


DIAGNÓSTICO POSITIVO PARA HIV E A REORGANIZAÇÃO DA VIDA

 <https://doi.org/10.56238/arev6n2-144>

Data de submissão: 15/09/2024

Data de publicação: 15/10/2024

Fernanda Maria Souza Juliano

Mestra em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Filiação: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Melina Raquel Theobald

Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Filiação: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Sônia Maria Oliveira de Andrade

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP)

Filiação: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

RESUMO

Este artigo resulta de um estudo qualitativo que objetivou compreender como se reorganizou a vida de pessoas que vivem com HIV (PVHIV) após no mínimo um ano de vivência com a doença. Para isto, foram realizadas entrevistas com algumas questões geradoras antecedidas por caracterização dos sujeitos. A metodologia escolhida para organização dos dados foi Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), tendo como referencial teórico a psicanálise e produções científicas referentes ao tema. O resultado é referente a um eixo temático nomeado como “Vivência subjetiva e adaptação a partir da doença”, que constituíram três discursos do sujeito coletivo (DSC), estes foram nomeados pelas ideias centrais (ICS): (1) ressignificação a partir da doença, (2) repercussões biopsicológicas do diagnóstico; e (3) silêncio com autoproteção. Concluiu-se que não há apenas um modo de reorganizar a vida a partir do diagnóstico, porém é correto afirmar que o estigma da doença tem influência direta em todos os sujeitos.

Palavras-chave: Infecções por HIV. Psicanálise. Estigma Social. Assistência ao Paciente.

1 INTRODUÇÃO

O HIV é uma doença infecciosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana, que se caracteriza pela supressão da imunidade mediada por células T, levando ao desenvolvimento da Aids. Por ser considerada uma doença crônica após o desenvolvimento do tratamento antirretroviral (TARV) o HIV/Aids traz consigo vários desafios em relação ao cuidado para os profissionais de saúde, estes desafios vão além do controle da epidemia e avançam para a importância da disseminação da informação e luta contra a discriminação e estigmas sociais presentes na vivência com a doença (Fonseca, Santos & Araújo, 2020).

Com o avanço do tratamento e controle epidêmico surgiram maneiras de adaptação ao HIV/Aids chamadas de soradaptativas. Estas se mostram como formas de administrar as adversidades de ser infectado e poder gerir os riscos individuais. Dessa forma, a longa convivência com o vírus e seu tempo de existência, assim como resistência ao preservativo, propagação do conhecimento sobre o tratamento de profilaxias pré e pós-exposição estão associados ao aumento do sexo desprotegido para o HIV. No Brasil, há de se considerar outro fator como o aumento do conservadorismo, fato presente nos últimos tempos, diante de uma falsa informação de que a epidemia de Aids estaria controlada ou até mesmo finalizada (Rios, 2021). Entretanto, é necessário um olhar mais atento a epidemia, a considerar o aumento de número de casos de Aids, sendo no Brasil esse percentual mais evidenciado entre a faixa etária de jovens de 15-24 anos, entre 2007 e 2019 (Almeida; Ribeiro & Bastos, 2022).

Há de considerar a complexidade do tema, tendo em vista que o HIV/Aids foi associado ao longo do tempo com comportamentos julgados inapropriados socialmente, o que trouxe um caráter de culpabilidade as pessoas que foram infectadas com o vírus. A Aids traz consigo uma origem dupla, isso devido ao fato de poder ser classificada assim como câncer no âmbito do microprocesso como invasão. E a segunda vertente está relacionada a transmissibilidade, gerando significados de metáfora antiga relacionada a poluição, se equiparando à sífilis (Cazeiro, Silva & Souza, 2021).

Os estigmas em volta do HIV relacionados aos grupos de riscos potencializaram-se por meio da mídia, que na época reforçou a distorção em conjunto com a estigmatização da Aids como uma doença sem cura e fadada a morte. O resultado disto foi uma generalização do sentimento de rejeição, medo e estigmatização para com as pessoas que vivem com o HIV/Aids, tendo maior impactado no Brasil sobre os homossexuais e usuários de drogas injetáveis (Villarinho & Padilha, 2016).

Senso assim, ainda hoje, em graus menores, nos deparamos com os preconceitos, medos e tabus direcionados a determinados grupos de risco, que foram estigmatizados pelos comportamentos não aceitos na sociedade (Villarinho & Padilha, 2016).

Com o peso do estigma, pesquisas no âmbito da saúde evidenciam como o diagnóstico da infecção pelo HIV produz um impacto e mudança de perspectivas em relação ao sujeito e ao contexto vivenciado, repercutindo na esfera social e pessoal e podendo atingir as relações interpessoais e a autoestima destes sujeitos (Sá & Santos, 2018).

Desta forma, considerando o impacto na subjetividade, sexualidade e vida em que se pode encontrar na literatura a partir do impacto do diagnóstico, o presente estudo objetivou, por meio de pesquisa qualitativa, compreender como que as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) se reorganizaram a partir de um tempo de vivência com a doença, articulando e interpretando com base na literatura atual da temática e da psicanálise.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um eixo dos resultados e discussões de uma pesquisa qualitativa, descritiva, seccional, tendo como base dados primários coletados em entrevistas com o grupo-alvo, sendo este, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos e aprovado pelo parecer nº 4.371.174 por preencher os requisitos éticos da legislação vigente.

A metodologia qualitativa se define a partir do desenvolvimento de conceitos por meio de fatos, ideias, opiniões, como também da compreensão e interpretações atribuídas aos dados coletados ligados ao problema de pesquisa. Isto é, a pesquisa qualitativa se liga com as vivências e suas interpretações dos fenômenos sociais estudados (Soares, 2019).

A pesquisa foi realizada em um Hospital Dia Unidade de doenças infecciosas e parasitárias (UDIP). A amostra do estudo se configurou como uma amostra não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão utilizados foram: pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, em acompanhamento no Hospital Dia, há pelo menos um ano. Foram critérios de exclusão pessoas que apresentavam déficit cognitivo e indígenas aldeados.

A coleta de dados aconteceu entre o período 15 a 30 de julho de 2021, cujo processo se deu em três etapas: (1) identificação pela equipe do Hospital Dia dos participantes que se encaixavam nos critérios de inclusão para realização do primeiro contato; (2) apresentação da pesquisa, seus objetivos, benefícios e riscos e convite para participação na pesquisa, cuja concordância foi registrada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (3) registro dos dados de caracterização do participante seguido pela entrevista semiestruturada com questões norteadoras.

Em relação aos registros, foi solicitada autorização de gravação de áudio para posterior transcrição dos dados. As entrevistas aconteceram na sala de atendimento Psicológico do Hospital Dia,

sendo garantidos o sigilo e confidencialidade, sendo disponibilizado ambiente climatizado, com mesas e cadeiras adequadas, privacidade e livre de interferências.

Para organização dos dados das entrevistas foi adotado a metodologia do Discurso do sujeito coletivo (DSC) (Lefèvre & Lefèvre, 2005), que se caracteriza como “uma descrição sistemática da realidade e reconstrução do pensamento coletivo como produto científico” (Lefèvre & Lefèvre, 2014, p.504).

Os dados são organizados a partir de seis etapas no DSC: (1) analisar questões isoladamente; (2) identificação e sublinhação das expressões chaves, ideias centrais e ancoragens; (3) identificação das ideias centrais; (4) identificar e agrupar ideias centrais do mesmo sentido; (5) realizar agrupamentos com objetivo de nomear uma ideia central que abrange de melhor forma o sentido; (6) construção do DSC (Lefèvre & Lefèvre, 2005).

A análise e interpretação dos dados ocorreram a partir do aporte teórico da psicanálise junto a produção científica do tema.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 20 participantes aleatórios, homens (14) e mulheres (6). A caracterização dos participantes serviu de subsidiária à discussão diante da identificação de possíveis variáveis e encontra-se melhor ilustrada na Tabela 1:

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis demográficas e sociais.

| Variáveis | Nº | % |
|---------------------------------|----|----|
| Sexo | | |
| - Masculino | 14 | 70 |
| - Feminino | 6 | 30 |
| Idade (em anos) | | |
| - 24-33 | 7 | 35 |
| - 34-43 | 4 | 20 |
| - 44-53 | 5 | 25 |
| - 54-63 | 1 | 5 |
| - 64 e mais | 3 | 15 |
| Orientação sexual | | |
| - heterossexual | 14 | 70 |
| - homossexual | 6 | 30 |
| Religião | | |
| - Católica | 7 | 35 |
| - Evangélica | 7 | 35 |
| - Cristã | 2 | 10 |
| - Umbanda | 1 | 5 |
| - Não possui | 3 | 15 |
| Escolaridade | | |
| - ensino fundamental incompleto | 8 | 40 |
| - ensino fundamental completo | 1 | 5 |
| - ensino médio incompleto | 1 | 5 |

| | | |
|------------------------------|---|----|
| - ensino médio completo | 5 | 25 |
| - ensino superior incompleto | 2 | 10 |
| - ensino superior completo | 3 | 15 |
| Tempo de vivência (em anos) | | |
| - 1-5 | 6 | 30 |
| - 6-10 | 2 | 10 |
| - 11-15 | 5 | 25 |
| -16-20 | 3 | 15 |
| - 21-25 | 4 | 20 |

A amostra foi composta 14 homens (70%) e 6 mulheres (30%), este dado pode ser relacionado com a distribuição por sexo de pessoas vivendo com HIV/Aids constante do-Boletim Epidemiológico de 2021 (junho de 2007 a junho de 2021), em que todas as regiões apresentam maior incidência da doença em homens, sendo no Centro Oeste o número de 1789 casos em homens para e 643 casos em mulheres (Brasil, 2021). As questões de gênero podem ser levadas em consideração em relação esses dados, a considerar que homens se apresentam mais restritos ao autocuidado devido a questões culturais, sendo machismo (o que é ser homem e as noções de virilidade), concepção do uso de preservativos apenas como prevenção da gravidez e diminuição do prazer por uso de preservativos, fatores importantes a considerar.

A faixa etária com número maior de participantes foi a de 24-33 anos, com o total de 7 participantes (35%), seguidos de 44-53 anos (25%) e 34-43 anos (20%). Conforme o Boletim Epidemiológico (2021) pode-se observar que a faixa etária que apresenta maior índice de infecção por HIV corresponde a 20-34 anos (52,9%) (Brasil, 2021).

A orientação sexual foi outro dado obtido, que foi ao contrário do que consta do referido Boletim Epidemiológico e ao estigma, na pesquisa 14 participantes (70%) se declararam heterossexuais e 6 participantes homossexuais (30%), sendo nos dados do boletim 52,1% dos casos se deram por exposição homossexual e bissexual em homens e em mulheres 86,8% dos casos em heterossexuais (Brasil, 2021).O estigma da doença carregado por Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) faz com quem estes sejam responsáveis pela maior quantidade de práticas soradaptativas e consumo de conteúdo biomédico (Rios, 2021).

Quanto a escolaridade a maior parte dos participantes apresentou ensino fundamental incompleto 8 (40%), em seguida ensino médio completo 5 (25%) e ensino superior completo 3 (15%). De acordo com o Boletim Epidemiológico houve um percentual elevado de escolaridade não relatada, impedindo uma avaliação desta variável, sendo a escolaridade relatada em sua maioria pessoas com ensino médio completo (21,5%) (Brasil, 2021). É importante ressaltar que o nível de escolaridade é um fator de importância dentro do tratamento do HIV e seu enfrentamento, assim como demonstrou esta pesquisa, sendo que pode apresentar interferências de acordo como o sujeito compreende e elabora

o impacto do diagnóstico, sendo as formas de enfrentamento mais saudáveis pautadas na compreensão da do funcionamento da doença, propiciando melhor adesão e diminuindo as chances de abandono ao tratamento.

O tempo de vivência com a doença variou de 1 a 25 anos, sendo o maior índice de 1-5 anos, 6 participantes (30%), depois 11-15 anos, 5 participantes (25%) e 21-25 anos, 4 participantes (20%). Dados da literatura apontam que pessoas que vivem mais tempo com o HIV são propensas à melhor aceitação e adaptação à doença, tendo como resultado melhor adesão aos tratamentos (Oliveira et al., 2015; Foresto, et al. 2017; Hipólito et al., 2017).

Os resultados das entrevistas foram agrupados no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), seguindo as etapas metodológicas: identificação das expressões chaves e conteúdos semânticos similares dando origem a ideias centrais. Estas ideias centrais, por sua vez, constituíam-se de palavra ou expressão que abarca o conteúdo discursivo, para posteriormente ocorrer o agrupamento de expressões chaves correspondentes a cada ideia central, formando-se assim o DSC.

Dessa maneira, o presente artigo corresponde a um eixo temático da pesquisa nomeada Vivência subjetiva e adaptação a partir da doença, do qual abrange três ideias centrais principais discutidas a seguir a partir dos DSC: (1) Ressignificação a partir da doença; (2) Repercussões biopsicológicas do diagnóstico; e (3) Silêncio como autoproteção. Estes três discursos representam nos conteúdos expressos diferentes formas de lidar com o diagnóstico após uma vivência com doença.

4 RESSIGNIFICAÇÃO A PARTIR DA DOENÇA

A presente ideia central se dá a partir do impacto do diagnóstico, construção de aceitação da doença coletiva (elaboração psíquica do fato) e resignificação da sexualidade (da forma de relação consigo próprio e terceiros), o que resultou em mudança de sentidos diante da vivência com a doença, como discorre o DSC:

Eu tive que aceitar, fazer o quê. Fiquei bem abalada e hoje, assim, eu aceito. Hoje eu estou, já... com essa coisa. Ou me quer ou não quer. Se gostar de mim vai me aceitar do jeito que eu sou. Eu coloquei isso na minha cabeça. Foi difícil, foi difícil no começo sim.

Porque não tem como isso não mexer com você né. Eu procuro viver uma vida normal, igual eu falo eu procuro viver uma vida normal, só lembro disso quando eu vou tomar remédio e quando venho aqui só, não penso durante o dia, não penso nada, entendeu. Então tipo assim depois que eu comecei a ter essa postura, eu percebi que eu comecei a ter uma convivência melhor, até comigo né, internamente né.

A partir do momento que eu comecei a fazer o tratamento e eu comecei a me entender mais, a me aceitar mais, eu me permiti a tipo me amar mais, independente do diagnóstico ... tem mal

que vem para bem, né? Hoje em dia como pessoa assim de estabilidade emocional eu acho que eu sou muito confiante, sabe? Muito bem decidido. Depois que veio minha segurança, eu consegui me relacionar com outras pessoas, voltei a me sentir bonito, a me cuidar mais.

Fui entendendo tudo isso, fui vendo como é, aí é essa questão da sexualidade foi ficando mais tranquilo assim. Para mim... para mim foi pra melhor, eu passei a me amar mais, é... não digo em questão de estética nem nada, mas assim questão de... é... com quem eu me relaciono, em questão de... de selecionar amizade, de filtrar a família.

Hoje assim eu me sinto uma pessoa mais segura, mais igual falei feliz, vivo o dia, uma coisa que mudou bastante coisa esses anos todos, antes de eu descobrir o diagnóstico nossa eu... eu não tinha sensibilidade, eu notei que depois que aconteceram esses problemas comigo, eu mudei a visão do mundo, da vida para mim mudou totalmente.

Mudou o sentido da vida tudo. Você começa a ter uma visão diferente da vida e começa a... a valorizar mais, valorizar mais as coisas! Fui mudando totalmente, hoje eu sou uma pessoa mudada, transformada .. a vida não acabou... esse é o meu lema, a vida não acabou, não é à toa que tem que viver, é igual eu falo assim, eu vivo... eu vivo o dia hoje. E mostrar a sua força para outro, passar para alguém que está precisando de uma palavra, porque as vezes a pessoa se sente tão pequena, tão sei lá, medíocre com essa doença, então assim tinha que ter essa coisa de que alguém passar uma coisa positiva, “gente a vida não acabou não, vamos.

Isso fazia parte de mim, mas não era o que me definia. Foi assim que eu voltei a fazer as coisas que eu gostava de fazer, voltei a ficar mais tempo com os meus amigos. (P03, P05, P06, P10, P16, P18).

E possível observar por meio do DSC a resignificação das vivências a partir da doença, que por sua vez, trouxe uma dose de sofrimento psíquico, atravessando um caminho de elaboração psíquica e novos sentidos.

Os processos de significação e resignificação da saúde e doença produzem a subjetivação, se apresentando assim, a subjetividade como pluralidade, das quais se ancoram nas diversas relações entre pares para sua construção (Selli et al., 2008).

O adoecimento não se resume apenas as atribuições médicas sobre o diagnóstico, ele envolve o sofrer a doença, como também os significados atribuídos por cada biografia, por cada singularidade, possibilitando o indivíduo de passar por um processo integral de significações a partir disto (Ávila, 2012).

Desta forma, é possível identificar no discurso e na literatura que a pessoa soropositiva vivencia neste primeiro momento ideias negativas do diagnóstico, seguindo para uma estabilidade na maneira de viver com a doença crônica, isto mediado pelo sentimento de esperança (Gomes et al., 2021).

Em outra pesquisa a respeito à qualidade de vida evidenciou-se que a PVHIV apresentava boa qualidade de vida nas áreas físicas e psicológicas, sendo os déficits localizados no campo familiar e

social. Outro fator se refere a pessoas que tinham menos de dois anos de vivência com a doença que apresentavam escore menor de qualidade de vida, isto foi atribuído a adaptação a condição nova (Santos, França Júnior & Lopes, 2007).

Pesquisa realizada na região nordeste do Brasil, referente a qualidade de vida da PVHIV, obteve boas pontuações na maioria dos domínios pesquisados, com destaque no psicológico (67,9) e espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (65,7). Já os âmbitos com déficit foram referentes ao meio ambiente (59,2) e nível de independência (55,1), sendo esse déficit reforçado por outros estudos brasileiros e internacionais (Oliveira et al., 2015).

O avanço do tratamento do HIV foi responsável pelo aumento da qualidade de vida de PVHIV (Moura et al., 2021). Dessa maneira, a adesão medicamentosa de maneira correta é fator principal para esse aumento de qualidade de vida (Souza et al., 2019). De acordo com estes autores, os componentes principais dessa adesão são de ordem ambiental, psicológica e física.

Pessoas com maior tempo de diagnóstico e também maior contagem de células TCD4, possuem maior índice de adesão ao tratamento da TARV, ratificado por outras pesquisas (Foresto et al., 2017).

A partir do DSC, observa-se que vivenciar o HIV como uma doença crônica a partir do tempo maior de diagnóstico possibilitou aceitação, adaptação e conformação com a doença. Isso propicia que a PVHIV idealize projetos, tenha maior inclusão social e melhora nos relacionamentos afetivos e sexuais, podendo aumentar a adesão ao tratamento. Assim, a ressignificação e normalização do HIV provem da aceitação e elaboração subjetiva resultantes do tempo e da transformação do impacto da doença (Oliveira et al., 2015; Hipólito et al., 2017).

Segue a perspectiva do tempo pela visão psicanalítica. Na psicanálise o tempo não modifica os conteúdos inconscientes, ou ainda, não há ordem cronológica ou representação de tempo. A teoria freudiana refere que não existe um linear no inconsciente, assim como socialmente organizamos na linha da consciência de passado/presente/futuro, estes não possuem qualquer ligação com o funcionamento psíquico. Esta “atemporalidade” própria do inconsciente, ocasionou uma nova concepção em torno do tempo, visto que “o trânsito psíquico entre diversas épocas transforma a flecha do tempo não só pela possibilidade de inversão do sentido como pela circularidade, que permite que vários tempos convivam simultaneamente (Libermann, 2014).

Destarte, o DSC de ressignificação pode ser analisado a partir da ótica lacaniana do tempo lógico. Para Lacan há instâncias constitutivas do tempo, divididas em três instantes: instante de olhar, o tempo de compreender e o tempo de concluir (Garcez & Cohen, 2011).

Para Lacan, o tempo lógico é um recurso teórico empregado para manejar com a modulação temporal do processo lógico, em que o sujeito está incluído e se demonstra inerente a todo processo

psíquico. Deste modo, o tempo é relacionado aos processos mentais, ou ainda o tempo do sujeito (Jungk, 2018).

Observa-se que no DSC, inicialmente, o discurso se esbarra com o real da doença, em um sofrimento psíquico em elaborar e integrar a vivência com a doença. Este primeiro momento pode ser identificado o primeiro tempo lógico laciano, o instante de olhar, se encontrando com o fato, entretanto não com sua compreensão. Para que se suporte, a doença neste primeiro momento é preciso ser esquecida, olhada, mas não elaborada, para que se possa viver com o próprio sofrimento.

No primeiro momento, o instante de ver, o sujeito permanece capturado em sua ignorância diante da ocasião, sendo impossibilitado de perceber sua condição. Neste ponto, o sujeito coloca sua atenção sobre os outros, objetivando visualizar algo autêntico emitido pelo outro de si mesmo. Isto está associado ao imaginário, já que através dele o ego se estrutura em unidade no decorrer do estágio do espelho, melhor dizendo, se olhar a partir do olhar do outro, que constitui como espelho (Jungk, 2018).

Isto fica claro no primeiro momento do discurso, em que equivale ao instante de olhar, em que o processo não envolveu um raciocínio, ou subjetivação, mas apenas a confirmação do que pode ser observado (Garcez & Cohen, 2011). O fato é lembrado quando se pensa em levar uma “vida normal” e o cuidado diário em relação a adesão medicamentosa. Destaca-se também no discurso a associação de vida normal, sendo o conceito de normalidade antagônico com o HIV.

Em um segundo momento no discurso, se equiparando com o momento de compreender, pode-se observar que a partir da compreensão modifica-se a visão do sujeito no discurso. É no tempo de compreender que acontece as relações lógicas, estas favorecem a compreensão do que não se conhece e que não engloba a percepção direta (Junke, 2018). Ainda, os episódios importantes da vida exercem papel de valor nas experiências dos sujeitos, o que pode significar oportunidade de confronto com o passado, isto propicia uma melhor interpretação para este mesmo passado, que possa ser mais inclusivo, com menos repressão e viabilize resignificação, encontrando-se livre do caminho único da repetição (Liebermann, 2014).

A sexualidade ganha destaque neste segundo momento, ela volta a estar presente por meio da compreensão da experiência com o diagnóstico, à vista disso, houve modificações da percepção do amor próprio, relacionado ao narcisismo, pelo qual o sujeito do discurso altera não só suas relações objetivas, mas também a maneira de apreender o mundo e vivenciar o presente. As PVHIV manifestam autoestima menor em relação a outras pessoas que são portadoras de outras comorbidades (De Carvalho & Souza, 2021), esta afirmação pode ser relacionada aos resultados das entrevistas, em que, no total de 20 participantes, somente seis apresentaram discursos relacionados à resignificação da

vida. Dessa maneira, a reconstrução da autoestima torna-se elemento de grande importância para a ressignificação a partir do impacto do diagnóstico.

Considera-se a relevância da autoestima no DSC como maneira de proteção contra questões sociais que acompanha a infecção, o que se mostra como fundamental as intercessões no campo social, individual, terapêutico, espiritual e familiar como restauração da mesma de maneira positiva (De Carvalho & Souza, 2021).

O terceiro momento, o momento de concluir, define-se pela pressa, do qual cada sujeito vai se empregar da sua capacidade de generalização para alcançar o que diz respeito a sua própria verdade, ou ainda, a verdade que é possível ser atingida por meio de sua própria capacidade de elaboração da consciência sintética, isto concomitante com o que se alcança da sua realidade psíquica e as características que a constroem (Garcez & Cohen, 2011; Jungk, 2018).

Neste momento, é identificado dois fatores de importância no discurso, o primeiro a aproximação com a morte, que traz a urgência de concluir e repensar a vida. Para Antunes, Rosa e Brêtas (2016), é a partir da possibilidade da morte que o diagnóstico carrega que as pessoas podem realizar novas reflexões e o repensar da vida. O segundo fator é o apoio social diante da vivência com a doença. Fortalecer este apoio se mostra como elemento importante para adesão ao tratamento, assim como enfrentamento dos sentimentos de exclusão e rejeição, associados ao diagnóstico (Caixeta et al., 2011).

É possível identificar no DSC todo o processo do tempo lógico lacaniano para que se possa atingir uma ressignificação após o impacto do HIV, dessa maneira, há o que é do tempo próprio de cada sujeito, não obedecendo uma lógica do tempo cronológico, e ainda, podendo ser iniciada outros temas para elaboração baseado neste momento. O tempo é descontínuo, integrado por pausas, descritas por Lacan como escansões suspensivas (Nominé, 2021).

A identificação do sujeito configura-se como um processo lógico e coletivo e nele, os sujeitos devem levar-se em consideração. Identificar-se é encontrar seu lugar em um coletivo (Nominé, 2021). O sujeito do discurso, assim, conclui sobre as questões que envolvem o HIV, enfrentando o sentimento de “mediocridade” da doença, se descolando dessa identificação com o estigma da doença, do qual pode carregar uma definição sobre si mesmo.

5 REPERCUSSÕES BIOPSIOLÓGICAS DO DIAGNÓSTICO

A seguinte ideia central, nomeada como “Repercussões biopsicológicas do diagnóstico” demonstra um caminho diferente trilhado, ilustrado pelo seguinte DSC:

Foi terrível. Fiz exame de sangue, fui diagnosticado e eu tive um surto psicótico, que se diz, foi coisa horrível, eu perdi apetite...até então não tinha nenhum sintoma, depois que eu descobri que eu tive vários. Eu tive perda de sono, é... calores intensos durante a noite, sabe? Coisas horríveis, pesadelos, insônia, insônia era mais frequente, eu não conseguia dormir.

No momento eu me exclui eu fiz tipo assim não queria acreditar, não queria. Tentei me esconder na verdade. Aí começou aí com o pessoal começou o vim que.... foi em 2009... Aí vieram atrás de mim e conversaram. Aí você fica meio sem chão puta com que eu contraí, com quem eu contraí. Aí nesse momento eu não fui buscar tratamento, mas aí já comecei a me prevenir que assim uma coisa que eu tive eu não queria que outra pessoa tivesse.

Foi aquela aceitação e negação. Foi difícil aceitar, até que um dia eu consegui aceitar, hoje eu estou super bem, hoje eu aceito, sabe? Não é fácil conviver com isso, todo dia a gente lembra por conta da medicação. Eu pelo menos penso assim “ah, eu tenho”, então eu tomo a medicação. Mas é difícil aceitar? É, mas tem...infelizmente é a realidade né. E não tem sido fácil não. Não é fácil de aceitar, nossa! Até hoje eu perco o sono muitas vezes, sabe? Eu acordo e penso “ah, eu tenho!”

Ela é diferente, parece que é psicológico, eu pego um comprimido de dipirona e coloco na mão aqui assim eu tomo ele normal, é... esses remédios do HIV só de pegar eles assim meu estômago já... minha boca já começa assim, parece que eu já até tentei tirar ele do frasco, colocar num outro frasco, mas não teve jeito.

A questão da ansiedade, ela é nítida, sabe? Muitas vezes eu...minha pressão altera, por conta disso, desse diagnóstico. E eu não consigo controlar, mas sempre tem dado alterado sabe? E acaba que onde o final de semana por conta da ansiedade, nervosismo acabo comendo mais.

E é assim, por conta desse diagnóstico eu parei minha vida. Parei mesmo, eu fazia várias coisas ao mesmo tempo. E hoje eu não tenho motivo para nada, eu tenho buscado na religião, né, e Deus tem sido a base pra mim, sabe. E muita coisa eu poderia, eu poderia ter evitado se eu continuasse, até a questão desse diagnóstico hoje, eu poderia ter evitado se eu continuasse na igreja, por vários motivos me fizeram sair da igreja e eu acabei indo me divertir, né? Ali fora, como a gente diz. Eu acabei me distanciando da religião, e foi onde eu travei, acabei com minha vida, esse diagnóstico me... deixou muito mal mesmo, sabe?

No começo eu não gostava de olhar no espelho, não gostava que tocassem em mim, não gostava que chegassem muito perto, eu não gostava de... de eu não me cuidava, cortava o cabelo porque tinha que cortar. Eu acho que foi mais difícil... foi mais fácil que eu próprio, eu mesmo me aceitar, eu acho. É, acho que é mais a questão da... como é que posso dizer... da expectativa né que eu criava, eu... a ansiedade, negativa de rejeição até do mesmo fato, de você se deixar de lado, de não ser aceito. Mais nessa linha negativa mesmo.

E eu era muito estressado, quando eu descobri, porque eu sempre fui estressado mesmo, mas quando eu descobri eu comecei a ser mais chato, insuportável. Porque eu comecei a ficar ruim com todo mundo, as pessoas chegavam perto de mim eu tratava mal, dava uma patada. Em relação a me relacionar com outras pessoas é um pouco complicado para mim, porque eu estou tendo muita crise de ansiedade, estou ficando nervoso, daí acabo maltratando sem querer. Ah,

eu não sei explicar, porque do nada assim já muda, a pessoa fica perto eu fico estressado, sabe? Eu fico muito, chego a ficar até ruim, não sei explicar o porquê. (P01, P02, P05, P06, P10, P12, P18).

O DSC evidencia a angústia do diagnóstico, esta angústia, por sua vez, pode ser o resultado da fantasia de sentimento de desamparo pelo Outro, revelando uma marca. Dessa maneira, o diagnóstico do HIV pode se apresentar como algo do campo do traumático, sendo os níveis desse trauma amparados nas condições de cada sujeito. Ainda, receber o diagnóstico se coloca como uma maneira de enfrentar a vulnerabilidade das características essenciais de suporte do eu (Castellani & Moretto, 2016).

O impacto do diagnóstico produz influência no dispositivo libidinal dos sujeitos, o que resulta em uma importante inibição em diferentes campos da vida. Segundo Freud, a inibição se caracteriza como uma “limitação funcional do Eu”, ocorrendo devido a “erotização excessiva dos órgãos requeridos para essas funções” (Freud, 2010, p. 17-18). Dessa maneira, todos os investimentos libidinais acabam se voltando para o Eu, ocorrendo um afastamento da libido, considerado inibição pura (Medeiros & Calazans, 2021).

Na teoria lacaniana a inibição é relacionada ao imaginário, descrita como “uma identificação Imaginária ao Outro Real, uma identificação ao desejo do Outro, que Freud coloca como uma identificação constitutiva das massas” (Capanema & Vorcaro, 2017, p.400). Assim, o trauma que teve origem no diagnóstico gera diversas inibições, como no primeiro momento a falta de apetite, insônia intensificada e sintomas físicos. Estas inibições e retrações libidinais, por sua vez, direcionadas ao narcisismo são acentuadas pelo Imaginário e a imagem consolidada sobre o que é o desejo do Outro. Como, o que é ser soropositivo? Quais imagens unifico e incorporo que estão de acordo com o Outro? E o que faço isso no campo da subjetividade? Estas questões resultaram aqui saída via angústia do Real para o sentido Imaginário.

Das inibições o sujeito do DSC caminha para as restrições no campo das relações: isolamento social, mudança em relação a si mesmo (autoceitação), caminhando para formação de sintomas, como alteração de humor para deprimido e posição de agressividade diante o outro.

A PVHIV vivencia “o medo da perda do apoio das relações sociais como um todo, levando o muitas vezes ao não desvelamento da sua condição”, isto impulsionado pelo preconceito, estigma e discriminação, resultando num impacto social da Aids (Gomes et al. 2021).

O afeto central identificado no DSC foi a angústia, denominada como ansiedade, vivenciada no corpo, por meio da alteração arterial, aumento de libido direcionada a pulsão oral, como por exemplo aumento do consumo de alimentos para suprir a falta da angústia. Para a teoria psicanalítica,

a angústia é considerada um afeto, não um sintoma, dessa forma, não é possível recalá-la, o que faz com que ela siga sem rumo (Benia, Celes & Chaterlard, 2016).

No campo da agressividade, nomeado pelo DSC como “estresse” com outro, pode-se ser categorizado como uma posição subjetiva depressiva. Existe uma perda da capacidade de autocrítica nesta posição, o humor transforma-se em um sentimento de perda irremediável em relação ao passado e futuro, o que impulsiona um novo afeto contra o Eu: a agressividade, esta resulta da ideia de abandono amoroso (Dunker, 2021).

Assim, a depressão é um sintoma essencial associado a patologias narcísicas, isto é, é a como única referência (Dunker, 2021). Existe uma porção de afetos experienciados no decorrer do adoecimento, sendo estes, retirados de objetos e direcionados ao Eu. Desse modo, após a cura é possível que a libido se confunda em seus trajetos, fazendo com que o mundo simbólico seja investido na dor de cada sujeito (Lacan, 2009).

Conclui-se que o DSC evidencia que o trauma diante do diagnóstico não simbolizado, mobilizou como sintoma um estado depressivo, trazendo em cena a inibição, angústia e agressividade. Estes que por sua vez, são potencializados pelo estigma, preconceito e discurso social em volta do HIV/Aids fixos no Imaginário altera a vivência da doença com vivência do adoecimento.

6 SILÊNCIO COMO AUTOPROTEÇÃO

O IC “Silêncio como autoproteção” coloca em evidencia a vivência do sigilo do diagnóstico em relação ao meio social como maneira de se proteger do estigma e preconceitos em torno da doença:

Eu não queria voltar para casa mais. Não queria voltar, não queria olhar para cara de ninguém. Eu não contei para ninguém, absolutamente ninguém. E assim, eu não sinto essa... segurança em poder desabafar com alguém.

Foi um processo meio complicado porque eu fiz meio que sozinho com ele, sabe? Sem uma ajuda médica, especialista, alguém que pudesse me ajudar fora infectologista claro, que conversei, mas na minha cabecinha era só eu. Eu tive que lidar... eu sempre segui no anonimato, família... porque eu cheguei numa conclusão que quanto mais você falasse mais você poderia estar dando uma de coitadinho ou as pessoas te olhando como um coitado.

Então você acaba... tendo um constrangimento, graças a Deus eu consegui me manter não é fácil. É uma coisa que aqui dentro (bate no peito) eu luto com ela né, mas é mais fácil do que você sair é... falando tentando ajuda, uma palavra de consolo né. Então geralmente em todos os casos que eu conheço em relação que as pessoas se abriram, eles sofreram muito psicologicamente né, porque o desprezo, o abandono, sabe.

Tinha tristeza de ter arrependimento de não ter me protegido da forma que deveria, é... tipo “ah, por que isso tá acontecendo comigo?”, mas... é... eu não ficava tão triste assim ao ponto

de me sentir “ah! Que eu precisava me matar” ou que eu precisava dar um fim nisso, foi um processo que foi muito lento, mas que foi importante para conseguir me relacionar com outras pessoas. Foi um momento em que comecei a ir um pouco mal na faculdade e agora que estou conseguindo assim, porque eu não sentia vontade de estudar, eu não tinha... não... é... eu pensava que “bom, eu vou me formar, mas eu vou ser uma pessoa sozinha, vou sempre estar só com meus amigos, que projeção ou futuro eu teria?

Eu vi que com o câncer é mais fácil, você pode falar. É... como o câncer ele teve uma evolução de melhoras, hoje as pessoas já notam que o câncer não mata mais, as pessoas não impactam, se eu falar de câncer é uma coisa e se eu falar de HIV parece que é outra coisa entendeu. Tem um julgamento, no câncer não tem. No câncer só tem um puxa!

Porque não se ouve falar de tratamento sobre HIV assim, sobre com naturalidade, sabe? Você não... no... na minha família ou pessoas de amigos próximos pelo preconceito, né, aí você não fala, “não, minha tia tem HIV e tá tudo certo, bom, maravilhosa e tal... o meu tio não, tudo saudável”, não! As pessoas elas escondem que eu acho que é o grande problema, tipo assim de... é um problema de você eu acho de... a sociedade tipo assim ao mesmo tempo que você se preveni do preconceito por sigilo né, por um direito de... de... Porque nem todo mundo tem uma condição emocional de você levar pedrada na cara, né. Como se fosse isso.

Então assim eu consigo viver socialmente, na sociedade, tipo assim... coloco cada coisa no seu lugar. Olhar para frente e saber que qual a solução? Aconteceu, aconteceu, opa! Vamos embora, então em vez de ficar discutindo como aconteceu, vamos ver o que a gente pode fazer para que... pra ter uma qualidade de vida melhor. Então é isso, eu busco hoje uma qualidade de vida. Por que para mim o HIV é como uma característica minha sabe? A cor dos meus olhos o que eu gosto eu não gosto. É algo meu sabe, e cabe a mim dizer ou não para outra pessoa, mas assim... não comento com ninguém.

Então é... eu prefiro... eu jogava futebol, eu parei de jogar futebol a pouco tempo por medo de me machucar, de sangrar, entendeu... é por isso... isso acaba sendo um... uma pra gente... é... acaba sendo você não revela né, o que você tem, acaba sendo só seu daí né.

Acaba sendo um... aquilo ali parece que é só pra gente, é... mas o importante é que... o tratamento me faz bem e... minha vida é normal... Não é um problema, o HIV não te mata, mas ele te deixa... reservado, né? Reservado. Então só escondo mesmo por causa daquela questão das pessoas me olharem diferente, porque medo eu não tenho não. Fiquem com aquela cara oh que coitadinho. (P01, P02, P05, P06, P07, P08, P09, P10, P13, P14, P16, P17, P18, P20)

No DSC é possível identificar um sujeito que é afetado pelo diagnóstico, mas que mobiliza outra forma de enfrentamento por meio do anonimato, isto ancorado no medo das reações de terceiros. O medo do julgamento moral e culpabilidade torna-se presente, considerando que o diagnóstico está relacionado diretamente com a sexualidade, devido a ser uma doença que tem um dos meios de transmissão sexual. Na psicanálise o sentimento de culpa se caracteriza por consequência dos conflitos

entre exigências internas das pulsões e externas culturais, reafirmadas por pensamentos moralistas da civilização (Gellis & Hamud, 2011).

Dessa forma, a culpa se mostra como fator importante ao longo do discurso para a escolha do sigilo como enfrentamento, assim como defesa da posição de “coitado”, do olhar estigmatizador do outro. A pessoa estigmatizada carrega uma identidade marcada e deteriorada, associada a atributos que levam ao descrédito (Almeida & Labroniei, 2007). Ainda, a estigmatização equipara-se à rejeição e marginalização, o que resulta em sofrimento, culpa e vergonha em quem vivencia e piedade ou desprezo em quem está do outro lado (Eiguer, 2019).

Assim, o sigilo e a solidão como caminho apresenta-se não apenas como uma defesa do julgamento social, mas da própria identificação com o estigma. Na psicanálise o estigma é considerada entre a lógica do biológico e psicológico pela via da identificação, encarnando no corpo habitado o traço de objeto (Nunes Júnior, 2016). Observa-se que existe uma identificação do sujeito com quem ele rejeita, o que alcança o ego e o vínculo com outro (Eiguer, 2019).

Ao longo do discurso, percebe-se que apesar do tempo ser considerado lento pelo sujeito, ele é importante, ressaltando mais uma vez a questão discutida anteriormente em outro eixo referente ao tempo, sendo ao longo dele que as relações com o outro voltam a acontecer diante da culpa vivenciada e perspectivas de futuro abaladas. A culpa se apresenta como algo presente em PVHIV, de acordo com estudos, se acentuando quando a infecção aconteceu por sexo desprotegido, sendo os sentimentos mais comuns a culpa, vergonha, autodiscriminação e inferioridade (Patricio et al., 2019).

Devido ao estigma, preconceito a decisão de não contar é priorizada como estratégia a estes sujeitos, como maneira de evitar situações discriminatórias e julgamentos morais. Dessa maneira, no sigilo enfrenta-se sozinho a situação da doença, o que pode ocorrer dificuldades em enfrentar de forma positiva as circunstâncias da doença (Gomes et al., 2021).

Por fim no discurso, o modo de enfrentamento segue na afirmação da vida contra a luta da culpa, focando na qualidade de vida, a escolha de viver melhor como saída do conflito culpa x HIV x solidão. Dessa maneira, o conhecimento sobre a epidemia é uma importante ferramenta para elaboração do sujeito. Esta elaboração podendo estar ancorada no saber científico, às relações sociais, portanto conscientizar-se de um problema que se mostra alarmante, coloca a sociedade a pensar no futuro não só na perspectiva da prevenção, mas do cuidado (Silva & Takahashi, 2008). Ressalta-se que o discurso foi formado por 14 participantes, com tempo variados de vivência com a doença (1 a 25 anos), mostrando como o estigma relacionado ao HIV ainda é forte e impacta as pessoas.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que há diversas formas em lidar e se adaptar com a doença, não tendo um tempo específico, sendo caracterizado como um processo, este ancorado em aspectos como o medo, solidão, depressão, angústia, esperança, resignificação e novos sentidos adquiridos.

Sobretudo, pode-se afirmar que os estigmas cristalizados à doença alcançam e influenciam todos os sujeitos, passando no primeiro momento pela desconstrução do autopreconceito para maneiras de enfrentamento.

O trabalho constatou também a relevância ao acesso à informação e compreensão do funcionamento da doença como ferramentas para adesão ao tratamento, aumento da qualidade de vida e desconstrução do estigma.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. I. S., Ribeiro, J. M., & Bastos, F. I. (2022). Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(3), 837–848. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.45862020>.
- Almeida, M. R. d. C. B. d., & Labronici, L. M. (2007). A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1), 263–274. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232007000100030>.
- Antunes C.M.C., Rosa, A.S., Brêtas, A. C. P. (2016). Da doença estigmatizante à resignificação de viver em situação de rua. *Rev. Eletr. Enf.* 18(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33141>.
- Ávila, L. A. O corpo, a subjetividade e a psicossomática (2012). *Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, 44(1), 51-69. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-48382012000100004.
- Benia, R. G. M., Celes, L. A. M., & Chatelard, D. (2016). O afeto "angústia" em Freud e em Lacan: Discussões para a clínica psicanalítica atual. *Caderno de psicanálise*, 38(34), 47–59. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v38n34/v38n34a03.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde (2021). HIV/Aids I 2021. Boletim Epidemiológico de HIV/Aids. Brasília: DF: Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Caixeta, C., Morraye, M., Vilella, W., & Rocha, S. (2011). Social support for people living with aids. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 5(8), 1920. <https://doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-le.0508201115>.
- Capanema, C. A., & Vorcaro, Â. M. R. (2017). A condição do ser falante no nó borromeano. *Estilos da Clínica*, 22(2), 388. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i2p388-405>.
- Castellani, M. M. X., & Moretto, M. L. T. (2016). A experiência da revelação diagnóstica de HIV: O discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 19(2), 24–43. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v19n2/v19n2a03.pdf>.
- Cazeiro, F., Silva, G. S. N. d., & Souza, E. M. F. d. (2021). Necropolítica no campo do HIV: Algumas reflexões a partir do estigma da Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(suppl 3), 5361–5370. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.00672020>.
- De Carvalho, R. A., & De Souza, D. C. (2021). A autoestima da pessoa que vive com HIV – uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, 14(43), 278. <https://doi.org/10.3895/cgt.v14n43.12078>.
- Dunker, C. (2021). *Uma biografia da depressão*. Planeta.
- Eiguer, A. Berto, & Jorge, M. arilei. (2019). O estigma e o ódio contra si mesmo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 53(1), 19-31. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2019000100003.

Fonseca, L. K. d. S., Santos, J. V. D. O., & Araújo, L. F. d. (2020). Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. *Gerais: Revista Interinstitucional De Psicologia*, 13(2), 1–15. <https://doi.org/10.36298/gerais202013e14757>.

Foresto, J. S., Melo, E. S., Costa, C. R. B., Antonini, M., Gir, E., & Reis, R. K. (2017). Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>.

Freud, S. (2010). Inibição, sintoma e angústia (1926). In *Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos* (p. 14–123). Companhia das Letras.

Garcez, M. M., & Cohen, R. H. P. (2011). Ponderações sobre o tempo em psicanálise e suas relações com a atualidade. *Psicologia Revista*, 17(3), 348–362. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n3/v17n3a02.pdf>.

Gellis, A., & Hamud, M. I. L. (2011). Sentimento de culpa na obra freudiana: Universal e inconsciente. *Psicologia USP*, 22(3), 635–654. <https://doi.org/10.1590/s0103-65642011005000020>.

Gomes, M. P., Barbosa, D., Gomes, A. M. T., Da Silva, G., De Souza, F. A., & E Silva, A. L. B. (2021). A vivência do preconceito após a revelação da soropositividade para o HIV. *Revista Rede cuidado e Saúde*, 15(01), 47–56.

Hipólito, R. L., Oliveira, D. C. d., Costa, T. L. d., Marques, S. C., Pereira, E. R., & Gomes, A. M. T. (2017). Quality of life of people living with HIV/AIDS: Temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>.

Jungk, I. (2018). Fundamentos categoriais do Tempo Lógico lacaniano. *Eikon Journal on Semiotics and Culture*, 1(1), 69–76. <https://doi.org/10.20287/eikon-n04-a08>.

Lacan, J. (2009). *O seminário I: Os escritos técnicos de Freud* (2ª ed.). Zahar.

Lefèvre, F., & Lefèvre, A. M. C. (2005). *O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)* (2ª ed.). Educs.

Lefèvre, F., & Lefèvre, A. M. C. (2014). Discourse of the collective subject: Social representations and communication interventions. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(2), 502–507. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.

Libermann, Z. (2014). Tempo, memória e ressignificação. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(3), 83–90. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v15n3a09.pdf>.

Medeiros, A. A., & Calazans, R. (2021). A depressão em Freud: uma análise do conceito a partir da teoria freudiana. *Tempo psicanalítico*, 53(1), 108-125. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v53n1/v53n1a05.pdf>.

Moura, S. C. C., Ferreira Junior, S. R. d. C., Matias, M. R. d. S. S., Silva, K. M. R. d., Silva, H. J. N. d., Silva, P. T. d., Ferreira, A. M. C., Bezerra, W. A. d. S., Silva, D. d. A. e., Campos, M. R. d., Nascimento, A. L. L. d., Silva, B. L., Oliveira, D. M. T. e., Ribeiro, A. M. d. C., Silva, A. M. d.,

- Sousa, E. A., Oliveira, I. K. F., Lopes, M. M. F., Andrade, N. B. d., & Furtado, D. R. L. (2021). Reações adversas aos antirretrovirais apresentadas pelos portadores de HIV. *Research, Society and Development*, 10(3), Artigo e50210313308. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13308>.
- Nominé, B. (2021). A urgência e a pressa. In Fórum Do Campo Lacaniano De Fortaleza (Org.) *Ato analítico e afirmação da vida* (pp. 30–49). Aller.
- Nunes Junior, A. B. (2016). Psicanálise, carne e estigmas. *Ide*, 39(62), 29-43. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ide/v39n62/v39n62a03.pdf>.
- Oliveira, F. B. M., Moura, M. E. B., Araújo, T. M. E. d., & Andrade, E. M. L. R. (2015). Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 510–516. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500086>.
- Patricio, A. C. F. A., Silva, I. B. N., Ferreira, M. A. M., Rodrigues, B. F. L., Silva, R. F., Nascimento, J. A., & Silva, R. A. R. Depression, self-concept, future expectations and hope of people with HIV (2019). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1288-1294. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0730>.
- Rios, L. F (2021). Sexuality and prevention among men who have sex with men in the contexts of the Aids and covid-19 pandemics. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(5), 1853–1862. <https://www.scielo.br/j/csc/a/vTQ735cqHgx4T5VWnctZsRH/?format=pdf&lang=en>.
- Sá, A. A. M. d., & Santos, C. V. M. d. (2018). A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 773–786. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000622017>.
- Selli, L., Junges, J. R., Meneghel, E., Vial, E. A (2008). O cuidado na resignificação da vida diante da doença. *Mundo saúde*, 32(1), 85–90. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-17746?lang=pt>.
- Santos, E. C. M. d., França Junior, I., & Lopes, F. (2007). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 41(suppl 2), 64–71. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102007000900011>.
- Silva, G. A., & Takahashi, R. F (2008). A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 11(1), 29-41. Recuperado de <https://repositorio.usp.br/directbitstream/e0f5ab84-4677-4bfa-8f82-9946fd38aa99/TAKAHASHI,%20R%20F%20doc%2048.pdf>.
- Soares, S. d. J. (2019). Pesquisa científica: Uma abordagem sobre o método qualitativo. *Revista Ciranda*, 1(3), 168–180. <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/article/view/314/348>.
- Souza, H. C. d., Mota, M. R., Alves, A. R., Lima, F. D., Chaves, S. N., Dantas, R. A. E., Abdelmur, S. B. M., & Mota, A. P. V. d. S. (2019). Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1295–1303. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115>.

Villarinho, M. V., & Padilha, M. I. (2016). Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da aids (1986-2006). *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000010013>.