

## EXPERIÊNCIAS DE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS VIVENDO COM HIV: DIFERENTES PROCESSOS EMOCIONAIS

### EXPERIENCES OF MEN MAKING SEX WITH MEN LIVING WITH HIV: DIFFERENT EMOTIONAL PROCESSES

### EXPERIENCIAS DE HOMBRES QUE HACEN SEXO CON HOMBRES VIVIENDO CON VIH: DIFERENTES PROCESOS EMOCIONALES

Roberto Garcia\*, Denise Gimenez Ramos\*\*

#### Resumo

**Introdução:** Na quarta década da descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ainda se observam inúmeras repercussões físicas, emocionais e sociais em pessoas vivendo com o HIV (PVHIV), mesmo com os excelentes prognósticos frente ao tratamento com Terapia de Alta Potência (HAART). Os elevados índices de estigma com relação a AIDS, característicos das fases iniciais, dificultam o processo de convivência com a infecção, embora, com o passar do tempo, o diagnóstico da doença também possa dar lugar a sentimentos inesperados de enfrentamento e de valorização à vida. **Objetivo:** Descrever os diferentes processos emocionais de homens que fazem sexo com homens (HSH) vivendo com o HIV. **Material e Método:** Para este estudo qualitativo, foram entrevistados 33 homens, de 20 a 60 anos, HSH HIV+, e que estavam em tratamento em um Centro de Referência e Tratamento (CRT) DST/HIV/AIDS de São Bernardo do Campo, São Paulo-Brasil. **Resultados:** Foram detectados diferentes processos emocionais. Enquanto no Grupo A se observou elevados índices de desesperança, isolamento e sentimento de culpa, no Grupo B foram evidenciados recursos de enfrentamento que trouxeram melhor adaptação, dentre eles, maior consciência de autocuidado e boa percepção de acolhimento da rede de apoio. **Conclusão:** Destaca-se a atenção para as complexidades envolvidas nestas percepções e para as suas repercussões, cuja compreensão em profundidade é importante para a perspectiva de prevenção, autocuidado e proteção de HSH HIV+.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS. Homens que fazem sexo com homens. Enfrentamento.

#### Abstract

**Introduction:** In the fourth decade after the discovery of the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), we still see many physical, emotional and social repercussions in people living with HIV (PLHIV), despite of the excellent treatment prognosis due to the High-Power Therapy (HAART). The high levels of AIDS stigma, typical of the early stages, make it difficult to coexist with this infection, although, over the time HIV diagnosis may also give rise to unexpected feelings of confrontation and appreciation of life. **Objective:** To describe the different emotional processes of men having sex with men (MSM) living with HIV. **Materials and method:** For this qualitative study, we interviewed 33 men, aged 20-60, HIV + MSM, who were being treated at a STD/HIV/AIDS Reference and Treatment Center (CRT) in São Bernardo do Campo, São Paulo, Brazil. **Results:** we detected different emotional processes. While in Group A there were high rates of hopelessness, isolation and guilt; in Group B, there was evidence of coping resources, that brought better adaptation, among them, a greater awareness of self-care and a good perception of reception by the support network. **Conclusion:** Attention has to be paid to the complexities involved in these perceptions and to their repercussions, whose in-depth understanding is important for the perspective of prevention, self-care and protection of HIV+ + MSM.

**Keywords:** HIV/AIDS. Men who have sex with men. Coping.

#### Resumen

**Introducción:** En la cuarta década del descubrimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), todavía se observan innumerables repercusiones físicas, emocionales y sociales en personas que viven con el VIH (PVVIH), incluso con los excelentes pronósticos frente al tratamiento con Terapia de Alta Potencia (HAART). Los altos índices de estigma con relación al SIDA, característicos de las fases iniciais, dificultan el proceso de convivencia con la infección, aunque con el paso del tiempo, el diagnóstico del VIH también puede dar lugar a sentimientos inesperados de enfrentamiento y de valoración a la vida. **Objetivo:** Describir los diferentes procesos emocionales de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) viviendo con el VIH. **Material y Método:** Para este estudio cualitativo, fueron entrevistados 33 hombres, de 20 a 60 años, HSH VIH+, y que estaban en tratamiento en un Centro de Referencia y Tratamiento (CRT) ETS/VIH/SIDA de São Bernardo do Campo, São Pablo-Brasil. **Resultados:** Se detectaron diferentes procesos emocionales. En el Grupo A se observaron altos índices de desesperanza, aislamiento y sentimiento de culpa, en el Grupo B se evidenciaron recursos de enfrentamiento que trajeron mejor adaptación, entre ellos, mayor conciencia de autocuidado y buena percepción de acogida de la red de apoyo. **Conclusión:** Se destaca la atención sobre las complejidades involucradas en estas percepciones y sus repercusiones, cuya comprensión en profundidad es importante para la perspectiva de prevención, autocuidado y protección de HSH VIH+.

**Palabras clave:** VIH/SIDA. Hombres que tienen sexo con hombres. Enfrentamiento.

\* PhD, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil. Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) Brasil. Contato: robgarc@uol.com.br

\*\* PhD, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil. Contato: deniseram@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem sido marcada desde o seu início, nos anos 1980, pelo impacto emocional implicado na revelação do diagnóstico<sup>1</sup>. Neste processo, observam-se fatores psicológicos conflituosos e dolorosos tanto para o indivíduo quanto para seus familiares<sup>2</sup>. A trajetória silenciosa das pessoas vivendo com HIV (PVHIV), na maioria dos casos, é marcada pela percepção de autoexclusão do convívio social<sup>3</sup>, pelo estigma e a discriminação<sup>4</sup>, e por diversos prejuízos emocionais, tais como, elevação da ansiedade, depressão e desesperança<sup>5</sup>, autoisolamento<sup>6</sup>, sentimentos autodestrutivos<sup>7</sup>, com grandes consequências psicossociais e econômicas, e, em casos mais extremos, com elevada propensão de risco de ideação suicida<sup>8</sup> e de comportamento suicida<sup>9</sup>.

Considerando o início da epidemia de AIDS no Brasil, que aconteceu na década de 1980, até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos, com tendência de crescimento de 10,8% em homens, na categoria de exposição heterossexual. Neste período, observou-se de forma mais acentuada o aumento na proporção de casos de homens que fazem sexo com homens (HSH), de 34,9% em 2005 para 44,9% em 2014<sup>10</sup>. As representações sociais, construídas nesse processo histórico da AIDS, têm dificultado ainda mais o cotidiano de HSH vivendo com HIV, devido à percepção de estigmatização tanto por estar infectado quanto por sua orientação sexual, vulnerabilizando-os ainda mais<sup>11</sup>.

Por outro lado, uma das marcantes conquistas na qualidade de vida de PVHIV surge com a terapia antirretroviral de alta potência (HAART)<sup>12</sup>, que colaborou diminuindo significativamente a mortalidade e morbidade pelo HIV<sup>13</sup>. Ao alcançar o status de cronicidade, nota-se uma alteração cultural na forma de lidar com a AIDS, na qual a morte iminente deu espaço a melhores perspectivas de convivência<sup>14</sup>, possibilitando que as PVHIV retomassem seus projetos de vida familiar e profissional<sup>15</sup>. Entretanto, o mesmo não se pode dizer quanto ao estigma e discriminação que ainda são produzidos e reproduzidos sob a mesma percepção do modelo inicial da AIDS, gerando inúmeras implicações emocionais aos HSH HIV+<sup>16</sup>, tais como sentimentos de medo, rejeição, hipervigilância e culpa, e levando-os a grande isolamento social<sup>17</sup>.

Uma das questões associadas a esta conjuntura

é a homofobia internalizada na sociedade, a qual pode ser considerada uma das grandes responsáveis pelo comportamento sexual de risco de HSH associado ao HIV<sup>18</sup>. No caso de HSH negros pode-se observar, inclusive, um acúmulo nas percepções de estigmas sentidos, potencializando sofrimentos motivados por fatores psicossociais e econômicos, além da rejeição de familiares e de grupos religiosos<sup>19</sup>.

De acordo com análise de Beloqui<sup>20</sup>, existe um risco relativo elevado e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade para a população de HSH quando comparado ao da população masculina heterossexual, nas cidades e estados de São Paulo e Rio de Janeiro, constatado no período de 1996 a 2003. A pesquisa de Barbosa Junior<sup>21</sup> encontrou dados semelhantes ao avaliar a vulnerabilidade de subgrupos masculinos no Brasil, no período de 1980 a 2004, constatando que os HSH são uma população de risco. De igual forma, a pesquisa de Guibu et al.<sup>22</sup> que avaliou a incidência de AIDS e estimativa de riscos relativos por categoria de exposição no Estado de São Paulo, Brasil, de 1998 a 2005, constatou a concentração da epidemia em grupos específicos, dentre eles os HSH.

Entre as principais questões que também podem intensificar a vulnerabilidade para o comportamento de risco entre HSH, destacamos o uso de substâncias psicoativas<sup>23</sup>, as quais são potencializadas por "agentes facilitadores", dentre eles, o elevado consumo de álcool e de drogas<sup>24,25</sup>.

Por outro lado, neste processo é importante destacar aspectos que colaboram diretamente para o melhor enfrentamento e qualidade de vida de PVHIV, dentre eles, o valor das crenças, a motivação e o otimismo, os quais atuam como fatores protetores da saúde mental<sup>26</sup> e promovem sentimentos de valorização da vida<sup>1</sup>. Estudos mostram que questões de sexualidade e sociodemográficas<sup>27</sup>, aspectos médico-clínicos, tipo de organização familiar, bem como a qualificação da equipe de saúde<sup>28</sup> e a comunicação dos diagnósticos<sup>2</sup>, dentre outras, podem colaborar diretamente na qualidade de vida de PVHIV.

Entretanto, apesar de sua grande importância, esses estudos abordam variáveis sociais amplas, sem pesquisar em profundidade os fatores psicodinâmicos subjacentes às resistências ao uso do preservativo e a falta de comportamentos de autocuidado e proteção de PVHIV.

Diante disto, esta pesquisa tem como objetivo descrever os processos emocionais de HSH vivendo com HIV referentes a: significado de viver com HIV, percepção da rede de apoio social e/ou familiar e mudanças comportamentais após o diagnóstico.

## MATERIAL E MÉTODO

Fizeram parte do estudo 33 homens, os quais foram selecionados no Centro de Referência e Tratamento de DST/HIV/AIDS (CRT/DST/HIV/AIDS) em São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil. Quanto aos critérios de inclusão: pertencer ao gênero masculino, ter comportamento sexual HSH e ser HIV+, idade superior a 18 anos e estar em tratamento no CRT/DST/HIV/AIDS.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, sendo um deles um questionário sociodemográfico com questões relacionadas a hábitos e aspectos da vivência com HIV, e uma entrevista estruturada semidirigida, contendo três questões principais para investigar as percepções e significados atribuídos às experiências de vivenciar o HIV.

Na seleção dos participantes contou-se com o auxílio da equipe de profissionais da instituição responsável pelo tratamento, após reunião de discussão e esclarecimentos quanto aos detalhes do projeto. Os participantes foram selecionados obedecendo-se aos critérios de inclusão com posterior entrevista, individuais e que ocorreram em sala privada na clínica do CRT/DST/HIV/AIDS. Previamente às entrevistas, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo solicitada a assinatura dos participantes em duas vias, destinadas, ao entrevistador e ao participante. O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) sob protocolo número 223/2011.

Utilizou-se como método o Discurso do Sujeito Coletivo<sup>29,30</sup>, cujo objetivo é resgatar e descrever os conteúdos mais significativos na forma de "discursos coletivos"; e revelar como as pessoas percebem, refletem e atribuem sentidos e posicionamentos a eventos por elas vivenciados de forma a que o sujeito manifeste uma ou mais opiniões frente a cada questão. Dessa forma, os agrupamentos ocorreram a partir dos depoimentos

individuais com sentidos semelhantes, os quais foram agrupados em um discurso único, representando uma opinião coletiva, e processados em um *software* Qualiquantsoft ([www.spi-net.com.br](http://www.spi-net.com.br)).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização da amostra

A amostra neste estudo foi caracterizada por indivíduos de: a) faixa etária de 20 a 60 anos, sendo 4 de 20-30 anos, 9 de 31-40, 8 de 41-50; e 12 de 51-60; b) cor: 17 branca, 14 parda e 2 preta; c) estado civil: 14 solteiros, 3 divorciados, 8 casados e 8 com união estável; d) nível de instrução: 4 do ensino fundamental I; 7 do ensino fundamental II; 13 ensino médio e 8 universitários; e) comportamento sexual: 21 HSH e 12 HSHM (homens que fazem sexo com homens e mulheres)<sup>\*\*\*</sup> e; f) histórico do HIV: 24 foram infectados antes da HAART e 9 após. Os participantes do estudo relataram que além do HIV, foram diagnosticados e tratados de infecções (1 hepatite B, 2 hepatite C e 3 sífilis) e infecções oportunistas (1 citomegalovírus e 1 toxoplasmose).

O maior número de participantes estava na faixa etária de 51-60 anos, de cor branca, solteiros, com ensino médio, com comportamento sexual HSH, e que foram infectados antes da HAART. Os dados que dizem respeito à faixa etária e ao tempo de infecção nos apontam que a maior proporção da população entrevistada concentrava-se entre os mais velhos, portanto, os que acompanharam as primeiras fases do desenvolvimento da AIDS, entre as décadas de 1980 e 1990. Este dado é significativo, considerando o quanto a vivência e o acompanhamento dos estágios da doença puderam influenciar a construção de recursos emocionais para adaptação e enfrentamento dos HSH vivendo com HIV.

As múltiplas percepções encontradas nos depoimentos dos entrevistados foram subdivididas em três grandes temáticas, agrupadas estatisticamente e em forma de discursos coletivos e, posteriormente, expostas nos itens e subitens abaixo identificados como 1, 1A, 1B; 2, 2A, 2B e 3, 3A, 3B; demonstrando as polaridades e os contrastes com relação aos diferentes processos emocionais identificadas no relato das experiências de HSH vivendo com o HIV.

\*\*\*A terminologia HSH é amplamente utilizada em pesquisas como categoria de análise, assim como por órgãos governamentais e ONGs. Além disso, ela integra as diretrizes do Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de AIDS e das DSTs entre Gays, HSH e Travestis (2007)<sup>31</sup>, em resposta às reduções de vulnerabilidades e no combate aos estigmas e discriminações homofóbicas. Entre o comportamento sexual de HSH, estão os homens que também fazem sexo com homens e mulheres (HSHM).

## 1) "Percepção atribuída ao significado de viver com o HIV"

**Tabela 1** - Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: O que significa para você viver com HIV?

Ideias Centrais	N	%
A- Normal, como se não tivesse a doença.	12	36,36
B- É ter uma vida limitada, sem esperanças, uma situação traumática.	19	57,57

Nº de entrevistados: 33 homens (obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central)

### 1.A – Normal, como se não tivesse a doença

*É como se eu não tivesse; nem acho que eu tô doente. Eu tento pensar pra frente, não olho mais pra trás. É uma coisa que pra mim tá mais na alma do que no corpo. A gente bebe, a gente sai, toma o remédio como se não tivesse nada. Porque eu estou muito bem. Então pra mim não mudou nada, só essa questão da parte sexual que eu tive que alinhar. O essencial pra se sobreviver com o HIV é disciplina. Me sinto muito bem, saudável e produtivo. Então não é algo que eu tenha algum medo, alguma preocupação. Já tive no começo, quando eu descobri, mas hoje me sinto tranquilo.*

Dentre as pessoas do grupo A, 36,36% dos indivíduos demonstraram capacidade de adaptação à sua condição. A compreensão dos processos envolvidos reforçou os aspectos emocionais referentes ao enfrentamento da doença, dentre eles a disciplina, importantíssima para adesão ao tratamento, a perseverança e autoconfiança. Esses achados foram corroborados por Shaurich et al.<sup>14</sup>, e Morlat<sup>15</sup>.

### 1.B – É ter uma vida limitada, sem esperanças, uma situação traumática

*Acabou a minha vida, eu vou.... eu vou me matar. Não é fácil se conviver com o vírus HIV. É muita luta. A gente fica mais limitado... física e psicologicamente... tira tua esperança, dá uma certa incerteza do futuro. Não consigo aceitar, é muito complicado, não me acostumei até hoje. Às vezes eu falo que levo uma vida normal, mas não levo.*

No grupo B, 57,57% demonstraram enormes dificuldades e uma condição emocional bastante fragilizada, potencializada por sentimentos de insegurança, incerteza, não aceitação do diagnóstico do HIV e ideação suicida. Essas implicações emocionais foram também constatadas nas pesquisas de outros autores<sup>4-6,9</sup>.

As percepções e atitudes observadas entre os grupos demonstram o quanto os significados atribuídos aos diferentes processos emocionais estão diretamente associados à construção de recursos internos para lidar com as situações externas.

## 2) "Percepção da rede de apoio"

**Tabela 2** - Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: Como foi a experiência da revelação do diagnóstico?

Ideias Centrais	N	%
A- O apoio da rede social gerou esperanças.	16	48,48
B- Difícil, teve muitas decepções e afastamentos.	14	42,42

Nº de entrevistados: 33 homens (obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central)

### 2.A – O apoio da rede social gerou esperanças

*Não tive nenhum tipo de preconceito, nenhum tipo de problema porque era uma pessoa esclarecida. Eu elenquei alguns amigos que eu sabia que eu poderia falar tranquilamente, por serem esclarecidos. Então comecei a levar a vida normal, como não tivesse nada, entendeu? Então é como se não existisse nada. Porque eu vejo o HIV como uma patologia clínica, não vejo o HIV como uma doença moral. Eu tenho apoio total, total...cresceu o amor na família, multiplicou o amor dos meus amigos. A reação foi muito de apoio, de solidariedade.*

A percepção da rede de apoio demonstrou ser um fator muito significativo para os entrevistados. Para os 48,48% do grupo A, o acolhimento familiar e dos amigos parece ter sido decisivo para o entendimento e manejo das questões envolvidas da doença e para a segurança emocional necessária no enfrentamento do HIV. As repercussões positivas produzidas em decorrência do apoio familiar e de amigos, também foram constatadas por outros pesquisadores<sup>1,15,26</sup>.

### 2.B - Difícil, teve muitas decepções e afastamentos

*Foi muito difícil pra entender. Não sou mais gente na minha vida né? Os outros agiram do contra, o pessoal se afasta. Sabe que você é doente e se afasta. Várias pessoas que eu me aproximei, gostei, eu vi a mudança: fisicamente, pessoalmente e visualmente. Eu nunca tive coragem de revelar. As pessoas são leigas no assunto, são muito preconceituosas e não lida bem, acham que o soropositivo é a pessoa morrer do dia para a noite.*

A falta de apoio observada por 42,42% do grupo B parece ter sido um fator determinante que os levou a desenvolver sentimentos de isolamento e distanciamento, conforme identificado também por outros pesquisadores<sup>3,6,17</sup>. Neste caso, o outro que poderia estar próximo e ajudar na construção das adaptações necessárias e no enfrentamento das questões demandadas pela doença passa a ser sentido como o censor, reforçando sofrimentos emocionais bastante expressivos. Esta situação, também identificada em outras pesquisas, conduz as PVHIV a desenvolverem o segredo e o silêncio<sup>3</sup> como estratégia para lidar com o diagnóstico, sinalizando

a elevada percepção do estigma do HIV<sup>4</sup> e o quanto este pode dificultar a construção de recursos emocionais de enfrentamento, vulnerabilizando-os ainda mais<sup>11</sup>.

### 3) "Percepção das mudanças na vida após o diagnóstico do HIV"

**Tabela 3** - Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: O que mudou em sua vida após o diagnóstico do HIV?

Ideias Centrais	N	%
A- Mudou a postura diante da vida, comportamentos e hábitos.	12	37.37
B- Mudou tudo, teve que enfrentar o preconceito.	21	63.63

Nº de entrevistados: 33 homens (obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central)

### 3.A – Mudou a rotina da vida, comportamentos e hábitos

*Isso aconteceu pra eu aprender, é uma lição de vida. E agora o que eu quero é ter a minha vida saudável. A minha vida era muito corrida e depois do HIV mudou também a forma de ver o futuro, eu me cuido mais. Há males que vem pra bem. Hoje eu me sinto uma pessoa bem melhor do que antes, eu passei por uma reviravolta muito grande... hoje eu me tornei uma pessoa melhor interiormente, eu consigo ter a paz que eu não tinha antes. Sou religioso e hoje eu consigo ter essa paz espiritual que eu não tinha antes. Hoje tento aproveitar cada segundo, cada momento da minha vida, pra poder aprender. Eu tento aproveitar a vida o máximo possível. Então é como se eu tivesse me apegado a um grande desafio. Antes eu vivia de uma forma assim, sem objetivo. Por incrível que isso possa parecer, me ajudou a melhorar como pessoa, a ter mais objetivos na vida, a ser mais humano, a ser menos preocupado só com o meu umbigo.*

A percepção de mudanças após o diagnóstico evidencia a dimensão de quanto o HIV pode influenciar física e psicologicamente a vida de HSH HIV<sup>+</sup>. No grupo A, 37,37% demonstraram o quanto o entendimento das questões envolvidas no HIV é importante para a estruturação de processos emocionais funcionais e, conseqüentemente, para o enfrentamento da doença. Chama a atenção o depoimento "hoje eu me tornei uma pessoa melhor interiormente", sinalizando que a reavaliação dos processos físicos e emocionais da vida, a perseverança, a espiritualidade, dentre outros fatores, estão diretamente associados à construção de recursos internos. Estes propiciam enormes benefícios aos indivíduos, especialmente quando consegue atribuir um significado positivo ao diagnóstico do HIV. Neste caso, é como se a doença propiciasse a possibilidade de um contato profundo com vários elementos emocionais fragmentados e não elaborados que são, a partir do diagnóstico, reavaliados e reconstruídos. As questões

detectadas neste estudo também foram reportadas por outros pesquisadores, que pontuaram a importância desses sentimentos de enfrentamento e de valorização à vida<sup>1</sup> para a qualidade de vida de PVHIV<sup>26</sup>.

### 3.B – Mudou tudo, teve que enfrentar o preconceito

*Eu diria que hoje perdeu o sentido. Tento, me arrasto pra prosseguir... Não sei se vou conseguir, foi uma virada. Pra mim parece que faltou o chão, sabe? Minha aparência mudou, sei que não sou o mesmo. Nunca mais voltarei a ser o mesmo. Me sinto rejeitado, não sou mais normal né. Às vezes acordo e preferia estar morto, morrer. Ninguém te aceita. É uma vida desgraçada cara, nem o diabo viveu assim. Não dá pra aceitar, não tem jeito. É um peso que não sei até quando vou carregar. Tenho que pagar tudo por ter aprontado, a sacanagem destruiu minha vida e hoje sou um morto vivo, fico "perambulano", se não ficar esperto só vem pedras. As pessoas não têm mais respeito por mim, pelo contrário. Culpa de viado é pior que qualquer outra culpa, e eles te culpam... as pessoas são más, te maltratam, fingem que você não existe, é como se você fosse um nada. No meu caso é lascado, difícil mesmo, curto um doze na vida, sou preto, cabeça chata, homossexual, to com o bicho, sou pobre, às vezes nem tenho grana pra vim pegar meus remédios. O foda é esconder de todo mundo, sempre ter que tirar a etiqueta do remédio, tomar disfarçadamente. Então por mais que eles não me "aceitem", tem nojo de mim, eu penso: quem sabe se estiver mais próximo eles passam a me aceitar, gostar um pouco de mim como sou.*

No grupo B, 63,63% demonstram o quanto a percepção negativa acentuou aspectos emocionais disfuncionais bastante significativos. A desesperança, a solidão, a autocomiseração, dentre outros, mobilizaram nesses indivíduos sofrimentos de difícil manejo, dentre eles, hipervigilância, culpa e falta de pertencimento, levando-os a acentuar os efeitos estigmatizantes associados a trabalho, etnia e sexualidade, e a potencializar ainda mais seu sofrimento emocional. A percepção desses sentimentos negativos e suas conseqüências emocionais foram igualmente reportadas em outras pesquisas<sup>4-7,11,17,19</sup>. Ao contrário do 3.A, é como se o grupo 3.B utilizasse do diagnóstico do HIV para superdimensionar sentimentos emocionais não elaborados, entrando, assim, em um ciclo de autodestruição e autocomiseração, conforme exposto na 8<sup>th</sup> Virtual Congress HIV/AIDS<sup>7</sup>, e por estudo de Carrico et al.<sup>8</sup>.

As implicações oriundas dos processos elaborados parecem contribuir diretamente ou para o aumento dos sofrimentos emocionais dos envolvidos ou para o enfrentamento, adaptação e melhor adesão ao tratamento. Assim, a atenção em profundidade a esses diferentes processos pode ser a chave para reverter processos emocionais disfuncionais que causam profundos sofrimentos aos HSH HIV<sup>+</sup>, como também pode promover

possíveis melhorias de ações associadas à prevenção e promoção a saúde.

## CONCLUSÃO

Apreendeu-se pelo estudo que o HIV pode influenciar física e psiquicamente a vida de HSH HIV<sup>+</sup>. As demandas identificadas nas narrativas dos processos emocionais dos entrevistados demonstram o quanto a compreensão em profundidade dos significados atribuídos à vivência com o HIV é fundamental para a condução dos tratamentos clínicos.

Quanto à percepção dos aspectos disfuncionais geradores de sofrimentos emocionais, destacam-se: a) o segredo, o sentimento de culpa e as ideações suicidas os quais podem estar associados à ideia ou crença da doença como punição; b) a visão da AIDS como uma limitação, que pode estar associada a uma dificuldade de aceitação da doença; c) a elevada repressão da sexualidade a qual pode gerar sentimentos de autocomiseração; d) o medo da rejeição que pode levar a um constante estado de alerta; e f) a percepção de estigma e discriminação que podem levar ao isolamento da rede de apoio social. Por outro lado, no que se refere à percepção dos aspectos funcionais na vivência com o HIV, destacamos: a) a religiosidade e a amizade, as quais podem colaborar para o enfrentamento da doença, b) a elaboração simbólica da vivência com a AIDS que pode contribuir para gerar esperança, maior consciência de si e, conseqüentemente, maior possibilidade de reestruturação da personalidade, e c) os pensamentos de morte que podem mobilizar e

ativar sentimentos profundos de autoestima e significados de vida, conduzindo o indivíduo a um comportamento de autocuidado e de autoproteção.

Uma assistência psicológica, que acolha estas questões e auxilie as pessoas HSH HIV<sup>+</sup> a (re)construírem recursos emocionais de enfrentamento e adaptação às demandas do diagnóstico do HIV, poderá ser decisiva para o sentimento de bem estar e qualidade de vida ou, na sua falta, para sofrimentos emocionais tais como observados neste estudo. É necessário um trabalho psicológico com pessoas vivendo com HIV de modo a propiciar um espaço para que estes tenham contato com suas questões internas e possam elaborar suas percepções e atitudes para lidar com as demandas externas, geradoras de profundos sofrimentos emocionais. Evidenciou-se que esses fatores podem implicar diretamente na potencialização dos sintomas e na produção de comportamentos autodestrutivos.

O restrito número de indivíduos é um fator limitante. Entretanto, embora não se possa fazer generalizações, há importante grau de representatividade no contexto da instituição de serviço onde o estudo foi realizado.

## Agradecimentos

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Cardoso AL, Marcon SS, Waidmani AAP. O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador do HIV/AIDS e sua família. *Rev Enferm UERJ*. 2008 jul/set; 16(3):326-32.
2. Rabuske MM. 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]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009. [Internet] [citado em 11 out. 2015]. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/92396>
3. Kahhale EP, Christovam C, Esper E, Salla M, Anéas T. HIV/AIDS enfrentando um sofrimento psíquico. São Paulo: Cortez; 2010. Coleção: Construindo o Compromisso Social da Psicologia.
4. Ayres JRCM, França Jr I, Paiva V. Crianças e jovens vivendo com HIV/AIDS: estigma e discriminação. [Internet] [citado em 19 dez. 2015]. Disponível em: [http://www.redescola.com.br/site/images/stories/conteudos\\_especificos/biologia/aids\\_jovens\\_vivendo.pdf](http://www.redescola.com.br/site/images/stories/conteudos_especificos/biologia/aids_jovens_vivendo.pdf)
5. Lee RS, Kochman A, Sikkema KJ. Internalized stigma among people living with HIV/AIDS. *AIDS Behav*. 2002; 6(4):309-19.
6. Audet CM, McGowan CC, Wallston KA, Kipp AM. Relationship between HIV Stigma and Self-Isolation among People Living with HIV in Tennessee. *PLoS ONE*. 2013; 8(8):e69564.
7. Santos-Costa Q, Coelho-Martins S, Azevedo-Pereira JM. The Prestige! Differences between HIV and SIV: virus-cell initial interaction – tropism and pathogenicity. In: VIII Congresso Virtual HIV/AIDS - Current research insights into HIV/AIDS and related diseases; SIDAnet, Associação Lusófona, Lisboa, Portugal, 2008. p. 197-212.
8. Carrico AW, Johnson MO, Morin SF, Remien RH, Charlebois ED, Steward WT, et al. The NIMH Health Living Project Team. Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *AIDS*. 2007; 21(9):1199-1203.
9. Komiti A, Judd F, Grech P, Mijch A, Hoy J, Lloyd JH, et al. Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS: a review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001 Dec; 35(6):747-57.

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV AIDS. Brasília, 2015. Ano IV - nº 01; da 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014; a da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
11. Garcia R. A experiência de estigma e discriminação em homem que faz sexo com homens (HSH) vivendo com HIV. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2012.
12. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet* [Internet]. 2013 [citado em 25 nov. 2015]; 382(9903):1525-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24152939>
13. Passaes CP, Sáez-Cirión A. HIV cure research: advances and prospects. *Virology* [Internet]. 2014 [citado em 25 nov. 2015]; 454-455:340-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24636252>
14. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2006 [citado em 25 nov. 2015]; 14(3):455-62. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/107165>
15. Morlat P. The chronicity of HIV infection. *Rev Prat.* [Internet]. 1999 Oct 15 [citado em 15 nov. 2015]; 49(16):1781-5. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/10578609>
16. Garcia R, Ramos DG. The experience of stigma and discrimination in men who have sex with men (MSM) living with HIV in São Paulo, Brazil. *Eur Int J Sci Technol* [Internet]. 2016 [citado em 24 nov. 2015]. Disponível em: [http://www.eijst.org.uk/images/frontImages/gallery/Vol\\_5\\_No\\_8/6\\_49-56.pdf](http://www.eijst.org.uk/images/frontImages/gallery/Vol_5_No_8/6_49-56.pdf)
17. Garcia R, Ramos DG. The impact of stigma and discrimination in MSM HIV-positive. *P04. Sex Transm Infect.* 2013; 89(Suppl 1):A1-A428.
18. Huebner DM, David MC, Nemeroff CJ, Aiken LS. The impact of internalized homophobia on hiv preventive interventions. *Am J Community Psychol.* 2002; 30(3):327-48.
19. Garcia J, Parker C, Parker RG, Wilson PA, Philbin M, Hirsch JS. Psychosocial implications of homophobia and HIV stigma in social support networks: insights for high-impact HIV prevention among black men who have sex with men. *Health Educ Behav.* 2016; 43(2):217-25.
20. Beloqui JA. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Jun [citado em 17 dez. 2016]; 42(3):437-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/6541.pdf>
21. Barbosa Junior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Junior PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado em 17 dez. 2016]; 25(4):727-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/03.pdf>
22. Guibu IA, Ramalho MO, Tayra A, Boloque JA. Incidência de aids e estimativa de riscos relativos por categoria de exposição no Estado de São Paulo, Brasil, de 1998 a 2005. *Bepa* [Internet]. 2010 [citado em 16 dez. 2016]; 7(78):4-12. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v7n78/v7n78a01.pdf>
23. Garcia R. Fatores envolvidos nos comportamentos de omissão circunstancial e de recusa do uso do preservativo em homens que fazem sexo com homens. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP; 2016. [Internet] [citado em 25 nov. 2015]. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/19132/2/Roberto%20Garcia.pdf>
24. Balán IC, Carballo-Diéguez A, Ventune AC, Remien RH, Dolezal C, Ford J. Are HIV-negative men who have sex with men and who bareback concerned about HIV infection: implications for HIV risk reduction interventions. *Arch Sex Behav.* 2013 Feb; 42(2):279-89.
25. Rocha GM. Comportamento sexual de risco entre homens que fazem sexo com outros homens no Brasil. Belo Horizonte, MG: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; 2014. [Internet]. [citado em 25 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-9JNGUU>
26. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Grunewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychologist.* 2000; 55(1):99-109.
27. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3):365-74.
28. Seidl EMF, Rossi WS, Viana KF, Meneses AKF, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicol Teor Pesq* 2015; 21(3):279-88
29. Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). *Principais conceitos.* 2ª ed. Caxias do Sul, RS: Educus; 2005.
30. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. A metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Liber Livro; 2010.
31. Plano de enfrentamento da epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis. Brasília, DF; 2007. [Internet] [citado em 25 nov. 2014]; Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2008/40373/plano\\_hsh\\_pdf\\_25272.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2008/40373/plano_hsh_pdf_25272.pdf)

Recebido em: 18/01/2017

Aceito em: 28/04/2017