



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Kiara Cardoso da Silva

A DOR INVISÍVEL: DESVELANDO EXPERIÊNCIAS DE

SOFRIMENTO EMOCIONAL DE HOMENS

HETEROSSEXUAIS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Natal

2019

Kiara Cardoso da Silva

**A DOR INVISÍVEL: DESVELANDO EXPERIÊNCIAS DE
SOFRIMENTO EMOCIONAL DE HOMENS HETEROSSEXUAIS
QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Geórgia Sibele Nogueira da Silva.

Natal

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências
Humanas, Letras e Artes – CCHLA

Silva, Kiara Cardoso da.

A dor invisível: desvelando experiências de sofrimento emocional
de homens heterossexuais que vivem com HIV/Aids / Kiara Cardoso da
Silva. - 2019.

230f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Humanas, Letras e
Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade
Federal do Rio Grande do Norte, 2019. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Geórgia Sibebe Nogueira da Silva.

1. HIV/Aids - Dissertação. 2. Sofrimento emocional -
Dissertação. 3. Homens heterossexuais - Dissertação. 4. Estigma -
Dissertação. 5. Psicologia - Dissertação. I. Silva, Geórgia Sibebe
Nogueira da. II. Título.

RN/UF/BS-CCHLA

CDU 616.98:159.942

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “A dor invisível: desvelando experiências de sofrimento emocional de homens heterossexuais que vivem com HIV/Aids”, elaborada por Kiara Cardoso da Silva, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal/RN, ____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA: _____

Profa. Dra. Geórgia Sibeles Nogueira da Silva (Orientadora)

Prof. Dr. Thiago Félix Pinheiro (USP)

Prof. Dr. Marlos Alves Bezerra (UFRN)

Prof. Dr. Jader Ferreira Leite (UFRN) (Suplente)

Como é possível que o sofrimento, que não é meu nem me interessa, afete-me de imediato como se fosse meu e com força tal a ponto de impedir-me a ação?

(Schopenhauer)

Dedico aos homens que enfrentam com bravura as desventuras diárias impostas pela soropositividade. Em especial aos quatro que me acolheram e contaram suas histórias.

AGRADECIMENTOS

Eis que é chegada a hora de encerrar o ciclo do mestrado em minha vida. Momento que me rememora alegrias, aprendizados, dificuldades e tantas coisas que vivi ao longo dessa travessia. O sentimento é de gratidão a tudo que vivenciei e a todas as pessoas que, de alguma forma, me ajudaram a trilhar esse percurso. Então, agradeço...

A **Deus** por ter cuidado e guiado meus passos até aqui, sendo a boa voz que conduziu meu caminhar com serenidade e orientou minhas escolhas.

A **minha família** por ser porto seguro nas dificuldades, ombro solidário na dor e campo florido nas alegrias. Obrigada por acreditar na minha capacidade e por me incentivar sempre, mesmo através dos gestos mais sutis.

A **minha mãe**, Zélia, por ser exemplo de mulher e de luta. Obrigada por ter me ensinado a gostar e valorizar o conhecimento. O amor pela educação sempre foi uma constante em minha vida e devo isso a senhora (professora por amor e vocação)!

A **minha irmã**, Klívia, pelo amor e parceria na vida desde a infância. Um oceano de distância não é capaz de separar nosso bem querer.

Ao **meu sobrinho**, Pietro, por me ensinar a ser tia e por me permitir viver esse privilégio que colore meus dias.

Ao **meu esposo**, Bruno. Obrigada por dividir comigo os melhores e piores momentos há quase onze anos! Obrigada por todo amor, cumplicidade, parceria, respeito e por ser colo nos dias mais cinzentos, me dando apoio incondicional e me incentivando a seguir em frente. Agradeço por partilharmos tantas coisas (inclusive o mestrado), por sua

alegria, por seu cuidado comigo e por todos os planos que traçamos juntos. Sou grata aos céus por nosso encontro de almas. *“Quem tem amor na vida, tem sorte”*.

Aos **meus pets**. Pode ser engraçado (e até inusitado) agradecer aos animais de estimação, mas quem me conhece sabe do profundo amor, respeito e zelo que tenho por eles - a personificação do amor! Obrigada por trazerem leveza e paz aos meus dias e pelo companheirismo nas longas horas de escrita.

Aos **meus amigos**, tão essenciais em minha vida. Gratidão pela torcida fiel, pelo carinho de sempre e também por compreenderem minhas ausências ao longo desse percurso do mestrado. Agradeço, em especial, a Aline e Pedro (casal que amo), Emiliana e João (meus compadres queridos), a Theo (meu afilhado lindo, que trouxe ainda mais alegria ao meu viver), a Cássio (um amigo muito especial e para todas as horas) e a outros tantos bons amigos. Obrigada por existirem!

Aos **meus sogros**, Lucinete e Joaquim, meus segundos pais. Gratidão pelo cuidado comigo, pelo apoio constante e pelo coração generoso, tão característico de vocês.

Aos **meus mestres**, por terem me inspirado a trilhar o caminho acadêmico. Devo boa parte da minha formação como pessoa e profissional a vocês. Sou muito grata a cada um que passou em minha vida e marcou significativamente minha história. Agradeço, em especial, a **minha orientadora Geórgia Sibebe** pela suavidade com que me conduziu ao longo dessa travessia e por tudo que me ensinou – obrigada por me ensinar que ciência também se faz com amor e poesia! Gratidão por acolher uma “completa estranha”, por acreditar no meu desejo de pesquisar HIV/Aids e por toparem esse desafio comigo!

A **Capes** pelo financiamento desta pesquisa. Desejo intensamente que a produção acadêmica e científica volte a ser estimulada em nosso país, pois sem ciência não há desenvolvimento.

A **equipe do SAE** do Hospital Giselda Trigueiro por me acolher no serviço e por abraçar a pesquisa junto comigo. Vocês foram fundamentais para a concretização desse estudo. Agradeço especialmente a **Acácia**, psicóloga do serviço, por me receber tão bem e por ter possibilitado que eu conhecesse a atuação da psicologia em um serviço especializado de HIV/Aids. Gratidão pela doçura, oportunidade, parceria e envolvimento com o estudo!

Aos **homens-árvores** que compuseram esse estudo por terem me acolhido, contado suas histórias e permitido que eu imergisse em um universo instigante e desafiador. Com vocês aprendi o real sentido da palavra resistência.

Aos **colegas do mestrado** por terem compartilhado comigo essa jornada indescritível, vivenciando as dores e as delícias de ser um mestrando, rs. Aqui conheci pessoas incríveis que levarei para a vida!

As **colegas da linha de pesquisa** por todo apoio, pelas trocas e boa convivência que tivemos ao longo dessa trajetória. Dividir esse processo com vocês foi um grande privilégio, deusas lindas e fortes!

Ao **LETHS** por ser lar acolhedor aos que, assim como eu, buscam aventurar-se pelos estudos na área da saúde (sobretudo nas áreas de tanatologia e humanização das práticas em saúde).

A **UFRN** por ser ter sido minha segunda casa durante esses mais de dois anos. Nós potiguares temos um orgulho imenso da nossa universidade, dada sua importância em nosso Estado.

Ao **PPGpsi**, na pessoa dos professores e servidores, por cada momento de partilha, aprendizado e construção de conhecimento.

Por fim (mas não menos importante), **agradeço-me** por jamais abandonar meus sonhos e projetos de vida e por ter escolhido resistir nos dias mais difíceis, sempre na esperança de cruzar a linha de chegada, embora eu saiba que a beleza está no caminhar, e *“você não sabe o quanto eu caminhei, pra chegar até aqui”*.

Trilhar esse percurso foi tão bonito quanto desafiador, pois me trouxe desassossegos e me movimentou no sentido de buscar desvelar outras realidades, me fazendo pensar como intervir sobre elas, pois, como dissera nosso ilustre poeta nordestino Belchior: *“Amar e mudar as coisas me interessa mais”*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APS	Atenção Primária à Saúde
AZT	Zivodudina
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
DDC	Zalcitabina
DDI	Didanosina
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA	Estados Unidos da América
ENONG	Encontro Nacional de ONG's que Trabalham com Aids
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à Aids
HD	Hospital Dia
HGT	Hospital Giselda Trigueiro
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
POA	Plano Operativo Anual
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/Aids
RNP + Brasil	Rede de Pessoas Vivendo com HIV/Aids
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids
SESAP	Secretaria de Estado da Saúde Pública
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
T CD4+	Linfócitos T CD4+
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/Aids
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Quadro com a apresentação e dados sociodemográficos dos colaboradores.....	39
Figura 02: Quadro contendo a questão disparadora.....	42
Figura 03: Quadro de construção dos eixos temáticos.....	51
Figura 04: Árvore do Mandacaru.....	60
Figura 05: Árvore do Juazeiro.....	62
Figura 06: Árvore da Carnaúba.....	65
Figura 07: Árvore do Umbuzeiro.....	68

RESUMO

Entre avanços, retrocessos e reemergências a aids representa um desafio a sociedade civil e as comunidades acadêmica e científica, configurando-se como problema global de saúde pública que demanda reflexão, estratégias de enfrentamento e participação dos atores envolvidos. Trata-se de uma doença caracterizada por grave disfunção do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo HIV à medida que vão sendo destruídos os linfócitos TCD4+ (Brasil, 2008). O número de infectados voltou a subir no Brasil (UNAIDS, 2016) e as taxas de detecção da doença em homens nos últimos dez anos têm apresentado tendência de crescimento (Brasil, 2018). Estudos sobre homens e masculinidades ganharam relevância nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no país e o enfoque na relação homem-saúde tem sido objeto de atenção nos meios acadêmicos e no contexto dos serviços. Nesse sentido, este estudo objetivou compreender experiências de sofrimento emocional de homens heterossexuais autorreferidos soropositivos para HIV/Aids. Realizamos uma pesquisa qualitativa com colaboração de 4 homens com idades entre 20 a 49 anos que estavam em atendimento no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids do Hospital Giselda Trigueiro, localizado em Natal/RN. O estudo foi ancorado na Hermenêutica Gadameriana e teve como instrumentos a Entrevista Narrativa com uso de Cenas Projetivas. Através do diálogo com as narrativas chegamos aos seguintes capítulos: *A construção das masculinidades*, que aborda esse processo compreendendo-o a partir da perspectiva sócio-histórica. O significado do que é ser homem revelou a coexistência entre padrões hegemônicos e novas masculinidades; *HIV/Aids: uma historia de medos e preconceitos* onde trazemos a história da aids e os significados dela para os colaboradores, que transitam entre os medos da morte e do preconceito; *A vida com HIV/Aids: quando o inferno são outros é preciso guardar o segredo até o fim*, onde discutimos o olhar preconceituoso e moralizante lançado as PVHAs, implicando na obsessão delas pelo segredo da soropositividade, as dores da solidão auto imposta e outros medos (ficar doente e ser descoberto), além das estratégias de enfrentamento (uso de drogas, trabalho, humor, música, guardar segredo e a questão da espiritualidade e religiosidade); *A psicologia e as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHAs)*, onde elencamos a relação entre psicologia e PVHAs, abordando o pouco conhecimento delas sobre esse saber/fazer e o acesso aos serviços *psi*, problematizando as demandas reprimidas e dores invisibilizadas no cuidado da psicologia, finalizando com a reflexão sobre o compromisso clínico e ético-político da psicologia frente aos desafios desse cenário. Ao problematizar questões que atravessam a experiência desses homens, este estudo visibiliza especificidades do sofrimento emocional vivido por eles e desvela suas necessidades de cuidado, contribuindo na promoção de uma psicologia engajada ética e politicamente com a assistência prestada a PVHA, buscando romper paradigmas excludentes e estigmatizantes almejando construir horizontes de solidariedade, acolhimento e valorização dessas vidas, não as deixando morrer por discriminação e estigmatização. Espera-se que possamos contribuir para fomentar uma psicologia comprometida que caminhe rumo à construção de laços mais fortes que reconheçam o direito à diferença. Atuações pautadas nesses princípios produzem vida!

Palavras-Chave: HIV/Aids; sofrimento emocional; homens heterossexuais; estigma; psicologia.

ABSTRACT

Among improvements, setbacks and resurfacings aids poses a challenge to civil society and academic and scientific communities, presenting itself as a public health worldwide problem which demands reflection, coping strategies and participation of the actors involved. It is a disease characterized by a serious dysfunction of the immune system infected by the HIV as the TCD4+ lymphocytes are destroyed (Brasil, 2008). The number of infected people in Brazil has risen again (UNAIDS, 2016) and the detection rates among men in the last ten years has shown a tendency of growth (Brasil, 2018). Studies about men and masculinities have gained relevance in what concerns gender in the last two decades in the country and the focus on the relation man-health has been a point of interest in the academic environments and service contexts. In this sense, this study intends to understand experiences of emotional suffering of heterosexual men self-referred as HIV/Aids positive. We conducted a qualitative research with the collaboration of 4 men ages between 20 and 49 being attended to at the Specialized Assistance Service in HIV/Aids at the Giselda Trigueiro Hospital, located in Natal/RN. The study was based on the Gadamerian Hermeneutics and the Narrative Interview using Projective Scenes used as tool. Through the dialogue with the narratives we came up with the following chapters: *The construction of masculinities*, which addresses this process understanding it based on a socio-historical perspective. The meaning of what it is to be a man revealed the coexistence among hegemonic standards and new masculinities; *HIV/Aids: a history of fears and prejudice* in which we bring the history of aids and the meaning of it to the collaborators, shifting between fear of death and of prejudice; *Living with HIV/Aids: when hell is other people one must keep their secret until the end*, in which we discuss the self-righteous and prejudiced view cast on PLWHA, generating their obsession with the secret of their condition, the pain of self-imposed loneliness and other fears (become sick and be discovered), besides coping strategies (use of drugs, work, humor, music, keeping the secret and the matter of spirituality and religiosity); *Psychology and the PLWHA: between ignorance, care and the ethical-political commitment*, in which we address the relation between psychology and the PLWHA, approaching the unfamiliarity with this knowledge/activity and the access of men to psychology services, as well as addressing the (un)known necessities and unseen hardships in the psychology care, ending with the reflection on the clinical and ethical-political commitment in face of the challenges posed by this scenario. By problematizing questions related to these men's experiences, this study makes specificities of the emotional suffering they live visible and reveals their necessity of care, contributing to the promotion of a psychology that is ethically and politically engaged with the assistance given to the PLWHA, aiming to break excluding and stigmatizing paradigms in order to establish solidarity, welcoming and appreciation of these lives, not letting them perish by discrimination and stigmatization. We hope to contribute to promote a committed psychology that walks towards the building of stronger bonds that recognize the right to be different. Acts based on these principles produce life!

Key-Words: HIV/Aids; emotional suffering; heterosexual men; stigma; psychology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	19
2. OBJETIVOS.....	31
2.1 Geral	31
2.2 Específicos	31
3. PERCURSO METODOLÓGICO	32
3.1. Quadro teórico.....	32
3.1.1 A hermenêutica.....	33
3.2 Estratégias operacionais da pesquisa	39
3.2.1 Colaboradores do estudo	39
3.2.2 Instrumentos	43
3.2.2.1 A entrevista narrativa.....	44
3.2.2.2 A cena projetiva	47
3.2.2.3 Diário de campo	48
3.2.3 Tratamento e análise das narrativas.....	49
3.2.4 Análise de riscos e medidas de proteção	55
3.2.5 Aspectos éticos	55
3.2.6. O piloto da pesquisa	56
3.2.7. Inserção e realização do campo	58
3.3. Apresentando os homens de nosso estudo.....	62
4. A CONSTRUÇÃO DAS MASCULINIDADES	74
4.1. Sobre as masculinidades	74

4.2 O ser homem: entre os padrões hegemônicos e as novas masculinidades	82
4.2.1. Ser homem é ter caráter	82
4.2.2. Ser homem é ficar com mulher e <i>ser pegador</i>	84
4.2.3. Ser homem é também exercitar outras possibilidades de ser masculino	89
4.2.3.1. Ser homem e o cuidado.....	89
4.2.3.2. Ser homem e a (in)fidelidade	92
4.2.3.3. Ser homem e a aceitação da masculinidade homossexual	93
5. HIV/AIDS: UMA HISTORIA DE MEDOS E PRECONCEITOS	95
5.1. Um passeio pela história da Aids	95
5.1.1. Das reemergências e dos dados locais	108
5.2 Significados da Aids: medo e preconceito impactando do diagnóstico à vida.	
.....	112
5.2.1. Aids, o medo da morte e o diagnóstico	113
5.2.2. Aids e o medo do preconceito	117
5.2.2.1. O preconceito e o medo da marca ser <i>aidético(a)</i>	118
5.2.2.2. O preconceito e o medo do desprezo da sujeira.....	120
5.2.2.3. O preconceito, o medo da ausência de afetos e do futuro.....	121
5.2.3. Na luta contra o preconceito: a naturalização e superação	122
5.2.3.1. Aids como <i>uma doença qualquer</i>	123
5.2.3.2. Aids e <i>superação</i>	124
6. A VIDA COM HIV/AIDS: QUANDO O INFERNO SÃO OUTROS É PRECISO	
GUARDAR O SEGREDO ATÉ O FIM	125
6.1 A obsessão pelo segredo da soropositividade e as dores da solidão auto imposta	
.....	130

6.2 O medo de ficar doente e ser descoberto.....	143
6.3 Estratégias de enfrentamento: driblando as dores e guardando o segredo até a morte.....	146
6.3.1. Drogas para <i>esquecer do mundo</i>	147
6.3.2. O trabalho para <i>ocupar a mente</i>	149
6.3.3. O humor e a música como aliados.....	151
6.3.4. A pouca presença da espiritualidade e religião	151
6.3.5. Não se importar com os outros	158
6.3.6. Guardar o segredo até o fim	158
7. A PSICOLOGIA E AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS (PVHAs)	160
7.1. O lugar da Psicologia no olhar das pessoas que vivem com HIV/Aids	160
7.2 Sobre o acesso ao serviço de Psicologia	172
7.3 Demandas reprimidas e dores invisibilizadas.....	180
7.4 A psicologia e o compromisso diante do desafio entre o <i>fazer viver</i> e o <i>deixar morrer</i>	187
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
9. REFERÊNCIAS.....	196
10. APÊNDICES	218
10.1. Roteiro de entrevista	218
10.2. Roteiro para uso de cenas projetivas.....	222
10.3. TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)	225
10.3.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista	225
10.3.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cenas Projetivas.....	229

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O essencial é saber ver, mas isso, triste de nós que trazemos a alma vestida, isso exige um estudo profundo, aprendizagem de desaprender.

(Fernando Pessoa)

O interesse que mobilizou a construção deste estudo nasceu a partir de dois eixos centrais: a convivência com uma pessoa que viveu com HIV e a experiência do atendimento clínico a pessoas que vivem com HIV.

Durante minha trajetória acadêmica me interessei por questões da área da saúde coletiva envolvendo grupos minoritários, como as subjetividades *trans*, chegando a escrever meu trabalho de conclusão de curso dentro dessa temática, investigando práticas discursivas e produção de sentidos na experiência transexual.

Neste percurso, o HIV e a aids surgiram como atravessamentos à questão das *trans* identidades e seus modos de vida. Contudo, naquele momento, não foram abordadas no estudo em razão do recorte escolhido para condução da pesquisa.

Minhas razões para o tema atual fazem parte de outra história. Ei-la:

No passado, pude conviver mais proximamente com alguém que viveu parte de sua vida com HIV, uma pessoa amiga e querida por minha família. Convivemos desde minha infância até a fase adulta e a questão de sua sorologia sempre foi mantida em sigilo, apesar de ser uma realidade conhecida para algumas pessoas do nosso convívio.

Tratávamos essa questão de maneira velada, quase nunca falávamos sobre ela. Esse assunto se impôs de maneira mais forte quando Betinho¹ adoeceu severamente, precisando ser internado no Hospital Giselda Trigueiro (HGT), aqui em Natal, cidade na qual residia.

Após isso, ocorreram várias outras internações. Por sentir vergonha da família e dos amigos, não tomava os antirretrovirais com a devida disciplina.

Sentia-se constrangido se estivesse no ambulatório do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) recebendo a medicação e, de repente, encontrasse alguma pessoa conhecida. O que iria dizer? Como iria explicar sua presença num espaço como aquele? Em casa, escondia suas medicações. O anonimato lhe trazia algum conforto.

De tempos em tempos, abandonava o tratamento – era muito penoso para ele explicar sua condição e responder aos questionamentos das pessoas. Em alguns períodos me recordo de seu isolamento, chegando a ficar recluso por meses, não atendendo nossas ligações e não recebendo visitas em sua casa. Essa era uma dor que Betinho não dividia com ninguém, nem com seu amado pai – pessoa mais importante de sua vida.

Quanta dor, solidão e angústia ele enfrentou sozinho ao longo de sua lida com a aids?

Quanto preconceito ele vivenciou em sua trajetória com a doença?

E assim ele seguiu até o fim, quando faleceu prematuramente aos 42 anos de idade. Além de nos deixar muita saudade, Betinho (por meio de sua experiência) nos deixou uma importante mensagem: a de lançarmos um olhar e um cuidado capaz de acolher seus sofrimentos, compreendendo suas experiências singulares no adoecer de aids ou no morrer com ela, a fim de ajudá-los no enfrentamento menos solitário e estigmatizante.

¹ Atribui esse nome para representar a pessoa em questão, salvaguardando sua identidade. A escolha do nome faz alusão a Herbert José de Sousa, o Betinho, sociólogo e ativista dos direitos humanos no Brasil.

De modo semelhante permanecem tantas pessoas nesta condição. Silenciadas, emudecidas, amedrontadas, buscando se resguardar de um perigo devastador: o preconceito. Pessoas que passam a existir no anonimato, vivendo suas dores silenciosamente e de maneira solitária, por medo dos preconceitos e discriminações.

Passados alguns anos, eis que me encontro novamente com esta temática, agora no âmbito do meu ofício profissional: a atividade clínica. Venho trabalhando no consultório, há cerca de três anos, com pessoas que vivem com HIV.

Homens que chegaram à psicoterapia como demanda espontânea. Um, a princípio, não buscou o atendimento em razão da sorologia, embora essa questão tenha emergido e se tornado uma questão importante nas sessões. Já outro, buscou o atendimento justamente no momento em que recebera o diagnóstico positivo para o HIV.

Pessoas vivem e convivem com o HIV/Aids nos mais diversos espaços sociais: na academia, nas empresas, nas instituições religiosas, nas ruas, nas casas de prostituição, nos consultórios dos psicólogos, na vida.

Por vezes o psicólogo tem acesso aquele sofrimento que as pessoas não podem revelar, muitas vezes, às suas próprias famílias. No consultório, as pessoas se despem de suas máscaras, expondo suas fragilidades e tudo aquilo que socialmente não seria aceitável – como o diagnóstico positivo para o HIV, por exemplo.

Dessa forma também vem sendo a vivência das pessoas que recebi no consultório. De lá para cá, tem sido bastante desafiador trabalhar essa temática no *setting* terapêutico. Tem me exigido um aprofundamento quase diário em questões bastante específicas da experiência soropositiva. Deparo-me com a angústia e o medo que permeiam a descoberta do diagnóstico e o sofrimento social a que essas pessoas estão submetidas, e com a própria necessidade de suporte psicológico e social para lidar com o enfrentamento ao HIV, por exemplo.

Conviver com essas pessoas nos possibilita perceber, cotidianamente, seus desafios, angústias, temores e expectativas, bem como é possível enxergar os desassossegos e as violências (simbólicas, inclusive) pelas quais passam as pessoas nessa condição.

Essas questões impulsionaram este estudo na esperança de que possamos contribuir para melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. Ao problematizar essa temática, buscamos contribuir para dar visibilidade e desmistificar questões que cristalizam, ainda hoje, o preconceito e o estigma dessa parcela da sociedade – no âmbito deste trabalho escutamos homens heterossexuais autorreferidos que vivem com HIV/Aids. Olhamos para as especificidades de seus sofrimentos a fim de desvelar pistas para que pudéssemos acolher, cuidar e transformar suas dores, entendendo que o saber/fazer em psicologia pode ser um lugar de contribuição imprescindível nesse cuidado.

Ao realizarmos um estudo nessa direção, buscamos também revelar a potência que existe em cada vida humana, independente de suas limitações e patologias. Nos interessamos por sua vivência de soropositividade com suas dores e suas potências, ainda que queiramos abrir espaço para a invisibilidade das dores afim de serem cuidadas.

Antes de continuar trazendo a relevância e justificativa da especificidade de tal escolha é importante abordarmos brevemente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Trata-se de uma doença crônica caracterizada por uma grave disfunção do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo HIV à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+ (Brasil, 2008 como citado em Correia, Cornélio & Almeida, 2013).

HIV é a sigla, oriunda do idioma inglês, do Vírus da Imunodeficiência Humana, que pode levar à aids. Ele é um retrovírus que compartilha algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do aparecimento dos sintomas da doença,

infecção das células do sangue e do sistema nervoso e destruição do sistema imunológico, responsável pela defesa do organismo contra doenças (Brasil, 2017). Em caso de tratamento não adequado, o HIV pode ser fatal em razão de o vírus destruir o sistema imunológico, ocasionando a aids, patologia de caráter infecto contagiosa (UNAIDS Brasil, 2017).

Desde seu surgimento, a aids coloca em evidência nossas fragilidades quanto à sexualidade, a vida e a morte. As condições de soropositividade ao HIV vêm acompanhadas de aspectos clínicos, sociais e psicológicos que podem acarretar intensos sofrimentos, desde o diagnóstico ao tratamento, envolvendo inclusive a lida com discriminação e preconceito na vivência diária (Silva, 2002; Carvalho, Braga & Galvão 2004; Neves, 2008).

A vivência com HIV e/ou com aids pode suscitar num indivíduo experiências de desamparo, medo, angústia e até mesmo desencadear transtornos mentais, haja vista as representações socioculturais profundamente estigmatizantes tidas pela doença em nossa sociedade.

A aids é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), já que também pode ser transmitida de uma pessoa para outra por meio da relação sexual.

Historicamente, as infecções sexualmente transmissíveis foram chamadas de *doenças venéreas*, em referência a Vênus, que na mitologia grega é considerada a deusa do amor. Existem relatos de doenças desse tipo em algumas passagens bíblicas; por causa dessas doenças, homens e mulheres padeceram em consequência de suas complicações. Elas eram dadas aos humanos como forma de castigá-los por suas ações (Barraviera & Barraviera, 2003).

Percebe-se, através da etimologia da palavra, que desde os tempos remotos existe a associação entre doença venérea e culpa/castigo, como uma forma de punir o homem pelos *excessos* que comete.

O aparecimento da aids e sua acelerada dispersão pelo mundo mobilizaram fortemente os indivíduos e as sociedades contemporâneas por se tratar de uma doença sexualmente transmissível, atingindo em maior escala adultos jovens e que, mesmo diante dos avanços diários nas tecnologias biomédicas, permanece sem cura – portando um caráter de doença crônica (Nogueira da Silva, 2011).

O início da expansão da aids ocorreu na África há mais de 40 anos, contudo, a doença só foi oficializada em 1981 nos Estados Unidos da América (EUA).

Vivemos a quarta década do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Ambos ainda representam um grande desafio para a sociedade civil e para a comunidade acadêmica e científica, configurando-se como problemas globais de saúde pública que demandam reflexão, estratégias de enfrentamento e participação dos atores envolvidos.

A inserção ou manutenção de postos de trabalho, a vivência da conjugalidade/parentalidade, da maternidade/paternidade, da sexualidade e de relacionamentos com parceiros *soroconvergentes* ou *sorodiscordantes*, o enfrentamento da doença à luz das possibilidades de tratamento e o fortalecimento da rede de apoio social são algumas questões de natureza psicossocial vivenciadas por pessoas soropositivas para o HIV. Elas convivem, ainda, com a forte estigmatização em torno da doença.

Portanto, a problemática do HIV e da aids mobiliza debates nas mais diversas áreas do conhecimento devido à complexidade das perspectivas sócio-históricas, políticas, subjetivas e biológicas que a atravessam (Jeolás, 2007; Carvalhaes, 2010), bem

como na sociedade e nos meios de comunicação de massa, através de novelas e programas de televisão.

A aids pôs em debate questões historicamente ocultadas.

A morte, o uso de drogas, as sexualidades, as relações de gênero, a hierarquia de poder entre homens e mulheres, o desejo sexual de adolescentes, mulheres e idosos e as diversas dimensões do prazer. Com isso, tem ajudado a desnaturalizar questões sociais e culturais construídas historicamente, que são parte dos significados, normas e códigos que balizam a estrutura e a organização da sociedade, impondo outros olhares para a complexidade de questões relacionadas às sexualidades, aos gêneros, ao corpo e à cultura (Weeks, 2001 como citado em Carvalhaes, 2010, p. 117).

Ela tem sido considerada pelos órgãos de saúde pública como uma epidemia.

Segundo Moura (2012), epidemia

representa a ocorrência de um agravo acima da média (ou mediana) histórica de sua ocorrência. O agravo causador de uma epidemia tem geralmente aparecimento súbito e se propaga por determinado período de tempo em determinada área geográfica, acometendo frequentemente elevado número de pessoas (p. 15).

No tocante a expansão do vírus, Mann, Tarantola e Netter (1993) já afirmavam que o HIV tem demonstrado reiteradamente sua capacidade de cruzar todas as fronteiras – sociais, culturais, econômicas e políticas, devido às condições que fomentam sua disseminação serem complexas e dinâmicas.

Em 1985, a aids já era considerada uma pandemia para a qual não havia limites geográficos, envolvendo todas as etnias, classes sociais, idades e orientações sexuais, sendo uma doença que atinge toda a população mundial (Moura, 2006).

Essa realidade está refletida nas mudanças no perfil da doença e demonstram que o HIV e a aids tem se expandido significativamente na última década entre homens, jovens, trabalhadoras do sexo e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2018).

Dados de 2018 apontam que a epidemia da aids no Brasil caracteriza-se como uma epidemia concentrada, cuja prevalência dos casos de HIV entre a população geral é de 0,4%. Contudo, os dados revelam ainda que entre algumas populações mais vulneráveis ao HIV essa prevalência é superior a 1%. Constam como populações vulneráveis: homens que fazem sexo com homens, tendo cerca de 12% de prevalência em relação ao vírus, trabalhadoras do sexo, com quase 6% e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, com 5% (Brasil, 2018).

Embora a doença não faça distinção entre as pessoas que atinge, ela afeta de maneira diferente as diferentes classes sociais. Podemos constatar essa afirmação observando a dinâmica da doença tanto no nosso país, como nos continentes europeu e africano.

No primeiro, as pessoas com HIV morrem, geralmente, por infarto ou doenças degenerativas, enquanto no segundo continente elas falecem em decorrência de doenças oportunistas.

Esta ideia revela o caráter social e político da epidemia. No continente que propicia meios que asseguram uma melhor qualidade de vida, maior atuação do Estado e garantia de um estado de bem estar social para os cidadãos, às pessoas tendem a acessar melhores condições para garantir seu tratamento, ampliando seu tempo de vida.

Já no continente em que existe maior disparidade social, maior concentração da pobreza, menor atuação do Estado e ausência do estado de bem estar social, as pessoas tendem a sucumbir às complicações decorrentes da própria síndrome.

Destacamos que o número de infectados pelo HIV voltou a subir no Brasil (Brasil, 2018). No período de 1980 a junho de 2018, foram detectados 982.129 casos de aids no país.

Desde o ano de 2012 tem se observado uma diminuição na taxa de detecção da doença no Brasil, que passou de 21,7/100.000 habitantes (em 2012) para 18,3/100.000 habitantes (em 2017), representando uma redução de 15,7%. Tal redução tem sido mais acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013 (Brasil, 2018).

No Rio Grande do Norte, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018, foram registrados 4.926 casos de aids em adultos. Nesse período, 71% dos casos referiam-se ao sexo masculino, revelando uma razão de 2,4 casos em homens para 01 em mulheres. As maiores proporções de casos encontram-se na faixa etária de 30 a 39 anos, representando 32% (SESAP, 2019).

No tocante aos dados relativos a óbitos por aids no Estado, no período de 2008 a 2018 foram registrados 1.298 óbitos em decorrência da doença em adultos. Neste período, 71% dos óbitos ocorreram em homens e a faixa etária predominante foi a de 40 a 49 anos com 31% dos casos registrados (SESAP, 2019).

Por sua vez, a declaração política da ONU, em 2016, revelou que a população masculina continua entre as mais vulneráveis ao HIV ao lado de outras populações, tais como: imigrantes; trabalhadores do sexo; homens que fazem sexo com homens; pessoas que usam drogas injetáveis; pessoas trans, mulheres e adolescentes e pessoas privadas de liberdade. A síndrome continua expressiva, em escala mundial, na diversidade do universo masculino.

Alguns dados estatísticos demonstram que foram registrados 3.668 casos de infecção pelo HIV entre 2014 e 2018 no Rio Grande do Norte, sendo 69% deles pertencentes ao sexo masculino. No tocante a este mesmo índice, os maiores percentuais de casos registrados no Estado encontram-se na faixa de 20 a 29 anos, representando 34% (SESAP, 2019).

No cenário nacional, as faixas etárias mais atingidas estão entre os segmentos considerados adulto jovem (de 18 a 24 anos) e homens adultos (de 25 a 39 anos). A primeira faixa é uma dentre as que apresentam maior taxa de infecção no Brasil e também na capital potiguar; já a segunda vem mantendo estabilidade expressiva nesse contexto (UNAIDS, 2016).

Também é fato que apesar das campanhas lançadas pelo Ministério da Saúde e da atuação das ONG's que lutam em prol desta causa, a aids já foi mais debatida pela sociedade civil e pelo Estado. Nota-se que na atualidade são escassas as campanhas destinadas a essa questão, as quais surgem pontualmente, geralmente no período carnavalesco.

Associados a todos os fatores políticos e sócio culturais que o fenômeno da aids envolve assistimos um recrudescimento da prevenção. O caráter de cronicidade da doença e o acesso ao tratamento possibilitando em parte seu controle, também promoveu um não reconhecimento das especificidades desse viver ou conviver com a aids, negando-se por vezes as dificuldades da soropositividade.

Este imaginário tem estimulado as pessoas a se desprotegerem em suas relações, aumentando o número de novas infecções.

Conforme já sinalizado, com relação aos homens, as taxas de detecção de aids têm apresentado tendência de crescimento nos últimos dez anos (Brasil, 2018). Neste sentido, os estudos relativos a homens e masculinidades ganharam relevância nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no país.

A ênfase no que diz respeito à relação entre homem e saúde tem sido objeto de atenção nos meios acadêmicos e também no contexto dos serviços, especialmente, nas análises em torno da sexualidade e saúde reprodutiva.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009, exprime o reconhecimento de que os agravos à saúde dos homens constituem legítimas questões de saúde pública e precisam contemplar todas as formas de masculinidades (Brasil, 2009).

Em relação à busca por assistência à saúde e às representações masculinas de saúde-adoecimento e cuidado, alguns estudos qualitativos identificam como barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde às dificuldades dos homens com o modelo de construção do ser homem que se estrutura em torno de uma identidade de gênero heteronormativa impondo a noção de invulnerabilidade e a busca do risco como um valor, a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência (Olavarria, 1999; Figueiredo, 2008; Couto, et. al., 2010; Pinheiro et. al. 2012).

Os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades para reforçar a idéia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino. Como observa Welzer-Lang (2004), na socialização do masculino é preciso combater possíveis associações com a mulher sob pena de ser assimilado, identificado e tratado como esta.

Fato é que diante das tantas demandas de agenda em torno da aids, o olhar para as masculinidades pode ser considerado recente.

Portanto, a relevância deste estudo reside em atribuir visibilidade aos sofrimentos específicos de homens heterossexuais que vivem com HIV/Aids. Compreendendo as dores a que estão expostos de forma invisível, e quem sabe não autorizadas por eles (Nogueira da Silva, 2017) e problematizando o lugar da psicologia nesse cuidar, podendo contribuir *para não deixarmos morrer* por estigmatização e discriminação (Seffner & Parker, 2016) aqueles que poderiam (con)viver de maneira inclusiva em tempos de cronicidade da aids.

Nessa direção, surgiram algumas inquietações: como lidar com as implicações sociais e os sofrimentos decorrentes dessa experiência, do diagnóstico ao tratamento, na vida diária daqueles homens? Como lidar com a violência resultante do estigma e dos preconceitos que podem marcar a vida dessas pessoas?

Quantas dores vivenciam silenciosamente em sua trajetória com a doença? Será que eles temem terem sua condição associada a outros modelos de masculinidades e de identidades sexuais? Quais recursos individuais e coletivos de cuidado emocional eles conseguem acessar? Existe alguma busca por serviços de psicologia? Como eles se relacionam com os serviços?

Para nossos entrevistados, o que significa ser homem? Sobre isso falaremos junto com eles mais adiante.

Espera-se, com este estudo, que sejam problematizadas as questões que atravessam a experiência soropositiva desses homens heterossexuais autorreferidos, que se reconhecem como homens *cis* - aqueles que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascer (Jesus, 2012) - no sentido de visibilizar as especificidades de seu sofrimento emocional e necessidades de cuidado, contribuindo para agregar ao debate sobre o lugar da psicologia na assistência prestada a essas pessoas a fim de construirmos outros cenários capazes de iluminar práticas comprometidas com a mudança da realidade de estigmatização e discriminação na qual todos (con)vivemos.

Após introduzir o leitor em nossa problemática, justificando a escolha desse estudo, apresentamos os objetivos e nosso percurso metodológico. Na sequência, trazemos o capítulo intitulado “A construção das masculinidades”, no qual abordamos o processo de construção das masculinidades a partir do viés sócio histórico e dialogamos sobre o ser homem para nossos colaboradores, discutindo padrões hegemônicos e novas masculinidades.

Posteriormente, no capítulo “HIV/Aids: uma historia de medos e preconceitos”, realizamos um breve passeio sobre a história da aids no mundo e discutimos os significados da doença para os colaboradores. No capítulo seguinte, “A vida com HIV/Aids: quando o inferno são outros é preciso guardar o segredo até o fim”, discutimos o olhar preconceituoso e moralizante lançado as PVHAs, a obsessão delas pelo segredo da soropositividade, as dores da solidão auto imposta, outros medos e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos homens do estudo para lidar com sua soropositividade.

Encerrando o diálogo com as narrativas, encontraremos o capítulo “A psicologia e as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHAs)”, onde abordamos questões como a compreensão delas sobre o papel da psicologia e o acesso aos serviços psi, além de problematizarmos as demandas reprimidas e dores invisibilizadas, finalizando com o debate sobre a psicologia e o compromisso clínico e ético-político diante do desafio que vivemos entre *fazer viver* ou *deixar morrer* essas pessoas.

Por fim, trazemos as considerações finais, as referências bibliográficas e os apêndices do trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Compreender as experiências de sofrimento emocional de homens heterossexuais (autorreferidos) soropositivos para o HIV/Aids.

2.2 Específicos

- Conhecer o significado da aids para essas pessoas;

- Conhecer o significado de ser homem heterossexual;
- Identificar as principais causas de sofrimento emocional vivenciado por essas pessoas em suas experiências com a soropositividade;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano delas diante de sua sorologia;
- Investigar a busca (e se buscam), o acesso, dificuldades e potencialidades na utilização dos serviços de psicologia.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Para isso existem as escolas: não para ensinar as respostas, mas para ensinar as perguntas. As respostas nos permitem andar sobre a terra firme. Mas somente as perguntas nos permitem entrar pelo mar desconhecido.

(Rubem Alves)

3.1. Quadro teórico

A metodologia pode ser considerada o caminho trilhado do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ela inclui simultaneamente o método, as técnicas e a criatividade do pesquisador (Minayo, 2007).

Optamos por uma pesquisa qualitativa, pois este tipo de pesquisa busca entender, descrever e explicar os fenômenos “de dentro” de diversas maneiras diferentes. O que importa nesse enfoque é desvelar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta. São formas de sentido que podem ser reconstruídas e analisadas com diversas estratégias (Banks, 2008).

No mesmo sentido, Holanda (2006) afirma que os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que pesquisam, explicitam e analisam fenômenos. Os referidos fenômenos, por essência, não são passíveis de serem medidos. Crenças, representações, estratégias frente a um determinado problema, possuem características específicas. A abordagem qualitativa propõe-se então a elucidar e conhecer os complexos processos de constituição da subjetividade.

As técnicas qualitativas enaltecem o modo como às pessoas falam sobre suas vidas, a linguagem usada e as conexões realizadas trazem à tona como o mundo é percebido, além de proporcionar uma oportunidade para as pessoas revelarem seus sentimentos (Spencer, 1993).

Para alcançar os objetivos desse estudo buscamos desvelar as narrativas dos colaboradores utilizando a Hermenêutica enquanto referencial teórico metodológico, sendo a análise interpretativa realizada pela Hermenêutica de Hans-Georg Gadamer, mais especificamente.

3.1.1 A hermenêutica

É tarefa da hermenêutica esclarecer o milagre da compreensão.

(Gadamer)

O termo *hermenêutica* origina-se do idioma grego *hermeneutikós*, que deriva do verbo *hermeneuein*, que significa interpretar. Etimologicamente, o termo está relacionado a Hermes, deus grego considerado como o mensageiro dos Deuses (Silva, 2006). Os gregos atribuíam a ele, patrono da comunicação e do entendimento humano, a origem da linguagem e da escrita (Brito, 2007).

Segundo Lawn (2007), a palavra hermenêutica possui duas origens: a do deus grego Hermes (em seu papel de mensageiro dos céus) e a outra, que faz referência ao conhecimento oculto e secreto, digno de interpretação.

Historicamente, a hermenêutica atravessa o campo da filosofia desde a antiguidade clássica, tendo sido Platão (filósofo da Grécia Antiga) um dos pioneiros na sua utilização (Brito, 2007).

Enquanto preceito da compreensão e da interpretação, a hermenêutica se expandiu por dois caminhos diferentes: o teológico e o filosófico. O primeiro caminho como defesa da compreensão reformista das escrituras sagradas; o segundo como ferramenta de redescobrimto da literatura clássica. Ambos os caminhos objetivam desvelar o sentido original dos textos (Brito, 2007).

O intuito da hermenêutica naquela altura era

de natureza predominantemente tecno/normativa e se restringia à tarefa de fornecer às ciências declaradamente interpretativas algumas indicações metodológicas, a fim de prevenir, do melhor modo possível, a arbitrariedade no campo da interpretação de textos ou de sinais. Por isso, formou-se, desde a Renascença, uma hermenêutica teológica (sacra), uma hermenêutica filosófica (profana), como também uma hermenêutica jurídica (Grondin, 1999, p. 09 como citado em Brito, 2007, p. 02).

No período moderno, a hermenêutica precisou se libertar dos enquadramentos dogmáticos visando alcançar a unidade da vida grega e cristã. A partir da “liberação da interpretação do dogma”, com Dilthey, as Escrituras Sagradas (enquanto obras escritas)

passam a ser submetidas a uma interpretação não só em termos gramaticais, mas também histórica (Brito, 2007, p. 01).

A partir do teólogo e filósofo alemão Friedrich Schleiermacher (1768 – 1834), as questões da compreensão e da interpretação passam a ser o cerne da preocupação hermenêutica (Brito, 2007).

Com Hans-Georg Gadamer (1900 – 2002), filósofo alemão tido como um dos maiores expoentes da hermenêutica filosófica, a hermenêutica enquanto método de interpretação e compreensão passa a ser desenvolvida como filosofia, possuindo na linguagem seu elemento de universalização e o princípio dialógico como base do aprofundamento do fenômeno da compreensão (Brito, 2007).

A compreensão do sentido norteia-se por um possível consenso entre o sujeito agente e aquele que busca compreender (nesse caso, o pesquisador). Dessa forma, a compreensão só ocorrerá através do estranhamento, pois, somente o fracasso na tentativa de entender o que é dito (dentro de um sistema de intersubjetividade), pode levar alguém a se aprofundar na opinião do outro, na busca da sua racionalidade e verdade (Minayo, 2000).

Assim, para a referida autora, a hermenêutica se coloca no tempo presente, na cultura de um determinado grupo para buscar o sentido que vem do passado ou mesmo do presente, de uma visão de mundo singular, envolvendo num só movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido.

Neste sentido, é essencial que as pesquisas realizadas dentro desse campo de investigação prezem por considerar a historicidade dos fenômenos analisados.

A hermenêutica filosófica proposta por Gadamer consiste numa reflexão metadiscursiva que possui sua base na filosofia grega e se funda no diálogo com a Fenomenologia Existencial.

A fenomenologia existencial é, inicialmente, caracterizada como um modo de fazer filosofia, sendo uma reflexão sobre a realidade da qual se ocupa, voltando-se para a experiência, para o vivido (Amatuzzi, 2009).

Ela nasceu a partir da crise da ciência, do conhecimento, da necessidade de confrontar-se com as faltas metodológicas da ciência positivista (Josgrilberg, 2002 como citado em Silva, 2006) e teve sua elaboração mais sólida com Husserl, no século XX, apesar de ter surgido no final do século XIX com Franz Brentano (Silva, 2006).

No entanto, será a fenomenologia Heideggeriana que dialogará com a Hermenêutica. Para Heidegger, a hermenêutica é um dos aspectos da filosofia fenomenológica e se destina à formulação da pré-estrutura da compreensão do *Dasein* enquanto ser-no-mundo; já para Gadamer, ela é o próprio núcleo do filosofar, só sendo possível fazê-la por meio da apropriação de sua situação hermenêutica, a partir da investigação da historicidade da compreensão (Missagia, 2012).

Neste sentido, a tarefa da hermenêutica estaria em esclarecer a compreensão através dos sentidos das ações (Hans-Georg Gadamer, 2002) tida como possibilidade de um aprofundamento e entendimento do significado contínuo.

Para Gadamer (2002), “ter um mundo é ter uma linguagem, pois só podemos compreendê-lo a partir da interpretação, e, neste caso, as palavras e seus significados tem relevância”. É a partir do discurso que a compreensão do viver humano e de seus sentidos é passível de ser feita. Ele considera que o encontro entre os atores envolvidos na pesquisa vai além do que foi dito ou lido, pois se trata de uma relação dialética que, no encontro, faz com que a interpretação surja.

A compreensão, portanto, acontece na forma de uma *fusão de horizontes*, na qual um deles é colocado em contato com o outro, de modo que um não suprima o outro, mas que se fusionem e se expandam. A ligação entre esses horizontes acontece por meio do

diálogo, que é visto como uma acomodação do outro, e não como substituição ou supressão (Pinheiro, 2015, p. 25; Lawn, 2007).

Entendemos que a acomodação se refere ao diálogo no sentido dele ser capaz de acomodar um horizonte ao outro, fazendo com que eles de fato dialoguem e se expandam a partir do que foi possível ser fundido. Este conceito traz a concepção de que o significado não está no texto, na ação (ou discurso), no autor, nem no sujeito, mas na relação existente entre eles.

Para Gadamer (2002), toda ação compreensiva se processa necessariamente a partir do diálogo, sendo nele e a partir dele que o eu se confronta frequentemente com o outro e, dessa forma, ambos fundem seus horizontes buscando uma compreensão do discurso que está além de gestos, ações e palavras, mas que se constrói na relação entre os sujeitos.

Sendo assim, o fazer hermenêutico é de um contínuo diálogo, no qual a dialética de questionamentos e respostas vincula toda interpretação às perguntas que novamente e mais uma vez movem o intérprete, construindo um *círculo hermenêutico* que possibilita a compreensão incessante com a qual vamos, simultaneamente, decifrando e instaurando o mundo e o fenômeno que buscamos compreender (Ayres, 2005).

Outro aspecto importante trabalhado por Gadamer no caminho para a compreensão é o lugar dos preconceitos². Para ele, um preconceito, assim como um pré-juízo, não é nem positivo nem negativo até se ter um juízo determinante. Dessa forma, a tarefa da compreensão hermenêutica seria diferenciar os preconceitos legítimos de todos os que fossem ilegítimos, devendo esses últimos serem criticados e abandonados

² Ao longo dessa dissertação utilizamos o termo preconceito com significados distintos. Na perspectiva da hermenêutica, preconceito refere-se a juízos prévios tecidos acerca de determinado fenômeno (não sendo esses juízos, em si, positivos nem negativos). Já preconceito na perspectiva da experiência do HIV/Aids diz respeito ao julgamento moral e condenatório pelo qual passam as pessoas que vivem com o vírus e/ou com a doença.

(Schmidt, 2014). Não seria aqui a suspensão dos preconceitos, e sim, trazê-los para perto, considerar a sua existência, a fim de não sermos enganados por eles.

É somente em um encontro dialógico com o estranho ao pesquisador, que ele pode se abrir para o risco e teste de suas ideias prévias, pois a compreensão é participativa, conversacional e dialógica (Melo & Caldas, 2013).

Segundo Costa (2002), a hermenêutica exige o encontro e confronto dos horizontes do pesquisador e pesquisado, bem como do pesquisador com seu aporte teórico, desenhado pelas diversas versões construídas no interior da história da ciência.

Assim, olhar o fenômeno considerando seus diversos aspectos (históricos, sociológicos, políticos, artísticos, etc) pode possibilitar ao pesquisador uma compreensão mais profunda sobre o objeto investigado.

A pesquisa em questão ao ancora-se na hermenêutica gadameriana para a compreensão dos discursos e ações dos sujeitos pesquisados (considerando a polissemia que esses discursos/ações possam produzir) constituiu-se, portanto, num processo interpretativo dialógico, no qual o pesquisador foi coparticipante, ou seja, parte do processo. Afinal, só é possível interrogar aquilo de que fazemos parte.

Gadamer (2000) nos ensina que a essência do comportamento hermenêutico consiste em não se guardar nunca, para si, a última palavra, pois a possibilidade de que o outro tenha razão é a alma da hermenêutica.

Corroboramos com o autor ao dizer que a “verdade” não se estabelece através do método, mas sim pelo diálogo incansável, sempre restaurado pelos argumentos apresentados (Gadamer, 2007).

No decurso dessa dissertação, auxiliada pelas lentes hermenêuticas, buscamos compreender as experiências de sofrimento emocional de homens que se denominam

heterossexuais que vivem com HIV/Aids, e suas formas de enfrentamento ao vírus e a doença.

A questão central “se tratava do homem que compreende o outro (Gadamer, 2004, p. 39)”. Eis o desafio da dissertação: compreender esse *estranho/familiar*.

3.2 Estratégias operacionais da pesquisa

Você não pode mudar o vento, mas pode ajustar as velas do barco para chegar onde quer.

(Confúcio)

3.2.1 Colaboradores do estudo

O presente estudo contou com a colaboração de quatro homens que se auto referiram como heterossexuais e que vivem com HIV e/ou aids na cidade de Natal/RN, com idades entre 20 a 49 anos.

A faixa etária escolhida inicialmente compreende parte do segmento considerado adulto jovem (18 a 24 anos), em razão de ser uma das que apresentam maior índice de infecção pelo HIV no Brasil e também em Natal. Contempla também o período seguinte, (25 a 39 anos), por abranger o segmento etário de homens adultos, o qual mantém estabilidade expressiva no tocante a taxa de infecção (UNAIDS, 2016; SESAP, 2019).

Contudo, em função de inúmeras dificuldades para acessarmos essa população incluímos também homens na faixa etária que vai de 40 a 49 anos. Intervalo etário este que no período de 2008 a 2018 correspondeu a 31% dos óbitos por aids em homens no

Rio Grande do Norte (SESAP, 2019), portanto, justificando-se também a importância da inclusão desse segmento para nosso estudo.

O intuito inicial era termos um número de, aproximadamente, 10 homens. Tal número representava uma média que poderia possibilitar ao estudo variação entre as idades dos colaboradores (compreendendo a faixa etária de 20 a 39 anos), bem como variação do tempo de diagnóstico dos mesmos, buscando captar pessoas em diferentes fases de diagnóstico e vivência do HIV/Aids.

Entretanto, dada à complexidade do tema e ao cenário de estigmatização e preconceito pelos quais passam, cotidianamente, as pessoas soropositivas nos deparamos, como sinalizamos anteriormente, com uma significativa dificuldade em encontrarmos homens dispostos a participarem da pesquisa. É sabido que pessoas nessa condição temem qualquer situação que coloque em risco sua identidade, por isso, geralmente, elas preferem não se expor. Foi em face deste cenário, que optamos por ampliar a faixa etária dos colaboradores (de 20 a 39 anos para 20 a 49 anos).

Buscando superar a dificuldade de acesso aos nossos possíveis colaboradores, já que eles não costumam socializar sua condição sorológica em muitos espaços e com muitas pessoas, buscamos a ajuda de lideranças de ONG's por diversas vezes e representantes de movimentos de luta contra a aids em Natal, contudo, membros de alguns dos poucos grupos com os quais conseguimos estabelecer contato informaram que o acesso ao coletivo é restrito a pessoas com HIV/Aids. Já outro membro de outro grupo disse ter lançado num grupo fechado (também exclusivo a soropositivos) a proposta das pessoas poderem participar do estudo, explicando com detalhes do que se tratava, no entanto, ninguém se voluntariou – segundo esse informante.

A fala de um dos colaboradores desse estudo revela um pouco da escolha de muitas pessoas que vivem com HIV/Aids, no tocante a manter as relações com seus pares sob o véu do anonimato.

Uma vez eu saí, né, fui na casa dum pessoal – que eles não sabe que eu tenho – e aí eu vi uma pessoa assim, no mesmo movimento que eu, aí fui e perguntei: o que foi isso?

O que é o ‘mesmo movimento’? (questiona a pesquisadora).

Esses teco-teco que a gente tem no braço, movimentos involuntários. Aí eu disse: o que foi isso? ‘Foi um AVC’ [resposta da pessoa]. ‘Foi provocado por quê?’ Ele disse: ‘por germe de gato’. Aí eu fui e perguntei: ‘Tu é soropositivo, num é?’. Ele se espantou. Aí eu disse: ‘Se espante não, pô. Eu também sou’. Aí ele disse: ‘homem não sei o quê’. Dali ele só fez minha amizade, aí até hoje a gente tem amizade, assim.

Pronto, a gente se relaciona melhor com as pessoas que é também.

Portanto, a narrativa do colaborador ainda que não seja ilustrativa da forma de convivência das pessoas nos grupos ativistas, aponta para a questão do anonimato. Seja por razões de luta coletiva em prol da causa da aids ou nos espaços de socialização, o fato é que essas pessoas tecem relações com seus iguais numa rede invisível aos olhos dos não positivos - com exceção dos informados, retomando este conceito de Goffman (1988).

Pensando na lógica de estarem, com isso, se protegendo contra o preconceito, essas ações fazem muito sentido. Porém, essa conduta pode gerar algumas indesejadas repercussões como, por exemplo: enfraquecimento da luta pela causa aqui na cidade; pouca visibilidade diante de outras associações com fins comuns; desconhecimento por parte da sociedade civil, que pode estar buscando espaços como estes e não conseguem acessar e invisibilização dessa problemática (que é tão expressiva) em nossa capital.

Para fins de nosso estudo, cabe destacar que nas pesquisas qualitativas a amostragem não atende a critérios numéricos, e sim à possibilidade de maior

aprofundamento da temática em questão e abrangência de compreensão de um contexto (Minayo, 2000).

A validade dos estudos qualitativos não se efetiva pelo tamanho de sua amostra, tal como nos estudos quantitativos, mas sim por sua profundidade na realização da pesquisa. No método qualitativo, o pesquisador pode decidir de maneira intencional o número de colaboradores que farão parte do estudo, isto porque o importante, nesta modalidade de fazer pesquisa, é interpretar e descrever como o fenômeno estudado ocorre em seu contexto, privilegiando a compreensão do mesmo no cenário em que acontece (Richardson, 1999; Triviños, 2008).

Sendo assim, um número menor de colaboradores pode nos possibilitar a compreensão dos objetivos propostos nessa pesquisa, nos permitindo uma imersão no universo de significados de alguns fenômenos para as pessoas que os vivenciam, sem o estabelecimento de regularidades e generalizações.

Por fim, o acesso aos colaboradores deste estudo ocorreu no SAE do Hospital Giselda Trigueiro mediante indicações dos profissionais de saúde, em especial da psicóloga e de um médico infectologista, ambos atuantes no serviço.

Os nossos colaboradores foram capazes de utilizar a linguagem e outros recursos do desenvolvimento humano esperados para a faixa etária mencionada, tendo em vista os instrumentos usados para acessar suas narrativas.

Logo, configurou-se como critério de exclusão pessoas que por ventura apresentassem alguma dificuldade de comunicação e/ou compreensão que tornasse inviável o uso dos instrumentos escolhidos.

Portanto, construímos nosso estudo com a colaboração de quatro homens. Segue abaixo um quadro com algumas informações sobre o perfil desses homens que compartilharam suas vidas tecendo conosco esse escrito.

NOME FICTÍCIO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RELIGIÃO	TEMPO DE DIAGNÓSTICO
Mandacaru	36 anos	Divorciado	Ensino Médio Completo	Dono do Lar *Afastado pela perícia médica	Jesus	6 anos
Juazeiro	39 anos	Solteiro	Ensino Médio Completo	Auxiliar de Cozinha *Afastado pela perícia médica	Evangélico	5 meses
Carnaúba	24 anos	Solteiro	Ensino Fundamental Completo	Estudante de Supletivo (1º e 2º ano do ensino médio)	Católico	24 anos (transmissão vertical)
Umbuzeiro	46 anos	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Motorista (desempregado)	Católico	1 mês

Figura 01: Quadro com a apresentação e dados sociodemográficos dos colaboradores.

3.2.2 Instrumentos

Dado os objetivos deste estudo, a Entrevista Narrativa com uso de Cena Projetiva surgiu como potente possibilidade de acesso às histórias de vida dos colaboradores da pesquisa. A utilização combinada de mais de um recurso metodológico almeja uma compreensão em profundidade e possibilita maior segurança na análise interpretativa (Spink, 1993).

O Diário de Campo também se configurou como um recurso utilizado durante a fase do campo. Nele a pesquisadora registrou os encontros com os colaboradores, bem como suas percepções e afetações oriundas do campo.

Os colaboradores receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo para Gravação de Voz. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

3.2.2.1 A entrevista narrativa

Os cientistas dizem que somos feitos de átomos, mas um passarinho me contou que somos feitos de histórias.

(Eduardo Galeano)

Minayo (2000) considera a entrevista como um dos métodos mais valiosos para apreender os sistemas de valores e as interpretações que os indivíduos atribuem aos conflitos e as experiências vividas.

A entrevista pode ser compreendida como um diálogo entre duas pessoas, uma comunicação verbal que fortalece a importância da linguagem e do significado da fala (Minayo, 2000).

Para essa autora

O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informação é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transporte, através de um porta-voz, às representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (p.185).

A entrevista torna-se um método ainda mais interessante na medida em que permite elucidar questões e se adaptar a eventuais necessidades da pesquisa, tornando-a eficiente na obtenção das informações esperadas.

Sobre os benefícios desse método, Ludke (1986) afirma que “enquanto outros instrumentos têm seu destino selado no momento em que saem das mãos do pesquisador que os elaborou, a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado (pp. 30-31)”.

No que diz respeito às entrevistas narrativas, elas permitem ir além da mera transmissão de conteúdos ou informações, buscando a revelação da experiência, envolvendo aspectos fundamentais tanto para o colaborador da pesquisa individualmente, quanto para o contexto em que está inserido (Muylaert et. al., 2014).

Na entrevista de tipo narrativa existe a ênfase na característica colaborativa, haja vista que a história do sujeito pesquisado surge a partir da interação, partilha e diálogo com o entrevistador (Creswell, 2014).

Nesse método, o entrevistado é estimulado a falar de forma livre acerca de um tema e os questionamentos do entrevistador, quando realizados, visam o aprofundamento das reflexões. A entrevista narrativa busca criar uma situação para estimular e encorajar o entrevistado a narrar a sua história de vida ou do contexto social ao qual pertence (Jovchelovitch & Bauer, 2002).

Sendo assim, esta modalidade de entrevista se afasta radicalmente da forma tradicional de entrevistas baseadas em perguntas e respostas, mostrando-se como um instrumento importante na construção de investigações qualitativas.

Utiliza de conhecimento científico comprometido com a fiel apreensão das narrativas e a originalidade dos dados apresentados, tendo em vista a permissão no aprofundamento do verbalizado, combinando histórias de vida a contextos socioculturais

(Muylaert et. al., 2014).

Jovchelovitch e Bauer (2002) defendem que para realizar uma entrevista narrativa o pesquisador precisa conhecer o campo de estudo, ou seja, a temática que será trazida pelo entrevistado e com isso formular algumas perguntas iniciais que sejam de seu interesse. Uma pergunta disparadora é então escolhida para dar início à entrevista e deve ser algo que faça parte da experiência do entrevistado, pois visa garantir o interesse dele na entrevista. Essa pergunta disparadora deve ser bem ampla para permitir que o entrevistado faça uma narração ampla e detalhada.

Em nossa pesquisa, utilizamos a seguinte pergunta disparadora:

Pedimos a sua contribuição no sentido de **contar sobre sua experiência vivendo com HIV/Aids (como enfrenta o seu dia a dia desde o momento em que recebeu o diagnóstico até o momento atual, os sofrimentos emocionais, desafios que enfrenta em decorrência de sua sorologia)** assim como possíveis ganhos, aprendizados. Além de outros pontos que você entender importantes e queira destacar.

Figura 02: Quadro contendo a questão disparadora.

Portanto, a entrevista narrativa teve como ponto inicial a abordagem ao entrevistado pedindo que contasse sobre a experiência de viver com HIV/Aids, com a maior riqueza de detalhes possível. Após isso, foram realizadas perguntas complementares para se chegar aos objetivos específicos da pesquisa (que, em alguns momentos, não foram abordados espontaneamente pelo colaborador), e também para aprofundar pontos que já tinham sido abordados na fala do entrevistado, gerando maior compreensão sobre o tema.

3.2.2.2 A cena projetiva

O uso da cena projetiva possibilita ressignificação e elaboração simbólica de vivências que possam ter grande carga emocional. São instrumentos que oferecem “testemunho da experiência nas palavras do próprio sujeito, (...) sem grandes elaborações racionais” (Paiva, 2005, p. 05) auxiliando, assim, na aproximação de temas delicados e de difícil expressão (Minayo, 2007) que poderiam ter sido impessoalizados no decurso das entrevistas.

Em outras palavras, a utilização de recursos que viabilizam cenários em que a pessoa projeta seus desejos, angústias e expectativas, como o uso das cenas, possibilita um melhor acesso ao universo subjetivo e intersubjetivo dos colaboradores (Silva, 2006).

Trata-se, portanto, de um recurso metodológico coconstrutivista e que torna possível *insights* de novos repertórios por meio de uma experiência dada previamente, através de visualizações com relato verbal e escrito posterior (Paiva, 2005; Silva, 2006). Em razão disto, é possível ao entrevistado acessar sentimentos que não estejam aparentes no discurso verbal, fornecendo indícios acerca de suas vivências e seus significados, especialmente, por meio dos sentimentos e afetos que estavam latentes (Oliveira, 2016).

O intuito da cena que utilizamos foi possibilitar que os homens realizassem o exercício imaginativo de duas situações específicas: na primeira, eles buscam um serviço de psicologia e encontram dificuldades no atendimento e, na segunda, eles buscam um serviço e são muito bem atendidos, gostam e pretendem retornar para serem acompanhados. Dessa forma, pediu-se que eles imaginassem como essas situações ocorreram, em como foram os atendimentos (tanto na cena em que encontraram dificuldades no atendimento, quanto na que gostaram do serviço e optaram por retornar), se esses homens estavam sofrendo, quais seriam esses sofrimentos, como a abordagem da psicologia poderia ter os ajudado ou não, dentre outros pontos abordados.

Em razão das características da cena projetiva e seu objetivo, existe a possibilidade de haver ressignificações de possíveis situações marcantes para o sujeito e/ou experimentadas de forma traumática (Oliveira, 2016).

3.2.2.3 Diário de campo

No âmbito de nosso estudo, utilizamos o diário de campo como um instrumento que o pesquisador recorre para realizar registros das suas observações e inquietações ao longo do seu dia no campo de pesquisa frente ao fenômeno estudado, a fim de que tais registros também auxiliem na análise no tocante a necessária atenção aos próprios preconceitos e a fusão dos horizontes com os colaboradores, como nos alerta a Hermenêutica Gadameriana.

De acordo com Minayo (2007) ele pode se configurar como um “amigo silencioso”, de extrema relevância. É um espaço para angústias, questionamentos e reflexões que não são apreendidas através da utilização de outras técnicas, sendo pessoal e intransferível, podendo se estender desde a primeira ida a campo até a fase final do estudo em questão.

Demo (2012) afirma que a pesquisa qualitativa possui atenção na observação daquilo que é dito e daquilo que também não é dito. A expressão daquele que deixou de falar, a pausa na voz, o movimento diferenciado a partir de alguma circunstância específica, podem carregar, algumas vezes, alguns sentidos mais apropriados do que muitas falas.

Macedo (2010) retrata esse instrumento como sendo uma ferramenta reflexiva para o pesquisador. Nesse sentido, aquilo que ouvimos, vimos, sentimos e

experienciamos no trabalho podem ser registrados (Oliveira, 2014) e o diário de campo é um espaço por excelência para esses registros.

3.2.3 Tratamento e análise das narrativas

Após a realização das entrevistas foram feitas as transcrições das gravações, a leitura compreensiva exaustiva do material, organização dos relatos, confronto entre o conteúdo dos objetivos e questões teóricas discutidas no estudo e agrupamento dos sentidos obtidos mediante análise das entrevistas, possibilitando a construção dos eixos temáticos. É importante destacar, mais uma vez, que as entrevistas foram gravadas a partir da autorização dos homens colaboradores desse estudo.

Em outras palavras, trilhamos os seguintes passos na análise das narrativas:

- a) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material da pesquisa;
- b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos;
- c) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos;
- d) busca de sentidos mais amplos (sócio-político-culturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa;
- e) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo;
- f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

Segue abaixo um quadro esquemático da análise elaborada para a construção dos eixos temáticos.

Objetivos Específicos	Questões do Roteiro	Unidade de Sentido	Eixos Temáticos	Capítulos
<p>Conhecer o significado de ser homem heterossexual</p>	<p>- O que significa ser homem para você? É o mesmo significado que a sociedade dá?</p> <p>- Ser homem e ser homem heterossexual tem alguma diferença?</p> <p>- O que considera mais típico do ser homem?</p>	<p>- Namorar/Casar; - Ter caráter (3); - Cuidar da família, ser o chefe dela; - Ser fiel; - Ter palavra; - Ser responsável (3); - Trabalhador (2); - Homem é mais cobrado que a mulher;</p> <p>- Sim. “Home que nasceu home tem que ser home mermo”; - Sim. “O homem hetero que gosta de mulher é aquele que vai pra balada, que pega uma pega outra”; - Sim. “Hetero é mais respeitado”; - Não. “Vai ser um homem só que vai estar amando outro homem”.</p>	<p>- Ser homem;</p> <p>- É ter caráter;</p> <p>- É ser <i>pegador</i>;</p> <p>- Ser homem e cuidado;</p> <p>- Ser homem e a (in) fidelidade;</p> <p>- Ser homem e a homossexualidade.</p>	<p>4. A CONSTRUÇÃO DAS MASCULINIDADES</p> <p>4.1. Sobre as masculinidades</p> <p>4.2 O <i>ser homem</i>: entre os padrões hegemônicos e as novas masculinidades</p> <p>4.2.1. Ser homem é ter caráter</p> <p>4.2.2. Ser homem é ficar com mulher e ser <i>pegador</i></p> <p>4.2.3. Ser homem é também exercitar outras possibilidades de ser masculino</p> <p>4.2.3.1. Ser homem e o cuidado</p> <p>4.2.3.2. Ser homem e a (in) fidelidade</p> <p>4.2.3.3. Ser homem e a aceitação da masculinidade homossexual</p>

<p>Conhecer o significado da Aids para essas pessoas</p>	<p>- Diga as primeiras palavras que vem a sua cabeça quando você pensa Aids. Escolha a principal.</p> <p>- Justifique sua escolha</p>	<p>- Morte (2); - Afastamento das pessoas; - Desprezo das pessoas; - Preconceito; - Doença como outra qualquer; - Superação;</p>	<p>- Medo da morte e o diagnóstico;</p> <p>- Medo do preconceito;</p> <p>- Medo da marca <i>aidético</i>;</p> <p>- Medo do desprezo e o simbolismo da sujeira;</p> <p>- Medo da falta de afetos e do futuro;</p>	<p>5. HIV/AIDS: UMA HISTORIA DE MEDOS E PRECONCEITOS</p> <p>5.1. Um passeio pela história da aids</p> <p>5.1.1. Das reemergências e dos dados locais</p> <p>5.2 Significados da aids: medo e preconceito impactando do diagnóstico à vida</p> <p>5.2.1. Aids, o medo da morte e o diagnóstico</p> <p>5.2.2. Aids e o medo do preconceito</p> <p>5.2.2.1. O preconceito e o medo da marca ser <i>aidético(a)</i></p> <p>5.2.2.2. O preconceito e o medo do desprezo da sujeira</p> <p>5.2.2.3. O preconceito, o medo da ausência de afetos e do futuro</p> <p>5.2.3. Na luta contra o preconceito: a</p>
--	---	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Naturalização da doença; - Superação da doença. 	<p>naturalização e superação</p> <p>5.2.3.1. <i>Aids como uma doença qualquer</i></p> <p>5.2.3.2. <i>Aids e superação</i></p>
<p>Identificar as principais causas de sofrimento emocional vivenciado por essas pessoas em suas experiências com a soropositividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Você citou alguns sofrimentos (caso tenha citado), você poderia falar um pouco mais sobre eles? Dê algum exemplo de situação que te causa ou causou sofrimento emocional. - No seu trabalho já enfrentou alguma dificuldade? - E com sua família? - E com os amigos? - De tudo que você me contou o que considera mais difícil? - O que te ajudaria se fosse 	<ul style="list-style-type: none"> - Anonimato (2); - Constrangimento; - Afastamento do trabalho, das pessoas/família (2); - Conflitos familiares (2); - Preconceito/discriminação; - Dúvidas sobre fazer ou não a revelação (3); - Desconhecer a doença e suas implicações; - Medo de ser descoberto; - Medo de contaminar alguém; - Tentativas de suicídio (morte como solução); - Dores físicas constantes; - Ameaças de revelação da sorologia; - Luto de uma vida idealizada; 	<ul style="list-style-type: none"> - A necessidade obsessiva pela manutenção do segredo; - Os medos de adoecer e de ser descoberto. 	<p>6. A VIDA COM HIV/AIDS: QUANDO O INFERNO SÃO OUTROS É PRECISO GUARDAR O SEGREDO ATÉ O FIM</p> <p>6.1 A obsessão pelo segredo da soropositividade e as dores da solidão auto imposta</p> <p>6.2 O medo de ficar doente e ser descoberto</p>

	diferente?	- Medo da rejeição amorosa;		
Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano delas diante de sua sorologia	<ul style="list-style-type: none"> - Como você faz para enfrentar essas dificuldades? - Com quem você conta? - Busca alguma ajuda religiosa ou espiritual? 	<ul style="list-style-type: none"> - Droga como rota de fuga; - Os médicos como rede de apoio; - O trabalho como forma de ocupar a mente; - Suporte emocional e financeiro da mãe; - Medicação que relaxa e faz dormir: psicotrópico; - Ajuda buscada na bíblia (ajuda momentânea); - O segredo como ferramenta de enfrentamento; - Suporte das tias paternas; - “Ajuda só de Deus mesmo”; - Igreja como espaço de socialização; - Não importar-se com o que possam dizer; - Ajuda religiosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - As drogas; - O trabalho; - O humor e a música; - A pouca utilização da espiritualidade e religião - O não se importar com o que possam dizer; - Guardando o segredo; 	<p>6.3 Estratégias de enfrentamento: driblando as dores e guardando o segredo até a morte</p> <p>6.3.1. Drogas para <i>esquecer do mundo</i></p> <p>6.3.2. O trabalho <i>para ocupar a mente</i></p> <p>6.3.3. O humor e a música como aliados</p> <p>6.3.4. A pouca presença da espiritualidade e religião</p> <p>6.3.5. Não se importar com os outros</p> <p>6.3.6. Guardar o segredo até o fim</p>

<p>Investigar a busca (e se buscam), o acesso, dificuldades e potencialidades na utilização dos serviços de psicologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - E os serviços de psicologia? Você acha que podem te ajudar? Em quê? - Sabe como é o trabalho do psicólogo? - Já procurou? - Sabe onde tem psicólogo que você possa procurar? - Conte-me como foi. (Conseguiu fácil? Gostou?) Você foi ajudado em quê? - Conhece alguém que faz acompanhamento psicológico? 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicologia: uma ajuda prática; - O “contar da nossa vida”; - Explica o processo do adoecer e seus desafios. Auxilia na adaptação do paciente a nova vida. Atua proporcionando melhor aceitação do diagnóstico (2); - O profissional da psicologia: um conselheiro, um norteador, “é tipo uma mãe”; - Escutar, orientar e aconselhar pessoas; - Desconhece o trabalho do psicólogo (1); - Nunca haviam buscado a psicologia (3), - Apenas um colaborador conhece alguém que faz acompanhamento psicológico; 	<ul style="list-style-type: none"> - O olhar das pessoas sobre a psicologia; - A questão do acesso; - Demandas reprimidas, dores invisibilizadas; - A psicologia e seu compromisso. 	<p>7. A PSICOLOGIA E AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS (PVHAs)</p> <p>7.1. O lugar da Psicologia no olhar das pessoas que vivem com HIV/Aids</p> <p>7.2 Sobre o acesso ao serviço de Psicologia</p> <p>7.3 Demandas reprimidas e dores invisibilizadas</p> <p>7.4 A psicologia e o compromisso diante do desafio entre o <i>fazer viver</i> e o <i>deixar morrer</i></p>
--	---	---	---	---

Figura 03: Quadro de construção dos eixos temáticos.

3.2.4 Análise de riscos e medidas de proteção

É sabido que pesquisas que envolvem seres humanos apresentam, em alguma medida, riscos no âmbito emocional e psicológico, especialmente em se tratando de uma pesquisa realizada com pessoas soropositivas que estão atravessando o tratamento.

Durante a interação com os colaboradores da pesquisa foram utilizados dois instrumentos metodológicos: a entrevista narrativa com uso de cenas projetivas. Ao longo do estudo, foram abordadas questões acerca de alguns aspectos da vida dos colaboradores, sendo eles convidados a falar sobre sua saúde, seu processo de adoecimento e os sofrimentos relacionados à sua vivência com o HIV/Aids.

No tocante aos riscos no âmbito emocional e psicológico associados à pesquisa nos referimos à possibilidade de vir a ocorrer nos colaboradores alguma grande mobilização de conteúdos internos, como por exemplo, a rememoração de questões ou experiências muito dolorosas que necessitasse de um espaço outro para ser melhor trabalhada.

Contudo, foram tomados todos os cuidados éticos necessários à condução da pesquisa e salientamos que não houve necessidade de realizar encaminhamento de nenhum colaborador do estudo a serviços de suporte psicológico.

3.2.5 Aspectos éticos

Foram tomadas as precauções necessárias para garantir e respeitar os direitos e a liberdade dos colaboradores da pesquisa, eles foram esclarecidos quanto aos objetivos e execução da pesquisa, tendo-lhes sido facultada a escolha em participar ou não da

pesquisa. Lhes foi assegurado, inclusive, o direito de se retirarem a qualquer momento, se assim desejassem (mesmo após consentirem participar).

Fora respeitado o tempo necessário à reflexão individual, garantido o anonimato das informações e depoimentos prestados em razão da realização da pesquisa, bem como assegurado o sigilo da identidade dos colaboradores.

Firmamos o compromisso de seguir as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (2012) em todos os seus aspectos e garantimos, de maneira incondicional, a publicação dos resultados e o uso exclusivo para finalidade desta pesquisa.

O presente estudo foi submetido ao comitê de ética para análise de projetos de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) após apresentação no primeiro Seminário de Qualificação do Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGpsi), aprovado sob o parecer de número 2.753.978.

3.2.6. O piloto da pesquisa

O roteiro da entrevista narrativa e a cena projetiva foram submetidos a uma averiguação da sua adaptação por meio de um trabalho piloto de acesso as narrativas dos colaboradores.

A entrevista utilizada nas pesquisas qualitativas pode ter seu roteiro alterado seguidas vezes em razão da aplicação da averiguação, ou seja, de entrevistas preliminares. É comum que, nessas entrevistas, o pesquisador perceba se o roteiro proposto está incompleto, inadequado, descartando alguns itens do mesmo e/ou adicionando outros (Nogueira-Martins, 1994).

O piloto foi realizado com um homem que vive com HIV e que faz acompanhamento no SAE do Hospital Giselda Trigueiro (HGT). Ele, a quem chamaremos Mandacaru, é residente da capital potiguar e recebeu o diagnóstico positivo para o HIV há seis anos.

No intuito de preservar a identidade dos colaboradores, utilizaremos nomes fantasia. Optamos por atribuir nomes de árvores nativas do sertão nordestino por fazerem alusão a um universo forte e resistente, já que elas lutam bravamente pela vida, sobretudo nos períodos de seca e estiagem. Cenário que se assemelha a experiência dos nossos colaboradores. Ressaltamos que o codinome definitivo se deu mediante a concordância do colaborador.

Busquei o serviço de assistência especializada no desejo conhecer a realidade da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/Aids em Natal e também almejando encontrar homens que, uma vez conhecendo a pesquisa, se disponibilizassem a participar.

Após conversas com a equipe e com psicóloga do serviço, a qual se disponibilizou prontamente a realizar triagem de seus pacientes (usuários do serviço) com perfil para o estudo, informando-os e sensibilizando-os para a pesquisa e encaminhando os que desejassem participar, ocorreu a etapa dos agendamentos para as entrevistas.

Dessa forma, a entrevista ocorreu em um dos consultórios de atendimento médico do SAE, que fora cedido para a pesquisa nessa ocasião.

Mandacaru tem 36 anos, é divorciado, possui o 2º grau completo, “dono do lar” e pai em período integral. No período em que ocorreu a entrevista ele encontrava-se afastado pela perícia médica.

O piloto mostrou-se imprescindível para revelar que as perguntas formuladas no roteiro estavam adequadas, necessitando apenas de pequenos ajustes. A temática revelou-

se como algo delicado para o colaborador, conforme já esperado, e por essa razão na cena houve certa dificuldade em se projetar (como era proposto).

Apesar dessa dificuldade inicial, os dois instrumentos propostos mostraram-se adequados e passíveis de serem utilizados nas próximas entrevistas.

Foi com grande satisfação que participei dessa entrevista. Apesar dessa temática já me despertar inquietudes há algum tempo, estar no campo ouvindo e interagindo com esse colaborador foi um momento muito rico e valioso para mim – para além da questão acadêmica.

Mesmo diante de todo o acolhimento que recebi por parte da equipe, a princípio foi bastante impactante estar no serviço, observando e sendo observada – principalmente pelos usuários. Marcou-me muito o semblante de incômodo e vergonha das pessoas que ali estavam (talvez apenas por estarem lá), assim como a curiosidade com a qual me olhavam – alguém que, para eles, aparentemente, parecia alheia àquele lugar.

A vivência no campo vem acender ainda mais minha esperança em poder contribuir, efetivamente, com esse cenário a partir deste trabalho. Essa possibilidade me motiva a seguir empreendendo nesse percurso.

(Fragmento do diário de campo da pesquisadora)

3.2.7. Inserção e realização do campo

Inicialmente pretendíamos incluir como colaboradores deste estudo homens em diferentes contextos: os assistidos pelo SAE, os não assistidos por nenhum serviço e os integrantes de ONG's, no intuito de possibilitar maior diversidade nas narrativas.

Contudo, diante das dificuldades já expostas para encontrar homens com o perfil exigido (já que costumeiramente eles escondem sua sorologia), buscamos encontrá-los diretamente nas ONG's, nos poucos grupos virtuais abertos sobre HIV/Aids e chegamos a lançar uma nota junto ao Conselho Regional de Psicologia (CRP/RN), na qual explicávamos a pesquisa e convidávamos pessoas interessadas e com o perfil para participarem do estudo. Todas essas iniciativas restaram infrutíferas, infelizmente.

Assim sendo, o SAE do Hospital Giselda Trigueiro tornou-se o único campo no qual conseguimos realizar este estudo, conseguindo os colaboradores através do encaminhamento dos profissionais que lá atuam.

A inserção nesse campo ocorreu de forma muito tranquila. Houve bastante disponibilidade e abertura por parte da equipe e também da instituição em acolher a pesquisa. A realização do trabalho de campo teve início em abril de 2018 e finalizou-se em agosto do mesmo ano.

Na medida em que ocorriam os agendamentos com os homens interessados em participar, nós os encontrávamos no dia e horário combinado, nos apresentávamos e explicávamos o estudo, seus objetivos, como ocorreria o encontro, o que faríamos e falávamos sobre a importância da participação deles, os quais demonstraram abertura para responder o que fosse necessário e reiteravam o interesse em colaborar.

Nesta ocasião também foi esclarecida a necessidade da autorização deles por meio de assinatura dos seguintes documentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Entrevistas (TCLE para Entrevistas).

Finalizado o momento de apresentação e assinatura dos termos, tomávamos nota dos dados sociodemográficos dos colaboradores - idade, estado civil, profissão/ocupação,

escolaridade, religião, tempo de diagnóstico e orientação sexual. Após isso, era realizada a questão disparadora para abrir a narrativa do colaborador.

As lacunas no discurso iam sendo problematizadas através de perguntas feitas pela pesquisadora e, quando o colaborador encerrava sua fala para aquela questão, dava-se início as perguntas contempladas no roteiro da entrevista narrativa. A realização das cenas acontecia ao final da entrevista, exceto com um dos colaboradores que, por estar com viagem marcada (já que reside no interior do Estado), não pôde demandar mais tempo para pesquisa naquela ocasião.

Os colaboradores apresentaram certa dificuldade na execução das cenas projetivas. A princípio, eles demonstravam não compreender a função daquela atividade e mesmo após novas explicações era notável a pouca intimidade deles com o exercício imaginativo. Alguns deles verbalizaram que nunca haviam feito aquilo e comparavam o exercício a uma atividade infantil – “*ah, é tipo como as criança faz?!?*”. Entretanto, apesar da dificuldade relatada, a maioria dos colaboradores concluiu o exercício das cenas projetivas.

A execução dessa atividade foi proveitosa e bastante interessante. Dos quatro colaboradores, um não pôde participar desse momento por residir no interior do Estado e já estar com o horário do retorno agendado, conforme já citado anteriormente; o outro não podia escrever, em virtude de uma paralisia no braço com o qual escrevia e teve suas cenas gravadas e transcritas; um optou por desenhar, mas também teve suas cenas gravadas e transcritas e o outro preferiu escrever suas cenas.

Mesmo com a dificuldade relatada acima, foi possível perceber nas cenas alguns aspectos trazidos pelos colaboradores na entrevista (o medo do preconceito e a angústia sobre a revelação da sorologia, por exemplo) e também aspectos que não emergiram naquele momento (a importância, para os colaboradores, da dimensão afetiva

proporcionada pelos profissionais de saúde para com eles e a necessidade deles de falarem abertamente sobre suas questões sentimentais).

A equipe do serviço disponibilizou um consultório que estava vazio nos horários agendados para a pesquisa para a realização das entrevistas. Também foi disponibilizada a sala da psicologia, todavia, ela já era dividida com a nutricionista e, geralmente, estava sendo usada pela psicóloga no período da manhã.

Quatro entrevistas foram gravadas integralmente. Vale salientar que a gravação delas teve por objetivo manter a autenticidade das narrativas.

Cada colaborador teve um encontro, o qual seguiu os seguintes passos:

1. Apresentação da pesquisadora e do estudo ao colaborador;
2. Após o aceite em participar, leitura e assinatura dos termos;
3. Descrição do perfil sociodemográfico do colaborador;
4. Abertura da narrativa através da seguinte questão disparadora:

Pedimos a sua contribuição no sentido de **contar sobre sua experiência vivendo com HIV/Aids (como enfrenta o seu dia a dia desde o momento em que recebeu o diagnóstico até o momento atual, os sofrimentos emocionais, desafios que enfrenta em decorrência de sua sorologia)** assim como possíveis ganhos, aprendizados. Além de outros pontos que você entender importantes e queira destacar.

5. Realização das questões complementares da entrevista narrativa, conforme apêndice 10.1;
6. Realização das cenas projetivas, conforme apêndice 10.2.

Finalizada essa explanação acerca do campo e dos trajetos escolhidos para acessar nossos colaboradores, aproximemos agora o leitor dos homens que protagonizaram esse

estudo e, em seguida, convidamos a participar das reflexões engendradas pela fusão entre as vozes masculinas e as possibilidades reflexivas apontadas pela literatura, por meio dos próximos capítulos.

3.3. Apresentando os homens de nosso estudo

Um homem também chora

Menina morena

Também deseja colo

Palavras amenas

Precisa de carinho

Precisa de ternura

Precisa de um abraço

Da própria candura

Guerreiros são pessoas

Tão fortes, tão frágeis

Guerreiros são meninos

No fundo do peito

(Gonzaguinha)

A letra da canção *Um homem também chora (Guerreiro Menino)* ilustra o perfil dos protagonistas de nosso estudo. Eles são fortes, luta(dores) como guerreiros, mas também frágeis e desejam colo.

Apresentaremos os nossos homens, ou seja, os colaboradores desse estudo, os quais emprestaram suas histórias e dores (muitas vezes invisibilizadas) para que pudéssemos conhecer e compreender suas experiências de sofrimento emocional na lida com o HIV/Aids.

Optamos, na seleção dos codinomes dos colaboradores, por utilizar nomes de árvores nativas do sertão nordestino por fazerem alusão a um universo forte e resistente, já que elas lutam bravamente pela vida, sobretudo nos períodos de seca e estiagem.

Esse cenário marcado pela força, resistência e resiliência se assemelha as histórias dos nossos colaboradores, embora eles também desejem colos e palavras amenas. Nossas árvores também precisam de cuidados humanos, e não apenas dos céus.

Mandacaru



Figura 04: Árvore do Mandacaru.

O mandacaru (cientificamente *Cereus Jamacaru*) é um cacto do sertão do nordeste brasileiro bastante resistente, possui capacidade para captar e reservar água em

suas ramificações. Ele dá frutos e uma flor muito bonita que, geralmente, vive apenas uma noite. Possui grande importância medicinal, sendo muito utilizado na medicina tradicional nordestina, principalmente pela população mais carente, constituindo, na maioria das vezes, um dos únicos recursos terapêuticos acessíveis a essas pessoas (Alves, Alves & Pereira, 2016).

Sua beleza já inspirou muitos artistas, dentre eles Luiz Gonzaga que junto com Zé Dantas compôs *O xote das meninas*, retratando esse encanto natural nos versos: “Mandacaru / Quando fulora na seca / É o sinal que a chuva chega no sertão”. O mandacaru, portanto, anuncia aos sertanejos a proximidade das chuvas tão aguardadas no sertão.

Mandacaru foi nosso primeiro entrevistado e na época (2018) tinha 36 anos, estava divorciado, havia cursado o ensino médio completo e se denominou como “dono do lar”, pois estava afastado pela perícia médica. Afirmou que sua religião era Jesus e que vivia com HIV há seis anos, não sabendo precisar exatamente como contraiu o vírus, mas acreditava ter sido via relação heterossexual desprotegida.

Apesar de jovem, ele tem quatro filhos (todos de mães diferentes) e trazia em sua história de vida diversas experiências de relacionamentos amorosos e uma complexa dinâmica familiar, marcada por seu forte desejo de conhecer seu próprio pai – um fato negado por sua mãe que, apesar de já ter sido questionada por ele sobre isso, se furta a fornecer qualquer informação. Ele disse que já investigou por conta própria o passado de sua mãe, recorrendo a amigos dela da época da juventude, a igreja para buscar documentos de seu batismo, mas que, infelizmente, não encontrou pistas que o levassem ao seu genitor.

No início da entrevista Mandacaru parecia apreensivo. Quando lhe estendi a mão para cumprimenta-lo e me apresentar percebi que ele não esperava que eu o fizesse. No decorrer do encontro, ele me pareceu ser um homem bastante conservador em relação a alguns aspectos (considera a homossexualidade como doença, apesar de ter um irmão gay). Com relação as suas ações, disse ter um perfil estourado e briguento. Falar sobre HIV/Aids é algo que, atualmente, é tranquilo para ele – mas nem sempre foi assim.

(Fragmento do diário de campo da pesquisadora)

Apesar de mostrar seus espinhos nas situações de adversidade (agindo de forma estourada e briguenta), Mandacaru também revelou em seu encontro conosco sua força e sensibilidade. Força por resistir sozinho as dores da soropositividade, das dificuldades financeiras e da lida com as drogas. Sua sensibilidade se mostra na criação solo de sua filha, para quem ele despence cuidado e amor, revelando a beleza do Mandacaru.

Juazeiro



Figura 05: Árvore do Juazeiro.

De todas as árvores presentes no nordeste brasileiro, o Juazeiro (cientificamente *Ziziphus Joazeiro*) é a mais tipicamente sertaneja. Ela é símbolo da caatinga e, ao contrário das demais árvores pertencentes a esse bioma, na sua ocorrência espontânea não forma mata, surgindo de maneira isolada. O juazeiro é reconhecido como planta medicinal por algumas comunidades e vem sendo utilizado pela medicina popular para tratamento de algumas patologias (inflamações, bronquites, tosses e úlceras gástricas, por exemplo). Diversos pesquisadores comprovaram a existência de propriedades farmacológicas contidas nessa planta (Carvalho, 2007).

Como prova de sua resistência, essa árvore costuma florescer nos meses mais secos do ano, quando boa parte das espécies da caatinga encontra-se desfolhada e sem flores – sendo ela uma das únicas a fornecer néctar às abelhas. Os povos sertanejos a consideram uma planta especial, porque mesmo em épocas de seca prolongada ela está sempre verde e com flor. Essa alta tolerância à seca é motivada por suas raízes que atingem grandes profundidades (Carvalho, 2007).

O escritor Euclides da Cunha eternizou o juazeiro em sua obra literária *Os Sertões* (2010), conforme trechos abaixo.

Tem o mesmo caráter os juazeiros, que raro perdem as folhas de um verde intenso (...) alheios às estações, floridos sempre, salpitando o deserto com as flores cor de ouro (p. 35).

Juazeiro foi nosso segundo entrevistado. Recebeu esse codinome por que assim como a árvore que em sua ocorrência espontânea aparece sozinha (não formando matas), a experiência desse colaborador nos apontou a solidão como um sentimento bastante presente.

Contudo, apesar de estar vivendo um dos períodos mais áridos de sua história, Juazeiro têm buscado resistir às intempéries impostas pela soropositividade: “(...) *eu sei que o mundo não acabou não, tem muita coisa pra mim ai, sabe?*”.

Ele tem 39 anos de idade, é solteiro, cursou o ensino médio completo e trabalhava como auxiliar de cozinha antes de ser afastado pela perícia médica. Disse ser evangélico e há cinco meses vive com HIV – tendo contraído o vírus também por meio de relação heterossexual desprotegida.

Ele suspeitava ter se infectado através de sua ex-companheira que, ao saber do diagnóstico positivo dele, recusou-se a fazer o teste. Para além deste fato, ele mencionou também que suspeitava dela por ela ser uma mulher de muitos parceiros, viver em festas e tê-lo traído (mencionando ainda o fato de que ela era casada quando o conheceu, traiu o ex-marido com ele e optou por morar com ele algum tempo depois).

Juazeiro também tem quatro filhos já adolescentes e adultos com os quais ele não tem contato - “(...) *tudo mora fora de mim, tudo...* [silêncio reflexivo] *distante*”. Relatou que morava sozinho e que, após se tornar soropositivo, evitava ao máximo sair de casa por receio dos comentários da vizinhança. Ele residia, no momento da entrevista (2018), numa pequena cidade do interior do Estado.

Ele demonstrou, no momento do encontro, estar bastante aflito e mexido ainda com o impacto do diagnóstico.

Juazeiro, a princípio, parecia assustado. Olhava para os corredores do SAE como quem buscava verificar se ali não havia nenhum conhecido. Me apresentei e o conduzi a sala em que faríamos a entrevista. Mais uma vez houve o estranhamento quanto ao meu sinal de apertar a mão do colaborador.

Por duas ou três vezes percebi seus olhos marejarem (e isto me tocou bastante, pois era muito visível a sua dor e angústia ao longo da entrevista).

(Fragmentos do diário de campo da pesquisadora)

Juazeiro também esteve internado no Hospital Giselda Trigueiro. Ele permaneceu hospitalizado por cerca de um mês e quinze dias, uma vez que já descobriu a doença num estágio um pouco avançado (estava com uns nódulos inflamados na cabeça). Juazeiro foi encaminhado ao HGT após ter sido testado para o HIV numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Todo esse processo ocorreu entre um final de ano (testagem na UPA) e início de outro ano (período em que foi internado).

Carnaúba



Figura 06: Árvore da Carnaúba.

A carnaúba (cientificamente *Copernicia Prunifera*) é nativa do nordeste brasileiro, principalmente nos estados do Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte. Ela produz cera em suas folhas, um tipo de lipídeo capaz de evitar a perda da umidade através de transpiração em razão de o clima do local onde se encontra ser muito quente (Lay-Ang, n.d.).

É conhecida também como *árvore da vida* por que todas as suas partes são aproveitadas. Solos argilosos, margens de rios e salinidade alta são algumas das características suportáveis pela carnaúba. Mesmo sofrendo estresse hídrico, elas conseguem resistir às adversidades da caatinga (Lay-Ang, n.d.).

Carnaúba foi o codinome dado ao nosso terceiro entrevistado. Esse colaborador nos despertou profunda admiração pela forma como escolhe, diariamente, viver a vida. Cultiva uma disciplina admirável no tocante ao seu autocuidado. Sua intensa vontade de viver nos remeteu a Carnaubeira, a “árvore da vida”.

Ele tem 24 anos, é solteiro, estudou o ensino fundamental completo e, na época da entrevista (2018), estava cursando o supletivo do 1º e 2º ano do ensino médio. Disse ser católico e vive com HIV há 24 anos – foi exposto ao vírus por meio da transmissão vertical.

É órfão e amante da música, tendo no cantor e compositor nordestino Belchior um dos seus artistas prediletos “(...) É um cantor que eu gosto muito. Acho o jeito de se expressar, numa música né, eu acho isso muito interessante. Ah, eu queria ser esse cara, Belchior”.

Ao encontra-lo, me apresentar e cumprimenta-lo pude notar que ele era bastante familiarizado com o ambiente hospitalar e com os profissionais do SAE, sobretudo, conhecendo boa parte deles.

(Fragmento do diário de campo da pesquisadora)

Carnaúba é órfão de pai e mãe, tendo-os perdido em decorrência de complicações de saúde ocasionadas pela aids.

Ele disse que os viu morrer – fato que o marcou profundamente. Ao falar sobre isso, disse que estes episódios foram os de maior sofrimento para ele, além do preconceito que vivenciou junto à mãe em algumas situações sociais (numa delas, sua mãe foi chamada de aidética publicamente).

(Fragmento do diário de campo da pesquisadora)

Sua mãe era evangélica e, em algum momento de sua vida, optou por abandonar o tratamento para o HIV por acreditar que sua fé em Jesus a livraria da doença – fato que parece ainda causar revolta em Carnaúba.

Minha mãe era evangélica, aí com aquela fé dela, **a fé que levou ela pro buraco. Infelizmente ela não se cuidou, acabou morrendo.** Como assim, a fé levou ela para o buraco? [pergunta a pesquisadora] Ela era daquela Igreja Universal, nunca gostei, tentei gostar, mas nunca gostei. Fazia campanha lá, essas coisas. **Eu admirava a fé dela, mas não acreditava não, ela não tomava os remédios** (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

Com relação ao pai, Carnaúba afirmou que ele (diferente de sua mãe) tinha mais hábito de se cuidar: “meu pai era mais de hospital mesmo, ele gostava do ambiente de se cuidar mais, o que acabou com ele foi às drogas. Seu pai era usuário de quê? [pergunta a pesquisadora] acho que era o crack mesmo. Cocaína, más companhias né, você sabe”.

Após o falecimento dos pais, ele passou a viver com uma de suas tias paternas. Apesar desses eventos tristes que marcaram sua história de vida percebemos, ao longo da

entrevista com Carnáuba, um esforço dele no sentido de normalizar a questão da doença em sua trajetória – “Graças a Deus eu não me lamento por isso não”.

Em alguns trechos de sua narrativa ele estabelece um comparativo entre a aids e o câncer. Disse que esta última é pior, “o câncer é pior, o câncer vai comendo você aos poucos, aqui pode ser controlado, que nem uma diabetes”.

Umbuzeiro



Figura 07: Árvore do Umbuzeiro.

O umbuzeiro (cientificamente *Spondias Tuberosa*) é uma planta endêmica, ou seja, ocorre naturalmente apenas no semiárido brasileiro. Símbolo de resistência da caatinga é conhecido como a “árvore sagrada do sertão”. A espécie também é conhecida como “imbu”, “ambu” ou “umbu”, que em tupi-guarani significa “árvore que dá de beber”. O nome é uma alusão aos frutos suculentos e às suas raízes que parecem grandes batatas, onde se acumula água e nutrientes para sustentar a planta durante o período de estiagem (Birolo, 2016).

Com uma resistência que o torna capaz de florir e produzir mesmo após longos meses sem chuva, o umbuzeiro é uma das árvores que simboliza a biodiversidade do bioma caatinga. Nos períodos de intensa seca, seus frutos e raízes são a salvação do povo sertanejo. Por sua importância e seus diversos usos, há 30 anos ele vem sendo estudado por pesquisadores da Embrapa Semiárido, resultando na publicação de um livro inteiramente dedicado a essa planta - *Umbuzeiro: Avanços e Perspectivas*, lançado em 2016.

Seus encantos e características marcantes também estão eternizados nos versos de Euclides da Cunha (2010), em *Os Sertões*.

Umbuzeiro é a árvore sagrada do sertão. Sócia fiel das rápidas horas felizes e longos dias amargos dos vaqueiros. **Representa o mais frisante exemplo de adaptação da flora sertaneja (...).** **Desafiando as secas duradouras,** sustentando-se nas quadras miseráveis mercê da energia vital que economiza nas estações benéficas das reservas guardadas em grande cópia nas raízes (p. 39).

Umbuzeiro foi nosso quarto entrevistado. Atribuímos esse codinome em razão da notável adaptabilidade desse colaborador as adversidades enfrentadas em sua vida, fato que nos chamou atenção. Ele foi criado pelos avós, trabalha desde muito cedo e cria (juntamente com a esposa) dois filhos de um relacionamento anterior dela. Por força de seu antigo ofício como motorista, passava mais tempo encarando duras jornadas de viagens a trabalho do que em sua casa. Essas vivências o ajudaram a tornar-se um homem mais flexível, assim como a árvore do Umbuzeiro.

Ele é um homem fortemente ligado ao trabalho e a família, fato do qual se orgulha bastante. Tem 46 anos, é casado, estudou o ensino fundamental incompleto e tem como profissão a função de motorista, mas estava desempregado na época da entrevista (2018). Ele informou que é católico e vive com HIV há apenas um mês – tendo contraído o vírus

também por meio de relação heterossexual desprotegida com sua esposa, também soropositiva e que está em tratamento há sete anos.

Na ocasião da entrevista (2018), ele estava retornando ao médico infectologista que o acompanha após ter iniciado o tratamento antirretroviral. Sua entrevista não foi agendada previamente, como no caso dos demais colaboradores, mas o médico o sensibilizou sobre a pesquisa e ele decidiu ser entrevistado. Ele compareceu a consulta médica acompanhado de sua esposa.

A entrevista com Umbuzeiro surgiu ao acaso. Estava no serviço aguardando outro possível colaborador que estava agendado, mas que não compareceu. Do primeiro contato com ele ficou a imagem de um homem muito simples, bastante comunicativo e apegado as suas tradições. Em seus relatos foi emergindo a figura de um homem muito devotado ao trabalho (dimensão visivelmente central em sua vida) e que aprendeu, ao longo de sua trajetória, a se dedicar e a valorizar a instituição família.

(Fragmento do diário de campo da pesquisadora)

Umbuzeiro revelou que conhece a soropositividade da esposa desde o início, tendo ela mesma o contado. De acordo com seu relato, antes deles se conhecerem ela teve um relacionamento com outra pessoa que acabou adoecendo (quando já não estavam mais juntos) e quando ela soube do que se tratava buscou fazer exames, ocasião em que descobriu a sorologia positiva para o HIV – momento no qual já estava numa relação com nosso colaborador. Isso ocorreu pouco tempo depois que eles decidiram ficar juntos.

Esses foram os quatro protagonistas de nosso estudo. Quatro homens com perfis muito diferentes uns dos outros, tanto no tocante as suas histórias de vida quanto em

faixas etárias, mas que apresentam convergências em suas experiências de sofrimento na vivência do HIV/Aids. A seguir, vamos ouvi-los ao longo de toda a dissertação, iniciando pelo capítulo que aborda a vivência de suas masculinidades.

4. A CONSTRUÇÃO DAS MASCULINIDADES

A maneira em que transformamos meninos em homens é através de cicatrizes: os separamos de suas mães, dizem as pesquisas, cedo demais. Nós os afastamos de sua expressividade, de seus sentimentos, de sua sensibilidade em relação aos outros. A própria frase “seja homem” significa “engula e siga em frente”.

(Bell Hooks)

Entendemos que o nosso estudo, ao se propor dialogar com homens heterossexuais autorreferidos que vivem com HIV/Aids na busca de compreender seus sofrimentos visíveis e/ou invisibilizados, precisa antes refletir sobre quem são esses homens para além da apresentação feita anteriormente, ou seja, é importante nos debruçarmos um pouco sobre o processo de construção das masculinidades, fazendo um breve percurso teórico sobre as masculinidades para, em seguida, buscarmos compreender o que é ser homem para os nosso protagonistas.

4.1. Sobre as masculinidades

No cenário dos estudos de gênero e sexualidade a temática da masculinidade adquiriu grande visibilidade nas últimas décadas, tornando-se objeto de investigação científica no final do século passado (Heilborn, 2010). Grande parte das sociedades humanas possui relatos culturais acerca do gênero, porém, nem todas têm o conceito de masculinidade bem delineado (Moura & Nascimento, 2018).

Na década de 1980 os primeiros especialistas nos estudos do homem (ou *men's studies*) abandonaram consensualmente a ideia de uma masculinidade única, questionando o papel central da biologia nessa discussão e fomentando a defesa de uma multiplicidade humana. Não existe, portanto, uma masculinidade universal adequada a todas as épocas e culturas (Boris, 2002).

Boris (2002) aponta que a antropóloga Margareth Mead foi responsável por abrir espaço para a concepção de uma multiplicidade masculina, revelando que podemos perceber essa diversidade em nossa própria sociedade. Segundo ela, a masculinidade varia de acordo com o período histórico e a cultura na qual o homem está inserido, além de variar também de acordo com os marcadores de classe social, raça e idade.

Nesse sentido, entender as dinâmicas de construção das masculinidades a partir de uma perspectiva sócio-histórica nos ajuda a compreender as experiências narradas pelos colaboradores da pesquisa.

No imaginário social ainda prevalecem noções cristalizadas do homem como ser dotado de força e virilidade (Nogueira da Silva, 2013) em detrimento de outras concepções acerca das masculinidades, em especial as que se aproximem do estereótipo em torno do feminino, como fragilidade e cuidado.

Entende-se gênero como um princípio ordenador e padronizador de práticas sociais, construído em razão das condições históricas e sociais estabelecidas pelas relações sociais de sexo, atravessadas por poder e assimetria, conforme definição de Scott

(1995). Tal conceito objetivou compreender de que forma o sexo (diferença biológica) sustentava a construção social das características descritas como masculinas ou femininas, além de revelar o processo que direciona a valorização dos atributos considerados masculinos em face dos femininos numa dada sociedade, em um dado momento histórico (Guerriero, 2012).

Portanto, na definição do que é ser homem ou ser mulher o que importa não é a configuração genital ou cromossômica, mas sim a auto percepção e a maneira como a pessoa se expressa socialmente (Jesus, 2012).

Os princípios de Yogyakarta³ estabelecem orientação sexual e identidade de gênero, nesta ordem, da seguinte forma:

A capacidade de cada pessoa de experimentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como de ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (...). A profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgico ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos (ICJ, 2007).

Segundo Jesus (2012), em termos de gênero existe uma diferenciação entre pessoas *transgêneras (trans)* ou *cisgêneras (cis)*, sendo estas últimas as que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascer.

Dessa forma, podemos denominar como cisgênero um homem que nasceu com pênis e se expressa socialmente como homem (expressão de gênero), é lido socialmente como homem (papel de gênero) por vestir-se e comportar-se nos moldes que a sociedade define como sendo próprios para um homem, e reconhece-se como homem (identidade de gênero), logo, é um homem (gênero) (Andrade, 2013).

³ Princípios acerca da aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero.

Vale salientar que gênero é diferente de orientação sexual. Estes aspectos podem se comunicar, mas um não necessariamente depende ou decorre do outro. A orientação sexual diz respeito à atração afetivossexual por alguém de algum (uns) gênero (os). Sendo assim, o heterossexual é aquele indivíduo que se sente atraído por pessoas do gênero oposto ao seu. Pessoas cisgênero (assim como as trans) podem ter qualquer orientação sexual: nem todo homem e mulher é naturalmente cisgênero e/ou heterossexual (Jesus, 2012, pp. 12 -13).

Após essas definições, torna-se oportuno destacar no horizonte dos estudos sobre as masculinidades a importância de se questionar como se constrói um homem (Silva, 2006; Nogueira da Silva, 2013).

Badinter (1993) já havia assinalado que essa construção sustenta-se através de negações. Negar ser mulher, ser menino e ser homossexual.

Nogueira da Silva (2013) reafirma esse entendimento e explica que o tornar-se homem ocorre na busca por se opor a tudo que faça referência ao feminino, afastando-se de todos os atributos considerados femininos, buscando pelo universo dos pares que representam e reafirmam a masculinidade hegemônica implicando em uma rejeição a outras formas de expressar masculinidade, percorrendo um itinerário de provas constantes para manutenção do estereótipo da fortaleza: repressão dos sentimentos de fragilidade e o desenvolvimento e atualização de habilidades assertivas - prontidão e competência sexual.

Portanto, essa relação de construção do masculino em oposição ao feminino demonstra o quanto à categoria gênero é relacional, uma vez que o processo de construir-se homem acontece em sua relação com o diferenciar-se dos atributos considerados femininos.

Robert Connell (1995), por sua vez, cunhou o termo *masculinidade hegemônica* para designar um conjunto de práticas associadas como padrão para os homens. Além de ser uma expectativa de papéis ou identidades, esse modelo de construção de masculinidade é também entendido como um padrão de práticas que foi instituído como norma.

Numa sociedade tipicamente patriarcal como a nossa, as cobranças relativas ao modelo de masculinidade hegemônica são inerentes ao cotidiano dos homens (Coelho, Rocha & Carneiro, 2017).

Ainda é forte a presença de um modelo hegemônico de construção das identidades masculinas que vulnerabiliza o homem ao adoecimento, tendo em vista que esse modelo é incompatível com a lógica do autocuidado, da promoção e da prevenção em saúde.

(...) o processo de construção de um modelo de masculinidade hegemônico, que ao preservar os estereótipos de força física, moral e social como atributos naturais para um homem, evocam o alheamento da afetividade e a intolerância ao diferente, potencializando comportamentos coerentes com o não cuidado de si e do outro (...) tornando-os, portanto, vulneráveis ao adoecimento (Nogueira da Silva, 2013, p. 17).

Dentre as possibilidades de exposição ao adoecimento a que ficam submetidos está à vulnerabilidade de homens ao HIV/Aids, aludindo a não adoção por parte deles ao uso do preservativo no intuito de resguardarem o ideal de virilidade masculina.

Fato este que precisa ser considerado se tomarmos como exemplo a prevenção de IST's/Aids, uma vez que o uso do preservativo reatualiza todas as projeções em torno da virilidade masculina. Acreditar, por exemplo, que ser homem significa ser “naturalmente” menos capaz de controlar os impulsos sexuais e agressivos, e senti-los com mais intensidade que a mulher, tem levado nossos adolescentes/jovens a se julgarem menos capazes de, na hora H, usarem o preservativo (Nogueira da Silva, 2013).

Olavarria (1999) tratando dessa questão diz:

Animalidade porque a razão não controlaria o corpo; as exigências do corpo não dependeriam da vontade do homem, ainda que se tratasse de controlá-las. Em certas situações, essas demandas do corpo seriam superiores, inclusive à capacidade de autocontrole; seria um requerimento objetivo de sua natureza (p.156).

Nessa direção a interpretação da sexualidade masculina como expressão de animalidade, necessidade e desejo é um grande empecilho à prevenção ao HIV/Aids, já que a atividade sexual faz parte de um rito de passagem importante para constituição da virilidade, para o reconhecimento do adolescente/jovem quanto à sua masculinidade. (Silva, 2006; Nogueira da Silva, 2013).

Ainda no tocante ao modelo de construção de masculinidade hegemônica que vulnerabiliza os homens ao adoecimento, Mussi e Teixeira (2018) concluem em seu estudo que os homens estão mais expostos a fatores de risco cardiovascular e à mortalidade por doenças isquêmicas do coração, assinalando que as construções sociais de gênero são determinantes no processo saúde-doença desses homens.

No âmbito dos estudos orientados pela perspectiva de gênero, a sexualidade pode ser considerada como um eixo estruturante na construção do masculino, no qual se exprimem os valores hegemônicos de masculinidade, tais como a virilidade, a potência e a dominação (Dantas & Couto, 2018).

Nos últimos tempos temos assistido a discussões acerca da chamada *crise da masculinidade*, que se refere à sensação de mal-estar e indefinição que o homem vivencia diante da oscilação entre velhos e novos paradigmas concernentes as masculinidades - ora exige-se dele uma identidade masculina tradicional, ora uma identidade moderna, as quais se alternam entre si e, também, recombina outros elementos de constituição de gênero (Valério, 2010).

Os reflexos dessa crise se devem à maior participação das mulheres no mercado de trabalho, ao avanço das tecnologias no campo da sexualidade humana, na diversidade

de papéis e identidades sexuais, na redefinição do papel de pai, na maior preocupação com o corpo e com a estética, além da tentativa de manter e sustentar um modelo hegemônico exclusivo no papel masculino (Silva, 2006).

A deflagração dessa crise abriu caminhos para novas possibilidades de construção de identidades masculinas, bem como para abertura a novos valores dentro dos quais o homem luta para que outros ideais masculinos (que não apenas a virilidade ou a força física) sejam fortalecidos, mesmo que para isso tenha que se reinventar – adotando novas posturas frente aos novos panoramas de mudanças que vem ocorrendo na contemporaneidade (Benfatti, 2015).

Dessa forma, a masculinidade passa a ser revista e as ações e discursos acerca do modelo hegemônico masculino passam a ser questionados, permitindo uma ampliação nas possibilidades de ser homem em nossa sociedade, embora convivendo com os modelos tradicionais, ainda hegemônicos.

No tocante aos novos formatos de masculinidade é possível pensarmos que não há uma única expressão de masculinidade. A existência de masculinidades, no plural, vem sendo teorizada desde os estudos da antropóloga estadunidense Margareth Mead (1901–1978), conforme já citado, os quais demonstraram formas de organização social e comportamentos muito diferentes daqueles ligados à suposta essência masculina.

Connell (1995) ao afirmar que não existe uma forma única na construção do masculino nas sociedades forneceu elementos para a compreensão de que as masculinidades deveriam ser entendidas como configurações de prática em volta da posição dos homens nas relações de gênero (Arihã, 2010; Silva, 2006).

É preciso que nos concentremos nos processos e relacionamentos por meio dos quais homens e mulheres constroem suas existências inscritas no gênero, ao invés de tentarmos definir a masculinidade enquanto um objeto de caráter normativo (Connell,

1997). Para essa autora a masculinidade é um lugar nas relações de gênero, nas práticas através das quais homens e mulheres engajam esse lugar no gênero e os efeitos dessas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura. Connel (1995) chama a atenção para a importância de enfatizarmos a *configuração de prática* que se apresenta nas experiências reais presentes no dia a dia de muitos homens e não somente nos comportamentos que a sociedade espera deles nos diferentes cenários socioculturais.

Quando falamos em masculinidade(s) e feminilidade(s) nos referimos a configurações das práticas de gênero. Essas práticas são entendidas, de acordo com Judith Butler (2015), como atos

performativos, no sentido de que a essência ou a identidade que (...) pretendem expressar são fabricações manufaturadas e sustentadas por signos corpóreos e outros meios discursivos (p. 194).

A autora assinala, portanto, que o gênero é culturalmente construído não sendo resultante do sexo biológico nem tampouco uma construção definitiva como o sexo é. Dessa forma, podemos compreender que o gênero representa as características e significados culturais adotados por um corpo sexuado.

As práticas performativas de gênero, encenadas por homens e mulheres nos espaços em que circulam, são ações empreendidas no interior de uma cultura em determinado período histórico. Logo, são ações modeladas e aprendidas socialmente (sendo inteligíveis, muitas vezes, apenas naquele contexto).

Nessa direção, novos modelos de masculinidade têm emergido a partir das grandes transformações socioculturais vividas pelas sociedades buscando adequar os homens aos novos papéis sociais que lhes são exigidos.

Em face desse panorama, percebemos a multiplicidade de construções e discursos acerca das masculinidades sob a perspectiva de alguns teóricos. Vamos agora dialogar

com os homens/árvores de nosso estudo sobre como compreendem suas masculinidades. Faremos isso por meio de alguns eixos temáticos construídos com eles sobre o ser homem.

4.2 O ser homem: entre os padrões hegemônicos e as novas masculinidades

Os colaboradores de nosso estudo ao significarem o que é ser homem transitaram entre aspectos do padrão hegemônico e a presença de novas formas de vivenciarem suas masculinidades. Ser homem para eles é: ter caráter; é ficar com mulher e ser *pegador*; é também exercitar outras possibilidades de ser masculino, de maneiras menos rígidas em relação a algumas exigências sociais tradicionais ou ditas hegemônicas.

4.2.1. Ser homem é ter caráter

O caráter emergiu de maneira unânime no discurso dos homens colaboradores do estudo. Eles acreditam que para ser homem é necessário, acima de tudo, ter caráter, que significa para eles ter responsabilidade, cuidar da família e trabalhar.

Ser homem é [pausa] significa assim, namorar! [riso]. Apesar de que eu namorei muito, muito mesmo. **Assim, o caráter também** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Ser homem eu acho que [longa pausa] **é ter palavra. Responsabilidade. Ser homem é ter um caráter, né?** Eu acho que por aí (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Eu acho que **é ter responsabilidade**. Arrumar uma esposa, casar e ter filhos. Casar, ter filhos e trabalhar (...). **O homem de verdade mesmo é que fica só com uma mulher, cuida da sua família, cuida da sua casa, trabalha** (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

É a pessoa ter caráter, né? É ser uma pessoa responsável. E isso eu sou, graças a Deus! (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Nosso estudo converge com outras pesquisas no que diz respeito aos significados atribuídos (por homens) sobre o que é ser homem. Nelas, o caráter e a responsabilidade também emergem de forma intensa no discurso dos colaboradores (Boris, 2002; Domingues, Gomes & Oliveira, 2016; Leite, Dimenstein, Paiva, Carvalho, Amorim & França, 2016).

Ao abordar sobre esses mesmos atributos, Boris (2002) afirma que para muitos homens esses elementos ainda são significativos na construção de subjetividade e na condição masculina na contemporaneidade. Ele considera que “estas características morais parecem provir de uma certa confusão entre o que é ser homem e o que significa ser um ‘homem de bem’” (Boris, 2002, p. 129).

Um dos entrevistados também destacou o quanto a sociedade espera e exige do homem a virilidade social – ser provedor.

Eu acho que na sociedade de hoje o homem ele sempre é um pouco cobrado a mais do que a mulher. Porque você sabe muito bem que hoje diz quem é o ‘dono da família’ quem é o ‘chefe da família’ não é o homem? (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Este relato exprime um padrão social que exige do homem uma postura de superioridade, de liderança, de chefia perante o núcleo familiar. Tal padrão se alia a algumas compreensões machistas, segundo as quais cabem apenas ao homem o comando e a responsabilidade para com a família, coloca a mulher numa posição de subalternidade em relação ao homem e, além desses fatores, põe o homem num lugar que reforça os imaginários de virilidade, dominação e invulnerabilidade (Bourdieu, 2003).

Esse sentimento de cobrança social narrado por Umbuzeiro, oriundo de um modelo de masculinidade hegemônica, constitui-se como um dos fatores que tem

impulsionado historicamente os homens ao risco (Dázio, Sonobe & Zago, 2009; Connell, 1995).

A sociedade demanda do homem algumas performances, dentre elas a virilidade social. Nolasco (1996, p. 21) afirma que “as exigências viris, de posse e de poder, bem como ser assertivo e competitivo (...), mantém os homens presos à questão do desempenho”.

Essas exigências constantes por desempenho podem ser responsáveis pelas frustrações de tantos homens, as quais não são compartilhadas com outros homens haja vista ser comum nos círculos masculinos a existência de julgamentos sobre o desabafo do outro, entendendo-se que a exposição de suas inquietudes e angústias torna o homem vulnerável por demonstrar fraqueza – assinalando, nas relações sociais dos homens, a ausência de diálogos profundos (Oliveira, 2019).

Não poder demonstrar fragilidade no atributo de ser provedor soma-se a outras exigências de virilidade, como as emocionais (não poder chorar, demonstrar tristeza) e as sexuais.

4.2.2. Ser homem é ficar com mulher e ser *pegador*

O homem que pega mais mulher que é o cara, né? O homem pegador! No mei dos homi, o homi pegador ele fica famoso, né (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Outro significado para os homens desse estudo no tocante ao ser homem consiste no exercício da sexualidade heterossexual, com ênfase na imagem de virilidade sexual que possa ser atestada pelos outros homens.

É fato que a masculinidade ocupa um lugar estruturante na subjetividade do homem, contudo, a literatura vem demonstrando que o imaginário em torno do que é ser

homem é muito mais do que pertencer ao sexo masculino, existem papéis hegemônicos e estereotipados de gênero que padronizam o comportamento das pessoas, podendo aprisionar o masculino em amarras culturais (Cavalcanti, 2016).

Dentre essas amarras o destaque a questão do exercício da sexualidade e, em especial, a heteronormativa é uma condição enfática desse *ser homem masculino*, bem como podemos notar nos relatos dos colaboradores a seguir.

Ser homem é [pausa], **significa** assim, **namorar!** Apesar de que eu namorei muito, muito mesmo [referindo-se a namorar mulheres] (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

O homem que pega mais mulher que é o cara, né? O homem pegador! No mei dos homi, o homi pegador ele fica famoso, né (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Para eles, “namorar muito” e ser um “homem pegador” evidenciam as dimensões da vida sexual ativa e a virilidade (Silva, 2006; Cavalcanti, 2016; Nogueira da Silva, 2013; Gomes, 2003).

A expressão *heteronormatividade*, cunhada por Michael Warner, estabelece uma linearidade entre sexo (biologia), gênero (papéis) e orientação sexual (escolha dos parceiros que, neste caso, deve ser heterossexual). Enquanto norma compulsória, ela define rígidos papéis a serem desempenhados tanto por homens quanto por mulheres, excluindo qualquer possibilidade de desvios (Passamani, 2013; Preciado, 2017).

Esta norma vai se inscrevendo, socioculturalmente, de maneira muito forte e sutil nas pessoas, a ponto delas mesmas não se perceberem como reprodutoras, muitas vezes, dessa lógica. Os desvios também são por elas condenados, até mesmo com veemência, como ilustrado na fala desse colaborador:

(...) **na minha cabeça num existe esse negócio de homem ficá com homem e mulé ficá com mulé.** Isso num existe não (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

O trecho destacado em negrito demonstra que para esse sujeito essa configuração da sexualidade, tida como desviante pela heteronorma, sequer existe. Este fato nos demonstra a força com a qual esta norma se inscreve sobre nós, seres sociais.

De acordo com Michael Warner (criador da expressão em debate) além da supremacia masculina, outra principal implicação da heteronormatividade consiste no estabelecimento da heterossexualidade e homossexualidade como sendo opostos, sendo a última considerada como desvio ou anormalidade. Sendo assim, instaura-se uma desqualificação das sexualidades, identidades e comportamentos não heterossexuais (Costa & Nardi, 2015). Deste cenário decorrem discursos e práticas de intolerância com relação a outras formas de exercício da sexualidade humana, como a homofobia e transfobia por exemplo.

No que diz respeito à existência (ou não) de diferenças entre ser homem e ser homem hetero, alguns colaboradores ressaltaram a relação forte entre sexo biológico e gênero enquanto sinônimos, evidenciando o afastamento da homossexualidade como definidor de ser “homi mermo”.

Pra mim tem, porque **o homi que nasceu homi tem que ser homi mermo.** Acho que na minha cabeça num existe esse negócio de home ficá com home e mulé ficá com mulé [sic.] Isso num existe não (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Pra mim tem né, porque assim, **não tenho nada contra quem não é hetero, mas pra mim, o homem hetero é mais respeitado, né? É mais visto.** É uma opinião minha. **É que o homem tem que ser macho!** [enfaticamente] (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Podemos notar a existência de um forte viés heteronormativo que regula a sexualidade de homens e mulheres. Nesse sentido, o discurso deles opera uma separação

entre o que é ser homem “mermo” e a identidade masculina homossexual como uma forma de se distanciar de um modelo de masculinidade subordinada, como a homossexual - aludindo a ideia de Badinter (1993) de que ser homem é negar três vezes.

Ainda sobre esse ponto, a fala de um dos colaboradores nos chamou atenção por ser divergente com relação às demais. Ao ser questionado sobre se há diferença entre ser homem e ser homem heterossexual, Carnáuba nos disse:

Não, não, vai ser a mesma coisa, só que muda só o jeito de amar, o jeito do sexo (...). Vai estar tipo, se deitando com outro homem, vai estar se relacionando com um homem, vai ser um homem só que vai estar amando outro homem, e tem homem que ama mulher. É complicado explicar [risos]. (...) O homem de verdade é o que gosta de mulher.

Apesar de ao final de seu discurso ele afirmar que homem de verdade é aquele que gosta de mulheres contrastando, assim, homens de verdade com homens de mentira, sua fala não nega nem tampouco invisibiliza a existência de outras formas de ser homem, não descarta a possibilidade de um homem amar ou fazer sexo com outro homem e, mesmo assim, continuar portando status de homem. Poderíamos falar da convivência com sinais sutis de relativização do padrão hegemônico, mas assistimos também nessa narrativa o lugar da exigência social evidenciado pela ideia de *homem de verdade*.

Preciado (2017) defende que a biologização do sexo precisa ser entendida como uma relação de poder, “como uma tecnologia de dominação heterossexual que reduz o corpo a zonas erógenas em função de uma distribuição assimétrica de poder entre os gêneros (feminino - masculino) (p. 25)”. Com isso, a heterossexualidade “(...) longe de surgir espontaneamente de cada corpo recém-nascido, deve reinscrever ou se reinstruir através de operações constantes de repetição e de recitação dos códigos (masculino e feminino) socialmente investidos como naturais (p. 26)”.

Butler (2015) argumenta contrariamente ao essencialismo biológico. Ela propõe uma teoria da performatividade, segundo a qual desde o nascimento os sujeitos executam performances de papéis de gênero através da repetição de ações socialmente construídas – muitas vezes essa repetição ocorre de forma automática em situações rotineiras como na utilização de roupas, uso da voz, comportamentos e aparência física que são tidas como “naturais” a um ou outro sexo/gênero.

É importante ressaltar que a performatividade sexual ou de gênero, reiterada várias vezes pelos sujeitos nos mais diversos espaços sociais, está sempre vinculada ao crivo da validação social.

Neste sentido, as narrativas de Juazeiro e Umbuzeiro são ilustrativas:

O homem pegador no mei dos homi (...) ele fica famoso, né (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

(...) é por isso que eu tenho esses filho espalhado, nunca vivi em casa, só vivia no meio do mundo trabalhando. Eu tô com vinte e cinco ano que vivo no meio do mundo trabalhando (...). **Eu farreava muito. Todo final de semana** alguém chegava ‘vamo pra tal canto?’ **Eu pegava meu carrinho e ‘bora!’**, **enchia de mulher** (...) (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Juazeiro afirma que o homem que possui uma alta rotatividade de parceiras afetivo-sexuais torna-se famoso dentre os demais homens e essa é uma validação muito importante para ele (assim como para outros dois colaboradores, os quais demonstraram esse mesmo raciocínio ao longo das entrevistas).

A validação deste atributo confere a estes homens, socialmente, um status de virilidade – além, é claro, da inscrição e afirmação de suas sexualidades no campo estabelecido pela norma social.

Percebemos, portanto, que os homens estão submetidos à necessidade de comprovar (constantemente) o exercício de sua masculinidade através de provas e exigências contínuas (Silva, 2006).

É notório nas narrativas o quanto a heterossexualidade aparece enquanto prática sexual que caracteriza, define e valoriza os colaboradores enquanto homens. No discurso deles o ser homem foi identificado a partir de dois marcadores importantes do padrão de masculinidade, nos quais a questão da sexualidade destacada em ser fiel a mulher, assim como a questão do caráter enquanto assumir responsabilidades com a família, corroborando com vários estudos (Cavalcanti, 2016; Silva, 2006; Nogueira da Silva, 2013), atrelado ao surgimento de padrões menos rígidos, que convivem neles. Portanto, transitam entre as exigências de padrões heteronormativos e a flexibilidade do modelo hegemônico em outras questões, como veremos a seguir.

4.2.3. Ser homem é também exercitar outras possibilidades de ser masculino

Nas narrativas apresentadas pelos homens desse estudo também surgiram exercícios claros de flexibilidade e de outros lugares na vivência de suas masculinidades. Alguns já conhecidos enquanto modelos de novas masculinidades, como o exercício da paternidade responsável e dedicada e o exercício do cuidar; e outros menos aceitáveis para os padrões machistas, como a consideração do homem homossexual como uma dentre as possíveis identidades masculinas. Nesse sentido subdividimos esse eixo em: ser homem e o cuidado; ser homem, a fidelidade e transformações nas questões de gênero; ser homem e aceitação da masculinidade homossexual.

4.2.3.1. Ser homem e o cuidado

Moro eu e minha filha. Mas tenho mais acho que três [referindo-se a filhos]. Essa mora comigo por que a mãe num quis. **Quando ela era pequena, ela me entregou a menina e eu tô criando até hoje** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Na fala desse colaborador podemos notar a dimensão significativa do cuidado com o outro que, nesse caso, é a sua própria filha. Na época da entrevista (2018) ele nos informou que sua filha estava com dez anos e que todas as obrigações referentes aos cuidados com ela ficavam por conta dele (alimentação, questões escolares, etc.).

Se em outras épocas as obrigações relativas ao cuidado com os filhos eram delegadas exclusivamente as mulheres, aqui percebemos que elas se deslocam integralmente para o homem.

Diversos estudos indicam uma redução no número de estruturas familiares tradicionais, revelando contextos cada dia maiores de mães e pais solteiros, divórcios, recasamentos, mulheres como chefes de família e diminuição do número de filhos (Heilborn, 2004; Pereira & Arpini, 2012; Pereira Neto, Ramos & Silveira, 2016; Souza, Mota, Bairros & Araújo, 2019).

O contexto de Mandacaru ilustra, simultaneamente, as transformações pelas quais passaram (e seguem passando) a identidade masculina e a família enquanto instituição social. O arranjo familiar desse colaborador é composto apenas por ele e sua filha. Ele se tornou o responsável exclusivo dela desde o momento em que a mãe a entregara.

O exercício da paternidade está sendo redefinido, superando o antigo modelo hegemônico (Moraes & Granato, 2016). Vem ocorrendo na sociedade um novo paradigma de paternidade atrelado a um perfil marcado pelo desenvolvimento de diversas funções, um perfil mais participativo e implicado, um pai que além de interagir no brincar dos filhos possa também educar (Andrade, Praun & Benincasa, 2018), como é o caso de Mandacaru, que exerce a paternidade responsável tendo em vista ser ele o único tutor de sua filha.

Ainda no tocante ao ser homem e cuidado, em Umbuzeiro também percebemos a dimensão do cuidar do outro como traço de uma nova masculinidade, conforme podemos visualizar na fala abaixo:

(...) Foi fazer os exames e **constou que ela** [sua esposa] **era soropositiva. Ela desesperou-se, e queria morrer, eu digo ‘não, não é assim não’.** **Eu mesmo ajudei muito a ela né?** (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Umbuzeiro se coloca como suporte para as dificuldades de saúde de sua esposa.

Tanto as novas configurações familiares quanto as novas compreensões sobre o que é ser homem são produtos das transformações vivenciadas na sociedade contemporânea.

Outro aspecto do cuidado presente na vida de Umbuzeiro é o autocuidado.

Eu não como nada doce, **eu nunca tive problema de diabetes, nunca tive problema de pressão, nunca tive problema de nada, entendeu? Minhas comida é tudo sadia**, eu só como comida salgada, não como nada doce. E sempre meus exames, **sempre eu faço meus exames é exame de menino, vem o médico ‘fulano, seu exame é de menino, eu nunca vi desse jeito’** (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Sabemos que historicamente os homens acessam menos os serviços de saúde, seja por não quererem se expor, ou pela demora das consultas e procedimentos ou por queixas de que o tempo dedicado ao trabalho não possibilita esse autocuidado (Gomes et. al., 2011; Cavalcanti et. al., 2014).

Todavia, a narrativa de Umbuzeiro descortina novas posturas masculinas frente ao cuidado de si e ao cuidado do outro. Aqui podemos notar um modelo de construção de ser homem que valoriza o autocuidado em saúde de maneira contínua e desde antes do aparecimento de uma patologia – “nunca tive problema de nada, entendeu? Minhas comida é tudo sadia”; “sempre eu faço meus exames”.

4.2.3.2. Ser homem e a (in)fidelidade

Eu vivia de farra. Parei de farrear depois que eu conheci essa mulher aí [referindo-se a sua esposa], graças a Deus, que foi uma benção de Deus na minha vida e agradeço todo dia a ela por ela ter entrado na minha vida, graças a Deus. Porque eu não respeitava as mulhé e eu acho que isso não era certo (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Em entrevista, Umbuzeiro nos disse que na vigência de seu atual relacionamento ele não se envolveu com outras pessoas. Neste sentido, visualizamos aqui a fidelidade masculina como um valor importante para ele, constituindo-se como um ponto que diverge do padrão masculino hegemônico.

De acordo com Da Matta (1987), o significado da fidelidade dentro do casamento para os homens demarca a divisão de dois universos: o de “dentro” do casamento e o de “fora” dele. Estas são formas classificatórias semelhantes às categorias opostas e complementares “casa” e “rua”, consideradas apropriadas para entender um pouco a realidade brasileira.

Silva (2002), pesquisando sobre o significado da fidelidade para homens casados e as estratégias para prevenção da aids nesse público, afirma que o grupo estudado entendia que a fidelidade tornava natural para o gênero masculino não ter a esposa como parceira sexual exclusiva. Compreendiam a fidelidade como o respeito à parceira e o consequente uso da camisinha nas relações extraconjugais (associado ao risco de infecção) e que as relações sexuais com a esposa não eram perigosas porque estavam baseadas no amor e no companheirismo.

(...) sempre eu me prevenia, nunca arrumei doença no meio do mundo (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

A narrativa acima exprime a lógica masculina de que a prevenção deve ser praticada na “rua” como forma de evitar possíveis IST’s. Vale destacar que ao narrar esse trecho o colaborador fazia referência a experiências anteriores ao seu casamento.

Nas definições sobre prevenção e uso do preservativo observa-se a existência de uma hierarquia de risco em diferentes situações, orientada pela diferenciação do universo da “casa” e o da “rua”, operação que possibilita a concepção de que o preservativo torna-se indispensável apenas quando o sexo é visto como perigoso, remetendo aos significados da “rua” (Silva, 2002; Monteiro, 2002). Essa lógica também é perpassada pelos significados “estranho” e “familiar”, orientando a adoção (ou não) de práticas preventivas.

4.2.3.3. Ser homem e a aceitação da masculinidade homossexual

(...) **vai ser um homem só que vai estar amando outro homem**, e tem homem que ama mulher (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

Em Carnaúba também podemos enxergar traços relacionados aos novos modelos de masculinidade. Ele foi nosso único colaborador a considerar o homem homossexual como sendo homem, tal como vemos quando diferencia em sua fala o homem homo do homem hetero.

Essa fala parece estabelecer uma diferenciação clara entre gênero e sexualidade, sendo o primeiro mais voltado aos papéis que os sujeitos desempenham na dinâmica social e o segundo representando as práticas sexuais desses sujeitos. Conforme já abordado aqui em outros momentos, gênero e sexualidade são dimensões diferentes.

Nessa direção, percebemos que as identidades homossexuais são tratadas como subalternas ou desviantes, pois não se enquadram no modelo heteronormativo vigente. Essa operação social se dá no interior de uma estrutura discursiva e de poder.

A narrativa de Carnáuba se desprende de uma lógica normativa e considera a multiplicidade no tocante as identidades sexuais. Fato que o distancia, nesse sentido, do modelo hegemônico de masculinidade.

As narrativas dos colaboradores elencadas nesse capítulo emergem como pontos sinalizadores de uma crescente mudança no paradigma masculino tradicional, apontando para a adoção de novos formatos de masculinidade calcados na superação de antigos padrões.

A leitura do cenário individual de cada homem colaborador de nossa pesquisa revelou experiências que estão conectadas, conforme desvelamos acima, a novos modelos de construção do ser homem, os quais coexistem (em paralelo) com traços de uma masculinidade hegemônica.

O que compreendemos por tipicamente masculino não são imagens que correspondem a qualquer valor essencial, universal e atemporal, mas sim as imagens construídas historicamente e que, desde a modernidade, vem sofrendo significativas alterações em razão da fluência e da confusão existente entre as fronteiras de gênero. Tais oscilações estão presentes no fenômeno de fragmentação das identidades, mudanças de papéis, entre outras transformações próprias da sociedade contemporânea (Vieira-Sena, 2011).

Essas transformações estruturais (macro e micro) das sociedades contemporâneas contribuem para novas construções em torno das masculinidades, produzindo novas configurações subjetivas e de práticas no tocante ao ser homem.

A aids entrou na vida desses homens em um momento em que a marca da peste gay não era mais sinônimo dessa doença, homens heterossexuais viverem e morrerem com aids já era uma realidade conhecida há bastante tempo. Ainda assim, são muitos os medos e preconceitos, são fortes as implicações das marcas de um estigma que teima em acompanhar a história da doença e continua provocando sofrimentos na história de vida deles.

5. HIV/AIDS: UMA HISTÓRIA DE MEDOS E PRECONCEITOS

Iniciaremos este capítulo fazendo um breve percurso pela história do HIV/Aids, ainda que muito conhecida, pois é importante para nos localizarmos no presente e entendermos melhor as marcas que impregnam as vivências de nossos colaboradores, bem como traremos a realidade epidemiológica na qual se insere localmente esse estudo, possibilitando vermos as vulnerabilidades que os números já sinalizam. Feita essa contextualização, iniciaremos o diálogo com as narrativas de nossos homens/árvores buscando entender os significados que eles atribuem a aids, vislumbrando a raiz desse impacto desde o diagnóstico.

5.1. Um passeio pela história da Aids

A aids é uma doença revolucionária, pois recoloca de forma radical (...) uma série de problemas vitais que durante muito tempo tentamos ignorar.

(Herbert de Souza)

O medo da epidemia é um dos temores mais antigos da humanidade. Civilizações antigas como os gregos, os egípcios ou os chineses relataram alusões à peste, em referência às doenças contagiosas que ameaçam a vida (Sournia & Ruffié, 1986).

A aids representou um dos grandes medos da humanidade na década de 1980. Os primeiros casos da doença surgiram no final de 1970, se difundindo em poucos meses. Em 1980 já era detectada em diversos países pelo mundo. A incerteza científica perante a (então) nova doença fez com que se instalasse um grande pânico nas pessoas com relação à aids. Além da ausência de informação sobre causas e formas de transmissão, houve também a caracterização dos chamados grupos de risco, fator que gerou (e segue gerando) intensa discriminação contra pessoas soropositivas, em especial as homossexuais (Zarpelon, 2012).

A mídia atuou fortemente na divulgação da “nova” doença e possuiu papel significativo na construção das concepções sobre a aids naquele momento histórico. Os noticiários alardeavam o medo entre as pessoas, fomentavam preconceitos e difundiam nomenclaturas nocivas como *peste e câncer gay* (Herzlich & Pierret, 2005). Esses rótulos estigmatizantes também foram reforçados pela comunidade científica, em especial pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC - EUA), que se referia a doença como *Gay Related Immune Deficiency* (GRID) por ter maior ocorrência em homens homossexuais, transformando-os em transmissores da doença, portadores de perversões e distúrbios (Daniel & Parker, 1991; Bastos, 2006).

No início e até (...) 1983 todos os termos empregados fazem referência ao grupo mais frequentemente associado à doença, os homossexuais: “pneumonia dos homossexuais”, “câncer dos homossexuais” ou “câncer gay” e, mais amplamente, “síndrome dos homossexuais” ou “síndrome gay”. No entanto, no mesmo momento em que muitos artigos utilizam essas denominações, assinalam que ela é imprópria: a imprensa relata desde 1982 que os homossexuais não são os únicos atingidos (...). Também se diz rapidamente que não se trata de um câncer. Apesar dos esforços de objetivação que traduzem essas precisões, a associação pregnante

no plano simbólico e no plano social as levam embora (Herzlich & Pierret, 2005, p. 78).

A metáfora do “vírus da linguagem”, conceito do escritor William S. Burroughs é especialmente interessante quando aplicada ao HIV e a aids, pois as outras palavras relacionadas a essas duas contribuíram muito para formar a percepção social negativa acerca da doença. O poeta Ramon Nunes Mello (33 anos e soropositivo) acredita que a linguagem é o verdadeiro vírus capaz de modificar o imaginário em relação ao HIV (Fernandes, 2017).

Desde seu nascedouro, a aids entrelaçou aspectos das relações humanas como sexo, morte, discriminação e preconceito. O fato de a doença ter atingido, no início da epidemia, majoritariamente os homossexuais e ter associado sexo (desviante) e morte gerou severas repercussões que, juntamente com a mídia, ajudaram a construir um imaginário sobre a aids profundamente negativo e estigmatizante. Naquele cenário o medo, o pânico e a síndrome do preconceito emergiram como algumas das respostas dadas pelas sociedades, as quais promoviam a exclusão e o isolamento dessas pessoas – algo ainda bastante visível nos tempos atuais (Bastos, 2002; Herzlich & Pierret, 2005).

É oportuno esclarecer que ter HIV não é sinônimo de ter aids. De acordo com o Ministério da Saúde (2017), existem pessoas soropositivas que vivem por muito tempo sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Contudo, elas podem transmitir o vírus a outras pessoas através das seguintes formas: por relações sexuais sem uso de preservativo; pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou da mãe para o filho por meio da gestação, parto e/ou amamentação (chamada de *transmissão vertical*), caso não sejam tomadas as medidas preventivas necessárias.

No contexto histórico da aids é importante destacar a grande contribuição do médico norte americano Jonathan Max Mann (1947 - 1998). Ele foi pioneiro na

campanha internacional contra a aids, fundou o Programa Global da Organização Mundial de Saúde (OMS) para aids, em 1986, e instituiu um movimento que buscava relacionar problemas de saúde com direitos humanos. Enquanto esteve responsável pelo programa de controle da aids da OMS, em 1987, alertou que essa doença, na verdade, representava três epidemias: a da infecção pelo vírus; a das doenças infecciosas, e a das reações sociais, culturais, econômicas e políticas (Mann, Tarantola & Netter, 1993).

Naquela época Jonathan Mann já afirmava que a última epidemia, que viria a ser a do preconceito, era tão fundamental quanto à própria aids, podendo ser potencialmente mais perigosa do que a doença. Ele mudou a forma como o mundo passou a olhar para a aids. Em suas palavras: “o HIV (...) tem demonstrado repetidamente sua capacidade de cruzar todas as fronteiras – sociais, culturais, econômicas e políticas – e as condições que fomentam sua disseminação são complexas e mutantes (Mann, Tarantola & Netter, 1993, p. 03)”.

Em um período em que o mundo ainda estava descobrindo a doença e a comunidade médica e científica debruçava-se sobre seus aspectos clínicos, Jonathan Mann ampliava a discussão e a forma de olhar para esse fenômeno.

A publicação do livro *A aids no mundo*, de Mann, Tarantola e Netter (1993), trouxe importantes transformações para os estudos desse tema. A obra, que ganhou espaço no mundo e também no Brasil, concebe a história social da doença e rompe alguns paradigmas sociais ensejadores de discriminação e preconceito para com pessoas soropositivas (Helfenstein & Rocha, 2016).

Nos primeiros anos da epidemia, os pesquisadores acreditavam que a aids estava restrita ao grupo dos homossexuais, prostitutas e pessoas que usavam drogas injetáveis em razão desses grupos possuírem maior incidência de infecção. Esse cenário construiu

no imaginário social a compreensão de que havia um *grupo de risco*, e que apenas quem estivesse inserido nele estaria, então, suscetível à infecção (Santos, 2006).

Rua e Abramovay (2001) defendem que esse imaginário gerou diversas consequências negativas em termos sociais e de políticas públicas. Sendo assim, do ponto de vista epidemiológico, as políticas de prevenção ficaram restritas aos indivíduos pertencentes ao grupo de risco, facilitando a disseminação do vírus entre os que não estavam inclusos nesse grupo.

Do ponto de vista social, a compreensão de um vírus limitado a um grupo predefinido acabou por contribuir para o fortalecimento do preconceito que acompanha a doença nas diversas sociedades expondo, dessa forma, os indivíduos do chamado grupo de risco a estigmatização e discriminação perante a sociedade (Santos, 2006).

Para Parker e Aggleton (2001), a estigmatização favoreceu a desigualdade social na medida em que desempenhou um papel fundamental na produção e reprodução das relações de poder e de controle dos sistemas sociais.

A partir da difusão do HIV e da aids nos diferentes países do mundo, emergiu o conceito de *comportamento de risco*. Todavia, eis aqui um novo conceito que centra a discussão apenas no indivíduo, e não no contexto sócio cultural (Paulilo, 1999). Sendo assim, esse conceito surge desprovido de influências culturais, responsabilizando o indivíduo por sua infecção – sendo ele excluído da sociedade por causa de sua condição sorológica. A introdução desse novo conceito estimulou um ativo envolvimento do indivíduo com sua prevenção, já que a infecção pelo vírus acaba sendo atribuída a displicência e eventuais descuidos na prevenção individual (Ayres et. al. 1997).

No tocante aos fatores motivadores das primeiras ações de prevenção, Paiva (2000) revela que a dimensão de “tragédia”, “medo” e “ameaça” atrelada à doença era a justificativa que permitia (mesmo entre os que queriam desconstruir as metáforas da aids)

desenvolver os seus projetos, sobretudo porque eram esses os fundamentos das “justificativas” que permitiam garantir a realização dos mesmos.

Apesar da utilização do medo ser uma estratégia compreensível, haja vista tratar-se (no início da epidemia) de uma doença desconhecida e letal, com o passar dos anos e com o acúmulo da experiência prática concluímos a ineficácia dessas estratégias e, mais do que isso, notamos que o terror ajudava a gerar e ampliar a discriminação e preconceitos - os mais perigosos aspectos da epidemia e os mais necessários a serem combatidos (Treichler, 1991; Daniel, 1994).

Outra estratégia em direção a prevenção adotada ao longo da história diz respeito à utilização da epidemiologia, ancorando-se no conceito de risco. Apesar de ser um conceito útil para pensar esse universo, ele se mostrou limitado na medida em que promoveu um afastamento de aspectos essenciais para trabalhar prevenção, sendo eles: subjetividade, interação, significação e dinamicidade (Ayres, 2001).

Para Ayres (2001) o desafio é migrar do risco para a vulnerabilidade, sendo fundamental não centrar as políticas, programas e ações nos grupos identitários (ou de risco), mas sim nas relações construídas socialmente entre os vários segmentos populacionais e suas interdependentes identidades.

A prevenção da aids não é, necessariamente, o somatório entre informação e vontade. Ela está sujeita a coerções e recursos de natureza econômica, cultural, política e jurídica assimetricamente distribuídos entre as nações, os segmentos sociais, os sexos e as faixas etárias (Ayres et. al.,1997).

Os limites dessas estratégias estão evidenciados pelo relativo insucesso demonstrado pelas avaliações dos programas de prevenção de base comportamental. Soma-se, por sua vez, a explosão da epidemia em direção aos setores socialmente vulneráveis – pobres, mulheres, marginalizados, negros, jovens – com a chamada pauperização da epidemia (Ayres et. al., 1997, p. 17).

A pauperização da doença representou, por sua vez, a banalização da aids. Os segmentos mais poderosos passam a conviver de maneira benevolente com o problema, sem falarmos da pouca reação por parte da sociedade e do descaso com as políticas públicas (Ayres et. al., 1997).

A partir do final da década de 1990 houve toda uma mobilização política e social de fortalecimento da luta contra a aids. Almejava-se espaço para as proposições que defendiam estratégias de prevenção que não estivessem restritas à redução individual de riscos, mas que apontassem para estratégias de maior abrangência como indispensáveis para o controle da epidemia (Moura, 2006).

Nesse sentido, surge o conceito de *vulnerabilidade*. No campo da saúde, especialmente no cenário da aids, esse conceito assume um caráter polissêmico, podendo inserir novas perspectivas para o conhecimento e intervenção sobre a doença (Silva, 2001).

Vulnerabilidade expressa o espaço de produção e difusão de conhecimentos, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte por aids, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (Ayres, 1999, p. 50).

O conceito de vulnerabilidade ao HIV vem possibilitando a mudança de perspectivas, tanto nas propostas de intervenção quanto nas categorias de análise. Ele possibilitou um giro epistemológico por colocar em relação os dados epidemiológicos e a lógica estatística com a multiplicidade de fatores envolvidos, cuja avaliação da vulnerabilidade ao agravo e riscos da saúde depende da avaliação articulada dos aspectos individuais, sociais e programáticos (Ayres et. al., 2002).

A concepção de vulnerabilidade faz referência à possibilidade de exposição de pessoas ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos individuais e coletivos. As categorias de vulnerabilidade são constituídas por três planos interdependentes de determinação e apreensão da maior ou menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade, sendo eles: *vulnerabilidade individual* (que compreende o comportamento pessoal do indivíduo); *vulnerabilidade social* (que se refere ao contexto social no qual ele se insere) e *vulnerabilidade programática* (que diz respeito ao programa de combate a doença), neste caso, de enfrentamento a aids (Ayres et. al., 1999).

Esse conceito foi elaborado inicialmente por Jonathan Mann como ferramenta para auxiliar o entendimento sobre o avanço da aids no mundo, adotando a perspectiva de que a doença (de caráter epidêmico) afeta coletivos, demandando do Estado e da sociedade compreensão e propostas de intervenção mais eficazes. Ele revela a complexidade de aspectos científicos e as implicações de caráter sócio político que perpassam os debates sobre a epidemia, auxiliando tanto na superação das concepções tecnocráticas no que se refere a conhecimento e práticas de saúde, quanto nas ideias de *grupos de risco* e *comportamentos de risco* (ou *situação de risco*) (Ayres, 1995).

Na década de 1990 a doença passou a ser compreendida de uma forma diferente. Nos anos 1980 ela era entendida e enfrentada como problema de saúde pública e em 1990 passa a ser vista, também, como um entrave ao desenvolvimento das nações, pois além de afetar a economia dos países, a aids passa a ser um problema de política internacional de desenvolvimento (Costa-Couto, 2003).

No que diz respeito às terapêuticas desenvolvidas para o combate da aids, no início da década de 1990 foram sintetizados medicamentos almejando a diminuição da quantidade de vírus na corrente sanguínea, melhorando o sistema imunológico, o que levou a associação de diversos remédios (conhecido como *coquetel* contra a aids - uma

combinação de agentes antirretrovirais com diferentes mecanismos de intervenção sobre o ciclo de reprodução do HIV). Com a redução dos casos de infecções oportunistas, foi anunciada a existência e a eficiência desse coquetel no controle da doença. Cabe destacar que o Brasil foi pioneiro dentre os países em desenvolvimento a distribuir a Terapia Antirretroviral (TARV) pelo sistema público de saúde, sendo reconhecido internacionalmente por suas ações no enfrentamento a doença (Teixeira & Barcarolo, 2003).

A partir dos avanços tecnológicos da década de 1990 e das possibilidades geradas pelo isolamento do agente viral, os recursos diagnósticos, prognósticos e terapêuticos progrediram rapidamente. Já as pesquisas relativas à profilaxia encontraram ainda barreiras consideráveis. O uso dos coquetéis por parte das pessoas infectadas com o vírus representou um significativo impacto sobre a taxa de ocupação de leitos nos hospitais, bem como sobre a mortalidade dos doentes, repercutindo fortemente na mídia. Entretanto, tais êxitos conquistados na esfera clínica não correspondiam, como o esperado, a um efetivo controle da epidemia, a qual – contrariamente – segue em expansão, especialmente nos países e grupos sociais mais pobres (Moura, 2006).

Cada década da epidemia da aids no Brasil está implicada em posicionamentos éticos e políticos (situados historicamente num contexto específico), articulados por pesquisadores, pelo movimento social (nacional e internacional) e pelos profissionais de saúde. A década de 1980 foi a da descoberta do vírus e da doença, sendo atravessada pelo sofrimento, mas também pela solidariedade para com os amigos, familiares e parceiros que foram atingidos pela epidemia. A década de 1990 foi marcada pela busca dos direitos humanos e justiça, almejando a redução da vulnerabilidade social. A sociedade pressionava por respostas da estrutura governamental e, simultaneamente, a Constituinte de 1988 sustentava a elaboração de um Sistema Único de Saúde (SUS), que veio a

ocorrer em 1990. A prevenção da doença era fomentada e crescia a mobilização da sociedade e dos profissionais de saúde em prol do acesso aos medicamentos (Paiva & Parker, 2012).

Os anos 2000 foram marcados pela promoção dos direitos, produzindo impactos sobre a epidemia. O Brasil fortaleceu sua atuação nos debates mundiais acerca do enfrentamento da epidemia, estruturando uma sólida resposta no cenário da saúde pública (expressa pelo acesso universal ao preservativo e aos antirretrovirais), anunciando a potência dos princípios basilares do movimento da reforma sanitária e do SUS. Nesse período, houve uma estabilização do quadro epidêmico (Paiva & Parker, 2012).

Do surgimento da aids no mundo até os dias atuais temos uma história marcada por lutas contra a discriminação, a morte, e pela possibilidade de se viver com HIV/Aids, almejando reduzir essa separação entre eles e nós. Houve inúmeras transformações: novas descobertas científicas, novos tratamentos, mobilização dos grupos sociais, avanço e arrefecimento da prevenção, etc. Diversos processos que atestam o quanto esse fenômeno é dotado de particularidades históricas, sociais, culturais e políticas.

Parker (2018) estabelece, sinteticamente, um panorama da doença no Brasil dividindo-o em quatro ondas, sendo elas:

1ª onda: caracterizada pela crise e resistência (ocorrendo entre os anos de 1981 a 1991);

2ª onda: assinalada pela luta por acesso a medicação e construção do movimento global (ocorrendo entre os anos de 1991 a 2001);

3ª onda: marcada por ações de saúde mundial e biomedicalização da epidemia (ocorrendo entre os anos de 2001 a 2010);

E a 4ª onda: apontada pela promessa do fim da aids (ocorrendo de 2010 até os dias atuais). Para o autor, essas etapas são chamadas de ondas porque não se têm muito claro quando uma começa e a outra termina.

A quarta década da epidemia no Brasil vinha sendo marcada por mudanças nos discursos e nas estratégias de prevenção e assistência. Assistimos a investimentos na ampliação do tratamento destinado às PVHAs, bem como em estratégias preventivas baseadas em medicamentos. Essas intervenções parecem atender a uma lógica tecnocrata e biomédica, em detrimento da perspectiva embasada nos direitos humanos e na vulnerabilidade (predominantes entre as décadas de 1990 e 2000) (Monteiro et. al., 2019; Ferraz & Paiva, 2015).

Nesta década a reflexão sobre vulnerabilidades em interface com o enfrentamento do HIV/Aids vem demonstrando que as desigualdades, discriminações e precariedades do sistema de saúde possuem uma estreita relação com a dinâmica saúde-adoecimento (Maia & Reis Junior, 2019).

No entanto, a questão da prevenção e assistência no percurso histórico da aids é atravessada por movimentos de avanços, recuos e retrocessos. Após o surgimento e sucesso dos fármacos no tratamento do HIV/Aids, a doença atingiu um status de cronicidade, fato considerado um marco que impulsionou a redução do número de mortes e a melhoria das condições de vida das PVHAs (Caliari, Reinato, Pio, Lopes, Reis & Gir, 2018). A cronicidade da doença gera repercussões nos âmbitos pessoal e social das PVHAs, podendo comprometer as relações interpessoais e a autoestima (Reis, Santos, Dantas, & Gir, 2011). Além disso, é demandado dessas pessoas mudanças em seus estilos de vida, envolvendo a adaptação ao tratamento.

Ainda com a cronicidade da aids, percebemos um movimento de mudança nas representações da sociedade acerca da percepção com relação a doença, na medida em

que ela vem sendo associada a um caráter limitante, porém, controlável. Essa caracterização pode favorecer a naturalização e banalização dos aspectos físicos e sociais da doença, assim como a crença da não transmissibilidade do vírus nas relações sexuais (Reis & Gir, 2009; Dantas et. al., 2014).

Por outro lado, na atualidade percebemos uma exposição deliberada das pessoas a situações que as vulnerabiliza ao adoecimento, abandonando práticas de prevenção em virtude de estarmos vivendo esse contexto de cronicidade, no qual é possível a garantia de sobrevida e qualidade de vida – esse movimento expressa um arrefecimento da prevenção em tempos de cronicidade da doença (Reis & Gir, 2009).

Nesse contexto, podemos observar também o enfraquecimento de posturas e enfrentamentos que geraram reconhecidos avanços na luta contra a aids, como a articulação com os direitos humanos e o enfrentamento da dimensão social da vulnerabilidade ao HIV/Aids (Calazans, 2018; Calazans, Pinheiro & Ayres, 2018).

Bem como nos deparamos com retrocessos políticos em relação à diversidade sexual e de gênero, os quais impõem obstáculos à oferta e à garantia de uma atenção em saúde igualitária (Facchini, Pinheiro & Calazans, 2018).

Dentre eles, citamos a censura de algumas propagandas televisivas que abordavam questões de gênero e sexualidade. Ocorreu também a apreensão do material “escola sem homofobia”, cujo objetivo era (in)formar sobre gênero e sexualidade nas escolas e que viralizou com a nomenclatura pejorativa de “kit gay”, tendo sua veiculação vetada por parte do governo federal.

Tais retrocessos acabam por fortalecer a síndrome do preconceito, fenômeno tão sinônimo da história da aids. Assistimos também a retrocessos no aparato institucional responsável pelas questões de HIV/Aids no Brasil. O Programa Nacional de IST/HIV/Aids tem vivido tempos difíceis. Um dos exemplos característicos desse atraso

diz respeito à retirada da palavra aids do nome oficial do departamento que cuida dessa questão, decisão que tem sido duramente criticada por parte do movimento social de luta contra a doença no país.

De acordo com a Agência de Notícias da Aids (<http://agenciaaids.com.br/>, recuperado em 19 de agosto de 2019), o nome oficial passou a ser Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Um dos ativistas engajados na causa, Beto de Jesus, afirmou que o que não é nominado corre-se o risco de ser esquecido ou negligenciado. Ele considera que apesar dos avanços em novas tecnologias em relação ao HIV/Aids, vivemos ainda situações muito preocupantes. A mudança de nomenclatura parece ser uma clara tentativa de invisibilizar o HIV perante a sociedade brasileira.

Todo esse cenário ainda é perpassado por discursos e práticas que estigmatizam PVHAs, fenômeno que acompanha essas pessoas desde o início da história da aids provocando dor, afastamento e invisibilidade. Mesmo o diagnóstico positivo para o HIV não representando mais uma sentença de morte (física), “ainda temos a presença da morte civil, a doença do preconceito, a estigmatização matando mais do que o vírus” (Nogueira da Silva, 2011, p. 02).

Enquanto a aids for percebida como uma doença moral, as pessoas soropositivas vão continuar sendo classificadas entre vítimas e culpados, a experiência de nossa sexualidade dividida entre legítima e desviante, e as estigmatizações e os estereótipos continuarão fornecendo os subsídios necessários para a divisão do mundo entre “eles” e “nós” (Nogueira da Silva, 2011, p. 10).

Fato é que mesmo após quase quarenta anos da aids no mundo, as marcas dos estigmas seguem forte no imaginário das pessoas provocando ainda muita angústia e sofrimento para quem vive/convive com o vírus ou com a doença.

A partir dos cenários descritos, faz sentido pensarmos em estabilização ou até mesmo controle da epidemia? A valorização das respostas biomédicas, em detrimento das respostas sociais, parece representar outra característica do momento atual, assim como o anúncio constante por parte da mídia sobre o fim da aids (Parker, 2015). Será mesmo que estamos próximos ao fim dessa doença?

Nesse contexto de retrocessos, temos a reemergência da aids convivendo ainda com preconceitos, enquanto algumas vulnerabilidades se intensificam e outras surgem.

5.1.1. Das reemergências e dos dados locais

A declaração política da ONU em 2016 reiterou como populações mais vulneráveis ao HIV: mulheres e adolescentes; imigrantes; profissionais do sexo; homens que fazem sexo com homens; pessoas que usam drogas injetáveis; pessoas *trans* e pessoas privadas de liberdade. A pobreza continua aparecendo como um fator importante e a síndrome continua expressiva na diversidade do universo masculino, a nível mundial (UNAIDS, 2016).

No entanto, atualmente o cenário do HIV e da aids aponta para algumas reemergências. Dados epidemiológicos recentes nos ajudam a visibilizar parte dessa realidade.

O Ministério da Saúde apontou como populações vulneráveis homens que fazem sexo com homens, com cerca de 12% de prevalência em relação ao HIV, trabalhadoras do sexo, com quase 6% e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, com 5% (Brasil, 2018).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids, edição de 2018, lançado pelo Ministério da Saúde,

de 2007 até junho de 2018, foram notificados no Sinan 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 117.415 (47,4%) na região Sudeste, 50.890 (20,5%) na região Sul, 42.215 (17,0%) na região Nordeste, 19.781 (8,0%) na região Norte e 17.494 (7,1%) na região Centro-Oeste. No ano de 2017, foram notificados 42.420 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.306 (10,2%) casos na região Norte, 9.706 (22,9%) casos na região Nordeste, 16.859 (39,7%) na região Sudeste, 8.064 (19,0%) na região Sul e 3.485 (8,2%) na região Centro-Oeste (Brasil, 2018, p. 7).

Os dados revelam que há um aumento significativo com relação ao número de casos notificados de infecção pelo HIV.

Com relação à aids, de 1980 a junho de 2018, foram identificados 926.742 casos da doença no Brasil. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos nos últimos cinco anos. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, o número anual de casos de aids vem diminuindo desde 2013, quando atingiu 43.269 casos; em 2017 foram registrados 37.791 casos (Brasil, 2018, p. 10).

Quanto às taxas de detecção da doença, desde o ano de 2012, observa-se no Brasil uma diminuição desse índice, que passou de 21,7/100.000 habitantes em 2012 para 18,3/100.000 habitantes em 2017, configurando um decréscimo de 15,7%. Apesar dessa queda nacional gradativa, as regiões norte e nordeste seguem apresentando tendência linear de crescimento na detecção (Brasil, 2018).

Sobre esses índices nas regiões norte e nordeste, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2018, p. 10): “(...) em 2007 as taxas registradas foram de 16,4 (Norte) e 12,7 (Nordeste) casos/100 mil habitantes, enquanto em 2017 foram de 23,6 (Norte) e 15,7 (Nordeste), representando aumentos de 44,2% (Norte) e 24,1% (Nordeste)”.

Fazendo um recorte da taxa de detecção de aids no Rio Grande do Norte, os dados são os seguintes: de 2007 a 2017 o Estado teve um aumento de 68% na taxa de detecção da doença. No ranking referente à taxa de detecção de casos de aids no Brasil, a capital

potiguar ocupa a 11^a posição, estando com 31,9 casos em 2017 (Brasil, 2018, pp. 11-40, tabela nº 12).

Entre os anos de 1980 a 2004 foram notificados 682 óbitos por aids no Rio Grande do Norte e entre os anos de 2005 a 2016, o número de mortes no Estado subiu para 1709 (Brasil, 2017, p. 46). No Brasil, somente em 2017 foram notificados 11.463 óbitos por aids e no Rio Grande do Norte, neste mesmo período, foram 144 mortes (Brasil, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2018) a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade em 2017 foi a sexual, tanto em homens (96,4%) quanto em mulheres (97,4%). Já com relação às principais categorias de exposição entre os homens no período de 2017 a junho de 2018 foram: 59,4% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual, 36,9% heterossexual e 2,6% ocorreram entre usuários de drogas injetáveis. A região sudeste apresentou a população homossexual/bissexual como categoria predominante no tocante à exposição. Contudo, nas demais regiões do país o predomínio foi heterossexual.

Ainda no tocante aos homens, nos últimos dez anos observou-se um aumento da taxa de detecção entre as idades de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 55 a 59 e 60 anos ou mais. Entretanto, a maior taxa de detecção em 2017 ocorreu entre indivíduos de 25 a 29 anos (50,9 casos/100.000 habitantes), tendo superado as taxas de detecção em homens de 30 a 34 e de 35 a 39 anos, os quais eram mais prevalentes até o ano de 2016 (Brasil, 2018).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de IST/Aids e Hepatites Virais (2019) da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018 foram registrados 4.926 casos de aids em adultos aqui no Estado.

Nesse período, 71% dos casos de aids referiam-se ao sexo masculino, revelando uma razão de 2,4 casos em homens para 01 em mulheres. As maiores proporções de casos encontram-se na faixa etária de 30 a 39 anos, representando 32% (SESAP, 2019).

Alguns dados estatísticos demonstram que foram registrados 3.668 casos de infecção pelo HIV entre 2014 e 2018 no Rio Grande do Norte, sendo 69% deles pertencentes ao sexo masculino. No tocante a esse mesmo índice, os maiores percentuais de casos registrados no Estado encontram-se na faixa de 20 a 29 anos, representando 34% (SESAP, 2019). No que tange aos dados relativos a óbitos por aids no Estado, no período de 2008 a 2018 foram registrados 1.298 óbitos em decorrência da doença em adultos. Nesse período, 71% dos óbitos ocorreram em homens e a faixa etária predominante foi a de 40 a 49 anos, com 31% dos casos registrados (SESAP, 2019).

Os dados epidemiológicos elencados nos revelam parte da realidade na qual estamos inseridos situando-nos, em especial, nos contextos brasileiro e potiguar. No tocante aos homens, nos últimos dez anos observou-se um aumento da taxa de detecção entre as idades de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 55 a 59 e 60 anos ou mais.

Conforme vimos no último boletim nacional, apesar de o Brasil estar apresentando redução no número de casos e óbitos por aids (Brasil, 2018), a capital potiguar (e a região nordeste, de modo geral) segue mostrando tendência de crescimento. O Rio Grande do Norte está entre os cinco Estados que apresentam aumento nos índices, acumulando um crescimento de 37% no coeficiente de mortalidade entre os anos de 2014 a 2017.

Este cenário nos revela um contexto de reemergência da aids no território potiguar, expondo o desafio no tocante à necessidade de buscarmos reduzir esses números. Revela-nos também a urgência e o desafio de cuidarmos das PVHAs, sobretudo em uma conjuntura social que exclui e estigmatiza essas pessoas.

Na sequência, iniciaremos o diálogo sobre o viver com o HIV/Aids para os homens que colaboraram como este estudo. Iniciando, neste capítulo, com os significados da aids em suas vidas, o impacto do diagnóstico e a maneira deles enxergarem a prevenção.

5.2 Significados da aids: medo e preconceito impactando do diagnóstico à vida

Muito antes que minha doença fosse confirmada pelos exames, senti meu sangue de repente descoberto, posto a nu, como se uma roupa ou um capuz sempre o tivessem protegido, sem que eu desse por isso, pois era natural, e que alguma coisa, eu não sabia o que podia ser, os tivesse retirado. Precisava viver, doravante, com aquele sangue desnudado e exposto, como o corpo sem roupa que tem de atravessar o pesadelo.

(Hervé Guibert)

A morte e o preconceito em torno da estigmatização da aids marcam as narrativas de nossos colaboradores quanto aos significados atribuídos por eles a sua soropositividade e ao impacto do diagnóstico. Caminhamos com eles dos medos da morte e preconceitos, ao impacto diante da desinformação, à descoberta quando se tem o conhecimento anterior acerca do vírus e da doença, e em seguida, traremos a compreensão contraditória que possuem sobre a prevenção.

5.2.1. Aids, o medo da morte e o diagnóstico

O primeiro significado elencado pelos colaboradores nos remete ao imaginário social acerca da aids, que remonta o início da epidemia quando a compreensão que boa parte das pessoas tinha acerca da doença era de que ela decretava uma sentença de morte. Essa compreensão se construiu, em parte, em virtude de a doença possuir, naquela época, alta letalidade.

As imagens midiáticas produzidas no início da história da aids revelavam o tom e a intensidade do preconceito e da desinformação da sociedade com relação à doença logo no começo da epidemia. A mídia atuou fortemente na divulgação da “nova” doença e possuiu papel significativo na construção das concepções sobre a aids naquele momento histórico. Os noticiários alardeavam o medo entre as pessoas, fomentavam preconceitos e difundiam nomenclaturas nocivas como *peste* e *câncer gay* (Herzlich & Pierret, 2005). A morte assombrava desde o diagnóstico e continua tendo um forte simbolismo entre as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Morte (pausa). **Morte** e assim (pausa). **É** (nova pausa) **morte**. A gente pensa logo que vai morrer (...). **Logo no começo** foi (breve pausa), **foi devastador. Devastador mesmo**. Eu se joguei mesmo e **abandonei o tratamento achando que ia morrer logo** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Rapaz, a primeira palavra que vem na minha cabeça (pausa) é a **morte**. Que eu **tô morrendo de medo, visse?** Tenho mó medo, vixi Maria. Medo de morrer? **De morrer**. Porque ela mata, viu. Diz que ela não mata, mas ela mata (...). **O medo é o que mais abala né a gente?** (...) **Quando eu soube do diagnóstico eu fui lá pra cima da ponte** de (...). Daquela ponte ali que é a ponte de todos, né, **de todos que tem problema vai resolver lá**. (...) **Ia pular lá de cima, eu já tava com a perna em cima que eu ia saltar mermo** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Podemos perceber fortemente o significado da aids como morte iminente para esses colaboradores, indicando o quão intenso ainda é o imaginário acerca da letalidade

dessa doença. É interessante notar que mesmo após quase quarenta anos de descoberta da aids ela ainda é percebida por algumas pessoas, *a priori*, como sinônimo de morte, de finitude da existência.

Sabemos que a associação entre sexo e morte, amplamente divulgada no início da epidemia, constitui um aspecto marcante na história da aids. Ambos representam grandes tabus na cultura ocidental capitalista e permeiam os discursos presentes no imaginário acerca dessa doença. Sendo assim, ela surge como mais um canal de expressão das mistificações, juízos de valor e julgamentos morais que interferem de maneira decisiva na experiência de pessoas soropositivas (Daniel, 1987).

Nas sociedades ocidentais a temática da morte é algo sobre a qual se evita falar e pensar sobre. Não concebem a morte como algo natural e evitam dialogar sobre suas causas, bem como sobre o processo de morrer (Kovács, 1992; Moreira, Bloc & Rocha, 2012; Custódio, 2013; Kovács, 2014). Sendo assim, podemos perceber o medo da morte como sendo o medo do desconhecido e do desamparo no final da vida (Mota, Gomes, Coelho, Lunardi Filho & Sousa, 2011).

Por muito tempo as pessoas que vivem com HIV e/ou aids apresentaram seus significados acerca da doença ancorados no imaginário da aids como sentença de morte, fato gerador de medo, desespero e angústia para as pessoas soropositivas. O olhar para a doença leva essas pessoas a refletirem sobre a morte e isto pode representar sua impotência no controle da sua vida (Kovács, 1992), colocando-as diante da incompletude e do não acabado.

A morte é encarada como um fenômeno atravessado por emoções ligadas à tristeza, solidão e dor (Medeiros, Lima, Medeiros et. al., 2017; Negrini, 2014) e representa um elemento carregado de sofrimento psíquico para pessoas vivendo com HIV e/ou aids, sobretudo pelo aspecto da doença não ter cura.

O estudo de Gomes et. al. (2019) sobre significados da morte para pessoas com HIV/Aids demonstrou a permanência da morte como uma representação ainda expressa por elas a partir de suas experiências de vida. As representações sobre a doença são reproduzidas ao longo do processo sócio histórico nestes quase quarenta anos de aids e perpetuado através da comunicação no cotidiano dos indivíduos.

O impacto causado pela descoberta do diagnóstico positivo para o HIV nos homens de nosso estudo teve para Mandacaru e Juazeiro a centralidade no medo da morte.

A morte como uma possibilidade iminente pode gerar muita dor e desespero (Beloqui, 1992), como visto na experiência de Juazeiro que atentou contra sua própria vida ao se descobrir soropositivo. O desejo de morrer pode aparecer como impacto inicial do diagnóstico por ser uma doença que não tem cura, pelos efeitos das medicações, dentre outros fatores. É imprescindível analisar como o diagnóstico pode afetar as dimensões pessoal, social e psicológica das pessoas (Meireles et. al., 2010).

Na experiência de Mandacaru também foi possível observar esse desespero no instante em que ele se refere ao momento do diagnóstico como sendo “devastador”.

Moreira, Bloc e Rocha (2012) revelaram em seu estudo que o momento da descoberta da doença, a iminência dos sintomas e suas consequências são momentos descritos nos quais os significados relativos à morte estão mais presentes.

Autores como Beloqui (1992), Costa-Couto (2007), Oliveira (2013), Alves (2015) e Gomes et. al. (2019) conduziram estudos que também apontam o medo da morte como um sentimento bastante presente na experiência de pessoas que vivem com HIV/Aids.

Já para Carnaúba, colaborador que há mais tempo vive com HIV (toda sua vida), o momento do diagnóstico não aparece como um evento impactante (até por esse momento ter se dado em sua infância e ele não compreender exatamente do que se tratava

naquela época). O impacto vai surgir enquanto preocupações sobre como viver com o vírus: manter segredo e lidar com o preconceito das pessoas.

A percepção frente ao diagnóstico não está relacionada apenas ao vírus, ela também está atrelada a possibilidade de ter que se expor, o que gera silêncio e isolamento. O preconceito e discriminação são os maiores obstáculos a serem enfrentados (Carvalho et. al., 2007).

Para Umbuzeiro o momento do diagnóstico também não foi traduzido (por ele) como de grande impacto, nem associado à morte, em função da convivência que ele já tinha com o vírus. Não foi surpresa, conforme seu próprio relato.

Tá com um mês só que eu descobri. Só que é assim, **eu já suspeitava pelo sistema que eu vivia né (...) como já fazia sete anos, sete anos que eu vivo com ela [referindo-se a esposa] quando apareceu essas doença eu perdendo peso, eu perdi vinte quilos, eu já suspeitava, eu digo: ó, eu acho que eu tô com soropositivo. Não foi surpresa pra mim agora, entendeu?** Como eu convivo com ela há sete anos e ela é soropositiva, então esses sintomas apareceu então eu já sabia que era dessa doença (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Continua:

Acho que de ruim, é o preconceito das pessoas. E pra mim (pausa) o principal é isso mesmo (...). É também que eu sou novo agora, tô começando agora (se referindo a sua trajetória com HIV). **Pra mim é o preconceito mesmo** (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Essa descoberta é quase sempre traumática para a maioria das pessoas que recebem esse diagnóstico, diante disso é fundamental investigar como foi a sua descoberta, sentimentos, reações manifestadas no momento e como o indivíduo está se sentindo em relação ao viver com HIV/Aids, seus medos e fantasias diante da doença (Chaves, 2016).

Foi possível percebermos que se o impacto não se dá pelo medo da morte, ocorre em função de medos e fantasias e mesmo experiências anteriores que giram em torno do preconceito, configurando assim outro significado importante da aids para eles. O medo

do preconceito das pessoas vai impactar de várias formas o viver com aids, enraizando suas existências.

5.2.2. Aids e o medo do preconceito

O medo do preconceito emergiu de maneira unânime nas narrativas dos nossos colaboradores, conforme veremos abaixo:

Eu penso assim (...) morar em outro estado. **É só o que eu penso sair daqui e ir morar em outro estado (...). Lá ninguém mim conhece, nem ia saber da minha vida passada.** E lá ia poder, assim, ia me relacionar melhor com as outras pessoas, porque aqui (...) a pessoa já anda assim procurando. A pessoa não anda tranquilo. **É como se você tivesse fugindo da polícia** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Eu mesmo tinha, entendeu? [referindo-se a ter tido preconceito com PVHA] e **hoje eu sinto que o povo também (...)** vão ter comigo, eu num tinha com eles? Entendeu? **Aí eu tenho mó medo de alguém descobrir que eu tenho isso aí [HIV], o comentário vixi, a discriminação (pausa) é grande** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Eu não falo, sou muito reservado, **gosto de falar não porque tem aquele preconceito, a pessoa já olha pra você de um jeito diferente** já. Nem na igreja que eu frequento eu falo. Ninguém sabe (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

(...) **o preconceito do povo, que isso tem que acabar de você achar que a pessoa que tem aids não pode se misturar com todo mundo,** eu acho que isso aí não existe, não era pra existir mais não (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

O preconceito (ou o medo de sofrê-lo) se conecta diretamente ao afastamento e/ou a quebra dos vínculos sociais e familiares antes mantidos pelos homens desse estudo. Ele emergiu como um significado forte relacionado à vida com HIV/Aids, fruto das marcas do processo de estigmatização, ainda em curso.

Segundo Nogueira da Silva (2011) os estigmas, na condição de marca, assinalam uma diferença entre as pessoas e, simultaneamente, podem isolar ou agregar indivíduos portadores de um mesmo estigma, como é o caso do HIV e da aids (que durante seus primeiros anos de surgimento se inscreveu no corpo dos doentes estabelecendo uma nítida diferenciação entre eles e os não doentes).

Borges, Silva e Melo (2017) assinalam que o estigma atua como traço expressivo na dinâmica de vida da PVHA, interferindo também em seus mecanismos de enfrentamento.

Já os preconceitos operam como julgamentos prévios realizados sobre um grupo ou um indivíduo, diferindo, assim, dos estigmas. Pode-se dizer que eles (os estigmas) são mais abrangentes e se encontram na base dos preconceitos, os quais depois de instituídos socialmente e internalizados individualmente passam a existir independentemente dos estigmas que ensejaram seu surgimento. Tanto os estigmas como os preconceitos produzem nas ações diárias comportamentos e atitudes de discriminação que isolam e separam os portadores dessas marcas, tornando-os incompatíveis e chegando a ponto de eliminá-los, de fato, do convívio social (Aggleton & Parker, 2001).

Carregando os estigmas da aids, os nossos colaboradores vivenciam o medo do preconceito e seus desdobramentos em alguns aspectos distintos relacionados às marcas da estigmatização. Agrupamos suas narrativas em alguns eixos: medo da marca *ser aidético(a)*; medo do desprezo da sujeira; medo da ausência de afetos, o isolamento e medo do futuro.

5.2.2.1. O preconceito e o medo da marca *ser aidético(a)*

Carnaúba e a dor marcada de sua mãe

Ia em uma festa (...) eles olhavam diferente com a gente, olhar meio diferente, **minha mãe levava uma comida pra festa, eles não queriam comer, deixavam minha mãe voltava com a comida pra casa (...). Minha mãe teve uma briga com um homem, aí o homem chamava ela de aidética** (Fragmento de entrevista de Carnáuba).

Carnáuba é um dentre os tantos “órfãos da aids”, nomenclatura dada às crianças e adolescentes que herdaram o vírus do pai ou da mãe. Podemos notar em sua narrativa o preconceito sofrido por sua mãe e vamos perceber ao longo dos diálogos com ele a marca dessa estigmatização. A mãe de Carnáuba chegou a ser chamada publicamente de “aidética”, termo profundamente pejorativo e reforçador da estigmatização de pessoas que vivem com HIV e/ou aids. O discurso em tela ilustra uma ação verbal bastante violenta (dentre tantas as que são dirigidas aos soropositivos diariamente) e, além disso, retrata a força dos estigmas relacionados à doença.

Com isso, percebemos que apesar dos esforços empreendidos no sentido de buscar positivar as identidades soropositivas, ainda permanece na memória discursiva acerca do HIV e da aids a identidade perversa dos *aidéticos* – sujeitos que adquiriram HIV, cujos corpos oferecem um perigo que deve ser divulgado (Soares, 2001; Butturi, Junior & Lara, 2018). Neste jogo, a midiaticização moralizante possui papel central (Galvão, 2000).

As ideias de condenação e fatalidade cercavam os chamados “órfãos da aids” (Cunha et. al., 2001) e a certeza de que essas crianças e adolescentes atravessados pela doença não vingariam foi sendo desconstruída progressivamente ao longo dos anos.

Uma mudança significativa na sobrevivência desses indivíduos foi atribuída à inserção da Terapia Antirretroviral nos serviços públicos de saúde no Brasil, em 1996, bem como aos incontáveis esforços assistenciais de educadores, profissionais de saúde e familiares que construíram diariamente formas de cuidado para com essas crianças e adolescentes (Moreira & Cunha, 2003).

Nos anos de 2001 e 2002, aquele cenário havia sido modificado radicalmente através da consolidação da ideia de cronificação da doença. Nesse processo, a possibilidade de se evitar a transmissão vertical foi decisiva – isto se deu através do protocolo de prevenção da transmissão vertical (ACTG 076), o qual permitiu com a administração do medicamento AZT na gravidez, parto e para a criança (em xarope, após nascimento) uma redução significativa da transmissão vertical. A redução do número de crianças infectadas pelo HIV na gravidez, parto ou após o nascimento acendeu uma esperança no campo da chamada “Aids pediátrica” e na atenção à saúde materno-infantil brasileira (Cunha, 2018).

Os “órfãos da aids” não morreram e a categoria jovem vivendo com HIV/Aids emergiu, passando a ser claramente investida de atributos e valores positivos por diversos atores governamentais e não governamentais, almejando contrapor outros sentidos negativos vigentes no senso comum, tais como *vítimas*, *coitados* e *incapazes* (Cunha, 2018).

Mas, algumas histórias marcadas pelo estigma, como a de Carnaúba, impelem às vezes a um viver escondendo-se para se proteger das dores que o preconceito impõe.

5.2.2.2. O preconceito e o medo do desprezo da sujeira

Juazeiro, o desprezo e a sujeira

Vejo que o tempo que eu passei aqui [internado] fiquei um mês e pouco aqui. Aí em cima [andar onde ficam os pacientes internados] quem tem esse tipo de coisa [aids] a família desprezava que sabe, entendeu? Eu mesmo se senti, sabe? É [pausa] minha família mermo né, quem soube né, quem tava sabendo da situação (...). **Eu senti um pouco de desprezo** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Continua:

Eu tô na (...). Eu tô tipo na lama, né? Tô todo sujo também (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

O discurso de Juazeiro associa a aids ao significante sujeira, um dentre os tantos significantes pejorativos existentes e que fazem referência a essa doença desde o seu surgimento no mundo (Carvalho, 2019). Talvez por sentir-se “sujo” e “na lama” ele acredite que seja digno do desprezo das pessoas, já que a sujeira costuma repelir mais do que aproximar.

A PVHA é alguém que recebe o interdito social, sendo excluído e segregado dos considerados moralmente puros e limpos através de um muro não concreto, mas simbólico com capacidade de impor restrições sociais (Leite, 2015).

O instante da entrevista em que Juazeiro verbalizou estar “na lama” e “todo sujo” foi marcado por um olhar vazio e voz triste. Isso nos faz refletir sobre a força com que esse tipo de registro simbólico se inscreve em nós, e a manutenção dessa marca tão estigmatizante.

5.2.2.3. O preconceito, o medo da ausência de afetos e do futuro

Mandacaru e a ausência de afetos

Afastamento das pessoas é muito complicado, porque **às vezes as pessoas que a gente pensava que tinha um afeto, não tinha, se afastou por causa disso aí** [referindo-se a doença] (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

O distanciamento das pessoas em razão da descoberta da sorologia é algo que marca profundamente a PVHA. Ele remete ao abandono das relações e desvela a ausência de afetos, tal como nos disse Mandacaru, gerando angústia e sofrimento a pessoa soropositiva.

Umbuzeiro e o medo de preconceito no futuro

De tudo que você me contou até agora, tem alguma coisa que você considera mais difícil nessa vivência? [questiona a pesquisadora] **Só o preconceito mesmo (...). Porque como eu tô começando agora, eu tô vendo o futuro, entendeu? (...). Futuramente, entendeu? Quando as pessoas souberem, porque nós não vamos dizer né?** (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Ele foi o participante com o menor tempo de diagnóstico para o HIV, fazia apenas um mês que descobrira sua soropositividade na época em que ocorreu a entrevista (2018). Dada a recenticidade dessa descoberta, ele não havia vivenciado nenhuma experiência pessoal de preconceito, mas conhecia a realidade em torno da doença e a possibilidade de sofrer preconceito caso as pessoas soubessem, haja vista a convivência com sua esposa (também soropositiva).

Em seu recente trajeto histórico, a aids passou de “sentença de morte” ao status de doença crônica e apesar das tantas evoluções no contexto desse adoecimento específico (como o avanço dos antirretrovirais e o surgimento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) – novo método de prevenção à infecção pelo HIV que consiste na tomada diária de um comprimido que impede que o vírus infecte o organismo antes de a pessoa ter contato com ele –, por exemplo) (Brasil, 2019), os preconceitos e estigmas evidenciam a persistência de velhas “metáforas” (Cueto & Silva, 2018). E lutas que continuam...

5.2.3. Na luta contra o preconceito: a naturalização e superação

Viver com HIV/Aids provoca desde o impacto do diagnóstico uma relação estreita com o preconceito. O medo desassossega e mobiliza também reações de enfrentamento,

construindo novos significados para aids na luta contra as consequências do preconceito: *aids como uma doença qualquer e a aids é superação.*

5.2.3.1. Aids como uma doença qualquer

Hoje [pausa] eu penso como qualquer doença. Qualquer doença. **Pra mim não é uma das piores não, porque pelo que eu vi é uma doença que não tem cura, mas é fácil de ser controlada,** porque eu tô com vinte e dois dias que comecei a tomar remédio e eu aumentei um quilo e meio, tô tomando direitinho igual o médico falou. O que eu não fazia hoje eu faço, graças a Deus (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Continua:

O preconceito do povo, que isso tem que acabar (...), não era pra existir mais não (...). Todo mundo sabe que a doença existe (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Ao se referir a aids como uma doença qualquer, Umbuzeiro sinaliza uma forma de se proteger do preconceito, argumentando sobre como é a realidade de quem vive com essa doença. Essas são formas de enfrentamento com relação ao preconceito, desejando que tal compreensão chegue para todos, uma vez que sabem que nem todas as pessoas enxergam a doença por essa perspectiva.

No relato dele é possível perceber o discurso de alguém que possui informação sobre a doença e sobre o tratamento, compreendendo que apesar de se tratar de uma patologia sem cura, existem possibilidades de viver melhor com ela. O conhecimento sobre aids e sobre a terapia antirretroviral parece influenciar na adesão ao tratamento, sugerindo que os profissionais de saúde intensifiquem suas ações de educação em saúde envolvendo a temática junto as PVHAs (Moraes, Oliveira, Motta, Ferreira & Andrade, 2015).

5.2.3.2. Aids e superação

Primeiramente, eu nasci com essa doença, através dos meus pais, decorrer de certa irresponsabilidade deles, né? (...) **Eu não me deixo entregar.** Meu pai e minha mãe se deixaram entregar. Tem um ditado, você escolhe o jeito que você quer morrer. Eu não quero escolher isso pra mim, **eu quero viver mais.** Eu **quero ter minha família**, eu não quero fracassar do jeito que eles fracassaram. **Então é superação pra mim. Vivo a cada dia da minha vida.** Isso pra minha vida, eu não chamo nem de doença não. Eu vivo normal (Fragmento da entrevista de Carnaúba).

Para compreendermos o significado da aids como superação no relato de Carnaúba é necessário mergulharmos um pouco em sua história de vida. Conforme já destacado noutros momentos, ele é órfão de pai e mãe. Ambos faleceram em decorrência da aids. Ele nasceu soropositivo, tendo sido infectado através da transmissão vertical e foi, ao longo dos anos, habituando-se as rotinas impostas por sua condição.

O significado de superação atribuído por Carnaúba à questão da doença parece estabelecer uma relação explícita com a morte de seus pais (experiência considerada por ele como fracasso). Superar a doença, para ele, significa não fracassar como seus pais.

Diante de um difícil cenário como o de viver com uma doença crônica com representações sociais tão negativas como a aids, enfrentar rotinas de tratamento constantes e viver no anonimato por medo do preconceito explica a própria construção da relação entre aids e superação feita por ele que, dentre os demais colaboradores da pesquisa, é o que há mais tempo vive essa realidade – toda a sua vida.

Os significados sobre a aids trazidos por nossos colaboradores e suas vivências práticas sobre a doença nos levam a refletir o quão forte ainda permanecem alguns aspectos do imaginário social acerca dela: medo da morte, medo do preconceito e toda a carga de estigmatização associada à vida com HIV/Aids.

Contudo, eles também trouxeram algumas rupturas na forma de enxergar esse complexo fenômeno: a superação cotidiana e a busca por enxergar como uma doença

como qualquer outra. Essa tímida mudança de perspectiva reflete a dinâmica e complexa relação que segue alterando as formas e significados dessa doença nas diferentes sociedades, e a luta contra as consequências do preconceito.

Esses significados encontram ressonância em estudos como o de Oliveira (2013), ao apontar que um processo de mudança está sendo operado nas significações sociais em torno da aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e a diminuição da importância da morte.

O imaginário da doença expresso em campanhas do Dia Mundial de Luta contra a Aids analisadas no período de 1989 a 2014 tem como principal trajetória a imagem da morte migrando para a de vida, sendo o tratamento com os antirretrovirais o principal responsável nessa mudança que tem possibilitado o entendimento da doença como uma patologia controlável e passível de convívio alterando, dessa forma, os significados atribuídos à aids (Ramos, 2016).

Conforme vimos nesse capítulo, a história do HIV e da aids no mundo é repleta de lutas e transformações constantes. Todavia, apesar do caráter dinâmico desse fenômeno, os preconceitos e estigmas permanecem impactando negativamente a existência das pessoas soropositivas sob a forma de velhas metáforas associadas à aids.

Os medos da morte e os medos dos preconceitos que configuram o significado da aids para nossos colaboradores falam, também, do que é viver com HIV/Aids.

6. A VIDA COM HIV/AIDS: QUANDO O INFERNO SÃO OUTROS É PRECISO GUARDAR O SEGREDO ATÉ O FIM

Neste velho armário novo eu não vou entrar.

Parcelado em dias de aflição.

*Não me perguntaram se eu queria ir,
Só me apontaram a direção - do segredo, da vergonha e do
medo de ser assim: positivo!*

(Silvino, no poema Olhos Amarelos)

Conforme discutido anteriormente, a história da aids no mundo é marcada por estigmas e preconceitos que foram associados a essa doença ao longo dos anos, uma vez que ela relaciona dois tabus de grande robustez em nossa sociedade: sexo e morte. Essa complexa relação dá origem a fortes tensões sociais, produzindo diversos atravessamentos. Com o advento da aids acompanhada da estigmatização e dos estereótipos construídos em torno dos doentes e da doença, as sociedades passaram a dividir o mundo entre “eles” e “nós” (Nogueira da Silva, 2011).

O inferno são os outros. Com esta frase o filósofo francês Jean Paul Sartre referia-se ao fato de que muito do que padecemos é resultado do nosso encontro com a alteridade. Foi escrita na peça teatral *Entre quatro paredes*⁴. Mortos, no inferno, as personagens nada mais podem fazer em relação aos julgamentos dos quais são objetos – estão, portanto, sem defesa contra os outros malditos –, e ainda têm que sofrer, sofrer por suas escolhas e pelo olhar do outro.

Nesse sentido, aludimos a célebre frase do Sartre para destacar metaforicamente que o sofrimento emocional vivido pelas pessoas soropositivas se deve, em sua maior

⁴ Um dos mais importantes e conhecidos textos de Sartre, escrito em 1944. Na peça, Sartre mostra uma danação eterna sem fogo e torturas. A falta da liberdade, limitada pelos outros, é interpretada como sendo a pena do inferno. A trama se passa numa sala de visitas, onde três pessoas desconhecidas se encontram. Elas estão mortas e a sala representa o inferno. Não existem espelhos, janelas ou portas. A luz nunca se apaga, numa reflexão sobre o vazio da vida e a falta de esperança. *Entre quatro paredes* traz um inferno onde todo o sofrimento é infligido pelos outros, pela incapacidade que cada um tem de fugir ao olhar e julgamentos alheios (<https://www.saraiva.com.br/entre-quatro-paredes-170622/p>, recuperado em 19 de outubro, 2019).

proporção, às atitudes discriminantes que os outros (família, amigos, companheiros de trabalho, parceiros afetivo-sexuais, enfim, a sociedade de um modo geral) dirigem a elas. Logo, o inferno vivido por elas são os outros, configurando assim um grande desafio em suas vidas o reinventar-se apesar disso.

Em diálogo com as narrativas de nossos colaboradores agrupamos alguns eixos temáticos que traduzem a relação da vida com HIV/Aids e o quanto o olhar dos outros inferniza. Esse olhar que maltrata surge de forma unânime e implica na manutenção do segredo da soropositividade para se protegerem.

Ela [sua última namorada] **não sabe que eu tenho** [HIV] **e aí se ela souber agora vai querer me** [pausa] **me condenar ou** alguma coisa, **vai querer fazer alguma coisa**, ou com minha filha, sabe? Tá entendendo? **Aí eu deixei ela.** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

É tipo assim, **a gente que tá com esse tipo de coisa né** [HIV] (...) **fica discriminado em todo canto.** O que eu escuto comentário do povo né, **lá na minha rua tem uma menina que tem.** Que tem HIV? [questiona a pesquisadora] Isso, que tem HIV. **E o pessoal da rua antigamente era maior amizade com ela, saía com ela pras festas, mas hoje em dia ela veve sentada lá na calçada sozinha** [ênfase na palavra sozinha] **sem ninguém nem chegar perto, o povo tudo comentando o assunto dela, sabe?** Antes de saber que ela tinha HIV você a tratava de uma forma diferente? [questiona a pesquisadora]. **Sim, sim. E o pior que era, porque ela tinha** [HIV] e assim, **num tinha muito contato, entendeu?** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Uns amigos meus antigos lá do prédio que eu morava (...) **a gente se falava legal, mas você sabe, quando você conta essa coisa aí** [que vive com HIV] **a sociedade já olha com uns olhos diferentes pra você. Não olha você como uma pessoa normal, já olha você diferente ‘olha ali tem HIV, tem aids’** (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

As narrativas ilustram como eles se veem marcados pelo estigma da aids e querem se proteger de serem apontados, julgados, isolados. O capítulo anterior já percorreu o significado da aids atrelado ao medo de preconceito vivenciados por nossos homens/árvores, sinalizando que suas vivências são permeadas por esse tipo de dor. Parker (2015) já nos alertara sobre uma epidemia do preconceito:

Muito cedo na história da aids, foi introduzida a ideia da “terceira epidemia” – ou seja, além das epidemias de infecção pelo HIV e de casos registrados da aids, percebemos que também existia uma epidemia nas respostas sociais frente ao HIV e a aids, e que esta terceira epidemia podia ser compreendida como uma epidemia de significados, muitas vezes de estigmas e discriminação, de um vírus ideológico tão perigoso quanto o vírus biológico (Parker, 2015, p. 3).

Entrando na quarta década do vírus, trazemos essas narrativas nesse momento para iniciar um capítulo que irá dialogar sobre o dia a dia do viver com HIV/Aids, sobre seus sentimentos, para dizer do quanto ainda é forte a estigmatização presentificada pelo olhar do outro.

O medo do desprezo e julgamento da namorada está presente na fala de Mandacaru. Ele se desfez de uma relação amorosa por receio de não ter sua condição compreendida e ser, dessa maneira, “condenado” temendo, inclusive, que a antiga namorada pudesse fazer algo contra ele ou sua filha. O medo do julgamento e condenação são ideias muito associadas a castigo/punição por algo que se fez de errado.

A condenação social quando alguns amigos souberam da soropositividade revelada por Carnaúba, Juazeiro e antecipada por Umbuzeiro, reflete o quanto o olhar diferente para a sua diferença é algo que, na experiência deles, maltrata muito. A revelação do diagnóstico vem acompanhada do dizer sobre si, revelando-se em uma identidade não aceita socialmente (Souto et. al., 2009).

É nesse sentido que o medo de ter o diagnóstico revelado pode levar pessoas HIV positivas a se isolarem da família e de amigos, intensificando o sofrimento emocional e refletindo também na capacidade de aderir à medicação e buscar apoio social (Santos, 2018).

Apenas Umbuzeiro (com um mês de diagnóstico na ocasião da entrevista, em 2018) disse não ter vivido experiências pessoais de preconceito, mas que previa e temia isso para o futuro.

Como eu tô começando agora eu tô vendo o futuro, entendeu? Futuramente, entendeu? Quando as pessoas souberem (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Ele narrou outra experiência familiar (sem ser o caso de sua esposa) na qual o preconceito se fez presente.

Eu tenho um irmão com HIV. Ele mora em São Paulo, **já faz quinze anos que ele tem HIV**, faz quinze anos já. **E assim**, na primeira, **quando ele descobriu ele disse logo a todo mundo (...)**. E assim, **sofreu alguns preconceito com isso (...)**. Porque **nós não vamos dizer né?** [referindo-se a revelar sua soropositividade]. **Se eu disser à minha mãe e à minha irmã, já tem outra pessoa que confia aí vai dizer** (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

A experiência de seu irmão somada a percepção que ele tem sobre o cenário de preconceitos em que o HIV e a aids estão envolvidos fez com que nosso colaborador optasse por não revelar seu diagnóstico, temendo os julgamentos e condenações morais que o olhar do outro pode(rá) lhe trazer.

Apesar dos avanços obtidos pelas ciências médicas (progressos no diagnóstico e na terapia antirretroviral) no que se refere ao tratamento da aids, os quais permitiram não apenas um aumento da sobrevivência, mas também na qualidade de vida de pessoas que vivem com o vírus e/ou com a doença, ainda percebemos que essas pessoas continuam expostas aos estigmas e discriminações (oriundos de crenças distorcidas acerca da aids, surgidas no início da epidemia).

“Isso tem que acabar de você achar que a pessoa que tem aids não pode se misturar com todo mundo, eu acho que isso aí não existe, não era pra existir mais não”, diz Umbuzeiro.

Enquanto não acaba, eles vão lidando com esse olhar discriminante temendo o adoecimento, vivendo as dores de uma solidão auto imposta e tentando estratégias de enfrentamento que transitam entre driblar as dores em torno da soropositividade e a tentativa de mantê-la em segredo.

6.1 A obsessão pelo segredo da soropositividade e as dores da solidão auto imposta

A pessoa já anda assim procurando. **A pessoa não anda tranquilo. É como se você tivesse fugindo da polícia**, quando você deve alguma coisa à polícia, você anda assim, assustado. **Eu ando no mei da rua assustado também, porque se eu encontrar com um conhecido eu já desvio o meu caminho. Já aconteceu de chegar aqui [referindo-se ao SAE], ver uma pessoa que eu conheço e voltar do mei do caminho. Não ficar. Porque aí vai gerar pergunta, não sei o quê. Aí eu evito. Fico com medo que alguém saiba** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Continua em outro momento da entrevista

(...) **Desde eu adoeci que eu tô pela perícia, não voltei mais pro trabalho. Não voltei pro trabalho. E uma vez eu fui lá e gerou um monte de pergunta e nunca mais eu fui não. Sobre a doença, que falaram que eu tava com HIV não sei o quê. Eu disse: não, isso não existe não, eu tive foi um AVC. O povo inventa cada história!** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

(...) Essa é a vida do cara que tá com esse tipo de doença, né? **É discriminação, medo de sair de dentro de casa (...) o medo de alguém descobrir que eu tenho [HIV] (...). Mas eu tenho maior medo de falar sobre esse tipo de coisa [referindo-se ao vírus e a doença]. Com qualquer pessoa? [questiona a pesquisadora] Qualquer pessoa. Só quem sabe é minha mãe. Tenho maior medo, eu tô se abrindo com você aqui eu num sei nem como** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Eu não falo, sou muito reservado, gosto de falar não porque tem aquele preconceito, a pessoa já olha pra você de um jeito diferente já. Nem na igreja que eu frequento eu falo. Ninguém sabe. Só a minha família mesmo. No prédio que eu morava minha mãe falou, o povo olhava com aquele certo preconceito, sabe? (...) Quando eu vou pra viagem eu tomo meu remédio escondido pra

ninguém ver, porque se eu tomar o remédio na frente do povo, o povo vai perguntar o que é isso e tal (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

A necessidade obsessiva pela manutenção do segredo e as dores oriundas da solidão auto imposta aparecem como experiências limitadoras na vida desses homens, uma vez que eles reduzem seus contatos sociais e sua circulação pelos espaços da cidade em função do medo de ter sua condição descoberta.

Ficar em casa ou desviar do caminho ao ver pessoas conhecidas na rua e até mesmo no SAE, como aparece na narrativa de Mandacaru, são ações tomadas por eles com o objetivo de proteger esse segredo evitando, dessa forma, a possibilidade de vivenciar situações de preconceito.

O medo de ser descoberto possui forte relação com o fato de (ainda hoje) ser atribuído à aids um julgamento moral, sendo encarada como uma doença que atinge pessoas com comportamento considerado transgressor, logo, moral e socialmente condenáveis. Ter a soropositividade revelada implica no medo que esses homens sentem de se tornarem alvos dos julgamentos morais, os quais acendem neles o medo do abandono, de ser julgado, de revelar sua identidade social, a impotência, a fuga, a clandestinidade e a exclusão (Guimarães & Godinho, 1992; Parker & Aggleton, 2001).

O segredo é expresso pelo não desejo de revelar a soropositividade para pessoas com quem se tenha relações interpessoais mais próximas e/ou íntimas (Borges, Silva & Melo, 2017).

Essa experiência é moldada num contexto em que a história da doença pode ser dividida entre a aids do passado, contada de forma catastrófica e intimamente associada à morte, e a aids de agora que destaca as conquistas do saber biomédico, as quais foram se acumulando e possibilitando crescentes níveis de intervenção sobre a realidade clínica e epidemiológica (Bastos, 2002).

Nesse sentido, “a contemporaneidade fez da doença um segredo, um horror que instaura o silêncio como forma” (Inácio, 2016, p. 498) e que permite às PVHAs se libertarem de algumas marcas negativas da aids do passado, em um movimento constante de positivação desses sujeitos (Cunha, 2012).

Diante da atual conjuntura algumas pessoas que vivem com HIV/Aids, como é caso dos homens de nosso estudo, recorrem ao silêncio acerca do seu segredo como uma estratégia de enfrentamento ao estigma e aos preconceitos.

Na compreensão deles a possibilidade de viver uma rejeição caso optem por contar seu segredo é algo garantido, nascendo daí um impasse: ou revelam e permanecem sozinhos (segundo as experiências que tiveram ou ouviram falar) ou continuam em segredo. Essas alternativas sinalizam para o isolamento desses homens, sendo a primeira uma solidão imposta pelo outro a partir da rejeição e a segunda diz respeito à solidão auto imposta para proteger o segredo (David, 2017).

Mandacaru nos revelou um conflito vivido diante desse impasse em sua cena projetiva:

Ele tá gostando de uma pessoa, mas não pode ficar com ela, vai perguntar ao profissional [referindo-se ao psicólogo] como fazer pra que ele não machuque essa pessoa (...). Aí ele conversava com ela [referindo-se ao profissional] no sofá, aí ele se deitava, relaxava, começava a contar da menina e o profissional foi dizendo a ele, dizendo como é que ele deveria reagir com ela pra chegar e dizer que era soropositivo (...), pedia que ele trouxesse ela também pra conversar a respeito [referindo-se a trazer a pessoa que ele está gostando para o atendimento] (Fragmento de cena projetiva de Mandacaru).

A cena ilustra o desejo dele de revelar sua sorologia para uma garota de quem estava gostando contando, para isso, com o suporte do profissional de psicologia. Além desse desejo, a cena também expressa à angústia desse colaborador no sentido da

revelação em si, momento costumeiramente difícil para as PVHAs (Maksud, 2007), e no tocante ao medo de machucar essa pessoa, conforme expresso em sua fala.

A revelação torna-se um dispositivo que faz ver e falar o lugar marginal que uma pessoa soropositiva ainda segue ocupando na construção de relações afetivo-sexuais (David, 2017). A identidade soropositiva tensiona os relacionamentos, podendo gerar rupturas e evidenciando uma diferença entre um casal (Maksud, 2007).

Ainda na experiência de Mandacaru podemos destacar a questão da morte social. Segundo sua narrativa (exposta no início desse capítulo), numa das ocasiões em que esteve no antigo local de trabalho ele foi questionado quanto ao seu estado de saúde e foi especulado com relação ao tipo de adoecimento que portava. Este fato lhe gerou intenso desconforto e constrangimento, a ponto dele decidir não mais retornar.

A morte social é aquela que ocorre antes do morrer biológico e implica em perdas de papéis sociais podendo ter repercussões políticas, econômicas, sociais e na assistência à saúde (Gurgel, 2007). No caso de nosso colaborador, as dimensões econômicas (já que deixara de trabalhar e produzir economicamente), sociais (afastamento e/ou quebra de vínculos) e de assistência à saúde (pois evita o serviço especializado quando percebe a presença de alguém conhecido) demonstraram ser as mais atingidas em termos de perdas.

No que diz respeito à busca por serviços de saúde, o estudo de Almeida e Labronici (2007) elaborado com pessoas HIV positivas constatou que elas não buscam as unidades de saúde pelo medo de serem identificadas, sobretudo quando sabem que nesses serviços encontrarão pessoas de seu convívio social que não sabem de seu diagnóstico positivo, como ilustrado no discurso de Mandacaru:

(...) Se eu encontrar com um conhecido eu já desvio o meu caminho. Já aconteceu de chegar aqui [referindo-se ao SAE], ver uma pessoa que eu conheço e voltar do mei do caminho. Não ficar. Porque aí vai gerar pergunta,

não sei o quê. Aí eu evito. Fico com medo que alguém saiba (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Os autores apontam ainda que em razão desse medo elas antecipam que irão sofrer preconceito e discriminação (em função do estigma da doença) e, dessa forma, no intuito de se proteger, optam pelo segredo que as impedem de confiar em alguém ou até mesmo de buscar cuidados em saúde, ampliando seu sofrimento subjetivo e sua vulnerabilidade para adoecer de aids, como ocorreu com Mandacaru – que ao ver alguém conhecido no SAE ia imediatamente embora, abrindo mão do cuidado que fora buscar ali.

Retomando a concepção de José Ricardo Ayres (1999) sobre vulnerabilidade ao adoecimento, podemos perceber através da história de vida dos nossos interlocutores que os estigmas atuam como respostas sociais que seguem fortalecendo a epidemia do preconceito, a qual fragiliza e expõem as PVHAs a situações de isolamento, perdas nas dimensões do trabalho, das relações afetivo-sexuais e até mesmo no campo da assistência em saúde – ampliando as possibilidades de esses sujeitos adoecerem.

Para viver a soropositividade com qualidade é necessário mobilizar apoios sociais e manter laços familiares e afetivos, sendo esses vínculos muito relevantes na qualidade de vida de pessoas soropositivas (Costa, Oliveira & Formozo, 2015). Todavia, na experiência dos nossos colaboradores, percebemos que os vínculos sociais se restringiram após o diagnóstico. Em alguns casos, foram estabelecidos novos círculos de relações nos quais a infecção não era conhecida ou não era valorizada.

Apesar desse processo de estabelecimento de novos vínculos após o diagnóstico, os colaboradores de nosso estudo não se envolveram em grupos e movimentos de luta pelos direitos das pessoas com HIV, uma das principais estratégias desenvolvidas nas primeiras décadas da epidemia para o enfrentamento do estigma associado ao vírus e a construção do viver com HIV/Aids (Valle, 2015).

No **âmbito familiar**, alguns dos colaboradores enfrentaram conflitos e distanciamentos por parte de seus familiares em razão de sua nova condição, em especial em função do desejo deles de manterem a soroposividade em segredo. Quando perguntados quanto às dificuldades com relação à família, eles trouxeram:

Sobre isso aí, muita briga. O começo foi muita briga. Por exemplo, minha mãe disse umas pessoas, mas aquelas pessoas vem me perguntar [e ele responde] e quem foi que disse? Sua mãe disse. Aí a confusão. **Lá vai eu brigar com minha mãe. Num sabe que eu sou cabeça quente, estorado (...). Família não sou mais de frequentar como eu frequentava antes** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Minha família mermo né (...) quem tava sabendo da situação. **Eu senti um pouco de desprezo.** Minha mãe, minha irmã, meu irmão. **Meu irmão vai lá em casa muito difícil (...). E de repente você se sentir isolado. Tem dia que na minha casa nem minha mãe vai lá** [silêncio]. **Antes era diferente?** [questiona a pesquisadora] **Era sim.** Quem ia lá antes? [questiona a pesquisadora] **Lá ia meu irmão, ia meus primos, ia todo mundo ia lá né** (...). **Hoje em dia tá mais, se recuaram mais** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Minha família é legal, minhas tias é (...) **aquele mimo comigo né? Mas você sabe, tem aquele certo tipo de preconceito.** As suas tias tem preconceito? [pergunta a pesquisadora]. **Minhas tias não, mais a minha família.** Quem são essas pessoas que você percebe que tem preconceito? [pergunta a pesquisadora] **Acho que meus primos, né? Tá escondido né? Eles não demonstra, mas eu sinto isso.** Você sente a partir de quê, o que eles fazem ou dizem que você sente esse preconceito? [pergunta a pesquisadora] **Acho que** [pausa] **ficam mexendo comigo, ou então tirando brincadeira né? (...)** “Eita, não vai arrumar namorada”, **essas brincadeirazinha** (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

No caso de Carnaúba, apesar de sua condição sorológica ser conhecida por boa parte de seus familiares há muito tempo, ele não esteve isento dos sofrimentos ocasionados pelo olhar condenatório e comentários desagradáveis de seus primos, conforme seu próprio relato.

A família pode representar um lugar de aconchego e acolhimento, mas também pode ser um espaço que discrimina, maltrata e expõe o sujeito, conforme vimos nas narrativas de Mandacaru, Juazeiro e Carnaúba.

Ela emerge como uma unidade de cuidado e é também uma fonte de auxílio para a pessoa HIV positiva, contribuindo para o equilíbrio físico e mental dela. Entretanto, os significados que a cultura atribui à aids podem interferir nas ações da família com relação à pessoa soropositiva, passando a discriminá-la e a excluí-la do grupo familiar. Além disso, no contexto de doença, cada núcleo familiar se mobiliza de forma singular, interpretando a situação a partir de uma percepção em que sua cultura, seus valores e suas regras influenciam seu comportamento e o processo de comunicação entre seus membros (Sousa et. al., 2004).

Galvão e Paiva (2011) assinalam que a rede de suporte social das PVHAs é fundamental para que elas não se sintam sozinhas no enfrentamento de uma doença com as particularidades da aids, marcada por preconceito, abandono e pela ideia de finitude. O suporte da família pode encorajar essas pessoas a enfrentarem a infecção com mais ânimo, seguindo suas vidas mesmo com uma doença crônica que demanda cuidados.

Conviver com esse estigma em um ambiente tão íntimo como o familiar, interfere negativamente no suporte social da PVHA, reduzindo seu enfrentamento emocional e impelindo-a a buscar estratégias em outros ambientes (não familiares). O apoio da família representa uma das formas de suporte social mais importantes para pessoas soropositivas em situação de vulnerabilidade, tornando-se um importante fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos psicossociais, tais como sintomas depressivos e a ideação suicida (Amiya, Poudel, Poudel-Tandukar, Pandey & Jimba, 2014; Sousa, Queiroz, Oliveira, Moura, Batista & Andrade, 2016), como ocorreu no caso de Juazeiro.

Na vivência dos nossos colaboradores percebemos que suas famílias atuavam como um espaço promotor de afastamento e preconceito na vida desses homens, não os proporcionando acolhimento e suporte emocional tão necessários ao enfrentamento saudável do HIV e da aids.

Com relação aos **amigos**, ocorreram outros distanciamentos, conforme eles verbalizaram:

Não ando mais com nenhum (...) que sabe que eu tenho [referindo-se ao HIV]. **Meus amigo que sabe que eu tenho (...) ou eles me cortaram ou eu, eu sei que eu cortei eles e eles me cortaram também** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

É aquilo que eu falei né. A discriminação. Um pouco de desprezo, que eles [referindo-se aos amigos] **tão (...) por fora** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Em sua narrativa Umbuzeiro nos disse que, até aquele momento, não havia enfrentado nenhuma dificuldade na relação com os amigos e familiares por conta da sorologia. Entretanto, ele optou por mantê-la em segredo.

(...) Por enquanto ninguém sabe, né. Tá novo, só tem um mês. De todo mundo só sabe eu e minha esposa (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Carnaúba nos disse que não vivenciava no presente situações difíceis por causa do HIV entre os seus amigos, mas afirmou que **“(...) no passado já, mas agora recentemente não porque eu não falei** [referindo-se a soropositividade]”.

Observamos que se sobressaiu nas narrativas dos colaboradores o afastamento de membros da própria família e de outras pessoas que faziam parte de seu convívio social. Também verificamos o distanciamento dos nossos interlocutores com relação ao seu ciclo de amizades, conforme eles expressaram em suas falas.

O distanciamento das pessoas em relação à PVHA expressa, muitas vezes, uma prática preconceituosa que acontece por falta de conhecimento científico sobre a temática do HIV e da aids, sendo oriunda do senso comum e tendendo a causar o isolamento das pessoas soropositivas (Natividade & Camargo, 2011).

Diante desse cenário, a qualidade de vida dessas pessoas acaba sendo intensamente prejudicada. As pessoas escolhem, muitas vezes, não revelar sua condição sorológica aos familiares e amigos objetivando, com isso, evitar o isolamento e preconceito (Reis et. al., 2011; Silva et. al., 2015).

No tocante a **dimensão afetiva erótica** da vida deles:

Eu vivo assim, muito só. E atualmente agora tô vivendo só. **Saio com uma, uso camisinha. Não consigo ter ninguém pra morar** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Eu tenho medo de se relacionar com qualquer outra pessoa, tu acredita? Tenho medo porque [pausa] sei lá, o que eu não quero pra mim eu não quero pra ninguém, entendeu? Ai você usa um preservativo, fura um negócio desse ai, ai minha mente vai ficar [pausa] vixi Maria, Deus me livre (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Optar por relações eventuais, como fez Mandacaru, pode consistir numa estratégia de proteger-se do abandono e do preconceito, já que nesse tipo de relação acredita-se que não há a necessidade ética de se revelar o diagnóstico. Sendo assim, a PVHA sente-se livre do conflito (tal como o que fora revelado por esse colaborador em sua cena projetiva, conforme já abordado) e se permite viver sua sexualidade sem o compromisso da revelação (David, 2017).

A narrativa de Mandacaru expressa sentimentos de isolamento e solidão, evidenciando a fragilidade que permeia a intimidade afetivossexual das pessoas soropositivas. Problemas nessa dimensão da vida podem acarretar danos físicos, psíquicos e sociais nos indivíduos e seus parceiros (Jesus et. al., 2017).

Juazeiro também nos falou sobre o medo que sente de não conseguir se relacionar com mais ninguém e de não conseguir uma companheira que o aceite, bem como aceite a sua condição sorológica. Em sua narrativa, notamos que o medo dele com relação a voltar a se relacionar com alguém diz respeito (também) ao medo de transmitir o vírus à outra

pessoa – não intencionalmente, conforme ele ressaltou: **“o que eu não quero pra mim, eu não quero pra ninguém”**.

No relato dele também é possível enxergarmos o medo da solidão e do abandono afetivossexual. Apesar de saber que o uso do preservativo pode impedir a transmissão do HIV, pesa para Juazeiro a possibilidade de vir a contaminar alguém, causando sofrimento a outra pessoa. Podemos notar nessa narrativa que o colaborador é mobilizado por uma moralidade calcada no discurso do risco, o qual implica uma série de obstáculos na vida dos indivíduos, restringindo a vida dessas pessoas (David, 2017).

O medo de infectar o(s) parceiro(s) com HIV aparece como recorrente na experiência de PVHAs pesquisadas no estudo de Said e Seidl (2015). A ocorrência de sentimentos como culpa, ansiedade e medo de infectar o(a) parceiro(a) também são trazidos por Reis e Gir (2010) ao afirmarem que muitos casais sorodiscordantes estáveis adotam a redução da atividade sexual e, até mesmo, a abstinência como estratégias para evitar esses sentimentos.

Juazeiro também nos contou que sua vida sexual tem sofrido prejuízos desde a descoberta do HIV pelo fato de não estar tendo relações sexuais durante esse período, exceto com sua ex-companheira (de quem ele desconfia que possa ter contraído o vírus), uma única vez quando se encontraram para conversar. Ele afirmou que essa experiência sexual não foi agradável, tanto por ter sentido dores durante o ato quanto por ter percebido que a parceira estava sentindo “nojo” dele, fato que ele narrou com profundo pesar.

Esse sentimento se vincula a noção de sujeira, significado atribuído por Juazeiro a aids, retomando a ideia do sangue como substância repleta de significados simbólicos que determinaria a pureza assim como a sujeira do indivíduo, operando como um agenciador

de hierarquias de tipos humanos (Miskolci & Pelúcio, 2009). Segundo essa lógica, no caso da aids teríamos um sangue “sujo”.

Ainda sobre a dimensão afetiva erótica dos homens desse estudo, Carnaúba nos contou que nunca esteve num relacionamento, disse-nos que já tinha “ficado” com uma garota, mas que o romance não prosperou em razão da família dela ter interferido. Nas palavras dele:

A gente se conheceu e tal a gente se beijou e só durou três dias mesmo. Aí foi um fica né, que fala (...)? Mas eu gostava muito dela, mas a família [dela] não sabia, a família ficou sabendo, botou areia e a gente acabou terminando (...). Eu não contei [referindo-se a soropositividade]. Foi e contaram, ela terminou, não aceitou muito, depois a gente voltou, mas não ficou naquele mesmo amor sabe? (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

Aqui podemos perceber o preconceito, a não aceitação da soropositividade por parte da companheira amorosa dele e a invasão da privacidade desse colaborador, pois ele não foi respeitado quanto ao seu direito de manter sua condição em sigilo.

O segredo sobre o diagnóstico para o(a) parceiro(a) consiste, muitas vezes, em uma tentativa de manter a relação, revelando que ainda existe muito desconhecimento e preconceitos associados a vivência com HIV/Aids (Said & Seidl, 2015). Ao pesquisar casais sorodivergentes, Silva (2012) concluiu que a confiança constitui-se como um pilar central nessas relações, sendo ela um marcador importante na decisão de revelar ou não a sorologia ao parceiro.

Apenas a relação de Umbuzeiro com sua esposa, conforme já abordada, parece ter se fortalecido ainda mais após a descoberta do diagnóstico dele. Ressaltamos que se trata de um casal soropositivo.

Tô começando agora, **não tenho motivo pra desprezar minha esposa, né?** Que já tá com sete anos que tem e vem aí com uma vida normal, graças a Deus! (...) O casal, quando você tem que viver, pro resto da vida. **Nunca amei ninguém,**

amava meu trabalho, **hoje eu amo minha esposa, meus filhos** (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Continua em outro momento da entrevista

Hoje em dia minha mulher me apoia no que eu faço, eu apoio minha mulher, agente somos muito companheiro nós dois, graças a Deus! Então eu sempre digo lá em casa. **Casamento é isso, é um confiar no outro, é a convivência, na hora que tá ruim, tá ruim pros dois, na hora que tá bom, tá bom pros dois, né?** (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Umbuzeiro foi o único dentre os colaboradores que se encontrava, na época da entrevista (2018), em uma relação estável. Trata-se de uma relação sólida, com sete anos de duração. Nos fragmentos destacados acima podemos perceber que existe entre eles apoio, cumplicidade e amor.

É na relação soroconcordante que esse colaborador encontra acolhimento e apoio para lidar com sua soropositividade, seja através da companhia da esposa para ir as consultas e exames ou pela própria experiência dela com o HIV – ela jamais adoeceu, nem precisou ficar hospitalizada, fato que Umbuzeiro toma como exemplo.

Uma questão relevante quanto aos casais soroconcordantes (ou seja, quando os dois membros da díade são soropositivos) é a dificuldade na utilização do preservativo, pois acredita-se que essa não seja uma medida preventiva necessária em virtude de ambos já possuírem o vírus. Entretanto, esses casais podem ter vínculos diferentes com relação ao tratamento podendo acarretar infecção de vírus resistentes à medicação, aumento da carga viral ou (re)infecção com um tipo de HIV diferente (David, 2017).

Sobre o uso do preservativo Umbuzeiro relatou:

A gente é ser humano, eu pra minha vida eu amo ela, não consigo viver sem ela, e a gente deu uma relaxada. Deu uma relaxada, começou a não usar camisinha (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

A baixa adesão a práticas preventivas pelos casais soroconcordantes pode ter sido influenciada pela dinâmica das relações afetivas e sexuais desenvolvidas e, especialmente, pelo imaginário construído socialmente de que sexo desprotegido significa maior intimidade e confiança entre o casal, o que pode resultar em situações de vulnerabilidade e ineficácia do tratamento (Pinheiro, 2016).

Nessa direção, o estudo de Said e Seidl (2015) discutiu a banalização do uso do preservativo pelos casais soroconcordantes. A justificativa informada pelos colaboradores se ancora no fato da infecção pelo HIV já ter ocorrido não havendo, portanto, a necessidade de preocupação por parte do casal.

Vale destacar que o preservativo não consiste na única forma de prevenção contra o HIV/Aids. Atualmente, além do tratamento das pessoas que vivem com o vírus e o uso do preservativo, existem outras possibilidades de prevenção que podem ser utilizadas de formas isoladas ou combinadas para prevenir a transmissão do HIV, como a carga viral indetectável (Indetectável = Intransmissível), a Profilaxia Pós Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré Exposição (PrEP) (Brasil, 2019).

Apesar da singularidade expressa na experiência de Umbuzeiro, é importante ressaltarmos que os relacionamentos dos outros homens de nosso estudo aparecem marcados por horizontes de medo e dor, evidenciados no receio de não conseguir se relacionar com alguém, no medo de transmitir o vírus a uma possível parceira e no próprio preconceito que eles sofrem nas relações, vivências que tem impelido esses homens a solidão, seja ela imposta ou auto imposta.

Eu sou mais fechado na minha [no tocante a falar sobre sua soropositividade].
Quero guardar esse segredo pra mim até minha morte (Fragmento de entrevista de Carnáuba).

A escolha por levar esse segredo até o túmulo pode representar a opção por viver uma vida sem o olhar condenador do outro, sem carregar o estigma e os estereótipos que ainda percebemos que são lançados as pessoas soropositivas. Essa escolha nos revela o desejo desses homens pelo direito a uma vida tranquila, onde eles possam construir vínculos, afetos, família, trabalho e tudo o mais que uma vida digna de ser vivida possa ter. Entretanto, seus relacionamentos passam a compor mais um desafio para proteger seu segredo e evitar preconceitos.

A obsessão pelo segredo se revelou de forma contundente nos relatos dos homens de nosso estudo. Nomeamos como obsessão em virtude dessa questão ser algo que coloca esses homens num estado de preocupação intensa e permanente. Seus hábitos, relacionamentos e suas vidas, de um modo geral, estão sempre sendo atravessadas pelo esforço constante em manter o sigilo sobre sua soropositividade.

6.2 O medo de ficar doente e ser descoberto

O medo de ficar doente e dos sofrimentos possíveis em uma internação hospitalar revelou-se como outro temor verbalizado pelos homens de nosso estudo:

Tô com a doença aí e por isso que eu tô procurando ajuda porque (...) **eu passei nove mês aqui** [internado no HGT] **e eu sei o que eu sofri, sofri muito.** Aí imaginei assim, não, **num quero voltar e se eu não me tratar eu vou voltar** (...). **Eu sofri aqui** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Descobrimo doenças e mais doenças que vai abrindo, **é tipo abrindo as portas pra tanta doença que acontece na vida da pessoa, eu tô sentindo umas dores nas costas aqui dentro** [apontando o local onde sente a dor] **no meio do pulmão aqui, que eu tô até com medo também, sabe?! E pronto** (...) **essa é a vida do cara que tá com esse tipo de doença, né?** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Na realidade nunca tive medo da doença. Não tenho medo, **porque a gente só morre no dia que Deus quer.** Então a realidade é essa, né? **Eu tenho medo de**

ficar doente, num hospital internado, que não é bom nem pra mim nem pra minha família (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Podemos pensar o medo de adoecer dos colaboradores sob duas perspectivas. Numa delas, o adoecimento pode ocasionar uma série de dificuldades para o doente, tais como dores (físicas e emocionais), tratamentos invasivos e a própria ameaça à vida. Na outra, o adoecer de aids poder expor o doente, revelando a natureza de seu adoecimento, podendo gerar respostas de preconceito por parte das pessoas ao redor, haja vista o estigma dessa doença.

O adoecimento costuma ser uma vivência acompanhada por transformações na vida das pessoas, alterando a dinâmica de suas vidas. Quando esse adoecer se torna crônico, como no caso da aids, essas mudanças podem ser ainda mais significativas na vida dos sujeitos inaugurando medos, angústias, dores e novas formas de compreender o mundo e de se relacionar com os outros.

Sabemos que estar com HIV não é sinônimo de adoecer de aids, isso porque existe uma série de tratamentos disponíveis que garantem a manutenção da vida com qualidade a PVHA. Contudo, o medo de adoecer emergiu de forma intensa nas narrativas dos nossos colaboradores refletindo o quanto eles ainda associam aids e morte – remontando ao imaginário inicial da aids no mundo.

Além da associação entre aids e morte, nas falas de Mandacaru e Juazeiro notamos que o medo do adoecimento se liga diretamente as suas experiências pessoais anteriores com a aids. Ambos tiveram diagnóstico tardio e chegaram ao serviço de saúde apresentado sintomas da doença em estágio avançado, situação que os levou a internação hospitalar.

Nunes et. al. (2015) apontam algumas situações predisponentes à internação no contexto do HIV/Aids, tais como: ser do sexo masculino, estar entre a população jovem, possuir nível socioeconômico precário, fazer uso de drogas ilícitas e apresentar

desenvolvimento de doenças oportunistas. Juazeiro e Mandacaru se encaixam em quase todas as situações apresentadas acima.

O processo de hospitalização (e a conseqüente institucionalização) do paciente costuma gerar sofrimento, pois além da perda da saúde a pessoa nessa condição costuma perder também sua identidade (despersonalização) – uma vez que está fora de sua rotina, isolada, submetida a horários fixos e a manipulação física e subjetiva por parte de outros estranhos (equipe de saúde) (Deslandes, 2004).

De acordo com Ismael (2005) algumas questões merecem ser ressaltadas na internação hospitalar: o medo da invalidez permanente, o medo de depender do outro, da possível alteração da autoimagem, a percepção de finitude, o medo da dor física. Além desses aspectos, o autor destaca que nesse período o paciente costuma passar por um processo de reavaliação da vida e de seus valores, como foi no caso de Mandacaru, que após as internações se determinou a cuidar-se melhor para não correr o risco de precisar internar-se novamente, haja vista que ele teme reviver o sofrimento pelo qual passou nesse período.

O medo de adoecer também emergiu no estudo de Reis, Melo, Galvão e Gir (2014), que objetivou elaborar e implementar uma proposta de intervenção interdisciplinar voltada a educação em saúde através de atividades em grupo junto a PVHAs atendidas em um serviço de referência localizado na cidade de Maceió, Alagoas.

Segundo as autoras, o medo com relação ao adoecimento foi apontado pelos colaboradores do grupo juntamente com outros medos, relacionados às mudanças no corpo a partir da doença (lipodistrofia), o medo de revelar o diagnóstico e o medo do preconceito. Cabe destacar que em nosso estudo a lipodistrofia não foi mencionada.

Nas patologias transmissíveis, como a aids, as pessoas adoecidas tornam-se mais sensíveis aos problemas emocionais resultantes de perdas, de ansiedades, de medos e,

sobretudo, da estigmatização social (Liamputtong, Haritavor & Kiatying-Angsulee, 2012).

Conforme percebemos, o medo de adoecer relatado por nossos colaboradores carrega consigo outros medos, como o medo de desamparar a família (narrado por Umbuzeiro), medo dos sofrimentos oriundos da internação hospitalar (narrado por Mandacaru) e dos desconfortos físicos decorrentes da própria doença (narrado por Juazeiro).

6.3 Estratégias de enfrentamento: driblando as dores e guardando o segredo até a morte

É oportuno esclarecermos o que nomeamos como enfrentamento. Ele deriva da expressão inglesa “coping” que tem sido traduzida por “formas de lidar” ou “estratégias de confronto”, sendo bastante utilizado para abordar sobre o enfrentamento de processos de doença e morte (Oliveira, 2018).

O enfrentamento constitui importante processo para o ajustamento ou adaptação de pessoas a situações estressantes (Magalhães & Melo, 2015), sendo a vivência do HIV/Aids uma delas.

No que se refere às estratégias de enfrentamento adotadas por nossos colaboradores, vimos emergir em suas narrativas formas diferentes de lidar com a soropositividade, sendo as principais estratégias apontadas: o uso de drogas ilícitas, o trabalho, o humor, a música e não se importar com que os outros possam dizer, conforme veremos na sequência.

6.3.1. Drogas para *esquecer do mundo*

Para lidar com os desafios impostos pela soropositividade (além dos outros que compõem sua vida) Mandacaru nos disse que recorria ao uso de drogas ilícitas:

Quando eu tô assim triste, eu começo a usar droga, pra mim eu acho que passa. Tá entendendo? **Quando eu uso droga eu esqueço do mundo** e eu sou usuário. **Aí eu esqueço desses problemas** [referindo-se as dificuldades impostas pela soropositividade] (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Ele nos informou que antes, quando ainda estava trabalhando, fazia uso de drogas apenas aos finais de semana, porém, após ter sido afastado passou a usar diariamente.

A narrativa acima ilustra um pouco a dificuldade desse colaborador com relação a lidar com suas próprias emoções. A droga, assim como o comportamento violento (expresso por ele em outro momento), constitui-se como forma de enfrentar seus conflitos diários.

Ao mesmo tempo em que o uso de substâncias psicoativas funciona para Mandacaru como uma forma de enfrentar o problema (fazendo-o “esquecer” dele), também o vulnerabiliza a outros riscos, representando uma tendência autodestrutiva na resolução de seus problemas.

Em pesquisa nacional, Bastos e Bertoni (2014) mencionam que os usuários de drogas representam uma população bastante vulnerável à infecção pelo HIV. Isso acontece porque além do compartilhamento de objetos para uso de droga injetável, outros comportamentos comuns nesta população representam risco ampliado à infecção pelo vírus, como a troca de sexo por droga ou por dinheiro e a prática de sexo inseguro (sem uso do preservativo).

Observamos na situação desse colaborador a ocorrência de um duplo processo passível de estigmatização: um relacionado a ser HIV positivo e o outro por ser usuário de drogas. Dois consistentes problemas enfrentados pela saúde pública brasileira.

A coocorrência de múltiplos atributos estigmatizantes na experiência de um mesmo indivíduo pode ser referida como *duplo estigma* (Grossman, 1991) ou *camadas de estigma* (Herek, 1999).

O uso abusivo de drogas é considerado uma doença. Trata-se de um problema em que o doente perde o controle do uso da substância e sua vida social, psíquica, emocional, espiritual e física vão se deteriorando seriamente de maneira gradativa. A relação problemática entre uso de drogas e HIV/Aids não reside apenas no contágio, mas também no tratamento. A vulnerabilidade dessas pessoas deve ser tratada não apenas como mais um aspecto relacionado ao adoecimento pela aids e/ou uso de psicoativos, mas também no contexto da realidade social (Pratta, 2009).

O uso de drogas (lícitas ou ilícitas) por PVHA pode inviabilizar o tratamento adequado para a doença. Neste caso, a adesão aos antirretrovirais tende a ser falha, ocasionando debilidades ao sistema imunológico. Substâncias como a cocaína, LSD, ecstasy e heroína podem ser perigosas para pessoas em tratamento com antirretrovirais devido às interações destas drogas com esses medicamentos. Essa mistura pode causar sérios efeitos e uma dose inadequada e perigosa tanto da medicação quanto da droga pode gerar, respectivamente, uma superdosagem ou uma overdose (ABIA, n.d).

A adesão ao tratamento consiste no problema mais recorrente quando a pessoa que vive com HIV/Aids é, também, usuária de drogas. O tratamento para o HIV/Aids demanda atenção total aos horários dos medicamentos e no caso da dependência química isso pode ser prejudicado. O abandono do tratamento também representa outro desafio nesse cenário (Alves, 2013).

Quando perguntado sobre o que tem feito para enfrentar as dificuldades que surgem, Mandacaru afirmou:

Sinceramente [pausa]. **Tô deixando a vida me levar** [riso]. **Num tô fazendo mais nada** pra... **pra enfrentar**. Sinceramente, **pra enfrentar mesmo só** [pausa] **como eu lhe disse se num der certo me retorno com as droga** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

O relato acima revela o desalento de um homem diante das tantas demandas de sua vida: relação familiar difícil e escassa, vínculos sociais frágeis, solidão, dificuldades financeiras, dependência química, sofrimentos ocasionados pela vivência de um duplo estigma, dentre outros cenários difíceis.

Nesse sentido, a droga emerge como rota de fuga para esse colaborador, constituindo-se como um caminho possível para livrar-se desses problemas, ainda que momentaneamente.

6.3.2. O trabalho para ocupar a mente

No tocante ao que tem feito na tentativa de enfrentar os desafios impostos pelo adoecimento, nos relatou Juazeiro:

Difícil, né [pausa]. **É difícil, mas (...)** o que eu tenho pra fazer é [pausa] **limpar mato, ocupar minha mente, ajeitar meu terreno, plantar. Pra tentar ocupar a mente, né...** Entendeu? **Eu não consigo porque dói muito à coluna, né. Dói muito, muito mesmo, mas aí eu vou tentando** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Após ter sido afastado do trabalho pela perícia médica, esse colaborador passou a se dedicar a agricultura e aos cuidados com o seu terreno.

O trabalho ocupa um lugar importante na sociedade e na vida das pessoas. Além de possibilitar as condições materiais para a subsistência ele favorece o sentimento de vínculo, de ter algo a fazer e atribui sentido à vida dessas pessoas (Morin, 2001).

Segundo Andrade e Vaitsman (2002), no caso de PVHA o trabalho atua como uma das principais formas de conviver melhor com o HIV/Aids. Não ter uma atividade, algo com o que se ocupar, tende a favorecer o pensamento na doença, principalmente nas características negativas relacionadas à aids.

Na busca por dar continuidade à vida, o trabalho se destaca como fator positivo para o enfrentamento dos obstáculos trazidos pela soropositividade. O trabalho é visto como sentido de utilidade mantendo o indivíduo em uma rotina diária e atuando como fator de fortalecimento (Gomes et. al., 2019).

Vale salientar que antes de enxergar o trabalho como forma de enfrentamento para seus problemas diante do adoecimento Juazeiro tentou, por duas vezes, tirar a própria vida.

A perda da vontade de viver pode ocorrer no momento da descoberta do diagnóstico positivo para o HIV (como no caso desse colaborador). Com o transcorrer do tempo à pessoa soropositiva inicia um processo de reconstrução e ressignificação da vida e o trabalho é uma das vias que proporciona isso (Gomes et. al., 2019).

Eu sei que o mundo não acabou não, tem muita coisa pra mim aí, sabe?
(Fragmento de entrevista de Juazeiro).

A perspectiva acima ilustra uma mudança na forma desse colaborador compreender e viver a soropositividade, visualizando a existência de possibilidades mesmo diante do vírus e da doença. Esse projetar-se constrói sentido para sua vida.

6.3.3. O humor e a música como aliados

Carnaúba, em sua experiência de enfrentamento, nos revelou a tentativa de superação dos desafios impostos pela soropositividade através da música e do humor. Ele nos disse que:

Se você tá com uma doença, você vai se lamentar pra quê? Eu acho que é uma coisa que é um dom de Deus é meu humor, onde eu chego eu faço as pessoas rir, eu acho que se eu não tivesse esse meu bom-humor, eu acho que eu me acabaria no álcool, nas drogas ou me mataria, porque eu acho que é uma coisa de Deus. **Cada um tem o seu dom, né? O meu é o do humor, fazer rir, brincar. Quando eu tô triste eu escuto uma música, aí já começo a pular, dançar de novo, acho que é minha alegria que vem de Deus** (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

Ele foi o colaborador que há mais tempo vive com a soropositividade. Na época da entrevista (2018) ele nos informou que frequentava a igreja e fazia parte de um grupo de jovens lá. Disse-nos também que participava semanalmente de outro grupo, voltado à qualidade de vida, vinculado à unidade de saúde do bairro em que reside e que estava estudando para concluir o ensino médio.

Conforme vimos, Carnaúba mantinha em sua rotina atividades fixas, vínculos sociais e projetos de vida. Em sua narrativa percebemos que sua condição sorológica não o impede de levar uma rotina normal, considerando a doença como uma parte de sua vida (e não como um todo).

6.3.4. A pouca presença da espiritualidade e religião

A experiência dos colaboradores com essas dimensões no cenário do HIV/Aids revelaram questões que transitaram entre a presença tímida em situações limites, a

presença intrínseca de Deus e a pouca utilização dessa dimensão como recurso para enfrentamento da vida com HIV/Aids. Mais precisamente, foi de religião e religiosidade que eles falaram.

Estudiosos constataram que a espiritualidade e a religiosidade constituem importantes dimensões na vida do ser humano e que vem contribuindo, ao longo do tempo, para um maior destaque e investimento dos pesquisadores nessa área, assim como para um intenso esforço da integração dessas searas na prática clínica (Moreira-Almeida, 2010; Moreira-Almeida & Luchetti, 2016).

Existem, na atualidade, diversas evidências empíricas que conectam religião, espiritualidade e saúde, demonstrando as influências positivas dessas áreas na saúde física e mental, na qualidade de vida e bem estar dos indivíduos, bem como revelam melhorias significativas no suporte à saúde, na construção de sentido diante do sofrimento, na promoção de estabilidade emocional e autoconhecimento, além de desenvolver esperança e tolerância (Cummings & Pargament, 2010; Luchetti, Granero, Bassi, Nasri & Nacif, 2011; Koenig, 2012).

Diante do exposto, pode-se pensar que a aproximação entre as esferas da religião, da espiritualidade e do cuidado em saúde é algo recente, contudo, a vinculação entre essas áreas sempre esteve presente na história. Em diversos períodos históricos, no Oriente e no Ocidente, os centros com finalidade de tratamento e cura eram, também, espaços religiosos (Vasconcelos, 2006; Santos & Incontri, 2010; Koenig, 2012).

Apesar disso, a visão binária própria do modelo cartesiano de fazer ciência dividiu o mundo da matéria do mundo do espírito, deslegitimando a consideração das dimensões religiosas na investigação da origem das doenças e na busca por medidas terapêuticas – a religião fora tratada com descaso pelas luzes da razão científica. Tudo aquilo que fugisse

ou buscase intersecção entre essas duas faces foi desconsiderado e marginalizado (Silva, 2006; Vasconcelos, 2006; Santos & Incontri, 2010).

Apesar desse modelo de racionalidade ter possibilitado um significativo crescimento das tecnologias biomédicas (diagnósticas, cirúrgicas e terapêuticas), o compromisso com o sofrimento humano aparece vinculado à mensuração da dor (por meio de um contato objetivo e pragmático com o outro). Esse contexto se mostra insuficiente quando a patologia e as intervenções curativas deixam de ser o foco, desassistindo a saúde que está para além do corpo biológico (Alves, 2010; Nogueira da Silva, 2014; Rebouças, 2015).

Nessa direção, Vasconcelos (2006) aponta que o progresso das doenças crônico-degenerativas vem demonstrando as limitações das ações curativas pontuais, como no caso do HIV/Aids. O autor afirma que é exatamente nessa lacuna que a espiritualidade emerge como um potente instrumento de promoção da saúde, uma vez que trabalha dimensões pouco palpáveis do ser, abordando as motivações e sentidos profundos da existência como um todo. Ainda na perspectiva do autor, o uso da espiritualidade no enfrentamento dos problemas de saúde é oriundo de uma tradição milenar e deve ser resgatado.

Para melhor compreensão das questões da espiritualidade e religiosidade em conexão com o cuidado em saúde é necessário compreendermos sobre o que estamos falando quando utilizamos esses termos.

Pessini (2010) estabelece uma diferenciação entre religiosidade e espiritualidade bastante elucidativa. Segundo ele, a espiritualidade diz respeito à busca do ser humano por um sentido e significado transcendente da vida. Está relacionada às qualidades do espírito humano: amor, compaixão, tolerância, noções de responsabilidade e harmonia – para si e para o outro. A religião, por sua vez, é um conjunto de crenças (direito à

salvação, realidade sobrenatural, práticas rituais e linguagem litúrgica) que caracteriza uma comunidade que está buscando dar um significado transcendente às situações fundamentais da vida, desde o nascimento até a morte, estabelecendo um poder doutrinário e moral.

Após essa breve explanação sobre aspectos importantes da espiritualidade e religiosidade e sua intersecção com o cuidado em saúde, passemos as falas dos nossos colaboradores para que possamos pensar essa relação a partir das experiências deles.

Quando indagado sobre se buscava alguma ajuda religiosa ou espiritual para lidar com a questão do HIV/Aids Mandacaru nos disse:

Tentando. **Fui em igreja católica, em centro de macumba, centro espiritual** aí, na que tem frei, Frei Francisco. **Passei por lá também, fui na universal. Em todo canto. Em todo canto, mas todos iguais.** Em quê? [questiona a pesquisadora] **Tudo voltado a Deus mesmo. E lhe ajudou buscar esses lugares?** [questiona a pesquisadora] **[gesticulou negativamente]** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

O discurso desse colaborador revela suas diversas tentativas de buscar auxílio através das dimensões religiosa e espiritual. Quando ele afirma que não se sentiu ajudado ao buscar esses lugares podemos notar que, na compreensão dele, esse recurso é visto como pouco eficaz no tocante a oferecer conforto para os conflitos de sua vida e ampliar suas possibilidades de enfrentamento com relação à soropositividade.

Ele afirmou, no decurso da entrevista, que frequentou esses espaços religiosos no intuito de conseguir suporte para lidar com o uso intenso que vinha fazendo das drogas, pois temia que esse uso constante e sem controle dessas substâncias pudesse atrapalhar seu tratamento para o HIV (podendo acarretar novo internamento, algo que ele disse ter bastante receio que pudesse ocorrer). Apesar de sua tentativa, Mandacaru não percebeu êxito com relação a esse objetivo.

Ainda no tocante a busca de ajuda religiosa ou espiritual para lidar com a questão da soropositividade, Carnaúba nos contou:

Espiritual não, nem religiosa que não adianta. Porque a minha mãe bebia muito, meu avô levou ela pra um centro espírita, aí piorou as coisas, sabe? Aí ela tava tendo, passando mal em casa, coisa espiritual, né? Eu sofria muito com isso, aí foi pra Universal, piorou mais, não tomava o remédio, acabou [pausa] ela falecendo né, **então só ajuda de Deus mesmo. Mas espiritual, de religião não.** O que faz você frequentar a Igreja Católica então? [questiona a pesquisadora] Acho que a convivência né, as amizades também, acho que ser de igreja é ser jovem, né? (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

Na narrativa dele percebemos a ocorrência do fenômeno da religiosidade prejudicada, que se refere a um prejuízo na capacidade de confiar em crenças e/ou participar de rituais de alguma fé religiosa (North American Nursing Diagnosis Association, 2015).

Além de criticar algumas crenças da religião adotada por sua mãe, também é possível percebermos na fala de Carnaúba certa desordem entre os conceitos de religiosidade e espiritualidade. Ele disse não ter buscado ajuda religiosa ou espiritual por não “adiantar”, contudo, mais adiante em sua narrativa ele afirma que “só ajuda de Deus mesmo” revelando sua fé em Deus, ou seja, fé no transcendente, mas não nas liturgias em torno de determinada religião.

Pargament et. al. (2001) avaliam como as religiões podem possibilitar o desenvolvimento de comportamentos positivos e/ou negativos no tocante aos enfrentamentos religiosos no campo da saúde. As características positivas seriam as que direcionam os indivíduos ao apoio espiritual, perdão religioso, participação religiosa colaborativa, ligação social e redefinição do elemento estressor. Já as negativas representam o descontentamento religioso, presença de conflitos interpessoais com

membros do grupo religioso e dúvidas sobre o poder de Deus para interferir no problema em questão.

O descontentamento religioso vivenciado por Carnaúba emerge a partir da convivência com sua mãe. Conforme percebemos no relato dele, a experiência dela em alguns grupos religiosos trouxe significativas consequências negativas para sua saúde e bem estar. Noutro momento da entrevista ele verbaliza que ela deixou de tomar os antirretrovirais por acreditar que a fé a libertaria da doença e, em razão disso, seu estado de saúde se agravou consideravelmente.

A experiência religiosa da mãe desse colaborador nos revela a contraposição, efetuada por ela, entre religiosidade e tratamento médico farmacológico – o que a fez construir um enfrentamento negativo com relação ao adoecimento.

Carnaúba ao declarar “então só ajuda de Deus mesmo”, revela que apesar do doloroso registro da experiência religiosa/espiritual de sua mãe (evento difícil e estressor para ele), parece conceber Deus como recurso espiritual possível para ajudá-lo diante das intempéries da vida.

Já o colaborador Juazeiro, quando perguntado se buscava alguma ajuda religiosa ou espiritual, nos disse:

Religiosa. Como é que você busca essa ajuda? [questiona a pesquisadora]. **Na bíblia, lendo a palavra, né (...) na minha casa. E aqui acolá eu vou na igreja também, sabe? Te ajuda esse processo de ler a bíblia e de vez em quando ir a igreja? [questiona a pesquisadora]. É, ajuda muito (...). Aí você esquece de todos os problemas, fica ali focado só com Deus** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Ao falar sobre a segunda vez que tentou tirar sua própria vida, ele explicita a ajuda religiosa que acredita ter recebido:

Uma semana dessa passada aí de novo, de novo, acredita? [referindo-se a tentar novamente suicídio]. **Eu botei uma corda lá e [pausa] aí eu ia se**

pendurar ai um anjo da guarda apareceu me chamando lá no portão [pausa]. É sempre assim, Jesus ele não quer deixar eu fazer nada comigo não (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Nesse colaborador podemos perceber a fé como um elemento importante em sua compreensão. Os dois momentos em que ele estava prestes a tentar suicídio foram interrompidos por alguém, segundo ele, seus “anjos da guarda”. Além disso, a religiosidade também aparece marcada em sua narrativa quando ele nos fala sobre a leitura que faz da bíblia e suas idas eventuais a igreja.

Araújo et. al. (2010) afirma que a religiosidade representa um importante papel na prevenção do suicídio e assinala que foi comprovado que os indivíduos com maior envolvimento religioso apresentam menores taxas de suicídios. A religiosidade também é apontada como auxiliar no enfrentamento de doenças graves, como a aids, por exemplo.

Vale destacar que os nossos colaboradores abordaram, em suas narrativas, sobre práticas religiosas, uma vez que centraram suas falas em crenças e práticas rituais institucionalizadas. A busca por sentido e significado transcendente a vida, tão característico da espiritualidade, não surgiu nas narrativas deles.

Apesar do reconhecimento da religiosidade e da espiritualidade como recursos que podem atuar como catalizadores na promoção do cuidado em saúde de pessoas HIV positivas (Ferreira, Favoreto & Guimarães, 2012), percebemos na experiência dos nossos colaboradores que a dimensão da religiosidade aparece de forma tímida em momentos agudos (tentativa de suicídio e para sair das drogas), mas não como um recurso de cuidado. Apenas para Carnáuba surge como um ponto que faz parte de algo forte que o ajuda, apesar da reação a crenças e práticas religiosas específicas usadas por sua mãe.

Nessa direção Pinho, Gomes, Trajano, Cavalcanti, Andrade e Valença (2017) revelaram como resultados encontrados em sua pesquisa uma alta incidência de sofrimento espiritual e religiosidade prejudicada na experiência de pessoas soropositivas,

demonstrando, com isso, que nem sempre a religiosidade e a espiritualidade atuam como fatores que promovem melhoria na qualidade de vida dessas pessoas – apesar de seu potencial para isso.

6.3.5. Não se importar com os outros

Umbuzeiro afirmou que a estratégia que pretende adotar para lidar com os desafios decorrentes da soropositividade consiste, essencialmente, em não se importar com o que as pessoas possam dizer em virtude dele ser HIV positivo, conforme seu relato abaixo:

Rapaz, o que eu vou fazer é não ligar pro que o povo fala, sabe? No caso eu vou viver minha vida. Melhor possível, entendeu? O que o povo fala que dizem, dizem que deixam de falar, eu vou dar importância não. Vou viver né? Com meus filhos, minha família, minha esposa. Quem quiser ficar do meu lado fique quem não quiser né? Eu não vou morrer por esse povo. Porque eu vivo minha vida, sou um cara que não vivo as custas de ninguém (...) então o que o povo lá fora fala pra mim eu digo foi não, eu digo sempre a minha esposa, ela fica aperrada ‘homem, tão falando assim e assim, dizendo assim e assim de você’ e eu minha filha, eu não tenho nada ver com o povo não, eu tenho que dar satisfação só a você e a minha família, que é minha mãe e meus filhos. O resto pra mim não significa nada (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

O discurso dele faz referência a não dar ouvidos ao preconceito que possa estar contido na opinião alheia acerca dele. Contudo, é necessário considerarmos que ele (até aquele momento) não havia vivenciado qualquer experiência relacionada ao estigma e preconceito que acompanham as pessoas marcadas pelo HIV/Aids e, mesmo diante disso, optou por manter em segredo sua nova condição de soropositivo.

6.3.6. Guardar o segredo até o fim

Eu particularmente (...) quero ir pra um canto que tem pessoas que não me conhece. Fico com medo que alguém saiba (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Eu fico mais dentro de casa, eu num saio muito, eu **fico meio com medo de (...) alguém tá comentando alguma coisa**. (...) Eu **tenho maior medo de falar sobre esse tipo de coisa** [referindo-se ao HIV/Aids]. **Só quem sabe é minha mãe** (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Quero guardar esse segredo pra mim até minha morte (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

(...) Quando as pessoas souberem, porque **nós não vamos dizer** né? [referindo-se a não revelar sua soropositividade]. (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

O segredo é uma das formas de enfrentamento muito utilizadas por PVHAs. A maior parte delas esconde seu diagnóstico, guardando para si ou compartilhando com um pequeno grupo, referindo o preconceito e a discriminação como razões para isso e, também, como forma de resguardar a família (Matão et. al., 2010).

Percebemos, nas narrativas em destaque, a centralidade do segredo acerca da soropositividade como estratégia de proteção para nossos colaboradores. O segredo torna-se central na vida de pessoas que vivem com HIV/Aids em virtude do olhar estigmatizante lançado constantemente pelos outros, sendo esse olhar um inferno para os soropositivos, fazendo-os guardar esse segredo (muitas vezes) até a morte – conforme nos revelou Carnaúba.

Outras escolhas (individuais e coletivas) poderiam ser possíveis diante do inferno que os outros podem provocar às pessoas que vivem com HIV/Aids? Afinal, os homens/árvores de nosso estudo estão vivos e não encerrados entre as quatro paredes sartrianas, apesar do quão aprisionador pode ser o olhar que maltrata.

No capítulo seguinte discutiremos acerca da relação entre a psicologia e as PVHAs, abordando o pouco conhecimento delas sobre esse saber/fazer, como se relacionam com ele, suas demandas reprimidas e o compromisso da psicologia nesse

cenário. Poderia a psicologia ajudar no enfrentamento dessas dores, na invenção de formas de lidar menos aprisionadas?

7. A PSICOLOGIA E AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS (PVHAs)

Cuidar é escutar a demanda da vida. É não tratar como morte o que é vida e como coisa o que é gente.

(Eliane Brum)

Destinamos esse capítulo às discussões relacionadas à psicologia no contexto do HIV/Aids, subdividindo-o em eixos temáticos. O primeiro traz a compreensão das PVHAs sobre o papel da psicologia e, em seguida, a questão do acesso aos serviços. Depois abordaremos o universo das demandas reprimidas e as dores invisibilizadas. Por fim, refletimos sobre o compromisso da psicologia diante do desafio entre o *fazer viver* e o *deixar morrer*.

7.1. O lugar da Psicologia no olhar das pessoas que vivem com HIV/Aids

Tendo em vista o que já discutimos ao longo da dissertação, sabemos o quanto a experiência de viver com HIV e/ou aids pode ser difícil, implicando cenários de sofrimento, isolamento e dor na vida de pessoas soropositivas.

Entendemos que a psicologia pode atuar nesse contexto como uma ferramenta importante, contribuindo para reduzir o sofrimento dessas pessoas, seja proporcionando acolhimento adequado, escuta profissional qualificada ou elaborando outras estratégias que podem ser efetivadas diante dessa problemática.

Segundo Perucchi et. al. (2011), os profissionais de psicologia que atuam junto a PVHAs e seus familiares desenvolvem um papel relevante no que tange à identificação de vulnerabilidades, à promoção dos direitos humanos e, especialmente, ao olhar sobre a subjetividade do indivíduo que vive e/ou convive com HIV/Aids em uma sociedade com tantos obstáculos de acesso aos direitos e exercício da cidadania.

Compete ao psicólogo desenvolver ações de orientação, aconselhamento e/ou intervenção psicológica individual e/ou coletiva, tanto para pessoas soropositivas como para parceiros(as) e familiares ou para pessoas que compõem a rede de apoio social da PVHA. Atividades como avaliação psicológica e identificação de dificuldades emocionais relacionadas à soropositividade também fazem parte do trabalho do psicólogo (Seidl, 2015).

Os atendimentos objetivam o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para lidar com a condição de soropositividade e desenvolver bem-estar psicológico, assim como almejam o fortalecimento dos vínculos afetivos e sócio familiares, desenvolvimento ou manutenção da autoestima e dos projetos de vida dessas pessoas. Em síntese, o maior intuito do trabalho do profissional de psicologia é promover qualidade de vida para PVHA (Faustino & Seidl, 2010).

Entretanto, nossos colaboradores ao narrarem sobre a relação deles com a psicologia transitaram, nos primeiros momentos, entre estereótipos e pouco conhecimento prático do que ela seja, aliado a compreensão de que a psicologia tem a ver com escutar as pessoas.

Eu vim conhecer [referindo-se ao trabalho do psicólogo] **aqui a primeira vez, nunca tinha vindo** [referindo-se ao serviço de psicologia] (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Psicólogo é de cabeça é? De doidice? Sei lá, alguma coisa assim? (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Você conhece o trabalho do psicólogo? [questiona a pesquisadora]. **Pouco.** O que você entende que é o trabalho dele? [questiona a pesquisadora]. **É contar da vida. É isso que eu entendo. Contar da nossa vida e escutar, né?** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Você sabe como é o trabalho do psicólogo? [questiona a pesquisadora]. **É escutar as pessoas né?** [pausa] **mais ou menos** (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

Nossos colaboradores afirmaram que nunca haviam acessado esse tipo de serviço. Na fala de Juazeiro visualizamos um profundo estigma carregado pela psicologia até os dias de hoje perante o senso comum, o qual relaciona o saber/fazer psicológico à loucura, denunciando o desconhecimento de algumas parcelas da sociedade acerca dessa ciência e profissão. Essa representação constitui-se como uma limitação para o atendimento da psicologia (Seidl, 2015). Preconceitos como esse podem ser vistos como entraves que promovem dificuldades no acesso das pessoas aos serviços de psicologia.

Considerando o processo de constituição histórica do saber psicológico, visualizamos que a psicologia nasce, enquanto saber científico, atrelada as ciências médicas, em especial, a psiquiatria (Vilela, 2012; Antunes, 2014).

Por muito tempo (e ainda hoje) essa vinculação entre psicologia e psiquiatria aparece forte no imaginário das pessoas, como ilustrado na fala de Juazeiro.

O desconhecimento das pessoas com relação ao que faz o profissional de psicologia ou sobre o que seja o objeto de estudo dessa ciência também pode ser compreendido a partir da multiplicidade de objetos dos quais dispomos nessa área (o trabalho, as psicopatologias, a personalidade, a aprendizagem, por exemplo), assinalando a existência de diversas psicologias, no plural (Furtado, Bock & Teixeira, 1999).

Destacamos que uma pesquisa realizada por Cimino e Leite (2016) buscou investigar a atuação da psicologia em centros de saúde na cidade do Recife, com o intuito de compreender quais os elementos que sustentavam a prática desse profissional e direcionavam seu olhar para condição de saúde da população atendida. De acordo com os autores, além das modalidades práticas executadas pelo psicólogo naquele contexto (psicoterapia individual, oficina diagnóstica, plantão psicológico, dentre outras atividades) foi mencionado, de maneira inédita, o trabalho psicoeducativo sobre o papel do psicólogo. Importante atuação, haja vista que muitos pacientes desconheciam a atuação desse profissional e chegavam até ele através de encaminhamentos feitos por outros profissionais de saúde. Fato que nos revela o desconhecimento sobre os saberes teórico-práticos da psicologia em contextos nos quais, inclusive, existem profissionais dessa área atuando.

Recentemente, estamos vendo acontecer reflexões e reformulações do conceito da identidade desse profissional que se fizeram necessárias a partir da mudança de paradigma da sua atuação, partindo da lógica individual para a social (Almeida & Malagris, 2011; Freire & Pichelli, 2013).

No Brasil, nos últimos anos, a psicologia tem sido convocada a ocupar novos espaços e a desenvolver atividades que até então eram pouco frequentes na realidade desses profissionais, o campo da saúde coletiva é um exemplo disso. Nesse sentido, cria-se a possibilidade de construção de uma nova identidade para o psicólogo brasileiro, a qual privilegia enfaticamente o compromisso social da profissão (Mazer & Melo-Silva, 2010), contribuindo assim para sua expansão e para a compreensão do lugar da psicologia nos cenários de cuidado, inclusive na saúde coletiva.

No entanto, além da questão do estereótipo e do pouco conhecimento prático como revelado por Juazeiro e Umbuzeiro (respectivamente), tivemos a presença de aspectos vinculados à oferta da escuta e orientação, competências do fazer psicológico.

É contar da vida. É isso que eu entendo. **Contar da nossa vida e é escutar,** né? (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

É tipo dar conselho, né. **Aconselhar. Tentar tirar o pensamento mau que tem na sua cabeça, tentar botar só** [pausa] **fluidos bons,** né (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

É escutar as pessoas né? [pausa] **Mais ou menos. Escutar, orientar né? Aconselhar** (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

Tais entendimentos são frutos da experiência pessoal desses homens com algum profissional de psicologia (em sua maioria, com a profissional que atua no SAE do HGT).

A participação de profissionais da psicologia em programas HIV/Aids pode ser percebida desde o início da epidemia, especialmente nas unidades que compõem a rede do SUS nos níveis municipal e estadual. As implicações psicológicas e psicossociais do diagnóstico positivo para o HIV (gravidade da condição de soropositividade, ser uma doença incurável e ainda profundamente estigmatizante) redundou na indispensabilidade e na relevância da composição de equipes interdisciplinares para a atenção a PVHA, sendo que a inserção de psicólogos tem sido valorizada e recomendada por profissionais de outras categorias e também por gestores de políticas públicas de saúde (Seidl, 2015).

Cabe destacar que dos quatro colaboradores desse estudo, apenas Juazeiro informou que estava em acompanhamento regular com a psicóloga do serviço. A situação dos demais se configurava assim: Mandacaru buscava esporadicamente o serviço, Carnaúba não o utilizava no momento da entrevista (2018) e Umbuzeiro tinha passado pelo primeiro momento com a profissional.

Debruçando-nos um pouco mais nas narrativas de nossos colaboradores para entendermos esse lugar da psicologia na vivência deles, temos sobre o suporte prestado pela psicóloga do SAE:

Porque você chega, chega triste né, aí a psicóloga vai, você fala pra psicóloga, aí a psicóloga pode falar uma palavra pra você, pra alegrar você, né? De ajuda (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

Apesar de ele ter expressado a perspectiva de que poderia ser ajudado pelo profissional de psicologia, Carnaúba também afirmou: “acho que não tem necessidade. Tivesse necessidade se eu tivesse com depressão, me lamentando” – narrativa que exprime uma contradição ou pouca compreensão desse espaço de cuidado. Sendo assim, podemos compreender que na visão dele o suporte psicológico só é necessário quando estamos diante de quadros depressivos.

Esse modo de compreender faz sentido. Contudo, essas não constituem as únicas ocasiões em que o suporte emocional e psicológico pode ser bem vindo. No caso desse colaborador, por exemplo, poderiam ser trabalhadas as questões do estresse religioso, já retratado noutra momento dessa dissertação, a dor decorrente da morte de seus pais – evento descrito por ele como gerador de seu maior sofrimento, além da lida com o preconceito – experiência bastante presente em sua história de vida.

Ao ser indagado sobre como funcionavam as consultas com a psicóloga e em que elas o ajudavam, Juazeiro nos disse:

Ela dá muito conselho né a pessoa (...). Quando você tá, tá dobrando pro lado de cá, ela vem e (...). **É tipo uma mãe, quando você tá fazendo alguma coisa errada ela vem ali e dá um puxão de orelha.** Eu acho que foi mais ou menos assim né. **Ela** [referindo-se a psicóloga] **me botou na reta, né.** Fulano [nome do entrevistado] não é assim e tal e tal. Vai resolver o quê se você fizer isso? **Tá me ajudando a aceitar também, né. Aceitar esse diagnóstico.** Como é esse processo que vocês trabalham juntos de aceitar o diagnóstico? [questiona a pesquisadora]. **É ela explicando que num é o fim do mundo, que [pausa] que eu num vou morrer, que isso tem tratamento, só não tem cura. Que eu vou**

poder seguir minha vida normal, ter um relacionamento com alguma pessoa
(Fragmento de entrevista de Juazeiro).

Na narrativa dele podemos enxergar alguns aspectos de cuidado emocional dispensado pela profissional no atendimento com ele. Ao compará-la a figura materna, percebemos traços significativos da afetividade contida em seu vínculo com a psicóloga. O afeto atua como fonte de acolhimento que, por sua vez, proporciona segurança ao colaborador nessa relação.

O aconselhamento figura como outra forma de suporte prestado pela psicologia. Ele vai desde as questões mais amplas às mais específicas referentes ao viver com HIV. Essa é, inclusive, uma das ações empreendidas pela psicóloga que mais caracterizam o seu fazer do ponto de vista de Juazeiro, chegando ele a verbalizar que *“ela é tipo uma conselheira né. A psicóloga era pra ser conselheira, a função de vocês né”*.

Além do acolhimento humanizado, o qual considera a prática de uma clínica compartilhada e os princípios da humanização nas práticas em saúde, o aconselhamento em psicologia é uma prática importante na atenção às pessoas soropositivas.

Zucchi, Paiva e França (2013) assinalam que:

O aconselhamento é uma estratégia utilizada para veicular informação sobre HIV/AIDS em situações com maior proteção para discussões privadas, assim como proporciona suporte social para mudança ou manutenção de comportamentos que trazem maior segurança. Grupos de apoio a pessoas vivendo com HIV/AIDS são um exemplo dessa abordagem uma vez que é oferecido um ambiente seguro para que se possa discutir dificuldades relacionadas à revelação diagnóstica. O aconselhamento também pode incluir técnicas para desenvolvimento de habilidades (p. 1074).

Juazeiro disse ainda que se sentiu ajudado pela psicologia no tocante à aceitação do diagnóstico positivo para o HIV. Sua dificuldade na lida com esse ponto emergiu em

suas narrativas tanto na entrevista, quanto nas cenas projetivas, sugerindo ser esse um aspecto ainda bastante doloroso para ele.

Essa dificuldade aparece em uma das cenas trabalhadas com esse colaborador. Nela ele nos contou sobre como foi para o homem imaginado em seu exercício encontrar o serviço de psicologia:

Ele saio de lá bastante contente. O que fez o atendimento ser tão bom? [questiona a pesquisadora]. **Ficou contente com a médica e aceitando mais a doença.** Ele se sentiu à vontade pra falar sobre os seus sentimentos em relação a viver com o HIV? [questiona a pesquisadora]. **Sim, com certeza. Através da médica que le deu o diagnóstico, o tratamento, carinho, modo de se espreçar com o passiente.** O que ele gostaria de dividir com o profissional de psicologia pra ser ajudado? [questiona a pesquisadora]. **Suas mágoas.** Como o profissional o ajudou nesse primeiro momento? [questiona a pesquisadora]. **Com seus carinhos e concelhos o homem saiu com a alto estima mais alta do que chego.** Como é que esse homem saiu do atendimento e por que ele deseja voltar? [questiona a pesquisadora]. **Por que fui bem atendido e aconselhado. Pro bem** (Fragmento de cena projetiva de Juazeiro).

No relato de Juazeiro surgiram questões diárias da experiência soropositiva, tais como a aceitação da doença, a necessidade de melhoria da autoestima e de trabalhar as mágoas sentidas ao longo dessa vivência, as quais podem se transformar em entraves à saúde mental desses sujeitos. Todas elas são matéria prima para o trabalho do psicólogo, profissional especialista no manejo dessas questões.

Essas dificuldades enfrentadas por nosso colaborador (e também por tantas pessoas vivendo com HIV) apresentam-se como entraves ao viver com qualidade. Desafios como o manejo do tratamento, busca por autoestima e por qualidade de vida em um cenário de adoecimento crônico apontam que a vivência do HIV/Aids comporta-se como uma espiral de barreiras entre as PVHAs e sua qualidade de vida. Essas barreiras possuem personificações e elementos concretos, os quais se sustentam no preconceito e estigma (Jesus et. al., 2017).

A valorização do “carinho” dispensado pelo psicólogo no tratamento do homem soropositivo, imaginado na cena de Juazeiro descrita acima, sinaliza a necessidade de relações mais afetivas nesse âmbito, sobretudo num cenário em que pessoas HIV positivas sofrem constantemente o julgamento moral, o preconceito e a discriminação por parte da sociedade.

A demonstração de afetividade surge como uma forma de sensibilidade no cuidado à pessoa com HIV/Aids, a qual encontra-se costumeiramente afastada da família e da sociedade. Este sentimento está presente na disposição para ajudar a PVHA, vinculando-se ainda a fornecer apoio, a compreender o outro, à aceitação incondicional dele, ao carinho direcionado, ao estar junto e presente, dando as mãos e valorizando esse outro (Sousa & Silva, 2013).

A relação que se estabelece entre profissionais de saúde e pessoas que utilizam serviços nessa área é um tema caro no âmbito do SUS. Essa relação recebe um termo especial para designá-la: vínculo. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança ente usuário e o trabalhador de saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (Brasil, 2012, p. 21).

Além dos aspectos afetivos, considera-se que a tecitura do vínculo contribui na construção de uma assistência mais efetiva, possibilitada pela responsabilização do profissional na produção de cuidados, de modo que ele tenha permanência na vida das pessoas, sendo elemento fundamental no cuidado em saúde (Soares, Araújo, Bellato & Petean, 2016).

Soares et. al. (2013) afirmam que a tecitura do vínculo deve ser de iniciativa do profissional de saúde para com as pessoas sob seus cuidados, fato que promove

acolhimento e respostas as necessidades delas. Os autores consideram que o vínculo é efetivo quando se caracteriza pela longitudinalidade e efetividade no cuidado, sendo o profissional capaz de apreender as necessidades de saúde da pessoa (ou família) cuidada, responsabilizando-se por responder àquelas que estejam sob suas possibilidades profissionais.

Brunello et. al. (2010) afirmam que com o advento das políticas de humanização em saúde (conhecidas como PNH) a temática do vínculo vem sendo impulsionada no Brasil. Eles apontam que o vínculo teria a tendência de aperfeiçoar o conhecimento sobre os reais problemas enfrentados pela população e, também, o relacionamento entre profissionais e usuários – possibilitando melhor conhecimento sobre os contextos e pessoas e melhorando, conseqüentemente, a oferta de ajuda.

O psicólogo é um profissional promotor do vínculo por excelência, pois pode desempenhar (através de sua atuação) um importante papel na constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários, famílias e grupos e no interior da própria equipe da qual faça parte. Sua ação deve ser promotora da qualidade de vida e autonomia das pessoas, trabalhando com temáticas, conflitos e questões relacionadas à realidade cotidiana vivida nas famílias e nos diferentes grupos sociais (Motta & Carvalho, 2015).

Em sua cena projetiva, Juazeiro ainda afirmou que:

(...) com seus carinhos e concelhos [do psicólogo] o homem saiu com a alto estima mais alta do que chego (...) por que fui bem atendido e aconselhado. Pro bem. (Fragmento de cena projetiva de Juazeiro).

Eis aqui o retrato de uma atuação profissional desejada por Juazeiro, que promova através de uma escuta acolhedora e qualificada, transformações importantes na (re)construção de si a partir do marcador imposto pela doença.

É importante destacar que as orientações e reflexões vivenciadas por Juazeiro e Umbuzeiro com a psicóloga do serviço sobre o fato da aids não ter cura, levando-os a compreender que também pode-se viver bem com o HIV, exerceram um papel fundamental no processo de ressignificação desses colaboradores com relação a sua condição sorológica.

Apesar de no momento da entrevista (2018) Umbuzeiro estar dando seus primeiros passos no percurso como homem soropositivo, ele nos relatou os benefícios que o suporte emocional proporcionado pela psicologia lhe trouxe.

Muito! Em muito! Em quê ele pode te ajudar?[questiona a pesquisadora]. **Em tudo!** [enfático]. Porque (...) eu já sabia um pouco, né? E **pelo que ela** [referindo-se a psicóloga do serviço] **me falou, as coisas que ela me falou, que a doença não tinha cura, mas que tinha remédio e vivia do mesmo jeito das outras pessoas, que eu não me importasse com nada, o importante era eu tomar meu remedinho direito, que eu ia mudar de clima,** do jeito que eu tava no dia que eu falei com ela, armaria, eu tava lá em baixo. É assim, o interessante é que eu vivia deprimido, não por causa da doença, justamente como eu falei pra você, por causa das coisas que eu tava acontecendo na minha vida. Assim, **quando eu comecei, eu saí daqui com outro ânimo! Eu disse a minha esposa, eu digo minha filha, ô conversa boa** (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

Na fala desse colaborador também emergiram aspectos referentes ao acolhimento, aconselhamento e escuta ativa das questões que ele enfrentava naquela ocasião, elementos que trouxeram para ele um novo “ânimo”, conforme dito por ele mesmo.

Em síntese, entendemos que os homens desse estudo tem utilizado o serviço de psicologia para trabalhar questões relacionadas a entender melhor sobre o vírus e a doença, a aceitação da sorologia e a adesão ao tratamento, pontos muito relevantes no cuidado destinado a quem vive com HIV/Aids. O bom acolhimento aparece bem destacado e valorizado nas narrativas deles, demonstrando que eles percebem naquele lugar um espaço seguro e naquela profissional alguém em quem podem confiar.

No entanto, notamos que o trabalho com os medos e angústias (da morte, do preconceito, do abandono, por exemplo) dos colaboradores pela psicologia apareceu de forma pontual, implicando a necessidade de ampliarmos e repensarmos a atuação psi nesse âmbito, sobretudo por eles estarem imersos em contextos que os isolam e discriminam em função de sua condição (quando sabem de seu diagnóstico), ou por eles mesmos buscarem a solidão auto imposta como meio de se protegerem do preconceito. É fundamental uma escuta aprofundada capaz de escutar e trabalhar esses medos junto a esses homens, pois são eles (muitas vezes) os maiores entraves ao enfrentamento saudável da vida com HIV. Caso contrário, a escuta psi será mais ou menos, como indagou Caruaíba.

Proporcionar cuidado emocional a PVHA figura como algo profundamente necessário, tendo em vista o cenário nacional de estigmatização dessas pessoas e a lida delas com um adoecimento crônico e complexo, itens que podem gerar intenso sofrimento.

A psicologia possui um enorme potencial para amenizar esses sofrimentos podendo, através do seu saber/fazer, ajudar a transformar a realidade dessas pessoas. No cenário da atenção psicológica que pode ser proporcionada a pessoas que vivem esse contexto destacamos o acolhimento, a escuta ativa e o aconselhamento enquanto principais pontos de auxílio da psicologia na questão do HIV/Aids.

Para Ferreira Neto (2010) esse modelo de atuação do psicólogo reforça uma identidade profissional clássica centrada no atendimento individual, em detrimento de intervenções mais inventivas no campo da saúde - um dos atuais impasses da atuação do psicólogo no SUS. Dimenstein (2001) aponta que os psicólogos ainda não realizaram uma efetiva revisão dos pressupostos teóricos e metodológicos para atuação no campo da

saúde, mantendo uma relação em que predomina a reprodução de saberes/fazer, em detrimento da produção de novos conhecimentos e práticas.

Mesmo as ações de acolhimento, escuta ativa e aconselhamento sendo essenciais ao profissional de psicologia nesse cenário, as práticas do psicólogo no cuidado a pessoas soropositivas não devem se restringir a elas. É cada vez mais necessária e urgente a adoção de outras estratégias de fomento a esse cuidado. O trabalho com a promoção e educação em saúde, através de palestras informativas, rodas de conversas e grupos com soropositivos, são exemplos de ações que podem ser empreendidas para que possamos alcançar mais pessoas que estejam necessitando desse cuidado e que, muitas vezes, não sabem como acessá-lo.

7.2 Sobre o acesso ao serviço de Psicologia

Na busca por se reinventarem apesar da existência do HIV e/ou da aids em suas vidas, os homens desse estudo utilizaram suas dores e angústias como fatores que os motivaram a aceitar o auxílio psicológico.

Vemos aqui a existência de uma relação entre necessidade e demanda em saúde. Por isso, é pertinente apresentarmos conceitualmente cada um deles. De acordo com Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000):

Ao pensar em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos de “assistência”, pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Caracterizamos essa procura como demanda, uma busca ativa por intervenção que representa também consumo, no caso de serviços. A origem dessa busca é o carecimento, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. (...) Esse indivíduo (...) enxerga a saída: assume que há correção desejável para o seu problema e que existem meios para isso. O resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido, portanto,

como necessidade, tornando as próprias intervenções também necessidades (p. 29).

Nossos colaboradores chegaram ao SAE por demandas diversas. Elas vão desde a primeira consulta com o médico infectologista, após descoberta da sorologia positiva para o HIV, até a busca de antirretrovirais, por exemplo.

O sofrimento emocional apresentado por esses homens ensejou os encaminhamentos deles (realizados pelos médicos da equipe) a psicologia, tendo esse sofrimento atuado como fator que propiciou a aceitação deles ao serviço de psicologia. Note-se que eles desconheciam suas necessidades emocionais, passando a descobri-las (juntamente com a possibilidade de intervir sobre elas) a partir do encontro com a equipe do serviço e com a psicologia.

O sofrimento como motivação para a aceitação da psicologia pode ser visto em uma das cenas projetivas de Mandacaru. Segue abaixo a orientação para a construção de uma das cenas, conforme era solicitada aos colaboradores.

Imaginar um homem que se compreende como heterossexual vivendo com HIV indo buscar auxílio psicológico. Ele está sofrendo? Qual seu sofrimento? Onde ele busca o atendimento? É atendido? Quem o atende? Como ele gostaria que fosse o atendimento? O que acontece? Ele sente-se a vontade para falar sobre seus sentimentos em relação a viver com HIV? O que ele gostaria de conseguir dividir com o profissional de psicologia para ser ajudado? Porque o atendimento não está sendo satisfatório? Como ele gostaria que o(a) psicólogo(a) o ajudasse a se abrir? Qual seria a maior dificuldade nesse momento? Ele foi atendido e considera o atendimento que teve ruim e decide que não vai continuar o acompanhamento com o profissional. O que precisa ser melhorado? Conte em detalhes o que aconteceu...

Acho que ele não gostou [do atendimento] porque ele não sofreu, ele não teve [pausa] internado no sofrimento que nem eu sofri. Por isso que ele não vai

voltar [para ser acompanhado pela psicologia]. **Porque se ele tivesse sofrido** [referindo-se ao homem imaginado em sua cena], **tivesse passado pelo sofrimento, ele ia voltar** (Fragmento de cena projetiva de Mandacaru).

A cena construída por ele apresentava um homem heterossexual e soropositivo que buscou o suporte da psicologia. Após o atendimento, esse homem optou por não retornar para ser acompanhado pelo psicólogo. Na compreensão de Mandacaru, o não retorno do homem imaginado se deve ao fato dele não ter “passado pelo sofrimento”, fazendo-o não desejar o atendimento.

Em outro momento da cena ele traz a necessidade de ser cuidado em outra questão (a das drogas) e vê no psicólogo a possibilidade de ajuda via encaminhamento.

Procurar um psicólogo num é nem sobre em relação à doença [aids], mas é o que eu venho fazendo [referindo-se ao uso intenso de drogas] **que possa prejudicar essa doença** [referindo-se a prejudicar o tratamento do HIV] (Fragmento de cena projetiva de Mandacaru).

Nesta cena ele expressa a necessidade de suporte para lidar com a questão da dependência química que pode afetar, segundo ele, o tratamento do HIV. Aqui ele vê no psicólogo um profissional que pode mediar o encaminhamento para tratar essa demanda.

No que diz respeito à forma predominante de chegada dos nossos colaboradores aos serviços de psicologia:

Eu expliquei a ela [referindo-se a infectologista] **né tudo que tava acontecendo, aí ela como é a médica que sabe desse meu problema, aí ela foi e me encaminhou pra lá** [referindo-se a psicologia] (...). **Quando eu recebi alta né aí foi o médico que tava me acompanhando** aqui. Aí ele **foi e me encaminhou pra o psicólogo**, me encaminhou pra fisioterapia, pro ortopedista e [pausa] neurologista (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

A maioria deles informou que chegou até o serviço de psicologia através de encaminhamentos realizados, geralmente, pelos médicos da equipe. O encaminhamento

ocorria quando os profissionais médicos percebiam alguma dificuldade por parte do paciente com relação à aceitação do diagnóstico e/ou adesão ao tratamento.

Num dos diálogos com a profissional de psicologia que atua no SAE do HGT:

Fui informada de que os usuários chegam ao serviço comumente muito abalados ainda com a revelação do diagnóstico, sem muitas informações sobre o vírus, a doença e o tratamento e num estado de intenso sofrimento emocional (Fragmento de diário de campo da pesquisadora).

Nesse sentido, o encaminhamento realizado pela equipe de saúde constitui-se como um meio de acesso aos serviços de psicologia, e reconhecimento dessa atuação. Essa conduta entre os profissionais revela uma atuação integrada da equipe, possibilitando a oferta de um cuidado integral a PVHA – caracterizando uma cascata de cuidado contínuo (Nosyk, 2014).

Antes de abordarmos algumas questões relativas ao acesso aos serviços de saúde é pertinente esclarecer, brevemente, sobre os níveis de atenção previstos no SUS.

O Sistema Único de Saúde está estruturado em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. O primeiro nível abarca um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo que envolve promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários. É papel da atenção básica realizar os encaminhamentos necessários aos outros níveis de atenção. Esse nível também é conhecido como sendo a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde (Brasil, 2009).

A atenção de média complexidade é composta por ações e serviços que buscam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica exija atuação de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Já a atenção de alta complexidade caracteriza-se por ser um

conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo financeiro, buscando proporcionar aos usuários acesso a serviços qualificados, integrando-os aos outros níveis de atenção à saúde (Brasil, 2009).

O acesso aos serviços de saúde é uma temática multifacetada e que possui diversas dimensões que envolvem aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos no estabelecimento de trajetórias para a universalização da atenção (Assis & Jesus, 2012).

Travassos e Martins (2004) assinalam que “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde (p. 191)”.

Almejando categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995) adotam como abordagem teórica quatro dimensões explicativas: política, econômica, técnica e simbólica. A dimensão econômica refere-se a relação entre oferta e demanda; a dimensão técnica é relativa ao planejamento e organização da rede de serviços; a dimensão política diz respeito ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular e a dimensão simbólica diz do modelo das representações sociais sobre a atenção e o sistema de saúde.

As dimensões mais expressivas com relação as condições de acesso aos serviços de saúde por parte dos nossos colaboradores foram a econômica (já que suas demandas de saúde foram absorvidas pela oferta do serviço) e a técnica (já que a rede de serviços estava organizada de modo a proporcionar os cuidados que eles conseguiram acessar).

Apesar da complexidade do conceito, prevalece entre os autores a compreensão de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (Travassos & Martins, 2004).

O acesso enquanto facilidade de uso dos serviços oferecidos por uma unidade de saúde (Donabedian, 2003) é resultante da interação de fatores relacionados aos sistemas de saúde, com seus recursos e rotinas, e associados a sua capacidade de adequação as singularidades dos usuários (Travassos & Martins, 2004).

No que concerne à oferta de serviços de psicologia no âmbito do SUS, podemos encontrar o profissional dessa área atuando nos três níveis de atenção. Na atenção básica, ele pode integrar as equipes da Estratégia de Saúde da Família (Nascimento & Avarca, 2017); na média complexidade ele pode atuar em serviços especializados, como os SAE's, por exemplo, (Romano, 2016); e na alta complexidade pode ser visto atuando em hospitais prestando suporte a usuários, familiares e equipes de saúde (Almeida & Malagris, 2015).

Contudo, será que a existência desses (e outros) serviços na rede do sistema público de saúde garante, de fato, o acesso dos usuários? Segundo Oliveira (2009), a oferta ou disponibilidade de serviços não implica, necessariamente, no uso efetivo deles.

No campo do HIV/Aids as desigualdades sociais, a pobreza e a discriminação (que aumentam a vulnerabilidade das pessoas em relação ao vírus e a doença) dificultam o acesso a necessária prevenção, aos cuidados médicos e a adesão ao tratamento (Greco, 2016).

Em nosso estudo, emergiram duas dificuldades com relação ao acesso aos serviços de psicologia por parte dos nossos colaboradores. A primeira consiste no fato deles não possuírem conhecimentos essenciais acerca desse serviço (sua existência, sua função e a possibilidade de acessá-lo), e a segunda diz respeito a dificuldades financeiras enfrentadas por eles no momento da pesquisa.

Dos colaboradores entrevistados, nenhum deles relatou ter enfrentado dificuldades no tocante ao encaminhamento a psicóloga ou ao momento em que estiveram com essa profissional.

Sobre a facilidade em acessar o serviço de psicologia do SAE/HGT, um dos homens disse:

Fácil, muito fácil. O atendimento aqui com ela [referindo-se a psicóloga] **é só pedir.** Na primeira vez eu perguntei: doutora [infectologista] tem psicólogo aqui? (...). Aí ela disse: tem. Aí foi e passou [encaminhou]. Pronto. **Só fiz marcar o dia e pronto** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

O maior obstáculo elencado por eles no tocante ao acesso aos serviços de psicologia foi a dificuldade financeira, haja vista eles estarem afastados pela perícia médica ou desempregados na época da entrevista (2018). Eles relataram dificuldades com as passagens para chegar até o SAE (vale destacar que dos quatro homens, dois deles residem no interior do Estado).

Pretende em algum momento deixar o acompanhamento psicológico? [questiona a pesquisadora]. **Não, apesar das dificuldades (...) da minha vida, né. Que vem passando agora, financeira.** Você recebe algum benefício? [questiona a pesquisadora]. **Vinha recebendo, mas foi cortado há nove meses** (Fragmento de entrevista de Mandacaru).

Você sabe né, o custo hoje é alto. Precisar vir de meio longe [referindo-se a distância entre a cidade que reside no interior do Estado e o SAE/HGT, na capital]. **A gente não pode estar duas vez,** eu mês passado dei um bocado de viagem, era quatro viagem por mês pra banda de cá [referindo-se ao SAE] (Fragmento de entrevista de Umbuzeiro).

As precárias condições sociais e econômicas dos usuários do serviço público de saúde, conforme visualizamos na experiência de alguns homens desse estudo, tornam inevitáveis e constantes situações nas quais os profissionais se veem impelidos a suprir

carências dos usuários seja contribuindo com suas despesas ou fazendo rearranjos nas rotinas do serviço (Maia & Reis Júnior, 2019).

Esse aspecto nos remete ao fenômeno da pauperização, item que segue caracterizando o perfil do cenário nacional no que tange ao HIV/Aids (Helfenstein & Rocha, 2016). Esse fenômeno se inclui na chamada vulnerabilidade social, que constitui uma dentre as formas de vulnerabilidade que tornam os indivíduos suscetíveis ao adoecimento (Ayres et. al., 1999).

Embora as dificuldades no acesso desses homens aos serviços de psicologia não estejam vinculadas apenas ao próprio serviço, é importante destacarmos que é pequeno o contingente de homens (com perfil semelhante aos do nosso estudo) atendidos pelo setor de psicologia no SAE do HGT, segundo informação obtida junto a psicóloga que atua no serviço.

Essa realidade precisa ser revista, já que sabemos que tem crescido consideravelmente o número de homens infectados pelo vírus. No RN, entre 2014 e 2018, foram comunicados 3.668 casos de novas infecções pelo HIV, sendo 69% deles pertencentes ao sexo masculino (SESAP, 2019). Onde estão esses homens? Por quais razões eles não têm chegado ao serviço de psicologia?

Conforme discutido ao longo desse capítulo percebemos, a partir das narrativas dos colaboradores, que esses homens não têm acessado a psicologia (em parte) por limitações financeiras.

Buscando tecer um pequeno registro de como homens heterossexuais HIV positivos tem construído conhecimento sobre a psicologia, notamos que eles têm buscado o serviço através de encaminhamentos (ocasião em que passam a conhecer ou experimentar esse recurso de cuidado pela primeira vez), e trazem necessidades bastante diversas, que vão desde a necessidade de conhecer melhor o vírus, a doença e o

tratamento até a necessidade de suporte para lidar com os preconceitos que envolvem o viver com HIV, nem sempre visibilizada.

Entendemos que não basta saber que existe psicólogo no serviço, é necessário que as pessoas saibam o que faz um psicólogo e como esse profissional pode ajudá-las. Portanto, consideramos que o pouco conhecimento sobre a psicologia pode atuar como fator que dificulta o acesso de PVHAs aos serviços *psi*, assim como a não realização de uma escuta psicológica capaz de desvelar as dores para cuidar e contribuir para ressignificá-las pode ser um fator que interfira na não adesão ao serviço de psicologia.

Afinal, eles também trouxeram que a psicologia é sobre “**contar da nossa vida e escutar, né?**” “**é escutar as pessoas né? [pausa] mais ou menos**”, indagaram Mandacaru e Carnaúba.

7.3 Demandas reprimidas e dores invisibilizadas

Buscando compreender se esse *escutar as pessoas* está sendo *mais ou menos*, identificamos algumas demandas reprimidas e dores invisibilizadas na/pela psicologia, as quais tem gerado intenso sofrimento aos colaboradores, sendo elas: necessidade de suporte para revelação do diagnóstico no âmbito de relações sorodiscordantes; trabalho no sentido de resgatar a autoestima; suporte para lidar com possível homossexualidade; auxílio para elaborar a morte dos pais; ajuda para lidar com os preconceitos, buscando ajudá-los a não sucumbirem a eles e produzir enfrentamentos que não seja o isolamento.

Essas demandas parecem ser reprimidas para eles e invisibilizadas no cuidado em psicologia.

Sobre o suporte para revelação do diagnóstico no âmbito de relações sorodiscordantes

Na cena construída por Mandacaru emergiu uma necessidade de cuidado muito própria da experiência soropositiva: como revelar-se HIV positivo diante de pessoas que gostamos?

Porque ele sentiu firmeza nas palavras dela [da profissional] e era tudo que ele gostaria de dizer pra uma pessoa que ele gostava, que ele escutou da profissional (...). Era como se fosse uma mesa, sofá, muito espaçosa, ele se deitava, e aí ele conversava com ela [pausa] no sofá, aí ele se deitava, relaxava, começava a contar da menina e o profissional foi dizendo a ele, dizendo como é que ele deveria reagir com ela pra chegar e dizer que era soropositivo. O profissional pedia que ele trouxesse ela também pra conversar a respeito (Fragmento de cena projetiva de Mandacaru).

Como desejo de ajuda para lidar com essa questão desafiadora, Mandacaru verbalizou que o profissional orientou como esse homem imaginário deveria agir para fazer essa revelação, disponibilizando-se, inclusive, a receber a pessoa da qual ele gostava no atendimento para que pudesse conversar com ela a respeito disso. Projeta na cena o seu desejo, a sua necessidade não cuidada.

A comunicação do diagnóstico positivo para o HIV é avaliada como um evento, geralmente, traumático para o sujeito, implicando impacto emocional e sofrimento psíquico caracterizado por pensamentos, sentimentos e comportamentos de conotação preponderantemente negativa. O diagnóstico produz repercussões e alterações nas relações familiares e sociais, na sexualidade, nas condições psicológicas, no trabalho e na espiritualidade das pessoas. O elo que conduz as repercussões do diagnóstico diz respeito à revelação da sorologia para as pessoas da rede familiar e social (Rabuske, 2009).

Além da dificuldade no tocante a revelação do diagnóstico, a cena de Mandacaru torna nítida sua necessidade de estabelecer uma relação sorodiscordante. “Saio com uma, uso camisinha. Não consigo ter ninguém pra morar”. Essa frase, contida em sua

entrevista, demonstra sua necessidade em relacionar-se afetivo sexualmente e, simultaneamente, sua dificuldade quanto a se fixar em uma relação sorodiscordante.

Pensando as relações sorodiscordantes e as políticas governamentais, o estudo de Lago, Maksud e Gonçalves (2013) sobre repercussões acerca das recomendações e diretrizes do Ministério da Saúde com relação às políticas públicas que se referem à sorodiscordância mostrou que essas relações não são encorajadas nem vistas como positivas pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, o parceiro soronegativo não é atendido como paciente formal do sistema (nem tampouco como parte da rotina do serviço ambulatorial), fato que, de acordo com os autores, contradiz a lógica da prevenção.

Apesar das relações sorodiscordantes constituírem uma realidade dentro dos serviços de saúde, os estigmas, a desinformação dos profissionais, a carência de protocolos claros e objetivos fomentam a manutenção da invisibilidade das demandas desses casais no âmbito dos serviços (Lago, Maksud & Gonçalves, 2013).

O suporte para lidar com as relações interpessoais pós-diagnóstico positivo para o HIV figura como uma dentre as tantas ações de cuidado psicológico possíveis no atendimento a pessoas soropositivas (Carvalho & Paes, 2011), como ilustrou o desejo de Mandacaru.

Sobre autoestima e escuta de dores diversas no contexto da soropositividade

Ainda no contexto da mencionada cena projetiva, para o homem imaginado por Carnaúba encontrar o serviço de psicologia:

Foi bom porque ele pode se abrir, né? O que fez esse atendimento ser tão bom? [questiona a pesquisadora]. **Poder conversar um pouco, tirar um pouco do sofrimento dele e escutar os conselhos né,** e a psicóloga. Ele se sentiu à vontade

pra falar sobre seus sentimentos em relação a viver com HIV? [questiona a pesquisadora]. Sentiu. O que ele gostaria de conseguir falar com o profissional de psicologia para ser ajudado e se sentir melhor? [questiona a pesquisadora]. **Acho que ser orientado, né, pra se dar mais com a doença, né? O quê que ele pode fazer pra melhorar a autoestima dele.** O que ele já falou com o psicólogo nesse primeiro momento? [questiona a pesquisadora]. Eu acho que **a doença, né? E também como ele se relaciona com outras pessoas.** Como o profissional o ajudou nesse primeiro momento? [questiona a pesquisadora]. **Dando a mão e orientando ele.** Como ele saiu do atendimento? [questiona a pesquisadora]. **Feliz, né? Que pode, pode se contar com outra pessoa ali que escute ele** (Fragmento de cena projetiva de Carnaúba).

Nesse diálogo também surgiram algumas necessidades de cuidado emocional. No imaginar dele, o homem soropositivo concebido na cena pôde, através do atendimento com o psicólogo, conversar sobre sua vida, minimizar um pouco o sofrimento que vivia, ser escutado e orientado para lidar melhor com a doença, além de receber auxílio sobre o que poderia fazer para melhorar sua autoestima.

Aqui emergem necessidades de trabalhar a autoestima diante de um adoecimento crônico, que pode alterar consideravelmente o corpo e a subjetividade das pessoas, e a necessidade de orientação para lidar com a aceitação da doença, além da carência em dispor de um espaço seguro para poder se abrir e expressar o sofrimento vivido no percurso com a patologia. Revelando, portanto, suas necessidades não trabalhadas.

A escuta qualificada, profunda, que compreende a história de vida da PVHA e que busca descobrir recursos pessoais que possam ser atualizados para o resgate da autoestima e reinvenção de outros recursos pode ajudar na construção ou reconstrução de melhores níveis de autoestima. Isso é possível em um processo psicoterapêutico com continuidade (Nogueira da Silva, 2019).

Ainda com relação a demandas encobertas e dores não acessadas, ao narrar qual seria a maior dificuldade enfrentada pelo homem imaginário de sua cena naquele momento, Carnaúba expressou a dor de não revelar a homossexualidade, expressada ali na projeção do personagem:

Não poder falar que gosta de outro homem. Poder se expressar [referindo-se a não poder expressar esse sentimento]. No caso, esse homem que está indo buscar o atendimento, ele é homossexual? [questiona a pesquisadora]. **É** (Fragmento de cena projetiva de Carnaúba).

O trecho acima exemplifica uma das demandas silenciadas no atendimento a esses homens. A narrativa desse colaborador denota a necessidade de discutir sobre as sexualidades no contexto do cuidado em saúde, possibilitando ao usuário uma melhor compreensão sobre seus próprios desejos afastados de perspectivas (hetero) normativas e moralizantes.

Foucault (1988) nos apresenta a sexualidade como um dispositivo histórico, uma construção social que se constitui através de vários discursos sobre o sexo: discursos que regulam, normatizam, instauram saberes e que produzem verdades.

Percebemos, ainda hoje, que a sexualidade é tratada como assunto privado, algo que se deve falar apenas com alguém muito íntimo (Louro, 2018). Esse imaginário acaba por reforçar o silêncio das pessoas em torno de sua sexualidade, reprimindo (muitas vezes) suas demandas nessa seara, como nos sugere a cena de Carnaúba – uma que vez que o homem que lá figura sente por não poder falar que gosta de outro homem.

Outra necessidade vivida por Carnaúba e não cuidada pela psicologia diz respeito ao sofrimento decorrente da morte de seus pais.

O meu sofrimento mais foi a perda do meu pai e da minha mãe. Porque eu sofri mais no dia que eu vi eles tendo a parada cardiorrespiratória na bomba lá, e cansando, cansando, dando os últimos suspiros. Eu acho que foi o meu maior sofrimento. Não foi da doença, foi ali. Vendo meus pais nas últimas (Fragmento de entrevista de Carnaúba).

Apesar de ser um assíduo usuário dos serviços ofertados pelo SAE do HGT, vale destacar que Carnaúba não estava sendo acompanhado pela psicologia no momento da

entrevista (2018). Ele nos informou que esteve em tratamento psicológico apenas durante sua infância, quando era levado por sua mãe.

As questões emergidas em suas cenas e narrativas desvelaram necessidades (de resgatar a autoestima, de elaborar a morte dos pais e trabalhar possível homossexualidade, por exemplo) que não vem sendo trabalhadas há bastante tempo, implicando em sofrimentos que marcam sua vida, promovendo distanciamento, dor e isolamento.

No tocante a necessidade de suporte psicológico frente aos sofrimentos emocionais decorrentes do viver com HIV/Aids o estudo de Neves (2017) com pessoas soropositivas revelou dificuldades emocionais delas para lidar com um vírus impregnado de representações sociais negativas: “minha grande dificuldade é emocional, isso atrapalha o tratamento (p. 25)”, “o remédio não supre as carências emocionais (p. 26)”.

Nessa perspectiva, considerou-se que as experiências do acompanhamento psicológico prestado aos pacientes no serviço em que se desenvolveu o mencionado estudo (SAE do Centro de Saúde Santa Marta, no Rio Grande do Sul), aliadas aos resultados obtidos no acompanhamento, sugerem a urgência na priorização do cuidado com as questões emocionais das PVHAs.

Os relatos acerca do que significa viver com um vírus como o HIV demonstraram a ocorrência de um sofrimento psíquico significativo, que muitas vezes influencia e impossibilita substancialmente o tratamento de forma integral, demandando, portanto, acompanhamento psicológico que contemple o sofrimento emocional dessas pessoas (Neves, 2017). Esse acompanhamento pode auxiliar a PVHA a “**se dar mais com a doença**”, conforme desejo expresso na cena projetiva de Carnaúba.

Sobre o medo do preconceito

Eu tô sentindo assim [pausa na fala] **com tudo que tá acontecendo né**, eu tô me sentindo muito é [nova pausa]. **Tipo discriminação né, eu tenho medo né, dessa discriminação que é causada** [referindo-se a discriminação causada pelo olhar dos outros] (Fragmento de entrevista de Juazeiro).

O medo do preconceito permeou a narrativa de todos os colaboradores em função de terem seu viver marcado por discriminações em todas as esferas da vida. As narrativas revelaram que eles sucumbiram ao olhar preconceituoso e discriminante construindo estratégias de isolamento, mas em algumas falas e cenas também surgiram sinais do desejo de que possam viver suas relações de afetividade sem esconderem a sorologia, imaginando a psicologia os ajudando nesse contexto. Por isso, arriscamos dizer que apesar da representatividade desse medo no universo das PVHAs (e na experiência dos homens desse estudo) e das repercussões negativas dele na vida de pessoas soropositivas, essa foi uma demanda que parece não ter sido trabalhada pela psicologia junto a eles, estando invisibilizada para esse saber/fazer e reprimida para esses homens.

A psicologia tem muito a contribuir com os colaboradores, podendo acolher tanto as demandas explicitadas por eles quanto as que ficam subentendidas em suas falas e ações. Ela pode cuidar das dores desses homens e ajudá-los a encontrarem caminhos para lidarem com os sofrimentos decorrentes das implicações do viver com HIV/Aids, (des)cobrando e criando seus projetos de felicidade.

Para isso, é urgente e imprescindível que esse saber/fazer esteja atento e sensível as necessidades dessas pessoas, buscando exercitar um olhar mais amplo sobre o contexto de atuação, aprimorando a escuta para além do que está relacionado imediatamente a soropositividade dos que chegam ao serviço e atuando de maneira efetiva também em outras frentes dentro dos serviços especializados (chamando para o diálogo a sociedade

civil e as ONG's, propondo grupos educativos, rodas de conversa, ambientes de cuidado coletivo, dentre outras ações possíveis nesse campo).

7.4 A psicologia e o compromisso diante do desafio entre o *fazer viver* e o *deixar morrer*

A biopolítica designa as condições de possibilidade de uma prática de liberdade ancorada na potência da vida.

(Foucault)

Seffner e Parker (2016) afirmam que o momento atual da resposta a aids se caracteriza pela dupla tensão entre o *fazer viver* (representado pela ampliação da oferta de exames para conhecimento da situação sorológica e oferta universal da medicação antirretroviral) e o *deixar morrer* (marcado pelo reforço das situações de estigma e discriminação as populações vulneráveis).

É a partir dessa reflexão que entendemos que no enfrentamento do HIV/Aids é indispensável criar estratégias que possibilitem e fortaleçam a dimensão do fazer viver na experiência de pessoas soropositivas. Como já visto anteriormente, para enfrentarmos a epidemia em que vivemos não basta disponibilizarmos a biotecnologia mais avançada em termos de antirretrovirais, testagem ou modalidades de prevenção. É fundamental que possamos contar com respostas sociais positivas e solidárias, que acolham PVHAs e as tratem com dignidade.

Nessa direção, a psicologia emerge como um espaço potente que necessita contribuir com a promoção do cuidado, destinando-o a fazer viver essas pessoas e não permitindo que as deixemos morrer por invisibilidade ou preconceito. Não podemos

enxergá-las como vidas precárias, não viáveis e que precisam do isolamento social para se proteger.

A concepção de *vidas precárias*, problematizada por Judith Butler, retrata bem essa questão na medida em que percebemos que a vida dessas pessoas, muitas vezes, é tida socialmente como precária e sem valor. São vidas atravessadas por corpos adoecidos, marcados por uma doença crônica com profunda e negativa representação histórico cultural. São vidas *não viáveis*, para as quais não existe *luto político* – uma espécie de luto que nos possibilita compreender a qualidade do laço que mantemos com os demais (Butler, 2006; Seffner & Parker, 2016).

É imprescindível que tenhamos uma política de saúde mental que priorize e proporcione cuidado ao sofrimento emocional desses sujeitos. Política essa que deve estar comprometida com a luta coletiva empreendida contra o preconceito e a discriminação.

A psicologia, por ser uma ciência que trabalha com a subjetividade dos sujeitos, torna-se uma grande aliada na participação e formulação de políticas públicas favoráveis a disseminação de informações sobre as questões que circundam a problemática do HIV/Aids. As ações do psicólogo podem ser ampliadas através de intervenções que trabalhem com a promoção dos direitos humanos, a partir de princípios éticos de respeito e cidadania (Perucchi et. al., 2011).

Para que possamos proporcionar tais serviços de maneira assertiva e efetiva é essencial que estejamos pautados numa psicologia comprometida com o desenvolvimento das pessoas e da sociedade, uma psicologia engajada na luta contra o avanço da epidemia. Na busca pela compreensão dessa psicologia, trazemos um pouco da inspiração da perspectiva sartriana para pensarmos o trabalho dessa ciência e profissão no cenário do HIV/Aids, em especial, em sua chamada para o engajamento. Sabemos que também são

inúmeras as contribuições da clínica sartriana, mas no âmbito desse estudo traremos a reflexão sobre o caráter político.

Jean-Paul Sartre, filósofo francês, participou ativamente do contexto da evolução do pensamento de seu tempo, tendo sérias preocupações com o papel da filosofia e das ciências na organização da sociedade em que estava inserido. Ele acreditava que tal papel deveria ser transformador e, para isto, propusera que a filosofia, a antropologia e a psicologia fossem questionadas em seus fundamentos, uma vez que forneciam o horizonte de inteligibilidade humana do sistema social vigente naquela época. Seu maior projeto técnico consistiu em elaborar uma nova psicologia. Para isso, foi necessário revisar os fundamentos ontológicos e antropológicos dessa ciência antes de iniciar o processo de elaboração (Schneider, 2011).

A psicologia consolidada por Sartre se constrói em um horizonte epistemológico, teórico e ideológico diferente das psicologias de seu tempo, uma vez que assume uma perspectiva histórica e dialética frente aos fenômenos analisados. A psicologia sartriana carrega em si um imenso potencial transformador, podendo tornar-se um instrumento necessário para a investigação e intervenção na problemática do ser do homem na contemporaneidade (Schneider, 2011).

O sujeito que vive com HIV e/ou aids é histórico e dialético, e deve ser considerado a partir dessas perspectivas. Ele é construído a partir de diversas teias de relações que vão se desenvolvendo ao longo de sua existência, e vai se apropriando da realidade que o cerca ao mesmo tempo em que (por meio de sua *práxis*) coopera para a construção dessa realidade.

Vieira Júnior, Ardans-Bonifacino e Roso (2016) afirmam que a psicologia concebida por Sartre nos devolve as rédeas de nossas vidas, pois extrai qualquer determinismo que aprisione nosso ser a uma estrutura dada previamente. Nessa

perspectiva, o ser humano é um ser social e, portanto, nossas escolhas não ocorrem isoladamente. É por meio da ação coletiva que construímos a história, então, se aspiramos que a sociedade se apresente de determinada maneira, cabe a nós assumirmos a responsabilidade de agirmos no sentido de concretizá-la.

Mas também é essencial que ele se reencontre com suas possibilidades de escolhas, mesmo nos limites impostos pelo contexto, e no caso pela doença, para que possa emancipar-se e lidar com o inferno que por vezes o outro pode se tornar com a imposição de preconceitos, sem sucumbir. Portanto, é no cuidado das dores singulares e subjetivas e na compreensão e engajamento com as questões sociais e culturais que a clínica sartriana (ou mesmo em outra abordagem, desde que orientada para o exercício da assunção do sujeito, de suas escolhas e reinvenção de possibilidades) vai atuar enquanto um saber/fazer em psicologia orientado para as mudanças concretas (Nogueira da Silva, 2019).

Sendo assim, é essencial que a psicologia se alie aos movimentos sociais, as ONG's que lutam em prol da causa e a sociedade civil para que possam transformar, em parceria, a dura realidade das pessoas que vivem com HIV/Aids, buscando minimizar o sofrimento delas por meio de ações comprometidas ética e politicamente com essa população, proporcionando uma vida sem preconceitos e com maior qualidade de vida.

Como nos disse Sartre (2013, p. 41): “As coisas serão exatamente como o homem decidir que elas sejam. Agora, isso significa que devo abandonar-me ao quietismo? Não! Antes de tudo, devo engajar-me, e depois agir de acordo com a antiga fórmula ‘Não é preciso esperar para começar’”.

Essa é uma valiosa lição. Podemos concluir através dela que, enquanto categoria profissional, a psicologia precisa atuar sob a perspectiva do engajamento coletivo na luta política contra o HIV/Aids, maximizando, dessa forma, os ganhos para a construção de

um projeto de sociedade menos desigual e livre de preconceitos, que faça viver as pessoas soropositivas!

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do panorama apresentado sobre a experiência de homens heterossexuais e suas vivências com HIV/Aids, retornamos a uma questão importante: a reemergência e os desafios existentes entre *fazer viver* essas pessoas ou *deixá-las morrer*.

Reemergência no sentido de que a epidemia continua crescendo mesmo em tempos de tantos avanços nos recursos voltados a prevenção, ao tratamento e progressos no âmbito biomédico. De acordo informações recentemente divulgadas pelo UNAIDS (2019), o número de infecções de pessoas pelo HIV no Brasil cresceu 21% nos últimos oito anos. O crescimento da epidemia em nosso país segue na contramão dos demais países do globo, os quais tiveram 16% de redução no contágio do vírus entre 2010 e 2018.

Com o constante crescimento desse cenário no Brasil, os aspectos relacionados a garantia de condições objetivas que promovam o enfrentamento ao HIV/Aids tornam-se também reemergentes, tais como a oferta de testagem, medicamentos antirretrovirais e demais insumos e serviços para a população que necessita.

Demandas por suporte social e apoio psicológico para pessoas soropositivas também ressurgem num contexto como esse, tornando-se urgentes necessidades como: redução dos estigmas e preconceitos dirigidos a essas pessoas, acolhimento familiar, atenção integral proporcionada pelas equipes de saúde e o cuidado emocional promovido pela psicologia.

Nosso atual cenário sócio político tem revelado horizontes difíceis no âmbito das políticas públicas em saúde e nas demais políticas sociais, de modo geral. No âmbito da saúde, a gratuidade do SUS vem sendo questionada, o acesso aos medicamentos mais dificultado, dentre outras sérias questões que tem gerado preocupação e ameaçado a garantia desse direito constitucional aos brasileiros.

Em algumas reportagens veiculadas pela mídia nacional e local já visualizamos a ausência de antirretrovirais para a população que vive com HIV. A Tribuna do Norte (<http://www.tribunadonorte.com.br/>, recuperado em 09 de setembro, 2019) exibiu uma matéria publicada nesse ano afirmando que pacientes soropositivos estão sem medicamentos no RN.

A matéria relata que a falta de alguns medicamentos se deve ao atraso no envio por parte do Ministério da Saúde, o qual justificou o ocorrido por meio de uma Nota Informativa (Nº 13/2019) alegando que o atraso decorreu de uma alteração em um dos componentes de compra.

A nota emitida em março dizia que a expectativa de distribuição dos medicamentos seria para o mês de abril, contudo, a reportagem informou que quase três meses depois os remédios permaneciam sem data para chegar. Com isso, só no HGT, trinta pessoas estavam com o tratamento para o HIV interrompido (em junho de 2019, época da reportagem).

A mudança no nome do departamento incumbido das questões referentes ao HIV/Aids pelo Ministério da Saúde representa outra triste e preocupante notícia na luta contra o vírus e a doença no Brasil. Ativistas acreditam que essa mudança seja uma clara tentativa de invisibilizar o HIV perante a sociedade brasileira.

A despolitização da sociedade e dos espaços de cuidado também pode ser perigosa nesse contexto de reemergência do HIV/Aids, pois impede que as pessoas tenham maior

grau de consciência e articulação para poder lidar com questões decorrentes da soropositividade, bem como para lutar por seus direitos como cidadãos. O viés político pode contribuir na promoção de autonomia e garantia de direitos para essas pessoas.

Engajados com essa causa e almejando contribuir para fazer viver as pessoas soropositivas, nossa dissertação buscou tensionar pontos importantes dessa experiência problematizando-a a partir das vivências dos homens colaboradores a luz da literatura.

No capítulo 4 discutimos sobre o processo de construção de masculinidades, compreendendo-o a partir de uma perspectiva sócio-histórica. Apresentamos o significado do que é ser homem para os nossos colaboradores, tendo emergido nesse sentido os seguintes eixos temáticos: ser homem é ter caráter, ser homem é ficar com mulher e ser *pegador*, revelando-nos uma coexistência entre padrões hegemônicos e novas masculinidades.

Outro eixo abordado nesse capítulo diz respeito as novas masculinidades, chamadas ao debate em razão de terem emergido nas narrativas dos colaboradores ações e discursos que revelavam a existência de condutas distantes dos padrões normativos, demarcados pelo autocuidado e cuidado do outro, dentre outros aspectos.

No capítulo 5 abordamos um pouco sobre a história do HIV/Aids observando as transformações vividas nesse âmbito, problematizando o processo de estigmatização que segue sendo uma constante na experiência de pessoas soropositivas. Em outro momento do capítulo, trabalhamos os significados da aids para os colaboradores.

No capítulo 6 trabalhamos a experiência desses homens no tocante ao viver com HIV/Aids. Abordamos eixos como: o olhar preconceituoso e moralizante lançado sobre a PVHA; a obsessão pelo segredo da soropositividade e as dores da solidão auto imposta; os medos decorrentes dessa experiência (medo de ficar doente, por exemplo); as estratégias de enfrentamento a sorologia (uso de drogas, o trabalho, o humor, a música e

guardar o segredo até o fim); questões referentes à espiritualidade e religiosidade para esses homens (a pouca eficácia e o estresse religioso, por exemplo).

No capítulo 7 elencamos a psicologia e sua relação com as pessoas que vivem com HIV/Aids, abordando questões como a compreensão delas sobre o papel da psicologia e o acesso aos serviços psi, além de problematizar as demandas reprimidas e dores invisibilizadas, finalizando com a reflexão sobre a psicologia e o compromisso ético político diante do desafio que vivemos entre fazer viver ou deixar morrer essas pessoas.

Conforme refletimos ao longo dessa dissertação, a psicologia pode ser muito potente enquanto ferramenta que auxilia PVHA a lidar com as questões impostas pela soropositividade. São muitas as possibilidades de atuação desse saber/fazer no contexto do HIV/Aids: acolher, orientar, cuidar, promover qualidade de vida, escutar e manejar dores, angústias e dificuldades oriundas dessa experiência, trabalhar junto aos parceiros e famílias das PVHAs, promover autonomia, enfim, o leque de atuações é bastante diverso.

Todas essas ações contribuem para fazer viver essas pessoas, podendo transformar as perspectivas de vida delas e auxiliá-las rumo à construção de horizontes possíveis para uma existência digna e feliz.

Muitos são os desafios, sobretudo em tempos de reemergência dessa problemática. Entretanto, a psicologia (e as outras áreas do saber que lidam com a questão do HIV/Aids) deve cumprir seu papel ético e político de trabalhar buscando romper paradigmas excludentes e estigmatizantes, atuando no sentido acolher e escutar ativamente as demandas existentes nesse contexto, intervindo individual e coletivamente sobre elas.

É necessário construirmos horizontes de solidariedade, acolhimento e valorização dessas vidas, caminhando na construção de laços mais fortes que reconheçam o direito do

outro a diferença e que auxiliem na desconstrução e eliminação de preconceitos, situações que “matam” cotidianamente essas pessoas.

Atuações pautadas nesses princípios produzem vida!

9. REFERÊNCIAS

- Almeida, M. R. C. B. & Labronici, L. M. (2007). A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1), pp. 263-274. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100030>
- Almeida, R. A. & Malagris, L. E. N. (2015). Psicólogo da saúde no hospital geral: um estudo sobre a atividade e a formação do psicólogo hospitalar no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), pp. 754-767. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001312013>
- Alves, H. B.; Alves, H. B. & Pereira, F. R. A. (2016). Características fitoterápicas do *Cereus Jamacaru*: cacto típico da caatinga. In: Congresso Internacional Diversidade do Semiárido. Campina Grande. Anais. Campina Grande: CONIDIS, p. 1 - 10. Recuperado de: <https://docplayer.com.br/46507307-Characterísticas-fitoterápicas-do-cereus-jamacaru-cacto-típico-da-caatinga.html>
- Alves, E. L. F. (2013). A vulnerabilidade do usuário de drogas no tratamento do HIV/Aids. (Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Serviço Social). Centro de Ensino Superior do Ceará, Faculdade Cearense. Fortaleza, Ceará, Brasil. Recuperado de: <http://ww2.faculdadescearenses.edu.br/biblioteca/TCC/CSS/.pdf>
- Alves, J.S. (2010). *Espiritualidade e Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil. Recuperado de: <http://biblioteca.asav.org.br/vinculos/tede/JoseaneAlvesSaudeColetiva.pdf>
- Alves, R. H. A. (2015). *Tanatografias da AIDS nas artes visuais: o corpo enfermo diante da morte e da fotografia*. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estud. Psicol.* (Campinas), 26(1), p. 93-100. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a10v26n1.pdf>
- Amiya, R.M., Poudel, K.C., Poudel-Tandukar, K., Pandey, B.D. & Jimba, M. (2014). Perceived family support, depression, and suicidal ideation among people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in the Kathmandu Valley, Nepal. *PLOS One*. 9: e 90959. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24603886>
- Andrade, C. J., Praun, L. D. & Benincasa, M. (2018). O cuidado dos filhos sob a responsabilidade paterna: mudanças de paradigmas nas relações familiares. O cuidado paterno frente às reconfigurações familiares. *Vínculo*, 15(2), 27-41. Recuperado de: <https://dx.doi.org/3c79c4f3165443f374c-335b>
- Andrade, D. (2013). *Cis e trans e o grupo LGBT: as diferenças entre sexualidade e identidade de gênero*. In: *Womansplaining*. Recuperado de: <http://womansplaining.com.br/tag/cisgenero/>

- Andrade, G. R. B. & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 07(04), 925–934.0121. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400023>
- Antunes, M. A. M. (2014). *A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição*. 5 ed. – São Paulo: EDUC.
- Araujo, L. C., Vieira, K. F. L., Coutinho, M. P. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF (Impr.)*, Itatiba, v. 15, n. 1, Apr. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>
- Arilha, M. (2010). *Nações unidas, população e gênero: homens em perspectiva*. Jundiaí: In House.
- Assis, M. M. A. & Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), pp. 2865-2875. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA. (n.d). O uso de drogas e o HIV. Recuperado de: http://abi aids.org.br/_img/media/questoes.pdf
- Ayres, J. R. C. M. (1995). *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J.R.C.M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.6, n.1, pp. 63-72. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., Buchalla, C. M. M. & Hearst, N. (2002). Capacitando profissionais e ativistas para avaliar projetos de prevenção do HIV e de AIDS. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4, Suppl.), 4-11. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000500003>
- Ayres, J. R. C. M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 549 – 560. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>
- Ayres, J. R. C. M., Júnior, I.F. & Calazans, G.J. (1997). AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. *II Seminário: Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids – ABIA*, Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde, IMS/UERJ, 20-38.
- Ayres, J. R. C. M., Júnior, I.F, Calazans, G. & Salletti, H. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, pp. 50-71.
- Badinter, E. (1993). *XY: Sobre a identidade masculina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Barraviera, S. R. C. S. & Barraviera, B. (2003). *Doenças sexualmente transmissíveis*. São Paulo: EPUB. 72 p.

- Bastos, F. I. P. M. & Bertoni, N. (Org.). (2014). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: *ICICT*.
- Bastos, C. (2002). *Ciência, poder, ação: as respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- Bastos, F. I. (2006). *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Beloqui, J. (1992). A polaridade vida-morte e a AIDS. In: V. Paiva (Org.). *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, pp. 27-31.
- Benfatti, F. A. R. (2015). Identidade de gênero: a masculinidade hegemônica em Tropic of Capricorn. Albuquerque – *Revista de História*, vol. 7, n. 14, p. 28 – 46. Recuperado de: <https://periodicos.ufms.br/index.php/AlbRHis/article/view/2969/2391>
- Birolo, F. (2016). *Árvore do umbuzeiro é tema de novo livro lançado pela Embrapa. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – Embrapa*. Recuperado de: <https://www.embrapa.br/busca-de-noticias/-/noticia/13336527/arvore-do-umbuzeiro-e-tema-de-novo-livro-lancado-pela-embrapa>
- Borges, R. E. A., Silva, M. F. S. & Melo, L. P. (2017). “Mas não tive coragem de contar”: a revelação da condição sorológica na experiência amorosa de pessoas que vivem com HIV. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 3, pp. 664–675. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170311>
- Boris, G. D. B. (2002). *Falas de homens: a construção da subjetividade masculina*. São Paulo: Annablume. Fortaleza: Secult. 420 p.
- Bourdieu, P. (2003). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: el poder del duelo y la violència*. Buenos Aires: Paidós.
- Brasil, Ministério da Saúde (2019). *Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)*. Recuperado em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2018). *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS - Julho de 2017 a Junho de 2018*, Volume 49 – Nº 53. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recuperado de: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
- Brasil, Ministério da Saúde (2018). *O Brasil tem um dos melhores programas de HIV/AIDS do mundo diz Drauzio Varella*. Recuperado de: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/o-brasil-tem-um-dos-melhores-programas-de-hivaids-do-mundo-diz-drauzio-varella-0>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). *O que é HIV*. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>

- Brasil, UNAIDS. (2017). *Informações básicas*. Recuperado de: <http://unaids.org.br/informacoes-basicas/>
- Brasil, Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP. (2019). Boletim Epidemiológico - IST/AIDS e Hepatites Virais. Recuperado de: <http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000200633.PDF>
- Brasil, Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009). O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 480 p. il. Color (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3_ed_p1.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde). Recuperado de: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brito, R.M., Santos, E.O., Braga, G.B., Printes, J.S., Chaves, R.M.T., Silva, W.L.A. (2007). A hermenêutica e o processo de construção do conhecimento. Manaus: *Dialógica*, v. 01, n. 03, p. 1-12. Recuperado de: http://www.dialogica.ufam.edu.br/PDF/no3/Rosa_Britto_Hermeneutica.pdf
- Brunello, M. E. F, Ponce, M. A. Z, Assis, E. G, Andrade, R. L. P, Scatena, L. M, Palha, P. & Villa, T. C. S. (2010). O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), pp. 131-135. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>
- Butler, J. (2006). *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2015). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butturi Junior, A. & Lara, C. A. (2018). As narrativas de si e a produção da memória do HIV na campanha o cartaz HIV positivo. *Linguagem em (dis)curso*, 18(2), pp. 393-411. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-4017-180208-12217>
- Calazans, G. J. (2018). *Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens*. (Tese de Doutorado), Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Calazans, G. J., Pinheiro, T. & Ayres, J. R. C. M. (2018). “Vulnerabilidade programática e cuidado público: panorama das políticas de prevenção do HIV e da AIDS voltadas para gays e outros HSH no Brasil”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. N° 29. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.13.a>

- Caliari, J. S., Reinato, L. A. F., Pio, D. P. M., Lopes, L. P., Reis, R. K. & Gir, E. (2018). Qualidade de vida de idosos vivendo com HIV/Aids em acompanhamento ambulatorial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl. 1), pp. 513-522. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0127>
- Carvalhaes, Flávia Fernandes de. (2010). Subjetividade e Aids: doença e militância na trajetória de mulheres hiv+. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(2), 115-128. Recuperado em 12 de outubro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809526720100000011&lng=pt&tlng=pt.
- Carvalho, J. M. R. (2019). *Experiências e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/Aids sobre direitos sexuais e reprodutivos*. 133 f. (Dissertação de Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Carvalho, P. E. R. (2007). *Juazeiro - Ziziphus Joazeiro*. Circular139.pdf. Recuperado de: <http://www.cnpf.embrapa.br/publica/cirtec/edicoes/>
- Carvalho, F. T. et. al. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. In: *Cad. Saúde Pública*, vol.23, n.9, pp.2023-2033. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900011>
- Carvalho, M.L., Braga, V.A.B., Galvão, M.T.G. (2004). AIDS e saúde mental: revisão bibliográfica. *DST – J Bras Doenças Sex. Transm.* 16 (4): 50-55. Recuperado de <http://www.dst.uff.br/revista16-4-2004/9.pdf>
- Carvalho, S. M. & Paes, G. O. (2011). A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Cad. Saúde Coletiva*, 19(2), 157-163. Recuperado de: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2157-163.pdf
- Cavalcanti, J. R. D. (2016). *A tenda do conto na atenção primária à saúde: um espaço possível para o cuidado integral à saúde masculina?* (Dissertação de Mestrado) – Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Brasil. Recuperado de: http://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/201721806916bd429385576eeefb6cfadf/Dissertao_de_Mestrado_-_Joseane_da_Rocha_Dantas_Cavalcanti.pdf
- Cavalcanti, J. R. D., Ferreira, J. A., Henriques, A. H. B., Morais, G. S. N., Trigueiro, J. V. S. & Torquato, I. M. B. (2014). Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Escola Anna Nery*, 18(4), 628-634. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>
- Chaves, J. C. S. (2016). *Pacientes portadores de HIV/Aids: as repercussões subjetivas após o diagnóstico*. (Pós Graduação – Saúde Mental e Atenção Básica). Salvador, BA, Brasil. Recuperado de: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/319/1/TCC%20revisado%20-%20altera%C3%A7oes.pdf>

- Cimino, A. P. N. & Leite, D. F. C. C. S. (2016). Psicologia e saúde pública: cartografia das modalidades de prática psicológica nas policlínicas. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), pp. 14-23. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016103>
- Coelho, M. T. A. D, Rocha, D. M. P. & Carneiro, R. A. S. (2017). Influência da masculinidade nas concepções e práticas de saúde-doença de alunos da educação superior em saúde. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*. Aracaju. v. 6. n. 1, pp. 47 – 58. Recuperado de: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/humanas/article/view/3517>
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities: knowledge, power and social change*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad. In: VALDES, T.; OLAVARRÍA, J. (Orgs.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago: Ediciones de las mujeres. v.24, pp.31-48.
- Correia, Priscila Feliciano, Cornélio, Rackel Pereira & Almeida, Jeane da Silva S. (2013). Saúde do homem: caracterização dos portadores de HIV-AIDS em Sergipe. Aracaju. *Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde*, v.1, n. 17, p.13-26.
- Costa-Couto, M. H. (2003). *Novos horizontes para as políticas públicas em HIV/AIDS: uma aproximação às questões da contemporaneidade*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Costa, M.S.C. (2002). Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 10(3), 372-382. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300011>
- Costa, A. B. & Nardi, H. C. (2015). Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. *Temas em Psicologia*, 23(3), pp. 715-726. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.3-15>
- Costa, T. L., Oliveira, D. C. & Formozo, G. A. (2015). Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(2), pp. 365-376. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00180613>
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O. Machin, R., Silva, G. S. N. da, Gomes, R., Schraiber, L. B., & Figueiredo, W. S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 257-270. Recuperado em 20 de maio, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. São Paulo: Penso Editora LTDA.
- Cueto, M. & Silva, A. F. C. (2018). HIV/Aids, os estigmas e a história. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 311-314, jun. Recuperado de: [10.1590/s0104-59702018000200001](https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000200001)

- Cummings, J. P., & Pargament, K. I. (2010). Medicine for the spirit: Religious coping in individuals with medical conditions. *Religions*, 1(1), pp. 28-53. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/re11010028>
- Cunha, C. C. (2018). Configurações e reconfigurações do movimento de jovens vivendo com HIV/AIDS no Brasil: Identidades e prevenções em jogo. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (29), pp. 294-312. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.14.a>
- Cunha, E. (2010). Os sertões [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 516 p. Scielo Books. Recuperado de: <https://books.google.com.br/books?id=Tt7OAwAAQBAJ&pg=PT20&lpg=PT2&dq#=onepage&q&f=false>
- Cunha, C. C. (2012). Os muitos reverses de uma “sexualidade soropositiva”: o caso dos jovens vivendo com HIV/AIDS. *Sexualidad, Salud, y Sociedad - Revista Latinoamericana, Rio de Janeiro, n. 10*, pp. 70-99. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000400004>
- Cunha, C. C. et al. (2001). A Função do Brincar na Clínica Integral com a Criança e Adolescente Vivendo com HIV/AIDS. *Relatório Final da Pesquisa Convênio Pibic / Cnpq / Fiocruz*, ago. 1999 – jul. 2001. Mimeo.
- Custódio, E. M. (2013). Maria Julia Kovács: uma pesquisadora refletindo sobre a morte. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 33(85), pp. 243-253. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2013000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Da Matta, R. (1987). *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Daniel, H. & Parker, R. (1991). *AIDS: a terceira epidemia*. São Paulo: Iglu Editora.
- Daniel, H. (1987). A AIDS é um tigre de papel... Higienico. *Radis Tema: FIOCRUZ*. Rio de Janeiro, N. Esp. pp. 53-62.
- Daniel, H. (1994). *Vida antes da morte*. 2. ed. Rio de Janeiro: ABIA.
- Dantas, S. M. V. & Couto, M. T. (2018). Sexualidade e reprodução na Política Nacional de Saúde do Homem: reflexões a partir da perspectiva de gênero. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (30), 99-118. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.05.a>
- Dantas, M. S. et. al. (2014). Representações sociais do HIV/Aids por profissionais de saúde em serviços de referência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(4), pp. 94-100. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45860>
- David, G. H. F. (2017). *A constituição do sujeito soropositivo e seus trajetos de (des)amor*. (Dissertação de Mestrado), 251 f. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil. Recuperado de: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/5415/1/glauciahelenaferreiradavid.pdf>

- Dazio, E.M.R., Sonobe, H.M. & Zago, M.M.F. (2009). Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 17(5):664-669. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500011>
- Demo, P. (2012). *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas, SP: Papirus, 5. ed.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Revista Ciência e Saúde*, 9, (1), pp. 7-14. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000100002&lng=pt&nrm=iso
- Dimenstein, M. D. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), pp. 57-63. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08>
- Domingues, P.S., Gomes, A.M.T. & Oliveira, D.C. (2016). Representações sociais de homens sobre o ser homem e suas implicações para o HIV/AIDS. *Rev Enferm UERJ*. 24 (6):1-6. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.8779>.
- Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press. Recuperado de: http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2003/44/5/29_BookRev.pdf
- Facchini, R., Pinheiro, T. F. & Calazans, G. J. (2018). Prevenção de HIV/Aids, produção de diferenças e processos de mudança social. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (29), pp. 253-262. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.12.a>
- Faustino, Q. M. & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), pp. 121-130. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000100014>
- Fernandes, N. (2017). *Síndrome do preconceito: como o estigma contribui para o aumento da epidemia de Aids*. Galileu. vol. 313. São Paulo: Editora Globo. Recuperado de: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2017/11/hiv-apesar-de-avancos-da-medicina-preconceito-e-o-mesmo-dos-anos-80.html>
- Ferraz, D. & Paiva, V. (2015). Sexo, direitos humanos e Aids: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo. Vol. 18, supl. 1, pp. 89-103. Recuperado de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00089.pdf
- Ferreira, D. C., Favoreto, C. A. O. & Guimarães, M. B. L. (2012). A influência da religiosidade no conviver com o HIV. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(41), pp. 383-394. Epub April 26, 2012. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000019>

- Ferreira Neto, J. L. (2010). The practice of the psychologist at SUS: an analysis of some impasses. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(2), pp. 390-403. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14149893201000020013&lng=en&tlng=en
- Figueiredo, W.S. (2008). *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Freire, F. M. S. & Pichelli, A. A. W. S. (2013). O psicólogo apoiador matriarcal: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), p. 162-173. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100013>
- Furtado, O., Bock, A. M. B. & Teixeira, M. L. T. (1999). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. 13. Ed. São Paulo: Saraiva.
- Gadamer, H. G. (2000). Retrospectiva dialógica à obra reunida e sua história da efetuação – Entrevista de Jean Grondin com Hans-Georg Gadamer. In Almeida, C. L. Silva de, Flickinger, H-G. & Rohden, L., (Orgs.). *Hermenêutica filosófica; nas trilhas de Hans Georg Gadamer* (pp. 203-222). Porto Alegre: Edipucrs.
- Gadamer, H. G. (2002). *Verdade e Método II: complementos e índice*. Petrópolis: Vozes. (Texto original publicado em 1986).
- Gadamer, H. G. (2004). *Hermenêutica de la Modernidad. Conversaciones con Silvio Vietta*. Madrid: Minima Trotta.
- Gadamer, H. G. (2007). *Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Bragança Paulista: São Francisco. Petrópolis: Vozes 8. Ed.
- Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo: Ed. 34.
- Galvão, M.T.G. & Paiva, S.S. (2011). Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. *Rev. Bras. Enferm.* 64 (6): pp. 1022-1027. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600006>
- Giovanella, L. & Fleury, S. (1995). Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz. pp. 177-198.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação de uma identidade deteriorada*. 4. Ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Gomes, A.M.T, Santos, A.D.S, Marques, S.C, Nogueira, V.P.F, Paula, G.S & Vargens, O.M.C (2019). Representações sociais da morte para pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 27. Recuperado de:

<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/33407/29600>

- Gomes, R. (2003). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gomes, R., Schraiber, L. B., Couto, M. T., Valença, O. A. A., Silva, G. S. N., Figueiredo, W. S., Barbosa, R. M. & Pinheiro, T. F. (2011). O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 113-128. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100007>
- Greco, D. B. (2016). Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), pp. 1553-1564. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>
- Grossman, A. H. (1991). Gay men and HIV/AIDS: understanding the double stigma. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2(4), pp. 28-32. Recuperado de: <https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/gay-men-and-hivaids-understanding-the-double-stigma>
- Guerriero, I. C. Z. (2012). *Masculinidades e prevenção do HIV*. BIS. Boletim do Instituto de Saúde, 14(1), pp. 17-23. Recuperado de: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v14n1/v14n1a02.pdf>
- Guimarães, K.M. & Godinho, M.C. (1992). Assistência psicológica. Grupo pela VIDDARJ e Niterói. *Dossiê*, Rio de Janeiro, n. 2 (12), pp.19-20.
- Gurgel, W. B. (2007). A morte como questão social. *Barbarói. Santa Cruz do Sul*, n. 27 (2): pp. 60 - 91. Recuperado de: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/138/570>
- Heilborn, M. L. (2004). *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Heilborn, M. L. (2010). Homens jovens e os atropelos da heterossexualidade: contracepção e aborto. In: MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana; BRASILINO, Jullyane (Org.). *Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. Recife: Instituto PAPAÍ.
- Helfenstein, M. D. & Rocha, A. (2016). História social da AIDS no mundo: a vulnerabilidade dos sujeitos. Araguaína. *Revista Científica do ITPAC*, v.9, n.1, Pub.8, pp. 1-5. Recuperado de: https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/77/Artigo_8.pdf
- Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), pp. 1106/1116. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1177/00027649921954787>
- Herzlich, C. & Pierret, J. (2005). Uma doença no espaço público. A AIDS em seis jornais franceses. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, n.15 (Suplemento), p. 71-101, Rio de Janeiro.

- Holanda, Adriano. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 24(3), 363-372. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870823120060000010&lng=pt&tlng=pt.
- Inácio, E. C. (2016). Carga zerada: HIV/AIDS, discurso, desgaste, cultura. *Revista Via Atlântica, São Paulo, n. 29*, pp. 479-505. Recuperado de: <https://doi.org/10.11606/va.v0i29.118885>
- International Commission of Jurists, ICJ. (2007). *Yogyakarta Principles – Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. Recuperado de: <https://www.icj.org/wp-content/uploads/2012/08/Yogyakarta-Principles-publication-2007-eng.pdf>
- Ismael, S. M. C. (2005). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In: S. M. C. Ismael (Org.). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. (pp.17-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jeolás, L. S. (2007). *Risco e prazer: os jovens e o imaginário da AIDS*. Londrina: Eduel.
- Jesus, G. J., Oliveira, L. B., Caliari, J. S., Queiroz, A. A. F. L., Gir, E. & Reis, R. K. (2017). Dificuldades do viver com HIV/Aids: entraves na qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), pp. 301-307. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700046>
- Jesus, J. G. (2012). Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. Brasília. 24p. Recuperado de: <https://pt.scribd.com/document/87846526/Orientacoes-sobre-Identidade-de-Genero-Conceitos-e-Termos>
- Jovchelovich, S. & Bauer, M.W. (2002). Entrevista Narrativa. In: Bauer M.W, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes. pp. 90-113.
- Koenig, H.G. (2012). Religion, spirituality and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, pp. 278-730. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5402/2012/278730>
- Kovács, M. J. (1992). Representações de morte. In: Kóvac MJ, coordenador. *Morte e desenvolvimento humano*. Casa do Psicólogo, São Paulo: pp.1-13.
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), pp. 94-104. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>
- Lago, E. L. M., Maksud, I. & Gonçalves, R. S. (2013). A “sorodiscordância” para profissionais de saúde: estudo qualitativo da assistência em ambulatório de HIV/Aids em município do estado do Rio de Janeiro. *Temas em psicologia*, 21(3), pp. 973-988. Recuperado de: 10.9788/TP2013.3-EE11PT

- Lay-Ang, G. (n.d). Carnaúba. Brasil Escola. Recuperado de: <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/carnauba.htm>.
- Lawn, C. (2007). *Compreendendo Gadamer*. Petrópolis: Vozes.
- Leite, K. L. C. (2015). O que fez da AIDS a peste atemorizante do século XX? Uma análise das implicações simbólicas. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 14, n. 41, p. 159-169, ago. ISSN: 1676-8965. Recuperado de: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/LeiteKelma%20Art.pdf>
- Leite, J. F., Dimenstein, M., Paiva, R., Carvalho, L., Amorim, A. K. M. A. & França, A. (2016). Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 341-353. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001812013>
- Liamputtong, P., Haritavorn, N. & Kiatying-Angsulee, N. (2012). Living positively: the experiences of Thai women living with HIV/AIDS in Central Thailand. *Qualitative Health Research*, California, v. 22, n. 4, pp. 441-451. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1049732311421680>
- Louro, G. L. (Org.). (2018). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva – 4. Ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Bassi, R. M., Nasri, F., & da Ponte Nacif, S. A. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 159-167. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n1/a16v14n1.pdf>
- Ludke, M. & Andre, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU: 30-31.
- Macedo, R. S. (2010). *Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação*. Brasília: Liber Livro.
- Magalhães, M. & Melo, S. (2015). Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde em Debate*, 1(1), pp. 65-77. Recuperado de: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7>
- Maia, E. C. A., & Reis Junior, L. P. (2019). Modos de enfrentamento do HIV/AIDS: direitos humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. *Revista do NUFEN*, 11(1), pp. 178 - 193. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº01ensaio48>
- Maksud, I. (2007). *Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/AIDS*. (Tese de Doutorado – Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M. & Netter, T. W. (Orgs). (1993). *A AIDS no mundo: história social da AIDS*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 321 p.

- Matão, M. E. L. et. al. (2010). Segredo: estratégia de soropositivos para o HIV na superação do preconceito. *Revista Enfermagem UFPE On Line*, v. 4, n. 1, p. 279-88, jan./mar. Recuperado de: <https://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/774/41>
- Mazer, S. M. & Melo-Silva, L. L. (2010). Identidade profissional do psicólogo: uma revisão da produção científica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), pp. 276-295. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000200005>
- Medeiros, A.R.C, Lima, R.L.F.C de, Medeiros, L.B de et al. (2017). Análise de sobrevida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Enferm. UFPE*, 11 (1): pp. 47-56. Recife. Recuperado de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11877/14331>
- Meirelles, B. H. S. et al. (2010). Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. In: *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 3, p. 68-76, jul./set. Recuperado de: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4584/3438>
- Melo, M. V. M & Caldas, M.T. (2013). Merleau-Ponty e Gadamer: Possibilidade de se pesquisar a prática de psicólogos clínicos. In C. L. B.T. Barreto, H.T.P. Morato & M. T. Caldas (Orgs.). *Práticas psicológicas na perspectiva fenomenológica* (pp. 183- 201). Curitiba, PR: Juruá.
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2007). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Miskolci, R. & Pelúcio, L. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. In: *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro: CLAM-UERJ, n. 1, p. 25-157.
- Missagia, J. (2012). A hermenêutica em Heidegger e Gadamer: algumas confluências e divergências. *Griot – Revista de Filosofia*, Amargosa (BA), v. 6, n. 2. Recuperado de: <https://doi.org/10.31977/grirfi.v6i2.531>
- Monteiro, S. S., Brigeiro, M., Vilella, W. V., Mora, C., & Parker, R. (2019). Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1793-1807. Epub May 30, 2019. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>
- Monteiro, S. (2002). *Qual prevenção? Aids, Sexualidade e Gênero em uma Favela Carioca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Moraes, C. J. A. & Granato, T. M. (2016). Tornando-se pai: uma revisão integrativa da literatura sobre a transição para a paternidade. *Psicologia em Estudo*, 21(4), Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2871/287149565003>
- Moraes, D.C.A., Oliveira, R.C., Motta, M.C.S., Ferreira, O.L.C. & Andrade, M. S. (2015). Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão. *Rev.*

- Pesqui. Cuid. Fundam. [Internet]*, 7(4): 3563-73. Recuperado de: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-27211>
- Moreira-Almeida, A. (2010). O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. *Rev Psiquiatr Clín*, 37(2), 41-2. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n2/a01v37n2>
- Moreira-Almeida, A. & Lucchetti, G. (2016). Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*, 68(1), pp. 54-57. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>
- Moreira, M. C. N. & Cunha, C. C. (2003). Repensando as práticas e dilemas no cotidiano de atenção à saúde de crianças e jovens vivendo com HIV/AIDS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro. Nº 29, p. 73-92.
- Moreira, V., Bloc, L., & Rocha, M. (2012). Significados da finitude no mundo vivido de pessoas com HIV/AIDS: um estudo fenomenológico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(2), pp. 554-571. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18084281201200&lng=pt.
- Morin, E. M. (2001). Os sentidos do trabalho. *Revista de Administração de Empresas*. 41(3), pp. 8-19. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/v41n3a02.pdf>
- Mota, M. S., Gomes, G. C., Coelho, M. F., Lunardi Filho, W. D. & Sousa, L. D. (2011). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), pp. 129-135. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100017>
- Motta, A. C. & Carvalho, W. M. E. S. (2015). Psicologia e políticas públicas em saúde: a psicologia no SUS - reconhecer potencialidades e aprimorar competências. In: *Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios/ Larissa Polejack (et. al.) Organizadores.* – Porto Alegre: Rede Unida, 440 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde). Recuperado de: 10.18310/9788566659443
- Moura, R. G. & Nascimento, R. P. (2018). “Só existe macho e fêmea, o resto é gambiarra”: analisando discursos da campanha Fala Homem. Teresina. *Revista FSA*, v. 15, n. 1, p. 43 – 64. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.12819/2018.15.1.3>
- Moura, A. M. (2006). *As relações de gênero em casais heterossexuais vivendo com HIV/AIDS: análise do discurso sobre os vínculos afetivo-sexuais.* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Moura, Alexandre Sampaio. (2012). *Endemias e epidemias: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose.* Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Alexandre Sampaio Moura e Regina Lunardi Rocha. Recuperado em 12 de Abril, 2019, de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3285.pdf>

- Mussi, F., & Teixeira, J. (2018). Fatores de risco cardiovascular, doenças isquêmicas do coração e masculinidade. *Revista Cubana De Enfermería*, 34(2). Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1613/354>
- Muylaert, Camila Junqueira, Sarubbi Jr, Vicente, Gallo, Paulo Rogério, Neto, Modesto Leite Rolim, & Reis, Alberto Olavo Advincula. (2014). Entrevistas Narrativas: Um Importante recurso em Pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (spe2), 184- 189. Recuperado de: DOI: 10.1590/S0080-623420140000800027
- Nascimento, A. K. B. & Avarca, C. A. C. (2017). Inserção do psicólogo na estratégia de saúde da família: relato de experiência na residência multiprofissional. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(3), pp. 107-118. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.477>
- Natividade, J. C. & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre aids. *Paidéia*, 21(49), pp. 165-174. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200004>
- Negrini, M. (2014). A significação da morte: um olhar sobre a finitude humana. *Revista Sociais e Humanas - UFSM*, Santa Maria, v. 27, n. 01, jan/abr, pp. 29-36. Recuperado de: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/6592/pdf>
- Neves, H. R. (2017). *O impacto do feedback do perfil de adesão ao tratamento antirretroviral sobre as percepções e o comportamento do paciente com infecção pelo HIV*. (Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Nogueira da Silva, G.S. (2011). Aids: da estigmatização ao acolhimento da vida. In: Alves, R. et al. *Os Contextos da Política para as DST, AIDS e hepatites virais*. EDUFRRN.
- Nogueira da Silva, G. S. (2013). A construção das vulnera(ha)bilidades masculinas: uma questão de saúde e violência. In: *Infância e Juventudes em Contextos de Vulnerabilidades e Resistências*. Ilana Lemos de Paiva; Marlos Alves Bezerra; Geórgia Sibebe Nogueira da Silva; Périsson Dantas do Nascimento. (Org.) 1ª ed. Ltda, pp. 153 -173. São Paulo: Zagodoni Editora.
- Nogueira da Silva, G. S. (2014). A humanização do cuidado diante da morte: “quando a prática queima os dedos”. In: *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso* (1º ed., v.2. L. Pessini; L. Bertachini & C. P. Barchifontaine, Org., pp. 405 - 27). São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos.
- Nogueira da Silva, G.S. (2017). *Anotações em sala de aula*.
- Nogueira da Silva, G. S. (2019). *Anotações em sala de aula*.
- Nogueira-Martins, L. A. (1994). *O stress psicológico em Medicina*. (Tese de Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

- Nolasco, S. (1996). A desconstrução do masculino: uma contribuição crítica à análise de gênero. In: NOLASCO, Sócrates. (Org.) *A desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015/2017*. Porto Alegre: Artmed.
- Nosyk, B. et al. (2014). The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Infect. Dis.*, v. 14, n. 1, pp. 40-49. Recuperado de: [10.1016/S1473-3099\(13\)70254-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70254-8)
- Nunes, A. A. et. al. (2015). Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 20, n. 10, pp. 3191-3198. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.03062015>
- Olavarria, J. (1999). Desejo, prazer e poder: questões em torno da masculinidade heterossexual. São Paulo: Editora 34. In R Barbosa. & R Parker (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. pp. 153-173.
- Oliveira, M. F. (2019). O lixo da vida e a poética da virilidade: a construção social da masculinidade hegemônica na obra de João Antônio. Araraquara: *Itinerários – Revista de Literatura*, n. 48, pp. 203 – 218. Recuperado de: <https://periodicos.fclar.unesp.br/itinerarios/article/view/12119/8409>
- Oliveira, I.B.N. (2009). Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [serial on the internet]. 25(2): S259-S268. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/08.pdf>
- Oliveira, J. P. M. (2018). *De frente com o fim: os profissionais de cuidados paliativos e o luto*. (Dissertação de Mestrado). 263 f. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
- Oliveira, L. C. S. D. (2016). *A mãe que entrega um filho em adoção: desvelando dores, preconceitos e possibilidades de ressignificação*. (Dissertação de Mestrado) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
- Oliveira, R.C.M. (2014). (Entre) linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (in) formação na/da abordagem (auto) biográfica. *Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos*, 2(4). Recuperado de: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059/730>
- Oliveira, D. C. (2013). Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), pp. 276-286. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700034>

- Paiva, V. & Parker, R. (2012). 30 anos de Aids: a história social de uma epidemia e da resposta brasileira. *RETS: a revista do terceiro setor*. Recuperado de: <https://www.rets.org.br/?q=node/1481>
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com a camisinha*. São Paulo: Summus.
- Paiva, V. (2005). Analysing sexual experiences through scenes: a framework for sexuality education and evaluation. London: *Sex education March*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/14681810500278295>
- Paulilo, M. A. S. (1999). *AIDS: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras Editora - Série Temas.
- Pargament, K.L. et al. (2001). Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and member. *J. Sci. Study Relig.*, v.40, n. 3, p.491-513.
- Parker, R. (2018). *Richard Parker apresenta os argumentos do seu próximo livro sobre a AIDS*. Recuperado de: <http://abi aids.org.br/richard-parkerapresenta-os-argumentos-do-seu-proximo-livro-sobre-a-aids/32012>
- Parker, R. (2015). O fim da AIDS? Rio de Janeiro. *ABIA: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS*. Recuperado de: <http://abi aids.org.br/o-fim-da-aids/28618>
- Parker, R. & Aggleton, P. (2001). Estigma, discriminação e Aids. *Coleção ABIA - Cidadania e Direitos*, v. 1, pp. 1 - 46. Rio de Janeiro: ABIA.
- Passamani, G. (2013). Uma montanha, dois caubóis e um segredo: um debate sobre gênero e masculinidades. *Bagoas - Estudos Gays: Gêneros E Sexualidades*, 7(10). Recuperado de: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/5384>
- Pereira, C. R. R. & Arpini, D. M. (2012). Os irmãos nas novas configurações familiares. Curitiba: *Psicologia Argumento*, v. 30, n. 69, p. 275 – 285. Recuperado de: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/23283/2256>
- Pereira Neto, E.F; Ramos, M.Z. & Silveira, E.M.C. (2016). Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. *Physis: Revista coletiva de saúde*, v. 26, n. 3, p. 961-979. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300013>
- Perucchi et. al. (2011). Psicologia e políticas públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. *Psicologia & Sociedade*. V. 23, pp. 72-80. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400010>
- Pessini, L. (2010). *Espiritualidade e arte de cuidar: o sentido da fé para a saúde*. São Paulo: Paulinas/ Centro Universitário São Camilo.
- Pinheiro, I. O. (2016). *Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS*. (Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

- Pinheiro, T. F. (2015). *Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/AIDS*. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Pinheiro, T., Couto, M., & Nogueira da Silva, G. (2012). Homens e cuidado: Construções de masculinidades na saúde pública brasileira. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 177-195. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/142>
- Pinho, C.M, Gomes, E.T, Trajano, M.F.C., Cavalcanti, A.T.A., Andrade, M.S. & Valença, M.P. (2017). Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.* 38(2): e67712. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67712>.
- Pratta, E. M. M. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, São Paulo, v. 25, n. 02, pp. 203-211, 17 abr. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>
- Preciado, P. B. (2017). *Manifesto contrassexual: práticas subversivas da identidade sexual*. São Paulo: n-1 edições.
- Rabuske, Michelli Moroni. (2009). *Comunicação de diagnósticos de soropositividade para o HIV e de AIDS para adolescentes e adultos: implicações psicológicas e repercussões nas relações familiares e sociais*. (Tese de Doutorado). 249 f. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/92396/273205.pdf?equence=1&isAllowed=y>
- Ramos, L. Q. (2016). *Da cara da morte para a cara viva da AIDS: a transição expressa nas campanhas do dia mundial de luta contra a AIDS (1989-2014)*. 154 f. (Dissertação de Mestrado - História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Reis, R. K., & Gir, E. (2009). Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), pp. 662-669. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300023>
- Reis, R.K. & Gir, E. (2010). Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/Aids. *Rev. Esc. Enferm USP*; 44(3): pp. 759-65. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/30.pdf>
- Reis, R. K., Santos, C. B., Dantas, R. A. S., & Gir, E. (2011). Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20(3), 565-575. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300019>

- Reis, R.K., Melo, E.S, Galvão, M.T & Gir, E. (2014). Educação em saúde junto às pessoas com HIV/Aids: proposta de intervenção interdisciplinar. *Ciênc. Cuid. Saúde*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i3.21120>
- Richardson, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.
- Romano, L. G. (2016). *A perspectiva da saúde mental no serviço de assistência especializada para pessoas vivendo com HIV/AIDS*. (Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação). Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10183/148330>
- Rua, M. G. & Abramovay, M. (2001). *A avaliação das ações de prevenção de DST/AIDS e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras*. Brasília: UNESCO.
- Said, A. P. & Seidl, E. M. F. (2015). Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), pp. 467-478. Epub September 00, 2015. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0120>
- Santos, W. N. (2018). *Análise de conceito do diagnóstico de enfermagem controle ineficaz da saúde em pessoas vivendo com Aids*. 77f. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. Recuperado de: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/26455/1/An%C3%A1liseconceitodiagn%C3%B3stico_Santos_2018.pdf
- Santos, F.S. & Incontri, D. (2010). A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. In F.S. Santos (Org.). *A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação*. São Paulo: Editora Comenius.
- Santos, R. M. (2006). *O Serviço Social e a exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos*. 169 f. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil. Recuperado de: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17931/1/ReginaMS.pdf>
- Sartre, J. P. (2013). *O existencialismo é um humanismo* (3a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Originalmente publicado em 1946).
- Schmidt, L. K. (2014). *Hermenêutica*. Trad. Fábio Ribeiro. Petrópolis: Vozes, 261p.
- Schneider, D. R. (2011). *Sartre e a psicologia clínica*. Florianópolis: Ed. da UFSC – 290 p.
- Schraiber, L. B. & Mendes-Gonçalves, R.B. (2000). Necessidades de saúde e atenção primária. In: L. B. Schraiber, M. I. B. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves (Orgs.). *Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica* (pp. 29-47). 2 ed. São Paulo: HUCITEC. Recuperado de: http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivapesquisa_130_saude_cap_1.pdf

- Scott, J. (1995). *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação e realidade, v.20, n.2, pp.71-99.
- Seidl, E. M. F. (2015). Atuação da psicologia em HIV/Aids: reflexões e experiências a partir de um projeto de extensão universitária. In: *Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios*/ Larissa Polejack (et. al.) Organizadores. Porto Alegre: Rede Unida, 440 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde). Recuperado de: <https://docplayer.com.br/17769263-Psicologia-e-politicas-publicas-na-saude-experiencias-reflexoes-interfaces-e-desafios-serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude.html>
- Seffner, F. & Parker, R. (2016). Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à AIDS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 293-304. Epub February 16, 2016. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>
- Silva, G. S. N. (2001). *A construção do adolecer masculino e o uso do preservativo*. (Dissertação de Mestrado). 164 f. Universidade Estadual do Rio de Janeiro - IMS, RJ, Brasil.
- Silva, G. S. N. (2006). *A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado*. (Tese de Doutorado) - Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-19042007-133348/pt-br.php>
- Silva, L. M. F. (2012). *Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para HIV/AIDS*. (Tese de Doutorado - Sociologia). 274f. Universidade da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. Recuperado de: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7293>
- Silva, L. C., Felício, E. E. A. A., Casséte, J. B., Soares, L. A., Moraes, R. A., Prado, T. S. & Guimarães, D. A. (2015). Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/ Aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 18(4), pp. 821-833. Recuperado de: doi: 10.1590/1809-9823.2015.14156
- Silva, A. F. C. & Cueto, M. (2018). HIV/AIDS, os estigmas e a história. Carta dos editores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 25, n. 2, p. 311-314. Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000200001>
- Silva, C. G. M. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4, Suppl.), 40-49. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000500007>
- Silva, S. G. (2006). A crise da masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. *Psicologia: ciência e profissão*, 26(1), 118-131. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932006000100011&lng=pt&tlng=pt.
- Soares, J. L., Araújo, L. F. S., Bellato, R. & Petean, E. (2016). Weaving of the health bond on the family situation of chronic illness. *Interface - Comunicação, Saúde,*

Educação, 20(59), pp. 929-940. Epub August 25, 2016. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0944>

Soares, J. L. et. al. (2013). Considerations about the health tie in the trajectory of search for elderly and the family care. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S. l.], v. 5, n. 4, pp. 583-590. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i4.583-590>

Soares, R. L. (2001). *Imagens veladas: Aids, imprensa e linguagem*. São Paulo: Annablume.

Sontag, S. (1989). *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.

Sournia, J. C. & Ruffié, J. (1986). *As epidemias na História do Homem*. Editora: Edições 70.

Souto, B.G.A., Kiyota, L.S., Bataline, M.P., Borges, M.F., Korkischko N., Carvalho, S.B.B. & Filho, M.M.S. (2009). O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, pp. 188-191. Recuperado de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n3/a188-191.pdf>

Sousa, A. F. L., Queiroz, A. A. F. L. N., Oliveira, L. B., Moura, M. E. B., Batista, O. M. A. & Andrade, D. (2016). Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), pp. 864-871. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0114>

Sousa, C. S. O. & Silva, A. L. (2013). O cuidado a pessoas com HIV/Aids na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), pp. 907-914. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400019>

Souza, A.S, Kantorski, L.P & Bielemann, V.L.M. (2004). A AIDS no interior da família - percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Acta Sci. Health Sci*; 26: pp. 1-9. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/e1f8/7201f083c59e1226c671b9f2065f8988a968pdf>

Souza, A. F. S, Mota, D. D. S, Bairros, G. Z. & Araújo, N. P. (2019). Os novos arranjos familiares, afeto e sexualidade nos tribunais: a evolução da família brasileira e os desafios da jurisdição. *(Re) pensando Direito, Ano 9, n. 17*, p. 243-258. Recuperado de: <http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/direito/article/view/794/594>

Spink M. J. (1993). *O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo. Ed. Brasiliense.

Teixeira, V. M. & Barcarolo, J. (2003). The Brazilian experience in proving universal access to anti-retroviral therapy. In: *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges*. Paris: ANRS. Recuperado de: <http://www.lepublieur.com/anrs/ecoaids6.pdf>

- Travassos, C. & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saude Publica*; 20(Supl. 2): S190-S198. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
- Treichler, P. (1991). AIDS, homophobia and biomedical discourse: an epidemic of signification. In: Crimp, D. (Ed.) *AIDS: Cultural analysis, cultural activism*. Cambridge: The MIT Press, pp. 31-70. Recuperado de: <https://doi.org/10.1215/9780822396963>
- Triviños, A. N. S. (2008). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Unaid's Brasil. (2016). *Declaração Política de 2016 da ONU sobre o fim da AIDS põe o mundo no caminho da aceleração da resposta para o fim da epidemia até 2030*. Recuperado de: <http://unaid's.org.br/2016/06/declaracao-politica-2016-ps/>
- Valle, C. G. (2015). Ativismo biossocial, identidades e cidadania: criando “pessoas vivendo com HIV e AIDS” no Brasil. *Vibrant*; 2 (2):28-70. 12(2), pp. 27-70. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-43412015v12n2p027>
- Valério, A. C. (2010). *A reinvenção do homem: as formas de masculinidade em Marcelo Mirisola*. Recuperado de: <http://www.udc.edu.br/IIEduCom.pdf>.
- Vasconcelos, E. M. (2006). A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: *A Espiritualidade no Trabalho em Saúde*. (1º Ed, E. M., Vasconcelos, Org., pp. 13 – 153). São Paulo: Hucitec.
- Vieira Junior, C. A., Ardans-Bonifacino, H. O. & Roso, A. (2016). A construção do sujeito na perspectiva de Jean-Paul Sartre. *Revista Subjetividades*, 16(1), pp. 119-130. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.1.119-130>
- Vieira-Sena, T. (2011). *A construção da identidade masculina contemporânea por meio da roupa íntima*. 187p. (Dissertação de Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Design, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil.
- Vilela, A. M. J. (2012). História da psicologia no Brasil: uma narrativa por meio de seu ensino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), pp. 28-43. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500004>
- Welzer-Lang, D. (2004). *Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo*. São Paulo: Boitempo. Santa Cruz do Sul: Edunisc. In: Schpun MR, organizadora. *Masculinidades*: p. 107-128.
- Zarpelon, J. T. G. (2012). Governança global na área da saúde e a influência do medo: estudo sobre a OMS e a Aids. *Saúde e Desenvolvimento*, v. 1, n. 15. Recuperado de: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RIMA/article/download/362/290>
- Zucchi, E. M., Paiva, V. S. F. & França, I. J. (2013). Intervenções para reduzir o estigma da AIDS no Brasil: uma revisão crítica. *Temas em Psicologia*, 21(3), pp. 1067-1087. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE15PT>

10. APÊNDICES

10.1. Roteiro de entrevista

- Após ter explicado o contexto da investigação em termos amplos ao colaborador, ter pedido permissão para gravar, ter explicado sobre o TCLE e obtido a autorização, é realizada uma breve explicação do procedimento da entrevista;
- Em seguida, são feitas questões para os dados de identificação do colaborador:
 - Nome;
 - Idade;
 - Profissão/ocupação;
 - Estado civil;
 - Religião;
 - Escolaridade;
 - Tempo de diagnóstico;
 - Orientação sexual.
- Após os dados de identificação será iniciada a entrevista narrativa a partir de uma pergunta disparadora. Foi elaborado um tópico inicial como possibilidade para abrir a narrativa do colaborador sobre a vivência de sua sorologia positiva para o HIV, bem como dos sofrimentos acarretados por ela;
- Segue-se para a formulação do tópico inicial ou questão disparadora:

Pedimos a sua contribuição no sentido de contar sobre sua experiência vivendo com HIV/Aids, os sofrimentos emocionais, desafios que enfrenta em decorrência de sua sorologia (como os enfrenta no seu dia a dia, sua vivência diária, desde o momento em que recebeu o diagnóstico até o momento atual), assim como possíveis ganhos, aprendizados; além de outros pontos que você entender importantes e queira destacar.

- Quando a narração chegar a um fim “natural”, surge a fase de questionamento. As perguntas formuladas com base no interesse da pesquisa (questões exmanentes) deverão ser traduzidas em questões imanentes (temas, tópicos e relatos de acontecimentos que surgiram durante a narração) com o emprego da linguagem do informante, buscando completar as lacunas da história. Essas perguntas devem focalizar principalmente:

* O significado da Aids para os colaboradores;

* O significado de ser homem heterossexual para os colaboradores;

* Principais causas de sofrimento emocional vivenciado em suas experiências com a soropositividade;

* Estratégias de enfrentamento utilizadas no dia a dia diante da sorologia;

* Busca, acesso, dificuldades e potencialidades na utilização dos serviços de psicologia.

- No final da entrevista, com o gravador desligado, poderão acontecer discussões interessantes na forma de comentários informais que poderão ser importantes para a interpretação da narração no seu contexto. No sentido de não perder esta

informação, utilizaremos *o recurso do diário de campo*. As anotações em diário de campo devem ser realizadas logo após o encontro ter sido encerrado.

- **Observações**

- O entrevistador deverá fazer um diário de campo especificamente voltado para a realização da narrativa. Nesse diário, poderão constar informações tais como: como de se deu o contato e o agendamento da entrevista; caracterização do local da entrevista; impressões sobre o entrevistado e a narrativa em geral (principalmente as impressões acerca da comunicação não verbal);
- Nesse diário, deverão constar também as informações sobre as percepções do entrevistado, seus sentimentos, afetações.

- **Perguntas complementares**

(conhecer o significado da Aids):

- Diga para mim as primeiras palavras que vem a sua cabeça quando você pensa Aids.
- Escolha a principal.
- Justifique a escolha (explorar).

(conhecer o significado de ser homem heterossexual):

- O que significa ser homem para você? É o mesmo significado que a sociedade dá? Ser homem e ser homem heterossexual tem alguma diferença?
- O que considera mais típico do ser homem?

(identificar as principais causas de sofrimento emocional vivenciado por essas pessoas em suas experiências com a soropositividade):

- Você citou alguns sofrimentos (caso tenha citado), você poderia falar um pouco mais sobre eles? Dê algum exemplo de situação que te causa ou causou sofrimento emocional.
- No seu trabalho já enfrentou alguma dificuldade? E com sua família? Amigos?
- De tudo que você me contou o que considera mais difícil? O que te ajudaria se fosse diferente?

(identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano delas diante de sua sorologia):

- Como você faz para enfrentar essas dificuldades?
- Com quem você conta?
- Busca alguma ajuda religiosa ou espiritual?

(investigar a busca - e se buscam -, o acesso, dificuldades e potencialidades na utilização dos serviços de psicologia):

- E os serviços de psicologia? Você acha que podem te ajudar? Em quê? Sabe como é o trabalho do psicólogo?
- Já procurou? Sabe onde tem psicólogo que você possa procurar?
- Conte-me como foi. (Conseguiu fácil? Gostou?) Você foi ajudado em quê?
- Conhece alguém que faz acompanhamento psicológico?

Essas questões servem apenas de roteiro para o entrevistador (a). Sua forma pode ser adaptada para cada entrevistado, sem que se perca a ideia da cada questão. E serão conduzidas como uma conversa, sem caráter interrogativo.

10.2. Roteiro para uso de cenas projetivas

A seguir serão descritos os passos para realização de cenas projetivas.

O momento será iniciado com a realização de uma dinâmica de apresentação, com o objetivo de propiciar uma primeira aproximação entre os colaboradores e a pesquisadora.

A primeira fase consistirá na evocação de palavras, na qual cada colaborador receberá uma folha e irá responder a seguinte questão:

- *Ser homem é?* _____

Após isso, escolha uma palavra dentre as que você mencionou que considere mais importante. Justifique sua escolha por esta palavra.

Na segunda fase será realizado breve aquecimento, por meio de caminhada pela sala e exercícios de respiração, ao som de música instrumental. Feito isso, os colaboradores serão convidados a sentarem e permitirem o envolvimento com uma cena que irão elaborar a partir das instruções que seguem abaixo:

Cena 1 - Ele busca um serviço de psicologia e encontra dificuldades no atendimento.

Imaginar um homem que se compreende como heterossexual vivendo com HIV indo buscar auxílio psicológico. Ele está sofrendo? Qual seu sofrimento? Onde ele busca o atendimento? É atendido? Quem o atende? Como ele gostaria que fosse o atendimento? O que acontece? Ele sente-se a vontade para falar sobre seus sentimentos em relação a viver com HIV? O que ele gostaria de conseguir dividir

com o profissional de psicologia para ser ajudado? Porque o atendimento não está sendo satisfatório? Como ele gostaria que o(a) psicólogo(a) o ajudasse a se abrir? Qual seria a maior dificuldade nesse momento? Ele foi atendido e considera o atendimento que teve ruim e decide que não vai continuar o acompanhamento com o profissional. O que precisa ser melhorado? Conte em detalhes o que aconteceu...

Na sequência, após algum tempo, será solicitado que abram os olhos e relatem a cena num papel com a maior riqueza de detalhes que lhes for possível. Quando finalizarem, o exercício será compartilhado e poderá ser feita as seguintes perguntas: *quais foram as dificuldades? O que o profissional poderia ter feito para que você considerasse um bom atendimento e desejasse continuar? Outro profissional poderia te acolher e ajudar em seus sofrimentos emocionais?*

Cena 2 - Ele busca um serviço e é muito bem atendido, gosta e pretende retornar para ser acompanhado.

Imaginar um homem que se compreende como heterossexual vivendo com HIV indo buscar auxílio psicológico. Ele está sofrendo? Qual seu sofrimento? Ele vai ser atendido e terá um ótimo atendimento a ponto de decidir continuar o acompanhamento com o(a) psicólogo(a). Como foi encontrar esse serviço? O que fez o atendimento ser tão bom? Ele se sente a vontade para falar sobre seus sentimentos em relação a viver com HIV? O que ele gostaria de conseguir dividir com o profissional de psicologia para ser ajudado? O que ele dividiu com o(a) psicólogo(a) já nesse primeiro atendimento? Como o profissional o ajudou nesse primeiro momento? Como saiu do atendimento? Por que deseja voltar? Conte em detalhes o

que aconteceu...

Em seguida, após algum tempo, será solicitado que relatem a cena num papel com a maior riqueza de detalhes. Quando finalizarem, o novo exercício será compartilhado mediado pelas questões: *o que fez esse atendimento ser ótimo? O que o profissional fez para que você considerasse um ótimo atendimento e desejasse retornar?*

O encerramento ocorrerá após a discussão dos citados exercícios mediante avaliação acerca de como os colaboradores se sentiram com a experiência, sendo solicitado que verbalizem a síntese da vivência através de uma palavra.

10.3. TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

10.3.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **“A dor invisível: desvelando experiências de sofrimento emocional de homens heterossexuais que vivem com HIV/Aids”**, que tem como pesquisadora responsável Kiara Cardoso da Silva, sob orientação da professora doutora Geórgia Sibeles Nogueira da Silva.

Esta pesquisa pretende compreender experiências de sofrimento emocional de homens heterossexuais soropositivos a partir do discurso dos mesmos.

A razão que nos motiva a realizar este estudo é querer contribuir com o desenvolvimento de ações de cuidado mais adequadas a realidade daqueles homens que vivenciam a cronicidade do HIV e da Aids em seu cotidiano, além de enfrentarem os estigmas e preconceitos que cercam esse lugar.

Desenvolver um trabalho como este poderá propiciar olhares mais sensíveis a essa temática, reconhecendo os sofrimentos dessa população e reivindicando espaços de cuidado mais humanizado.

Caso opte por contribuir com esta pesquisa, você deverá participar de uma entrevista, que será gravada em áudio e transcrita posteriormente para ser utilizada no estudo. Durante a realização da entrevista, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco a que você estará exposto é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Pode ocorrer um desconforto emocional em virtude de alguma pergunta realizada na entrevista, contudo, ele será minimizado através de um encaminhamento a um serviço de Psicologia.

Vale salientar que a pesquisadora possui condições de oferecer acolhimento e suporte terapêutico inicial, em razão de ser profissional de psicologia e possuir experiência em psicologia clínica, possibilitando uma escuta diferenciada. Seu benefício será a contribuição na produção de conhecimento na área deste estudo.

Caso você venha a ter algum problema relativo a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita, a ser prestada pela pesquisadora Kiara Cardoso da Silva. No decurso de toda a pesquisa você poderá sanar suas dúvidas ligando para a pesquisadora, por meio do contato telefônico: (84) 98825 7953 ou do e-mail kiara_cardoso@hotmail.com, ou para a orientadora da pesquisa, Geórgia Sibebe Nogueira da Silva, cujo contato telefônico é (84) 9471 0024 e e-mail: gsibebe@gmail.com.

Você tem direito a recusar participar ou cancelar seu consentimento, em qualquer estágio da pesquisa, sem que isso acarrete nenhum prejuízo para você.

Você tem direito a recusar responder qualquer pergunta que lhe cause constrangimento de qualquer natureza.

As informações que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgadas somente em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por este estudo em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você vier a ter alguma despesa decorrente de sua participação nessa pesquisa, ela será assumida pelo pesquisador e reembolsada a você.

Se você vier a sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

No caso de haver qualquer dúvida sobre questões éticas que envolvam essa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através do telefone 3215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Kiara Cardoso da Silva.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, relevância e a forma como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela poderá me trazer e estar ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“A dor invisível: desvelando experiências de sofrimento emocional de homens heterossexuais que vivem com HIV/Aids”**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, RN ___/___/___.

Assinatura do colaborador

Declaração do pesquisador responsável

Enquanto pesquisador responsável pelo estudo “**A dor invisível: desvelando experiências de sofrimento emocional de homens heterossexuais que vivem com HIV/Aids**”, assumo inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos que foram esclarecidos e assegurados aos participantes desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade dos mesmos.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido, estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Natal, RN ___/___/___.

Assinatura da pesquisadora

10.3.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cenas Projetivas

Eu, _____, após entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **“A dor invisível: desvelando experiências de sofrimento emocional de homens heterossexuais que vivem com HIV/Aids”** poderá trazer e entender, especialmente, os métodos que serão utilizados para a coleta dos dados, bem como estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Kiara Cardoso da Silva a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma das partes. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima mencionada em assegurar-me os seguintes direitos:

- a) poderei ler a transcrição de minha gravação;
- b) os dados coletados serão utilizados exclusivamente para gerar informações úteis a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
- c) minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
- d) qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
- e) os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora do estudo, Kiara Cardoso da Silva; após esse período, serão destruídos;
- f) serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal, RN ___/___/___.

Assinatura do colaborador

Assinatura da pesquisadora