de informação sobre a infecção e a prevenção, dentre outras possíveis situações, expuseram as vísceras do descaso e do perigo iminente da infecção de HIV em mulheres, a chamada “feminização da epidemia de HIV” (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021).

Em verdade, o contágio desse vírus em mulheres só evidenciou o que já era esperado: a ineficiência das próprias políticas públicas de saúde ao

expor suas vulnerabilidades individuais, sociais e programadas, seja pelo desconhecimento das formas de contágio, seja pela falta de condições de saber lidar com os transtornos causados pela infecção ou pela própria precariedade das condições de vida e superações perante cada caso que surge de HIV (BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE AIDS/DST, 2010; CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021; PAQUIELA et al., 2022; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE HIV/AIDS, 2023; LIMA JÚNIOR, 2024).

Diante desse contexto, pergunta-se: como se dão as repercussões sociais de mulheres que vivem com o vírus HIV?

A presença do HIV tornou-se uma colcha de obstáculos para a própria manutenção da vida em sigilo e adesão imediata ao tratamento, implicando, inclusive, a retomada de planos, projetos de vida, autocuidado, adaptação à psicoeducação, superação dos estigmas, discriminações e preconceitos trazidos pela descoberta do diagnóstico. Embora ter o HIV não signifique estar com aids, o conhecimento prévio da infecção e o manejo clínico responsável definirão como as etapas a serem vivenciadas com o vírus serão cumpridas. As condições e a forma de lidar com o vírus dependerão em parte do compromisso da pessoa soropositiva com sua própria saúde (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021; PAQUIELA et al., 2022; BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS, 2023).

Os desafios enfrentados aparecerão gradativamente a partir de um conjunto de situações que serão vivenciadas, muitas vezes, solitariamente, a partir do diagnóstico. Entender emocionalmente esse processo e suas manifestações tornar-se-á um desafio para a manutenção da vida e da sobrevivência (CAMPANY; AMARAL; SANTOS, 2021; PAQUIELA et al., 2022; BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS, 2023).

Em série histórica realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), estima-se mundialmente que, de 1980 a dezembro de 2022, 39 milhões (33,1 milhões – 45,7 milhões) de pessoas viviam com HIV, sendo 53% mulheres ou meninas. Em relação a óbitos, somam-se no mesmo período 40,4 milhões (32,9 – 51,3 milhões), sendo 630 mil casos ocorridos em 2022. Quanto ao tratamento antirretroviral (TARV), apenas 29,8 milhões de pessoas

soropositivas para o HIV/aids tenham aderido em todo o mundo (UNAIDS, 2019; ONU, 2022).

Para a ONU (2022), a erradicação da epidemia de HIV encontra-se distante, o que ainda demonstra a necessidade de todos os países terem um compromisso mais político-social-humanitário, priorizando a população, as regiões afetadas pelo vírus, a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde das pessoas infectadas, afora a criação de novas estratégias de combate e enfrentamento às inúmeras formas de adoecimento por aids. Em tese, essa IST se tornou um problema de todos, sem distinção de qualquer natureza (UNAIDS, 2019; ONU, 2022).

No Brasil, de 1980 a junho de 2023, foram registrados 1.124.063 casos de pessoas vivendo com o HIV. O número de infecções oportunistas causadas pela aids teve um aumento de 17,2% ao comparar com os anos de 2020 e 2022. Desde o início da epidemia a 31 de dezembro de 2022, foram notificados no Brasil 382.521 óbitos, tendo a aids como causa básica. A região Nordeste continua em destaque, ocupando há alguns anos o segundo lugar de casos registrados, contabilizando-se 104.251 casos de HIV/aids, ou 21,3% de casos no país. Somente no ano de 2022 foram notificados 6.900 novos casos de HIV nesta região. Se compararmos os anos de 2020 e 2022, o Nordeste teve um aumento de 22,9% de novos casos de HIV (BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS, 2023).

Em dezembro de 2023, o Boletim Epidemiológico de HIV/aids voltou a apontar o aumento de casos em mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, o que corresponde à razão de 42 homens para cada dez mulheres soropositivas. De igual forma, o número de mulheres com HIV em idade reprodutiva, de 15 a 49 anos, representou 78,3% do total dos casos relacionados ao sexo feminino. Merece destaque, ainda, em 2022, o aumento de casos em mulheres com idade igual ou maior que 50 anos, correspondendo a 20,3% dos casos registrados. Em relação à escolaridade, verificou-se que 32,9% desse grupo possuíam ensino fundamental incompleto e domicílio no interior (BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS, 2023).

Em Alagoas, o alto número de infectados pelo HIV não difere das demais unidades federativas do Brasil. O estado possui 3.127.683 habitantes (IBGE, 2022) e ocupa a 7ª posição de casos registrados de pessoas vivendo com HIV da região Nordeste, o que corresponde a 10.612 pessoas soropositivas. O número de óbitos por infecções causadas pela aids foi de 2.745 casos. O município de Maceió ocupa a 6ª posição das capitais brasileiras com o maior número de casos de HIV, 5.931 casos e taxa de mortalidade de 7,6 casos para cada 100.000 habitantes. Em 2023, o governo de Alagoas apontou um crescimento nas estatísticas com 370 novos casos registrados de HIV, um acréscimo de 31,6% em relação ao ano de 2022, sendo 33% correspondentes à população feminina na faixa etária de 20 a 34 anos, muitas das quais residem no interior, apresentando baixas condições financeiras e pouca escolaridade. (BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS, 2023; GOVERNO DE ALAGOAS, 2023).

Este artigo objetiva analisar o cotidiano de mulheres soropositivas após o diagnóstico para o HIV e suas repercussões sociais no dia a dia.

## **2 material e método**

Trata-se de um estudo transversal, observacional, exploratório-descritivo e de natureza qualitativa realizado no período de 16 de novembro a 14 de dezembro de 2023 em um centro de referência no tratamento de HIV/aids de Maceió, Alagoas. Foram respeitados os fundamentos propostos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), em razão de o estudo ter caráter qualitativo (PORTUGAL et al., 2018; SOUZA et al., 2021). Para a categorização, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ (MATINS et al., 2022). O estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinki (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 2000).

A amostra foi composta por dez mulheres soropositivas para o HIV com idade variando entre 31 e 50 anos, média padrão de  $\pm 42,6$  anos, heterossexuais, casadas, monogâmicas, sendo 30% residentes na capital e

70% no interior do estado. Como forma de evitar a identificação das participantes foram utilizados pseudônimos, tipos de flores, em garantia da manutenção do sigilo absoluto de suas identidades.

Quanto à escolaridade, 10% eram analfabetas e 90% tinham ensino fundamental incompleto. Em relação à situação ocupacional, 60% da população pesquisada dependiam financeiramente dos maridos e 40% de auxílios sociais e de terceiros, desconhecendo, inclusive, a possibilidade de aposentarem-se por invalidez. O grupo possuía média salarial variando entre um e dois salários mínimos mensais.

O tempo de diagnóstico de HIV variou entre três e cinco anos, com média padrão de  $\pm$  quatro anos e meio, tendo elas sido infectadas por relações sexuais inseguras, sem o uso de preservativos. As especialidades clínicas mais procuradas foram ginecologia, infectologia e psiquiatria.

Todas as entrevistadas possuíam TARV em dia, sem interrupção, carga viral indetectável, CD<sub>4</sub> estável e em condições físicas, psíquicas e emocionais para a realização das entrevistas. 60% delas estavam em atendimento psicológico e 40% em atendimento psiquiátrico. Foram selecionadas por demandas espontâneas, escolhidas aleatoriamente na sala de espera ao aguardarem atendimentos médico-ambulatoriais. Ao serem discretamente abordadas, aceitaram participar deste estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foram levadas individualmente a uma sala de atendimento para as entrevistas.

Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa para a coleta de dados, sendo: um, biossociodemográfico, dividido em três partes: o primeiro, com questões pessoais (idade, religião, estado civil, dentre outras); o segundo, com questões profissionais (categoria profissional, situação de trabalho, dentre outras); e o terceiro referente à infecção (tempo de diagnóstico, CD<sub>4</sub> e carga viral); e outro, com perguntas específicas sobre o vírus HIV.

Quanto aos procedimentos éticos, considerando tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo seguiu todos os cuidados trazidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 510/2016.

Inicialmente, foi mantido contato com o setor de epidemiologia do centro de referência de tratamento de HIV/aids do município de Maceió, Alagoas, a fim de verificar a possibilidade de execução do projeto. Após o deferimento, o projeto foi enviado para análise à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo recebido autorização em 26/07/2023, sob n.º 5800.55735.2023. Já em mãos de todos os documentos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Inta – Uninta, campus Sobral, Ceará, obtendo o CAAE nº 74782823.7.0000.8133. Em 09/11/2023, recebeu o parecer final sob o nº 6.499.075.

Quanto aos procedimentos e à análise do material coletado foi utilizada a análise do conteúdo, cujo procedimento seguiu três etapas: “pré-análise” do conteúdo a fim de organizar todo o material coletado de forma a torná-lo operacional e sistematizado quanto às ideias iniciais a serem trabalhadas; “escolha dos documentos e exploração do material”, a partir da demarcação de todas as informações colhidas *in loco*, momento em que começaram as interpretações e inferências para assim utilizá-las na apresentação dos resultados; “tratamento e interpretação dos dados”.

### **3 resultados e discussão**

Os resultados apresentados, preliminarmente, coincidem com o perfil da infecção de HIV no Brasil, há alguns anos heterossexualizada, com grande prevalência em mulheres jovens, casadas, com baixa escolaridade, interiorizadas e em situação socioeconômica vulnerável. Esses dados vêm sendo apresentados desde os anos de 2010 a partir dos boletins epidemiológicos de HIV/aids.

De acordo com a UNAIDS (2019), a partir do relatório *Power to the People*, entre os anos de 2010 e 2018, a América Latina registrou um aumento de 7% de novos casos de infecções oportunistas causadas pela aids. O Brasil ficou no rol dos países com maiores altas, 21%, juntamente com o Chile (34%) e a Bolívia (22%), dados que confirmam o desconhecimento dessas populações em relação às formas de prevenção de contágio pelo vírus HIV e à cobertura do tratamento (UNAIDS, 2019).

Em relação à infecção pelo HIV no Brasil em pessoas com baixa escolaridade e baixo poder socioeconômico, a literatura vem mostrando que quanto maiores forem as vulnerabilidades sociais, mais demorada é a procura pelos serviços de saúde, o que torna o diagnóstico mais grave e com grandes possibilidades de manifestação clínica, como podemos observar nesta fala: “[...] só soube da doença porque apareceu umas manchas roxas nas minhas [...] partes íntimas, depois começou a [...] espalhar pelas pernas [...] coçava tanto que feria e fedia, [...] coçava muito, [...]” (E<sub>4</sub>, Cravo, 40 anos).

Para UNAIDS (2019), a gritante desigualdade de gênero reflete drasticamente nos números acentuados de mulheres contaminadas pelo HIV diariamente em todo o mundo, o que vem dando sustentação à perpetuação do vírus. A literatura vem mostrando o aumento de adoecimento por aids nos últimos anos, como podemos observar nos estudos de Pereira et al. (2022), ao concluírem que a falta de conhecimento sobre a infecção e o diagnóstico tardio têm aumentado o número de casos de aids no Brasil. Essas conclusões estão em conformidade com o relatório da UNAIDS (2019), ao afirmarem a necessidade de mais conscientização sobre a gravidade da infecção e esforços especiais para impedirem o avanço da epidemia.

Outros fatores também relacionados à disparidade socioeconômica e escolar influenciam negativamente os meios preventivos, contribuindo, segundo Damião et al. (2022), para o aumento de casos de aids ao reforçarem e (re)produzirem novas vulnerabilidades, impactando o diagnóstico, retardando o começo do tratamento e contribuindo no aparecimento das infecções oportunistas.

Assim, quando observamos e analisamos esse conjunto de informações colhidas a partir dos dados sociodemográficos, em tese, evidenciamos a estratificação social desse grupo de pessoas com HIV. Essas ocorrências envolvem pessoas que sobrevivem à margem da sociedade, invisíveis aos olhos públicos, com poucos recursos financeiros, muitas das quais residentes nos interiores, com baixa escolaridade, limitadas oportunidades de emprego, sem acompanhamento médico adequado. Essas desigualdades escancaram essa população ao contágio iminente com o vírus HIV e à exposição aos vários tipos de infecções oportunistas causadas pela aids, dentre estas, a tuberculose, a mais prevalente, como podemos observar na fala desta participante: “[...] tava com a doença no corpo [...] não sabia, a saúde tava fraca. [...] magrinha, muito viu! [...] tive pneumonia uma vez, depois tuberculose, mas o médico disse que tinha sido por causa das chuvas fortes que tava teno, [...] nunca passou para mim esse exame [...]” (E<sub>8</sub>, Íris, 49 anos).

Essas particularidades precisam ser (re)vistas a partir do mau funcionamento das políticas públicas de saúde adotadas contra o avanço dessa epidemia no Brasil, principalmente nos interiores longínquos, haja vista serem os meios preventivos precários, insuficientes e incapazes de resolverem os problemas diretamente relacionados às infecções causadas pela aids.

Quanto ao autocuidado, este indicador foi evidenciado a partir da unanimidade de adesão aos antirretrovirais utilizados no tratamento 100% das entrevistadas acreditavam na eficácia terapêutica dos medicamentos administrados contra o vírus HIV, mesmo diante dos efeitos colaterais e adversos apontados pelas participantes, como podemos observar nesta fala: “[...] fico zozna, [...] barriga dói, [...] perna treme, mas [...] continuo tomando os remédios, todos os dias, [...]” (E<sub>10</sub>, Hortênsia, 50 anos).

Convém ressaltar que a importância da manutenção do tratamento propicia ao soropositivo não somente o acesso gratuito e sem barreiras à TARV, mas também a outros serviços e ações de saúde que englobam: integralidade do cuidado; valorização da autonomia e criação de estratégias mais direcionadas a cada caso; articulação entre os diferentes níveis de saúde

e outras formas de tratamento voltadas ao enfrentamento do vírus, o que juntas podem ajudar na superação dos obstáculos advindos a partir do diagnóstico. Esse autocompromisso pode diminuir o risco de novos contágios e/ou retransmissão do vírus HIV, podendo ajudar o grupo a resgatar a autoestima e a autoconfiança, abaladas pelo diagnóstico (BRASIL, MANUAL DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIV/AIDS, 2008; BRASIL, DIAGNÓSTICO DE HIV, 2014; UNAIDS, 2019).

Para Almeida, Dantas e Maia (2021), acreditar na adesão terapêutica imediata e na manutenção do tratamento vem contribuindo para fortalecer um conjunto de medidas eficazes utilizadas como prevenção contra o adoecimento, o que demonstra a importância também do acompanhamento psicológico ou psiquiátrico nesse processo de saúde e doença. Em outras palavras, a eficácia do tratamento favorece o enfrentamento da epidemia de HIV, diminuindo as (auto)discriminações, os (auto)preconceitos e as (auto)rejeições, comportamentos comuns e presentes em muitos casos de pessoas que (sobre)vivem com esta IST. Entretanto, há necessidade da criação de medidas contra as rejeições sociais. (ALMEIDA, DANTAS; MAIA, 2021; MARIA; CARVALHO; FASSA, 2023), havendo ainda, segundo o Relatório *Power to the People* (2019), necessidade de mais esforços para serem corrigidas situações negativas que ainda impedem/atrapalham mais adesões ao tratamento contínuo contra o HIV.

Como se vê, esse atual contexto da epidemia trazido pelas potentes combinações de drogas vem conseguindo salvar vidas, estimulando a procura precoce por tratamento, favorecendo a diminuição da carga viral, propiciando o fortalecimento das defesas imunológicas e sobretudo protegendo essa população contra os vários tipos de infecções oportunistas. Essas afirmações que podem ser vistas, também, nos estudos realizados por Maria, Carvalho e Fassa (2023), ao constatarem que 84,8% dos pacientes com dispensação medicamentosa em dia, carga viral indetectável e em pleno acompanhamento clínico e psicológico voltaram a ter autoconfiança, o que evidencia a importância do diagnóstico precoce e o tratamento contínuo como meio de

prevenção e controle da epidemia de HIV. (MARIA; CARVALHO; FASSA, 2023).

Mas uma coisa é certa: a prevenção ao HIV continua e continuará sendo a melhor profilaxia. Para isso, o Ministério da Saúde criou em 2017 uma mandala combinada de prevenção contra o vírus. As combinações utilizadas vêm buscando reduzir novos contágios a partir de estratégias comportamentais, estruturais e biomédicas que podem ser usadas em conformidade com o momento e as necessidades de cada pessoa. Esse modelo de prevenção combinada e inteligente contra o contágio pode ser aplicado em múltiplos níveis e situações (individual, coletivo, nos relacionamentos, etc.), como mostra a figura 1.

Figura 1: Mandala de Prevenção Combinada contra o HIV



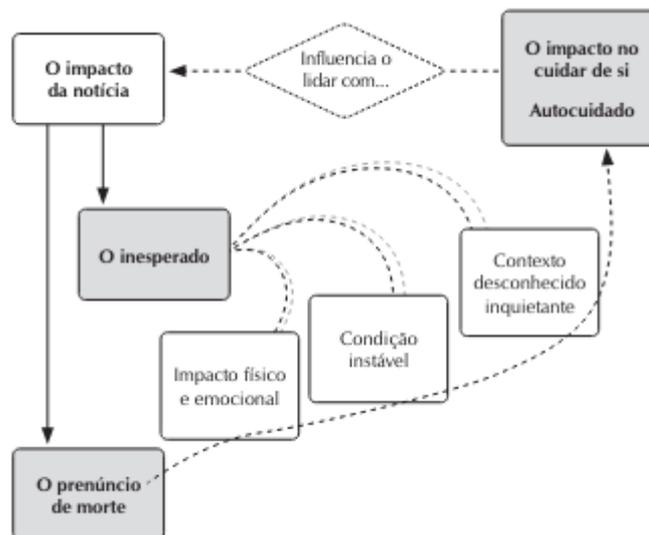
Fonte: Ministério da Saúde (2017).

Quanto aos resultados obtidos a partir das perguntas específicas sobre o HIV, esses foram organizados em três categorias: 1) Diagnóstico; 2) Família e rede de apoio; e 3) Significado social.

### 1) Diagnóstico

Não há nada mais difícil do que lidar com doenças. Cada pessoa tem uma forma particular de reagir e administrar esses acontecimentos. A aids é uma dessas enfermidades de difícil aceitação e adaptação em virtude de suas representações negativas que assolam e afetam emocionalmente as pessoas, causando medo e sofrimento. Do ponto de vista psicológico, o diagnóstico torna-se desafiador por atrelar à má-notícia um conjunto de crenças e valores subjetivamente formatados sobre a infecção, afastando a(s) possibilidade(s) imediata(s) do “cuidar de si”, ou dos meios possíveis de enfrentamento do vírus. A figura 2 mostra como se dá o fluxo de recebimento da notícia (diagnóstico).

**Figura 2:** Impacto do diagnóstico



Fonte: Mendes (2018).

Cercados a todo esse processo emocionalmente conturbado e descrito anteriormente na figura 2, estão os estigmas e preconceitos que interferem bruscamente na aceitação e qualidade de vida dessa população. Nesse estágio, considerar-se-á não somente o impacto da notícia trazido pelo diagnóstico, mas sobretudo as repercussões negativas que a pessoa terá que vivenciar até a vida começar a se ajustar ao novo contexto com a presença do vírus HIV. Por essas razões, o sofrimento é intensificado, evidenciando mais claramente os efeitos e os desafios que a própria infecção trará (CARVALHO; MONTEIRO, 2021; PAQUIELA et al., 2022).

De acordo com Muniz e Brito (2022), o impacto do diagnóstico é causado pelo medo excessivo do desconhecido, o que influencia negativamente a tríade formada pelo pensar, sentir e agir, desorientando a pessoa em sua plenitude, como podemos observar nos relatos a seguir:

[...] tomei um susto, não sabia nada da doença. Não acreditei. Fiquei tentando entender o que estava acontecendo comigo, fiquei parada no tempo para a ficha cair. [...] estava grávida. Tinha medo de passar para o bebê. Não falei a ninguém [...]. ainda tenho medo [...] que saibam [...] dessa história comigo. (E<sub>1</sub>, Rosa, 31 anos)

[...] foi um dia horrível. Fui pra casa e não sei como consegui pegar o ônibus. Tive muito medo, ódio [...]. Precisava de um tempo para entender tudo aquilo. Repeti o exame duas vezes. Queria ter certeza. Quando o resultado do novo exame saiu [...] queria sumir. (E<sub>4</sub>, Cravo, 40 anos)

[...]. Fiquei tão desorientada que parei de ir no médico. Só que começou a sair umas bolhas com água em minha pele, como alergia e começou a estourar coçando muito e doer. Foi depois disso que comecei a tomar os remédios. (E<sub>5</sub>, Bromélia, 45 anos)

Para Lima Junior (2023), as reações emocionais e instantâneas são respostas mentais-inconscientes que ocorrem em decorrência do próprio estresse causado pela notícia inesperada, tendo em vista o fato de os estímulos sensoriais alterarem as funções cognitivas, causando comportamentos desadaptativos e desproporcionais. No caso da aids, por exemplo, o medo iminente da morte surge em razão das próprias histórias ruins acumuladas pela infecção em todos esses anos de epidemia, como podemos observar nestas falas:

[...] foi como bomba tivesse explodido na minha mão. Fiquei parada por um tempo, em choque. Parei no tempo e fiquei pensando [...] que ia morrer, morrer, morrer, que não tinha mais jeito nenhum para mim, [...] acabou a minha. (E8, Íris, 49 anos)

[...] eu não acreditei no que estava acontecendo. Era um engano aquilo. Eu nunca trai meu marido. Não queria morrer. Fui para casa me lavei toda e dormi, acordei angustiada. Até hoje, não sei porque estou vivendo isso. (E10, Hortênsia, 50 anos)

Estudos publicados por Gomes et al. (2019), com 165 pessoas com HIV e em tratamento ambulatorial, mostraram que o medo excessivo da morte é uma das cognições mais presentes entre as pessoas que vivem com a infecção. Esse sentimento negativo costumeiramente evoca o aparecimento de gatilhos emocionais e desencadeia conflitos emocionais, dificultando o viver e as relações do presente. Apesar de a morte ser um processo natural e inevitável que integra o ciclo biológico da vida, para as pessoas que vivem com algum tipo de enfermidade transforma-se num fenômeno ameaçador, despertando raiva, angústia, sofrimento e muita dor, paralisando-as.

Em outras palavras, isso acontece em decorrência de cada pessoa ter um modelo biopsicossocial diferente de ser e lidar com os eventos estressores que surgem. Cada pessoa tem uma forma particular de reagir aos acontecimentos, sejam positivos ou negativos. Essa (des)organização emocional acontece em decorrência da impossibilidade de os componentes afetivos, cognitivos e comportamentais não permitirem a dissociação entre eles, o que termina influenciando os níveis e intensidades da dor emocional. Logo, encontrar estratégias emocionais de bem-estar pode ajudar a diminuir os inúmeros problemas causados pelo diagnóstico positivo para o HIV e devolver o equilíbrio, a paz e a saúde mental.

## **2) Família e rede de apoio**

A epidemia de HIV vem dia a dia expondo-se de diferentes maneiras. Essa ausência de perfil vem mostrando a infecção por diferentes ângulos, cujos sinais ou sintomas, muitas vezes, podem passar despercebidos e levar anos para essa infecção aparecer.

A partir dessa janela imunológica abre-se a possibilidade de múltiplas manifestações clínicas, subsidiando o ataque impiedoso do vírus HIV ao sistema imunológico sadio, enfraquecendo-o. Assim, caso a infecção não seja diagnosticada precocemente e tratada a tempo, as várias formas de adoecimento por aids poderão levar o indivíduo a óbito rapidamente. Sendo assim, saber do diagnóstico antecipadamente vai além de identificar a presença do vírus na corrente sanguínea.

Esse processo doloroso vivenciado causa sentimentos ruins. A criação de estratégias emocionais com meios assertivos para o enfrentamento se torna prioridade para a manutenção da própria vida, como podemos observar nos relatos seguintes:

[...] ainda me lembro como hoje, o chão se abrir [...] como um buraco fundo que me puxava para dentro. [...] me senti muito mal. Não conseguia pensar em mais nada, nada. Com o tempo fui buscando meios para sair daquele poço [...]. (E7, Tulipa, 46 anos)

Fiquei tão desesperada que foi preciso [...] pedir ajuda de minha irmã para eu ir para casa e ter forças para contar para minha mãe. [...]. (E9, Gérbera, 50 anos)

Nesse momento, o acolhimento torna-se primordial para (res)tabelecer o equilíbrio psicoemocional. Por isso, o cuidado surge como bálsamo ao tentar minimizar a dor e amparar o sofrimento, o que poderá ajudar a (r)estabelecer caminhos em prol do bem-estar, como podemos observar nos relatos seguintes:

[...] fiquei tão assustada que não conseguia mais pensar. Só chorava, chorava, [...] não sabia mais nada dessa doença. [...] somente minha filha mais velha sabe, ela que me traz no médico [...] não comentamos esse assunto em casa até hoje, temos medo da reação das pessoas. (E5, Bromélia, 45 anos)

[...] fui para casa, só tive coragem de falar que tinha essa doença a minha mãe, ela me encorajou a enfrentar o medo que sentia [...]. Até hoje, somente minha mãe e minha irmã sabem disso, [...], nem os meus filhos eu falei. Tenho receio em minha cabeça deles não aceitarem essa doença e terem nojo de mim, como já conteceu com alguém que conhecia e tinha o mesmo problema [...]. (E8, Íris, 49 anos)

Para Kübler Ross (2020), a representação da morte está diretamente associada a dificuldades de a pessoa lidar com o sofrimento psíquico e,

consequentemente, administrar a dor. Assim, quanto mais cercada por valores morais e religiosos, maiores serão as crenças e os receios produzidos sobre a finitude, sobre o morrer.

Em verdade, esse medo é um mecanismo de defesa inconsciente que protege a vontade involuntária do querer viver. Por isso muitas doenças naturalmente provocam esse sentimento avassalador e persecutório, como, por exemplo, o câncer. A aids vem desde o surgimento atrelando a seus diagnósticos um conjunto de crenças, valores e reações emocionais intensas, desmedidas e bastante sofridas levando ao desequilíbrio, como podemos observar nestas falas:

[...] fiquei desorientada [...] sem tomar os remédios, escondi do médico. Quero ainda viver muito, apesar de não tenho mais força, mas não quero morrer [...] praticamente não saio de casa. (E<sub>2</sub>, Orquídea, 34 anos)

[...] me urinei toda, [...] sem saber o que fazer. Achei que fosse morrer logo. Fiquei sem entender, se era verdade aquilo ou pesadelo. (E<sub>3</sub>, Girassol, 35 anos)

Nesse cenário, o acolhimento torna-se necessário, (r)estabelecendo o convívio diário, apesar de ainda existirem pessoas soropositivas para o HIV que preferem manter o sigilo de seu próprio diagnóstico, evitando assim possíveis incompreensões, críticas, distanciamentos ou preconceitos, o que acentua ainda mais o sofrimento, como podemos observar no relato a seguir: “[...] ninguém de minha família sabe, [...] ninguém vai saber [...] é um problema meu, só meu. [...]”. (E<sub>3</sub>, Girassol, 35 anos)

Essas representações de manutenção absoluta do sigilo de doenças crônicas, em especial relacionadas ao HIV/aids, em tese, reportam às históricas enfermidades estigmatizadas que já acometeram a sociedade, muitas das quais sobreviventes e retroalimentadas no imaginário de pessoas desinformadas sob rótulos diferentes e definições preconceituosas diversas, causando aos infectados o afastamento social, como já aconteceu com outras doenças no passado, tais como: tuberculose, lepra e, mais recentemente, com a covid-19, quando muitas pessoas diagnosticadas com o vírus SARS-Cov-2

preferiam o anonimato ao acolhimento, escondendo o diagnóstico e o tratamento como forma de se preservarem de possíveis ataques morais em forma de depreciações pessoais e/ou desvalorizações sociais.

Estudos realizados por Sousa et al. (2022), com pessoas diagnosticadas com covid-19, identificaram que os processos discriminatórios-estigmatizantes contribuíram para o aparecimento de transtornos psíquicos, potencializaram o medo, alteraram comportamentos e impediram, em alguns casos, de pacientes procurarem ajuda médica especializada logo nos primeiros sintomas. No caso do HIV, esconder o diagnóstico pode se tornar um grande problema a curto prazo e aumentar o sofrimento, agravando o quadro clínico, elevando a transmissibilidade e acentuando as possibilidades de óbito iminente.

### **3) Significado social**

A aids surge na vida das pessoas com representações sociais variadas, estabelecendo um marco divisor de águas a partir do diagnóstico. Para uma das entrevistadas a notícia inesperada significou “[...] o fim de [...] uma vida, [...] um sofrimento que não termina, [...]” (E<sub>7</sub>, Tulipa, 46 anos).

Observa-se em outros relatos que os efeitos do impacto do diagnóstico são diluídos e misturados em novas situações de violência que são vivenciadas, muitas vezes, no dia a dia, trazendo alguns significados sociais, dentre esses, rejeição e isolamento. Diante dessa evidência, é fundamental, após o diagnóstico, um eficiente suporte psicoterápico a fim de promover a segurança e o bem-estar da pessoa soropositiva. Nos relatos a seguir, vemos como as aflições são expostas e como se dá a forma de manutenção do sigilo sobre a infecção.

[...] faço de tudo para [...] não saberem que tenho essa doença. [...] prefiro vim aqui neste postinho, bem mais longe de minha casa, para pegar os remédios, [...] meus filhos já perguntaram que remédio é aquele que eu tanto tomo, [...] tomei um susto com a curiosidade dele. [...]. (E<sub>2</sub>, Orquídea, 34 anos)

Tenho muito medo de encontrar pessoas que conheço aqui, no Posto [...]. Uma vez vi o meu vizinho aqui em frente, fui correndo me esconder dentro do banheiro para ele não me ver. (E7, Tulipa, 46 anos)

Essa instabilidade emocional surge em decorrência do temor excessivo da exposição, de estigmas e preconceitos, impondo a vigília permanente e evidenciando ainda mais os estereótipos trazidos pela própria epidemia de HIV, onde as consequências são ampliadas, passando a interferir de forma sistêmica nas relações interpessoais desse grupo. Segundo Teixeira e Porto (1998, p. 56), essa violência psicológica separa o indivíduo da coletividade,

[...] consolidando crenças, dúvidas, fantasmas, articulando-os em uma totalidade que guarda significações coletivas acumuladas, [servindo, de [...]] guia para interpretar experiências [...] em todos os aspectos da vida cotidiana, [engendrando [...]] formas subjetivas particulares. Seu impacto caracteriza-se por dois aspectos: 1) transforma as relações sociais, fazendo de cada indivíduo uma vítima atual ou potencial, ou um suspeito permanente, desenvolvendo formas de solidariedade e identificação ou colocando uns contra outros; 2) cria novos lugares de encontro, de socialidades, originando aventuras comunitárias de proteção coletiva, que mobilizam os grupos em torno das figuras do medo.

Em outras palavras, a representação do medo pela exposição do diagnóstico torna-se uma violência materializada e (de)composta em variedades e manifestações distintas de reações, ameaçando a saúde mental e provocando emocionalmente um conjunto de efeitos nocivos que interferem nas relações sociais e no desenvolvimento da pessoa, levando-a à prostração e influenciando negativamente, muitas vezes, no autocuidado,

[...] todas as vezes que vou pegar os remédios [...] prendo os cabelos e uso um lenço para não me reconhecerem, [...]. Já até pensei em parar com o tratamento, mas o médico disse que seria pior e eu não aguentaria os problemas por causa disso, [...]. Assim, né, não sei o que é pior [...]. (E7, Tulipa, 46 anos)

Estudos publicados por Damião et al. (2022) constataram que a violência psicológica vivida por pessoas soropositivas para o HIV evoca um conjunto de representações pessimistas diretamente relacionadas à infecção, onde o diagnóstico, o medo iminente da rejeição social, a aparência física, dentre outras situações vivenciadas, geram vergonha, tornando o enfrentamento solitário e sofrido. Por conseguinte, os tratamentos vêm dia a

dia tentando proporcionar uma melhor qualidade de vida para essa população, muito embora ainda prevaleçam na sociedade pensamentos preconceituosos cultuados no início da epidemia de HIV, quando alguns sinais físicos de debilitação, emagrecimento acentuado, manchas pelo corpo, rostos afunilados sem adiposidades e olhares abatidos simbolizavam pejorativamente a infecção por aids, levando pessoas a serem rotuladas por expressões não mais aceitas nos dias atuais, como a de “aidéticos”.

### **Considerações finais**

A epidemia de HIV há mais de quatro décadas vem repercutindo negativamente nas relações sociais, dificultando o enfrentamento da infecção no Brasil. A exclusão de pessoas ou grupos em decorrência do estado sorológico para o HIV constitui fardos (in)visíveis que se escondem nas relações sociais, desorganizando os ambientes e refletindo nos vínculos afetivos e emocionais em decorrência das alterações que passam a produzir e defenestrar vidas.

Apesar da evolução e eficácia do tratamento contra o adoecimento por aids, estigmas, discriminações e preconceitos continuam interferindo na aceitação do diagnóstico e desencadeando uma série de representações sociais negativas da infecção, interferindo sistemicamente no bem-estar psicoemocional e social das pessoas que (sobre)vivem a duras penas ao vírus HIV. Essa realidade demonstra a necessidade urgente de criação de políticas públicas e mais serviços especializados para essa população ainda invisível aos olhos públicos.

### **Referências**

ALMEIDA, D.B.; DANTAS, P.S.; MAIA, L.F.S. *Não adesão ao tratamento de HIV/aids*. São Paulo, Rev Recien., v. 11, v. 36, p. 483-489, 2021. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/531/550>. Acesso em: 6 abr. 2024.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL (WMA). *Declaração de Helsinki: Princípios Éticos para Pesquisa Médica em Seres Humanos*. Edimburgo, Escócia, 52<sup>a</sup> Assembleia Geral, 2000. Disponível em: <https://www.gtp.org.br/new/documentos/helsinki.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2024.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico de Aids/DST* (2010). Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2010. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/node/77>. Acesso em: 6 abr. 2024.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico de HIV/Aids* (2023). Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>. Acesso em: 6 abr. 2024.

BRASIL. *Diagnóstico de HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diagnostico\\_hiv\\_2014.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diagnostico_hiv_2014.pdf). Acesso em: 6 abr. 2024.

BRASIL. *Manual de adesão ao tratamento de HIV/aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_adesao\\_tratamento\\_hiv.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf). Acesso em: 6 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao\\_combinada\\_-\\_bases\\_conceituais\\_web.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view). Acesso em: 6 abr. 2024.

BRASIL. *Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 510/2016*. Brasília: Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 6 abr. 2024.

CAMPANY, L.N.S.; AMARAL, D.M.; SANTOS, R.N.O.L. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 374-383, abr.-jun, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/59QZ8jvL3p5Kq6qJnSKqdrJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2024.

CARVALHO, J.M.R.; MONTEIRO, S.S. Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 6, e00169720, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YPNSbgyxRYMPcjLWXFFXkgR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2024.

DAMIÃO, J.J.; AGOSTINO, R.; MAKSDUD, I., FILGEUIRAS, S.; ROCHA, F.; MAIA, A.C.; MELO, E.A. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 163-174, jan.-mar., 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2022.v46n132/163-174/pt>. Acesso em: 6 abr. 2024.

GOMES, A.M.T.; SANTOS, A.D.S.; MARQUES, S.C.; NOGUEIRA, V.P.F.; PAULA, G.S.; VARGENS, O.M.C. Representações sociais da morte para pessoas que vivem com HIV/aids. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 27, e33407, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/33407>. Acesso em: 6 abr. 2024.

GOVERNO DE ALAGOAS. *Hospital Hélvio Auto registra aumento de 31% em casos de HIV/aids em 2023*. Maceió: Portal do Governo do Estado, 2023. Disponível em: <https://alagoas.al.gov.br/noticia/hospital-helvio-auto-registra-aumento-de-31-em-casos-de-hiv-aids-em-2023>. Acesso em: 6 abr. 2024.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os pacientes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. Ebook. São Paulo: Martins Fontes, 2020. Disponível em: [https://www.academia.edu/44361232/SOBRE\\_A\\_MORTE\\_E\\_O\\_MORRER\\_Elisabeth\\_Kubler-Ross](https://www.academia.edu/44361232/SOBRE_A_MORTE_E_O_MORRER_Elisabeth_Kubler-Ross). Acesso em: 6 abr. 2024.

LIMA JUNIOR, C.M.; LIMA JUNIOR, J. O luto em torno do HIV/aids: análise da vivência do luto frente ao diagnóstico. *Id on Line Rev. Psic.*, v.18, n. 70, p.158-180, fev., 2024. 10.14295/idonline.v18i70.3958. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3958/5964>. Acesso em: 6 abr. 2024.

MARIA, M.P.M.; CARVALHO, M.P.; FASSA, A.G. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 39, n. 1, e00099622, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jPhrfmtfSvRFtYkmSX3thgp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2024.

MARTINS, K.N.; PAULA, M.C.; GOMES, L.P.S. SANTOS, J.E. O software IRAMUTEQ como recurso para a análise textual discursiva. *Rev. Pesq. Qualitativa*, São Paulo, v. 10, n. 24, p. 213-232, abr./ago., 2022. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/383>. Acesso em: 6 abr. 2024.

MENDES, A.P. Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico da hermenêutica. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 71, n. 1, p. 182-189, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wKBQX5trfTQwszQ89ftw9Jd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2024.

MUNIZ, C.G.; BRITO, M.C. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia? *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1093-1106, out.-dez., 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bJ3jGxzkFfYnCKKWxfMhvSr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2024.

MUÑOZ, R.L.S.; MIGUEL, L.D.P. *Estigma e discriminação sociais como fardo social oculto no processo saúde-doença*. João Pessoa: UFPB, 2020. Disponível em: <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/view/828/866/815-1>. Acesso em: 6 abr. 2024.

OLIVEIRA, A.C.S.; MARANHÃO, J.S.C.; KASSAR, S. Estresse e alergia: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 5, n. 6, p. 24120-24129, nov./dez., 2022. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/55255>. Acesso em: 6 abr. 2024.

OLIVEIRA, D.; MOREIRA, D.M. HIV: história e perspectivas. *UNISANTA Bioscience*, v. 12, n. 1 p. 40-50, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/index.php/bio/article/viewFile/3329/2311>. Acesso em: 6 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Relatório Global: estatística de HIV/aids*. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids, 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/#:~:text=Em%202022%2C,relacionadas%20%C3%A0%20AIDS%20em%202022>. Acesso em: 6 abr. 2024.

PAQUIELA, E.O.A.; FIGUEIREDO, E.B.L.; MUNIZ, M.P.G.M.; ABRAHÃO, A.L. O sofrimento de mulheres que vivem com HIV e o amor interior como prática revolucionária. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. Especial, p. 75-84, dez., 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2022.v46nspe/7/75-84/pt>. Acesso em: 6 de abr. 2024.

PORTUGAL, A.C.; SANTOS, C.H.S.; CAMPOS, F.M.; LEONI, L.; FRANÇA, R.R.; SILVA, V.S.; LUBISCO, N.M.L.; RÊGO, R.F. Artigo científico na área de saúde: diretrizes para sua elaboração e avaliação. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v. 17, n. 2, p. 265-271, mai./jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/25135>. Acesso em: 6 abr. 2024.

SOUSA, A.R.; CERQUEIRA, S.S.B.; SANTANA, T.S.; SUTO, C.S.S.; ALMEIDA, E.S.; BRITO, L.S.; CASADO, E.; CARVALHO, E.S.S. Estigma vivenciado por homens diagnosticados com COVID-19. *Rev. Bras. Enferm.*, n. 75, Suppl. 1, e20210038, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qp7FHLqp6yFJbfQPJGcDGbB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2024.

SOUZA, V.R.S.; MARZIALE, M.H.P.; SILVA, G.T.; NASCIMENTO, P.L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*, n. 34, Eape02631, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2024.

TEIXEIRA, M.C.S.; PORTO, M.R.S. Violência, insegurança e imaginário do medo. *Cadernos Cedes*, ano 19, n. 47, p. 51-66, dez., 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/hfmBXLZSpMZCDxv9W3XzBdt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2024.

UNAIDS. *Power to the People / Poder para o Povo*. Estados Unidos/São Paulo: ONUSIDA, 2024. Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/power-to-the-people\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/power-to-the-people_en.pdf). Acesso em: 6 abr. 2024.

Recebido em Maio de 2024.  
Aprovado em Junho de 2024.