

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS- UNIEVANGÉLICA

CURSO DE ENFERMAGEM

**VULNERABILIDADES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA CONDIÇÃO DE
PORTADOR DO HIV**

LARISSA DE CASTRO CHAVEIRO

Anápolis – GO

2018

LARISSA DE CASTRO CHAVEIRO

**VULNERABILIDADES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA CONDIÇÃO DE
PORTADOR DO HIV**

Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem do
Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA para obtenção do título de
bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sheila Mara Pedrosa

Anápolis – GO

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

LARISSA DE CASTRO CHAVEIRO

VULNERABILIDADES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA CONDIÇÃO DE PORTADOR DO HIV

Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Sheila Mara Pedrosa

Prof^a. Ma. Najla Maria Carvalho

DEDICATÓRIA

“Dedico aos meus pais e irmão pelo incentivo, as avós e avôs que me ensinaram sobre empatia, a todos os professores que acenderam em mim a busca pelo conhecimento e aos colegas que me ensinaram a importância da amizade”.

AGRADECIMENTOS

“Agradeço primeiramente a Deus por me mostrar sempre o melhor caminho e por ter me dado forças nos momentos em que pensei não ser capaz de seguir meus objetivos”.

“Agradeço a minha família e meus amigos que sempre me apoiaram e foram capazes de entender meus períodos de ausência ao longo dessa jornada”.

“Em especial, agradeço a minha orientadora Prof^a. Dra. Sheila Mara Pedrosa, pela dedicação e empenho que teve com esse estudo, pela confiança, paciência, profissionalismo e pelos ensinamentos transferidos a mim durante o período em que trabalhamos juntas”.

SÍNDROME DA HUMANA DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

O que precisa ser combatido:
A mancha feia da ignorância
Tingindo a palavra intolerância:
Não existe nada pior em ação
— A grande síndrome da deficiência adquirida
É a desinformação —

O que precisa ser banido:
O efeito gerado e causado
Pelo preconceito
Que existe e insiste
Em mostrar a cara dura
Contra o amor:
A verdadeira cura
Para todo e qualquer mal-estar
— A grande síndrome da deficiência adquirida
É o ódio doado na sala de estar —

Paulo Sabino

RESUMO

Introdução: Mesmo após 30 anos da descoberta da Aids nos deparamos com condutas preconceituosas da sociedade, dos profissionais e até mesmo dos próprios portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que interferem na adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) e dificultam o enfrentamento da enfermidade contribuindo para a perpetuação da transmissão do vírus. **Objetivos:** Investigar, na literatura científica, as vulnerabilidades e estratégias de enfrentamento associadas à condição de portador de HIV. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura fundamentada na prática baseada em evidência. A coleta de dados se deu na biblioteca BVS, na biblioteca SciELO e na base de dados LILACS. Foram utilizados os DeCS: Enfrentamento, Estigma social, HIV, Vulnerabilidade social, Suporte social, Qualidade de vida e Percepção social. Os critérios para inclusão foram artigos em português, no recorte temporal de 1996 a 2018 e que estavam disponíveis integralmente e online. Realizou-se a categorização temática dos artigos de acordo com a vulnerabilidade social, individual e programática. **Resultados:** Após aplicação dos critérios de inclusão e considerando o objetivo do estudo foram selecionados 13 artigos. Todos produzidos em instituições públicas, entre os anos de 2004 a 2017 nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Nove eram de abordagem qualitativa, três quantitativas e um estudo misto. Em relação à vulnerabilidade social foi destacado pelos autores o estigma social que o portador de HIV enfrenta e isso interfere no trabalho, nas relações de amizade e na própria adesão ao tratamento. Em relação à vulnerabilidade individual, os artigos trazem dados a respeito da maior dificuldade de enfrentamento da condição de portador de HIV por mulheres, negros (as) e homens que fazem sexo com homens devido ao preconceito, misoginia e homofobia que enfrentam. Na vulnerabilidade programática os textos trazem o preconceito, a falta de abertura para falar sobre sexualidade e as concepções, muitas vezes pautadas no senso comum, que os profissionais da saúde insistem em utilizar no momento de prestar assistência, além do duplo estigma contra o portador de HIV negro. Como estratégias de enfrentamento foram citadas a auto-aceitação da nova condição, a participação em grupos de pessoas HIV positivas, apoio de amigos e familiares e busca de práticas voltadas à espiritualidade. **Considerações finais:** São diversas as vulnerabilidades associadas à condição de portador do HIV, sendo muitas existentes antes mesmo do diagnóstico da infecção. O estigma que permeia a soropositividade surge da discriminação e estigma que afetam negativamente a busca por seguir em frente pós-diagnóstico. As estratégias de enfrentamento variam de pessoa a pessoa, com o tempo e emoções dos sujeitos, interferindo inclusive na adesão a TARV. Os profissionais de saúde são fundamentais na identificação das necessidades e na assistência

ao portador de HIV promovendo a perseverança no tratamento, qualidade de vida e dignidade.

Descritores (DeCS): Enfrentamento. Estigma social. HIV. Vulnerabilidade social. Suporte social.

ABSTRACT

Introduction: Even after 30 years of the discovery of AIDS, we are confronted with prejudiced behaviors of society, professionals and even those with the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which interfere with adherence to antiretroviral treatment (ART) and make it difficult to cope with contributing to the perpetuation of virus transmission.

Objectives: To investigate, in the scientific literature, the vulnerabilities and coping strategies associated with HIV status. **Method:** This is an integrative literature review based on evidence-based practice. Data collection took place in the BVS library, the SciELO library and the LILACS database. DeCS was used: Coping, Social stigma, HIV, Social vulnerability, Social support, Quality of life and Social perception. The criteria for inclusion were articles in Portuguese, in the time cut from 1996 to 2018 and were available in full and online. The thematic categorization of articles was carried out according to social, individual and programmatic vulnerability. **Results:** After applying the inclusion criteria and considering the purpose of the study, 13 articles were selected. All produced in public institutions, between the years 2004 to 2017 in the southeastern and northeastern regions of Brazil. Nine were qualitative, three quantitative and a mixed study. Regarding social vulnerability, the authors highlighted the social stigma that the HIV patient faces and this interferes with work, friendship and adherence to treatment. Regarding individual vulnerability, the articles provide data on the greater difficulty of coping with HIV status by women, blacks and men who have sex with men due to the prejudice, misogyny and homophobia they face. In programmatic vulnerability the texts bring prejudice, a lack of openness to talk about sexuality and the conceptions, often based on common sense, that health professionals insist on using at the moment of providing care, in addition to double stigma against the bearer of Black HIV. Such coping strategies included self-acceptance of the new condition, participation in HIV positive groups, support from friends and family, and pursuit of spirituality-oriented practices. **Final considerations:** There are several vulnerabilities associated with the HIV status, many of which exist even before the diagnosis of the infection. The stigma that permeates seropositivity arises from discrimination and stigma that negatively affect the pursuit of post-diagnosis. The coping strategies vary from person to person, with the subjects' time and emotions, even interfering with ART adherence. Health professionals are key in identifying needs and assisting the HIV patient by promoting perseverance in treatment, quality of life and dignity.

Descriptors: Confrontation. Social stigma. HIV. Social vulnerability. Social support.

RESUMEN

Introducción: Incluso después de 30 años del descubrimiento del sida nos encontramos con conductas preconcebidas de la sociedad, de los profesionales e incluso de los propios portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que interfieren en la adhesión al tratamiento antirretroviral (TARV) y dificultan el enfrentamiento de la enfermedad que contribuye a la perpetuación de la transmisión del virus. **Objetivos:** Investigar, en la literatura científica, las vulnerabilidades y estrategias de enfrentamiento asociadas a la condición de portador de VIH. **Método:** Se trata de una revisión integrativa de la literatura fundamentada en la práctica basada en evidencia. La recolección de datos se dio en la biblioteca BVS, en la biblioteca SciELO y en la base de datos LILACS. Se utilizaron los DeCS: Enfrentamiento, Estigma social, VIH, Vulnerabilidad social, Apoyo social, Calidad de vida y Percepción social. Los criterios de inclusión fueron los artículos en portugués, en el marco de tiempo 1996-2018, y que estaban disponibles y totalmente en línea. Se realizó la categorización temática de los artículos de acuerdo con la vulnerabilidad social, individual y programática. **Resultados:** Después de la aplicación de los criterios de inclusión y considerando el objetivo del estudio fueron seleccionados 13 artículos. Todos producidos en instituciones públicas, entre los años 2004 a 2017 en las regiones sudeste y nordeste de Brasil. Nueve eran de enfoque cualitativo, tres cuantitativas y un estudio mixto. En relación a la vulnerabilidad social se destacaron por los autores el estigma social que el portador de VIH enfrenta y eso interfiere en el trabajo, en las relaciones de amistad y en la propia adhesión al tratamiento. En cuanto a la vulnerabilidad individual, los artículos traen datos sobre la mayor dificultad de enfrentamiento de la condición de portador de VIH por mujeres, negros (as) y hombres que tienen sexo con hombres debido al prejuicio, misoginia y homofobia que enfrentan. En la vulnerabilidad programática los textos traen el prejuicio, la falta de apertura para hablar sobre sexualidad y las concepciones, muchas veces pautadas en el sentido común, que los profesionales de la salud insisten en utilizar en el momento de prestar asistencia, además del doble estigma contra el portador de VIH negro. Como estrategias de enfrentamiento fueron citadas la auto aceptación de la nueva condición, la participación en grupos de personas VIH positivas, apoyo de amigos y familiares y búsqueda de prácticas orientadas a la espiritualidad. **Consideraciones finales:** Son varias las vulnerabilidades asociadas a la condición de portador del VIH, siendo muchas existentes antes incluso del diagnóstico de la infección. El estigma que permea la seropositividad surge de la discriminación y estigma que afectan negativamente a la búsqueda por seguir adelante post-diagnóstico. Las estrategias de enfrentamiento varían de persona a persona, con el tiempo y emociones de los sujetos, interfiriendo incluso en la adhesión a TARV. Los

profesionales de salud son fundamentales en la identificación de las necesidades y en la asistencia al portador de VIH promoviendo la perseverancia en el tratamiento, calidad de vida y dignidad.

Descriptor: Enfrentamiento. Estigma social. VIH. Vulnerabilidad social. Soporte social.

LISTA DE TABELAS

Fluxograma I	Busca nas bases de dados pelos DeCS: “HIV” And “Vulnerabilidade social” And “Enfrentamento”,.....	27
Fluxograma II	Busca nas bases de dados pelos DeCS: “HIV” And “Qualidade de vida” And “Estigma social”,.....	28
Fluxograma III	Busca nas bases de dados pelos DeCS: “HIV” And “Suporte social” And “Estigma social”,.....	28
Fluxograma IV	Busca nas bases de dados pelos DeCS: “HIV” And “Estigma social” And “Percepção social”,.....	29
Tabela I	Origem do total de artigos incluídos no estudo,.....	29
Gráfico I	Distribuição dos artigos, segundo o ano de publicação,.....	30
Quadro I	Artigos selecionados para a realização do estudo: 13,.....	31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DNA	Ácido desoxirribonucléico
ELISA	Imunoensaio enzimático
ET AL.,	E outros
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV-1	Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1
HIV-2	Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HTLV-III	Human Immunodeficiency Virus
LAV	Lymphadenopathy-Associated Virus
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização não governamental
PBE	Prática baseada em evidências
PCR	Reação em cadeia da polimerase
RNA	Ácido ribonucléico
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
TARV	Terapia antirretroviral
T CD4+	Linfócitos T Auxiliares CD4+ (Helper)
SES – SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFSP	Universidade Federal de São Paulo
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Conhecendo o HIV.....	18
3.2 Tratamento da AIDS.....	20
3.3 Vulnerabilidades.....	22
4 METODOLOGIA.....	25
5 RESULTADOS.....	27
6 DISCUSSÃO.....	35
6.1 Vulnerabilidades associadas à condição de portador do HIV.....	35
6.1.1 Vulnerabilidades sociais.....	35
6.1.2 Vulnerabilidades individuais.....	38
6.1.3 Vulnerabilidades programáticas.....	41
6.2 Enfrentamento da soropositividade.....	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

Devido seu caráter pandêmico e sua gravidade a Aids, sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), causada pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade (BRASIL, 2010). Os infectados pelo HIV, sem tratamento, evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico à medida que a taxa de linfócitos T CD4+ apresenta queda. Com a instituição da terapia antirretroviral (TARV) em 1996 no Brasil, foi possível aumentar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida dos pacientes diminuindo a ocorrência de infecções oportunistas, alterando a história natural da doença (BRASIL, 2010).

Durante o ano de 2012, estimou-se que 2,3 milhões de pessoas se infectaram com HIV no mundo, sendo 260 mil menores de 15 anos. O Brasil é o segundo país das Américas com maior número de casos notificados de Aids. O Sudeste do país apresentou 55,2% (379.045) dos casos, o Sul 20%, Nordeste 13,9%, a região Centro-Oeste apresentou 5,8% dos casos e o Norte 5,1%. A maioria das pessoas acometidas pelo vírus é jovem, ativa, em idade reprodutiva, o que gera impacto importante na economia do Brasil. A partir da década de 1990 houve uma transição no perfil epidemiológico da doença, que antes era predominantemente masculina, caracterizada por transmissão através de relação homoafetiva entre a classe média alta, sendo agora marcada pela feminização, heterossexualização, pauperização e interiorização da doença (FOCCACIA, 2015).

No Brasil, de 1980 a junho de 2017, foram identificados 882.810 casos de Aids, sendo 65,3% (576.245) em indivíduos do sexo masculino e 34,7% (306.444) em mulheres. O país registra uma média de 40 mil novos casos por ano. Entre os anos de 2012 a 2016 a região Centro-Oeste apresentou uma média de 2,8 mil novos casos ao ano. Do início da epidemia até 31 de dezembro de 2016, foram notificados 316.088 óbitos por HIV/Aids no Brasil, a região Centro-Oeste notificou apenas 5,1% do total de casos (BRASIL, 2017).

Segundo Focaccia (2015), o programa brasileiro de redução de danos para usuários de drogas, que oferece acolhimento e acompanhamento às pessoas dependentes de drogas ilícitas, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das pessoas vivendo com HIV contribuiu para a diminuição da transmissão do vírus no país. Após 1996 com a distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais houve uma estabilização do número de casos, e o Brasil está entre os países com alta taxa de cobertura da TARV. De acordo com o Ministério da Saúde (2016), ao final de 2015 estimava-se que 827 mil pessoas estavam vivendo com HIV no Brasil, 87% estavam diagnosticadas, 82% haviam sido vinculadas em algum serviço de saúde e 68% estavam no serviço, 55% estavam sob cobertura antirretroviral e 50% apresentavam supressão da carga viral.

A descoberta de estar infectado pelo vírus HIV gera mudança nos hábitos de vida e no comportamento, maior interação com serviços e profissionais da saúde, exige uso contínuo e regular de medicamentos além dos infectados terem que aprender a conviver com os impactos da doença. A maioria dos infectados prefere manter sigilo absoluto da sua condição por receio da discriminação que possam sofrer; geralmente, o conhecimento sobre a condição clínica do indivíduo permanece reservado à família ou a amigos muito próximos. Mesmo assim, assuntos relacionados à doença geralmente não são compartilhados entre aqueles que sabem sobre a infecção (AGOSTINI; MAKSUD; FRANCO, 2017; GALANO et al., 2015).

Inúmeras dificuldades são vivenciadas pelo soropositivo ao buscar a manutenção da sua qualidade de vida, como modificações no estilo de vida, isolamento social e até mesmo a perda do emprego, o que gera impacto negativo para sua saúde física e mental. Essas mudanças são difíceis e exigem uma efetiva abordagem multidisciplinar que concilie as particularidades relacionadas à infecção, e a percepção do sujeito em uma visão holística (JESUS et al., 2017).

As estratégias de enfrentamento da condição de portador de HIV e a percepção da doença são aspectos psicossociais que influenciam a qualidade de vida do indivíduo que convive com o vírus. O indivíduo constrói a percepção de sua doença, e esta vai nortear a escolha das estratégias que visem lidar ou controlar a patologia. Podem-se destacar dois grupos de estratégias de enfrentamento: as focalizadas no problema e as centradas na emoção; porém o sucesso da utilização dessas estratégias vai depender do estressor, do indivíduo e do momento em que a estratégia de enfrentamento é ativada (CATUNDA; SEIDL; LEMETAYER, 2016).

A complexidade da terapia antirretroviral (TARV) foi anteriormente usada como argumento contra a adesão do tratamento da Aids em países subdesenvolvidos. O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar o acesso universal e gratuito à TARV em 1996 (NEMES et al., 2009). As intervenções psicobiológicas envolvendo a relação dialógica entre profissionais de saúde e pacientes através de escuta individualizada, constitui papel importante na adesão ao tratamento antirretroviral, sendo necessária ao profissional a função de estimular a reflexão dos pacientes sobre sua condição clínica e a correta adesão ao tratamento (NASSER; NEMES, 2016).

Compreender a complexidade da TARV é uma necessidade crescente dos profissionais da área da saúde, em especial dos enfermeiros, pelas suas funções de cuidador e educador em saúde, e também por ser criador de tecnologias que intervenham na qualidade de vida dos portadores de HIV (JESUS et al., 2017).

O portador de HIV necessita de cuidados especiais e cabe ao enfermeiro possuir sensibilidade para identificar os sentimentos, atitudes e comportamentos do indivíduo,

fornecer informações sobre a infecção, realizar tratamentos específicos e prestar cuidados gerais fortalecendo o vínculo com esse paciente, ajudando-o a buscar estratégias de adaptação à condição de portador de HIV (DANTAS et al.,2014).

Diante do fato do sucesso da TARV depender da manutenção das taxas de adesão do paciente ao tratamento, investigar os fatores associados à adesão é de suma importância para melhorar as práticas de saúde voltadas a efetividade do tratamento. A Aids por ser um importante agravo de saúde pública, ser estigmatizante e ter um tratamento que, apesar de eficaz, causa desconforto e demanda suporte social, econômico e de saúde, necessita de investigação no que diz respeito à vulnerabilidade social e ao apoio que o portador de HIV carece para enfrentar sua situação clínica.

Também é importante entender as estratégias adotadas para manutenção da qualidade de vida e do autocuidado, podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal e formulação de estratégias em Saúde Pública para seu controle e prevenção, fornecendo conhecimento e melhorias para a saúde da população e ao tema pesquisado.

O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, desenvolve papel essencial no cuidado às pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana, devendo assistir os portadores que necessitam da terapia antirretroviral e encontrar soluções as diversas adversidades que ocorram em sua prática profissional (FORESTO et al.,2017).

Frente ao exposto, e identificando que vários autores já investigaram a experiência de vida com HIV e os desafios de manutenção da TARV, torna-se necessário uma busca sistemática na literatura das estratégias de enfrentamento e vulnerabilidades apresentadas por pessoas que convivem com o vírus HIV, para identificar quais fatores interferem na adesão ao tratamento medicamentoso e possibilitar informações para a formulação de estratégias de intervenções com embasamento teórico.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar, na literatura científica, as vulnerabilidades e estratégias de enfrentamento associadas à condição de portador de HIV.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as vulnerabilidades sociais e individuais das pessoas que vivem com o HIV;
- Avaliar as vulnerabilidades institucionais que interferem no tratamento do paciente com HIV;
- Identificar as estratégias de enfrentamento da condição de portador de HIV pelos infectados;
- Reconhecer fatores que prejudicam a adesão da TARV.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conhecendo o HIV

A síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) teve sua primeira descrição no ano de 1981, com a identificação de casos de Sarcoma de Kaposi e pneumonia por *P. jiroveci* em homens jovens, saudáveis, homossexuais ou bissexuais nos Estados Unidos, isto fez com que a sociedade e comunidade científica adotassem uma postura preconceituosa em relação à nova patologia utilizando o termo “peste gay” para denominá-la. Já no ano de 1982 a doença foi identificada em usuários de drogas injetáveis e em hemofílicos. Em 1983 adultos da África central receptores de transfusões sanguíneas e transplantados foram diagnosticados com o novo agravo (ROCHA; PEDROSO, 2009).

Em 1983, no Instituto Pasteur de Paris na França, o vírus foi então isolado em pacientes que apresentavam linfadenopatia persistente, e foi designado ao vírus o termo LAV, de *Lymphadenopathy-Associated Virus*, logo em seguida nos Estados Unidos, recebeu a denominação de HTLV-III (*Human T-celllymphotropicviruses*). Em 1986 o Comitê Internacional de Taxonomia viral modificou o nome do vírus para Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 (HIV-1), neste mesmo ano foi identificado, em pacientes da África Ocidental, um retrovírus diferente do identificado também causador da Aids, denominado Vírus da Imunodeficiência tipo 2 (HIV-2) (FOCACCIA, 2015; ROCHA; PEDROSO, 2009).

A Aids é causada pela infecção pelo HIV, um retrovírus da família dos lentivírus. O HIV é um vírus de aproximadamente 100 nm de diâmetro, envelopado, que apresenta uma membrana lipídica proveniente da membrana externa da célula do hospedeiro e duas glicoproteínas (gp120 e gp41). No interior da membrana está a matriz protéica, constituída pela proteína p17 e pelo capsídeo viral formado pela proteína p24. O RNA transportador, o material genético e as enzimas necessárias para a replicação viral se encontram no capsídeo viral (FOCACCIA, 2015).

Em todo o mundo, o agente responsável pela maioria dos casos de Aids é o HIV -1. Os grupos do HIV-1 (M, N, O, P) e do HIV-2 (A a G) definidos hoje, provavelmente se originaram da transferência aos seres humanos a partir dos primatas. Os vírus HIV-1 podem ter se originado dos chimpanzés e dos gorilas, enquanto os HIV-2 provavelmente se originaram dos *sooty mangabeys*, uma espécie de primata encontrada na África. A pandemia de Aids é causada geralmente pelos vírus da imunodeficiência tipo 1 do grupo M, embora o grupo O do HIV -1 e os vírus do grupo HIV -2 tenham sido identificados em diversos países, eles são causadores de epidemias mais localizadas (FAUCI; KASPER, 2015). O grupo M do HIV-1 ainda pode ser diferenciado em subtipos (A, B, C, D, F, G, H, J e K). Os subtipos A e F do grupo M são diferenciados em A1, A2, A3, A4 e A5, e em F1 e F2,

respectivamente. Quando uma pessoa é portadora de uma infecção mista, pode acontecer a transferência de material genético entre as formas dando origem as formas recombinantes, o que interfere tanto na transmissão quanto no diagnóstico do agravo (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o subtipo B do HIV-1, vem sendo descrito como o mais prevalente no Brasil, seguido pelo subtipo F1 e formas recombinantes B/F1; nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste ainda é possível identificar o subtipo C do vírus.

A infecção pelo HIV inicia-se com a entrada do vírus na célula T CD4+, macrófagos e células dendríticas, por meio da ligação da proteína de superfície gp120 com o receptor da célula do hospedeiro. A entrada do vírus ocorre por reação mediada pela gp41. Apesar dos estudos, ainda não são conhecidos todos os processos celulares envolvidos na replicação do vírus no organismo do hospedeiro, mas sabe-se que o HIV tem como característica fundamental a transcrição reversa do seu RNA em DNA pela enzima transcriptase reversa (FOCACCIA, 2015).

A infecção pelo HIV culmina na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) quando o vírus, ao atingir o sistema imune do indivíduo, torna esse sistema incapaz de erradicar o próprio vírus. O início da infecção caracteriza-se por elevada viremia plasmática e disseminação para órgãos linfóides em associação à infecção das células alvo. Em aproximadamente 12 semanas após a exposição ao vírus, o sistema imune consegue controlar parcialmente a replicação viral. Na sequência da infecção aguda vem o período de latência da doença, no qual o organismo permanece capaz de controlar a maioria dos processos infecciosos, esse período pode durar aproximadamente 10 anos. Lentamente, o organismo não consegue mais repor os linfócitos T CD4+ destruídos no sangue, caindo então para níveis plasmáticos inferiores a 200 células por milímetro cúbico. É nesta fase que a viremia plasmática volta a subir e se instala uma sequência de agravos clínicos conhecidos como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). A presença de anticorpos anti-HIV significa que a pessoa está infectada com o vírus, sem o devido tratamento 30% dos infectados desenvolvem a Aids em cinco anos e 70% em dez anos após a infecção pelo vírus. Entre os métodos mais utilizados para a detecção do HIV estão o teste imunoenzimático (ELISA), Western blot, imunofluorescência indireta, pesquisa de antígeno viral p24 e reação em cadeia polimerase (PCR) (ROCHA; PEDROSO, 2009).

O HIV pode ser transmitido por via sexual através do esperma e secreções vaginais; pelo sangue por via parenteral e também pela via vertical; e pelo leite materno. Pode-se ainda destacar como fatores de risco à infecção pelo HIV as relações sexuais desprotegidas; o uso de sangue e derivados não testados; o compartilhamento de seringas e agulhas; acidente ocupacional com materiais pérfuro-cortantes contaminados, além do risco ao conceito ao ser gerado em mulher soropositiva (BRASIL, 2010).

O HIV constitui um grande problema de saúde pública, que pode ocasionar alterações na vida social, econômica, afetiva e familiar do indivíduo, interferindo negativamente na autoestima e também representam forte impacto na saúde reprodutiva da população (DIAS et al., 2010; AMORAS; CAMPOS; BESERRA, 2015).

Em Goiás desde 1984, ano do primeiro caso de Aids notificado no estado, até junho de 2010 foram notificados 10.358 casos (BRASIL, 2011). Em 2009 a taxa de incidência do estado de Goiás foi de 13,5 casos por 100 mil habitantes. Atualmente a razão de sexos é de 1,9 homens para cada mulher no estado. De 1997 a junho de 2010 foram notificados 157 casos de AIDs em menores de cinco anos. Os cinco municípios do estado com os maiores números de casos até junho de 2010 foram: Goiânia com 6.110 casos notificados, Aparecida de Goiânia com 846 casos, Anápolis com 626 casos, Rio verde com 371 casos e Luziânia com 325 casos. Entre o ano de 2000 a junho de 2010 foram notificadas 1.341 gestantes soropositivas, e 208 casos de transmissão vertical do HIV. Em relação à mortalidade por Aids o estado apresentou até 2009 3.580 óbitos, totalizando quatro óbitos por 100 mil habitantes em 2009 (BRASIL, 2011).

Segundo o boletim epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde de 2016, no que se refere à faixa etária, constatou-se que a maioria dos casos encontra-se entre 20 a 34 anos de idade. Em relação à cor da pele 44% se auto-declararam brancos e 55,3% pretos e pardos. Entre os homens, acima de 13 anos de idade, verifica-se que 50,4% deles alegaram exposição homossexual, 36,8% exposição heterossexual e 9% exposição bissexual; entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, observa-se que 96,4% referem exposição heterossexual. Entre o período de 2000 a junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes infectadas pelo vírus do HIV, sendo 5,7% na região centro-oeste, onde a incidência é a menor do país (BRASIL, 2016).

3.2 Tratamento da AIDs

A adesão do paciente infectado pelo HIV ao tratamento medicamentoso da AIDs constitui um importante problema no cuidado a pessoas que convivem com o vírus da imunodeficiência humana. Além do seu importante papel no alcance do resultado clínico, a adesão representa o modo que essas pessoas vivenciam a relação com a doença e o tratamento. Para alguns pacientes, isso expressa uma contradição, já que a gravidade e cronicidade da doença não levam obrigatoriamente à inserção e manutenção do tratamento como uma atividade cotidiana, com a regular ingestão dos medicamentos, cumprimento da dieta recomendada e a mudança no estilo de vida e das relações sexuais (NASSER; NEMES, 2016).

A sobrevivência do indivíduo sem tratamento após a queda dos linfócitos T CD4+ para níveis iguais ou menores que 200 células/mm³ cúbicos gira em torno de apenas 38 a 40 meses (ROCHA; PEDROSO, 2009).

A eficácia da terapia antirretroviral (TARV) para o HIV está bem estabelecida no meio científico, contudo sua efetividade depende da adesão ao tratamento, a adesão a TARV pode ser influenciada por diversos fatores tais como cotidiano de vida e as rotinas diárias, crenças pessoais sobre o HIV, fatores econômicos, acesso ao serviço de saúde e problemas próprios com a medicação como quantidade de medicamentos, dosagem, horários e efeitos colaterais (SANTOS et al., 2011).

Pesquisas sobre supressão viral apontam que, para o indivíduo com HIV alcançar a supressão viral, o percentual de adesão a TARV deve ser de pelo menos 80%. A não adesão ou baixa adesão ao uso da terapia recomendada culmina na falência do tratamento, sendo necessários esquemas terapêuticos considerados de resgate, mais complexos e com número maior de medicamentos. Isso leva ao comprometimento da efetividade da terapia antirretroviral favorecendo disseminação do vírus, gerando impacto nas políticas públicas de distribuição de medicamentos antirretrovirais e para o sistema de saúde do país (SILVA et al., 2015).

Segundo Focaccia (2015) e Rocha e Pedroso (2009), as elevadas taxas de replicação viral, responsáveis pelas mutações genéticas, geram resistência aos medicamentos fazendo com que sejam necessários pelo menos três substâncias ativas, pertencentes à no mínimo duas classes diferentes, sendo associados inicialmente dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos em associação a um inibidor da transcriptase reversa não- análogo de nucleosídeo ou inibidor da protease em reforço de ritonavir. As drogas antirretrovirais podem ser classificadas basicamente em: Inibidores da transcriptase reversa, Inibidores da protease e Inibidores da fusão.

Com apenas 50% dos infectados apresentando carga viral indetectável em 2015, a meta 90-90-90 proposta pela UNAIDS de 90% das pessoas vivendo com HIV serem diagnosticadas, 90% destas estarem em terapia antirretroviral e 90% das pessoas em TARV apresentarem carga viral suprimida, ainda precisa ser trabalhada no país e no mundo para que essa meta, proposta para 2020, possa ser alcançada (BRASIL, 2016).

Os fatores que influenciam a adesão à TARV são relacionados ao indivíduo, à presença de comorbidades, ao esquema de medicamento e ao serviço de saúde onde o indivíduo é assistido (SILVA et al., 2015). Segundo Bonolo e colaboradores (2007) a não adesão ao tratamento tem como fatores associados características psicossociais, demográficas, acesso aos serviços de saúde, percepção da doença e fatores relacionados ao tratamento.

A necessidade de ampliar o acesso à TARV, controlar seus efeitos indesejados e comorbidades esbarram com o baixo nível de escolaridade, com a ausência de suporte social e familiar, com o consumo de bebida alcoólica e substâncias ilícitas, e com os efeitos colaterais do uso da medicação, que resultam na má adesão ao tratamento proposto (FORESTO et al., 2017).

Efeitos colaterais das medicações como náuseas, dores de estômago, mal-estar, gosto ruim e quantidade de comprimidos ingeridos em horários rígidos, são relatados como barreiras na adesão terapêutica. Estados depressivos, irritabilidade, nervosismo, estresse, conflitos familiares e sentimentos de revolta por possuir HIV também estão associados à interrupção do tratamento (GALANO et al., 2015).

Para o Ministério da Saúde (2005), a adesão a TARV é um processo dinâmico e multifatorial, que necessita de decisões compartilhadas entre o paciente, a equipe de saúde e a sua rede de apoio, sendo de extrema importância uma abordagem que atenda às particularidades individuais e sócio-culturais a fim de fornecer uma melhor qualidade de vida à pessoa que convive com o HIV. A adesão é um processo que necessita de vínculos, tanto do paciente com sua situação clínica quanto do paciente com a equipe e o serviço de saúde, transcendendo a simples questão da ingestão adequada da medicação prescrita.

A relação de confiança construída com a equipe de saúde que acompanha o indivíduo desde sua descoberta soropositivo é tida como aspecto principal para uma boa adesão medicamentosa. Atividades grupais e espaços para conhecer outras pessoas que vivem com o HIV auxiliam no encorajamento a discussão e o enfrentamento de vivências que envolvem o indivíduo soropositivo (GALANO et al., 2015).

De acordo com Levy e colaboradores (2012), a terapia anti-HIV claramente trouxe um grande avanço no controle do Vírus da Imunodeficiência Humana para evitar doenças auto-imunes e limitar sua disseminação, entretanto, mesmo com os avanços da ciência em média 60 milhões de pessoas no mundo são portadoras do vírus HIV. Hoje o volume de informações referentes às doenças causadas pelo HIV é enorme e continua a aumentar, sendo praticamente impossível manter-se totalmente atualizado com a literatura (FAUCI; KASPER, 2015).

3.3 Vulnerabilidades

No estouro da epidemia da Aids, o conceito de risco norteou as estratégias de prevenção da infecção, provocando um equívoco ainda existente que somente alguns grupos de pessoas seriam suscetíveis à contaminação pelo HIV. O determinado “efeito-gangorra” fez com que os grupos que foram excluídos das medidas de prevenção passassem a se infectar pelo vírus. Em meados da década de 90 a prevenção focou no

comportamento de risco e na vulnerabilidade. O termo vulnerabilidade compreende predisposições e as relaciona com as adversidades da vida, englobando aspectos individuais, sociais e institucionais contextualizando o paciente e sua doença sem o responsabilizar pela infecção adquirida (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da saúde (2006) vulnerabilidade pode ser definida como um conjunto de fatores de natureza biológica, social, epidemiológica e política, a qual a interação aumenta ou diminui o risco de certa população a determinada doença, condição ou dano.

A transmissão do HIV está relacionada aos meios de interação e também das crenças da população. Além dos fatores pessoais e locais, a vulnerabilidade ao HIV está fortemente relacionada ao desenvolvimento do país, que engloba a renda da população, o acesso aos serviços de saúde, o respeito aos direitos humanos e a educação (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da saúde (2008), atualmente a Aids atinge todos os grupos sociais, independente da classe, raça, faixa etária, orientação sexual e etnia, fazendo com que todos nós nos tornemos vulneráveis a infecção. O termo vulnerabilidade, no âmbito das doenças transmissíveis, é utilizado para explicar que a relação entre saúde e doença está diretamente relacionada ao ambiente e suas relações e não somente à atitude das pessoas, estando, então, associada com as condições de vida, auto-estima, violência, gênero e com o momento da vida vivenciado pelo indivíduo.

De acordo com Ayres e colaboradores (2009), podemos classificar a vulnerabilidade em três tipos: individual, associada a características, conhecimentos, atitudes e particularidades próprias de cada indivíduo; social ou coletiva, que abrange o contexto social, econômico, cultural, o ambiente, as crenças, etc. e; programática, relacionada à estruturação e atuação dos serviços de saúde, o acesso à saúde e aos programas públicos e a qualidade da atenção.

Para reduzir a vulnerabilidade ao HIV, são necessárias ações de prevenção que atuem no interior da cultura local, nos diferentes contextos sociais e que sejam ampliadas, integradas, coletivas e que não interfiram diretamente na rotina do indivíduo e no dia-a-dia do ambiente comunitário. As especificidades e necessidades do indivíduo devem ser levadas em consideração nas intervenções de saúde pela equipe de saúde. O trabalho integral deve reconhecer as diferenças e atuar diretamente no território que elas vivem em uma rede organizada de serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Na perspectiva das vulnerabilidades, o enfermeiro mostra-se essencial no processo de acessibilidade à saúde, seja pelo elevado número de profissionais desta área no campo da saúde, pela integralidade do cuidado que proporciona, ou pelas conexões que promove da equipe interdisciplinar com a família e com o paciente. Porém, o sucesso do trabalho do

enfermeiro pode estar relacionado com a percepção do enfermeiro relacionado aos significados que ele atribui aos outros, a si e ao seu saber fazer (SILVA et al., 2015).

Ainda sem cura ou vacina disponível, a prevenção da infecção pelo HIV e Aids deve-se pautar em ações visando a redução da infecção principalmente em populações vulneráveis, além de acesso facilitado ao diagnóstico e tratamento precoce aos infectados. Políticas de transformação dos determinantes econômicos, psicossociais, legais, culturais e políticos são essenciais no Brasil, além de uma efetiva diminuição do estigma e discriminação contra as pessoas portadoras dessa situação clínica, que contribuem para a adesão ou não ao tratamento da Aids pelos infectados (FOCACCIA, 2015).

4 METODOLOGIA

O estudo foi conduzido por meio de uma revisão integrativa da literatura caracterizada como um tipo de revisão fundamentada na prática baseada em evidências (PBE) (GANONG, 1987).

A revisão integrativa retrata a análise de pesquisas relevantes que baseiam e melhoram a prática profissional. Ela permite a síntese de conhecimentos de um determinado assunto, e também aponta sobre a necessidade de realizar novos estudos sobre a temática estudada. A PBE consiste em uma abordagem utilizada para a tomada de decisão que busca a melhor e mais recente evidência para implementar na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esta pesquisa seguiu os passos de Mendes, Silveira e Galvão (2008), o primeiro passo foi a elaboração da questão norteadora, objetivos da pesquisa e busca dos descritores; o segundo passo consistiu no estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos materiais e escolha das base de dados a serem usadas para busca dos materiais; o terceiro passo para a construção desse estudo foi a categorização dos estudos de forma objetiva para extração das informações; no quarto passo realizamos a análise crítica dos estudos incluídos na pesquisa; no quinto passo foi elaborada a discussão fundamentada nos artigos inclusos e analisados e; por fim, realizado o resumo do estudo com os principais achados.

A pergunta norteadora que nos instigou a busca dos artigos foi: Qual o conhecimento produzido na literatura nacional acerca das vulnerabilidades e estratégias de enfrentamento da condição de portador do HIV?

Na organização do processo de investigação, utilizamos como referência para conduzir a busca a Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, a base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e a biblioteca SciELO – Brasil (*Scientific Electronic Library Online*). Entraram para análise apenas artigos derivados de pesquisas originais (descartamos estudos teóricos), disponíveis na íntegra, desde que acessados *online*, em português. O recorte temporal a partir de 1996 foi definido em razão de ser o ano a partir do qual foi estruturado o programa de acompanhamento às pessoas que vivem com HIV, através da dispensação universal e gratuita da TARV aos indivíduos infectados pelo vírus. Analisando os fatores que influenciam a adesão à TARV podemos observar vulnerabilidades sociais, relacionadas ao indivíduo, ao serviço de saúde no qual o indivíduo é acompanhado, à presença de comorbidades, fatores psicossociais, percepção da doença e as dificuldades vivenciadas para se manter em tratamento, sendo assim, torna-se necessário analisar tais fatores a partir da instituição da TARV no Brasil, em 1996.

Como critério de exclusão, destacamos os materiais que não se enquadravam em artigos, como teses e monografias, por exemplo, estudos de revisão, materiais fora do recorte temporal delimitado, que não se encaixavam aos objetivos do presente estudo e, também, os materiais em duplicata ou que não estavam disponíveis online nas bases utilizadas para a busca de dados.

Para a coleta de dados utilizamos os descritores controlados "HIV", "Vulnerabilidade social", "Enfrentamento", "Qualidade de vida", "Estigma social", "Suporte social" e "Percepção Social" que foram conjugados da seguinte forma: "HIV" And "Vulnerabilidade social" And "Enfrentamento"; "HIV" And "Qualidade de vida" And "Estigma social"; "HIV" And "Suporte social" And "Estigma social"; "HIV" And "Estigma social" And "Percepção social".

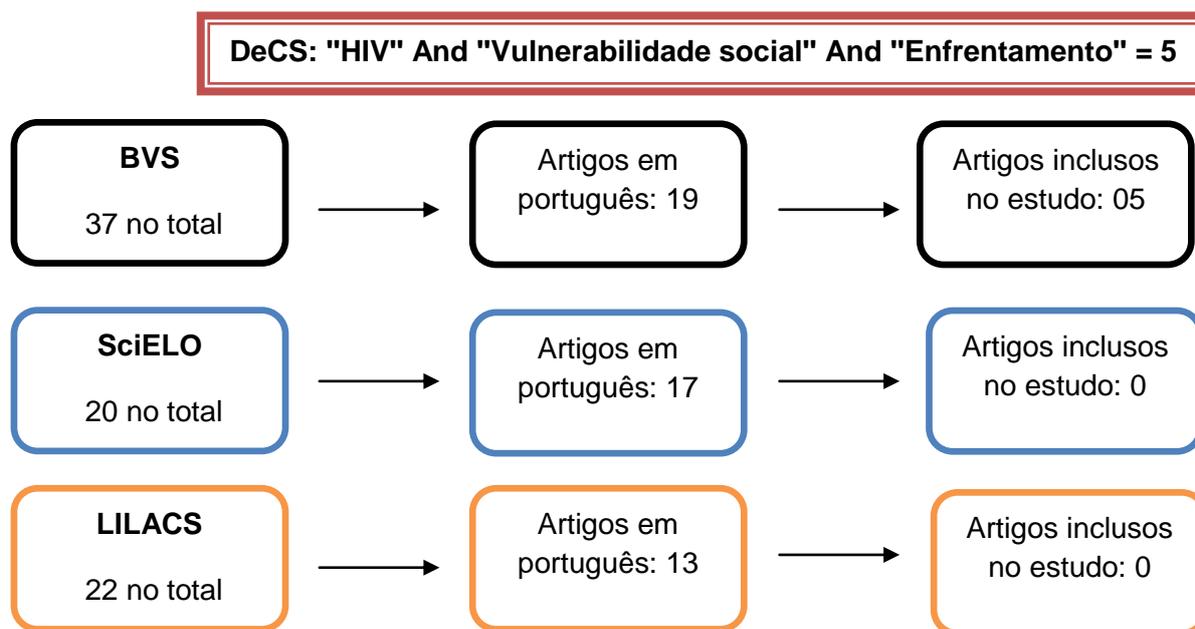
Após estabelecermos os descritores foram utilizados os filtros idioma: português e tipo de documento: artigo. A partir daí foi observado o ano dos materiais e se estavam em duplicata para então realizar uma pré-seleção dos materiais encontrados com a leitura dos títulos primeiramente, seguida dos resumos e, por fim, do texto na íntegra para identificar se correspondiam aos objetivos desta pesquisa para então serem incluídos no estudo.

Para sintetizar as informações extraídas dos artigos elaboramos um protocolo de análise, que destacou, além das informações básicas de identificação do material, a procedência, objetivo, amostra ou sujeitos do estudo, tipo de estudo e principais resultados. Para categorização dos conteúdos dos artigos utilizamos da classificação de vulnerabilidade de Ayres e colaboradores (2009). Utilizamos esse referencial por considerarmos ser uma tentativa de ampliação da visão do portador de HIV no sentido de incluir aspectos individuais, sociais e dos programas de saúde que interferem em diferentes níveis acrescentando tanto a exposição quanto a susceptibilidade ao contágio ou agravo.

5 RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada do dia 10 de Setembro de 2018 ao dia 20 de Setembro de 2018. Ao pesquisar por: "HIV" And "Vulnerabilidade social" And "Enfrentamento", foram encontrados 37 materiais na BVS. Ao filtrar por idioma em português e tipo de documento: artigo restou 19 materiais, foi então realizada uma leitura para identificar quais se encaixavam nos objetivos do estudo, sendo cinco destes inclusos para a análise de dados. Na SciELO, foram encontrados 20 artigos usando os mesmos descritores em saúde e o conector "And", somando 17 artigos em português, porém nenhum destes foi incluído no estudo, pois os que não estavam repetidos, não se enquadravam com o objetivo da presente pesquisa. Na LILACS, foram encontrados 22 materiais, treze artigos em português, mas nenhum se enquadrou no estudo por estar em duplicata ou fora do objetivo da pesquisa.

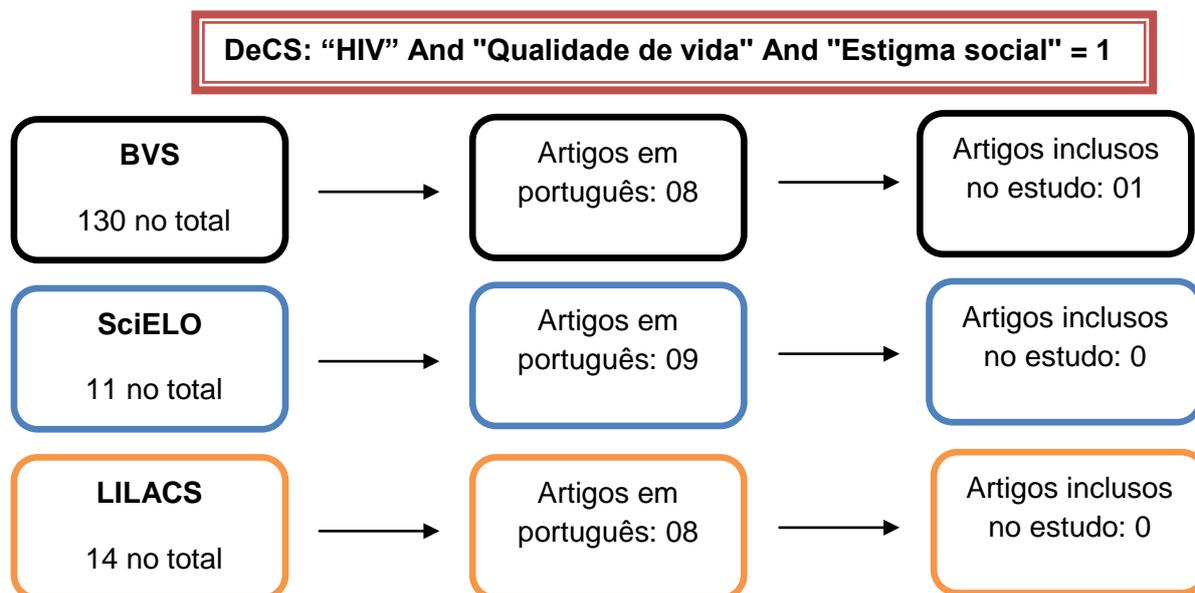
Fluxograma I: Busca nas bases de dados pelos DeCS: "HIV" And "Vulnerabilidade social" And "Enfrentamento"



Fonte: dos revisores.

Utilizando os DeCS "HIV" And "Qualidade de vida" And "Estigma social" na BVS, foram encontrados 130 materiais, após utilizar os filtros restaram oito artigos em português, sendo incluído no estudo um artigo após a leitura dos títulos e resumos. Na SciELO, foram encontrados onze materiais, sendo nove artigos em português, mas nenhum se enquadrou nos objetivos da pesquisa, além de alguns estarem repetidos. Na LILACS, foram encontrados 14 materiais, sendo oito artigos em português, porém, nenhum foi incluso no estudo por estar em duplicata ou fora do objetivo da pesquisa.

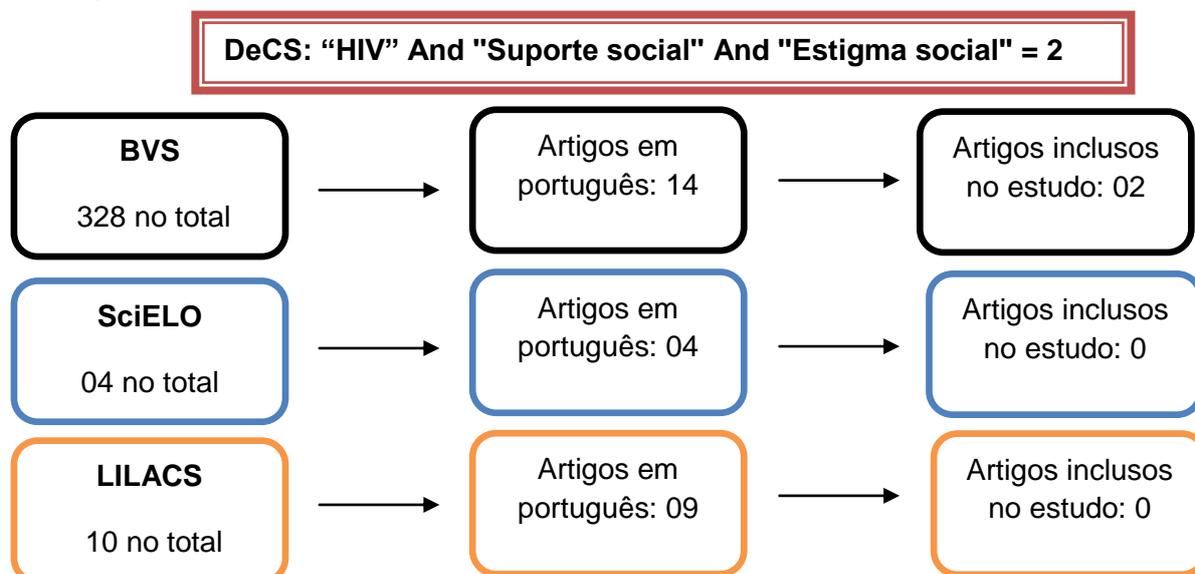
Fluxograma II: Busca nas bases de dados pelos DeCS: "HIV" And "Qualidade de vida" And "Estigma social"



Fonte: dos revisores.

Pesquisando por "HIV" And "Suporte social" And "Estigma social" foram encontrados 328 materiais na BVS, após realizar a filtragem de idioma e tipo de documento restaram apenas quatorze artigos em português, sendo dois incluídos na presente pesquisa após a leitura. Na SciELO, foram encontrados apenas quatro materiais, todos artigos em português, mas nenhum se enquadrava nos objetivos do estudo. Na LILACS, foram encontrados 10 materiais, sendo nove artigos em português, porém nenhum adentrou no estudo por estar em duplicata ou fora do objetivo da pesquisa.

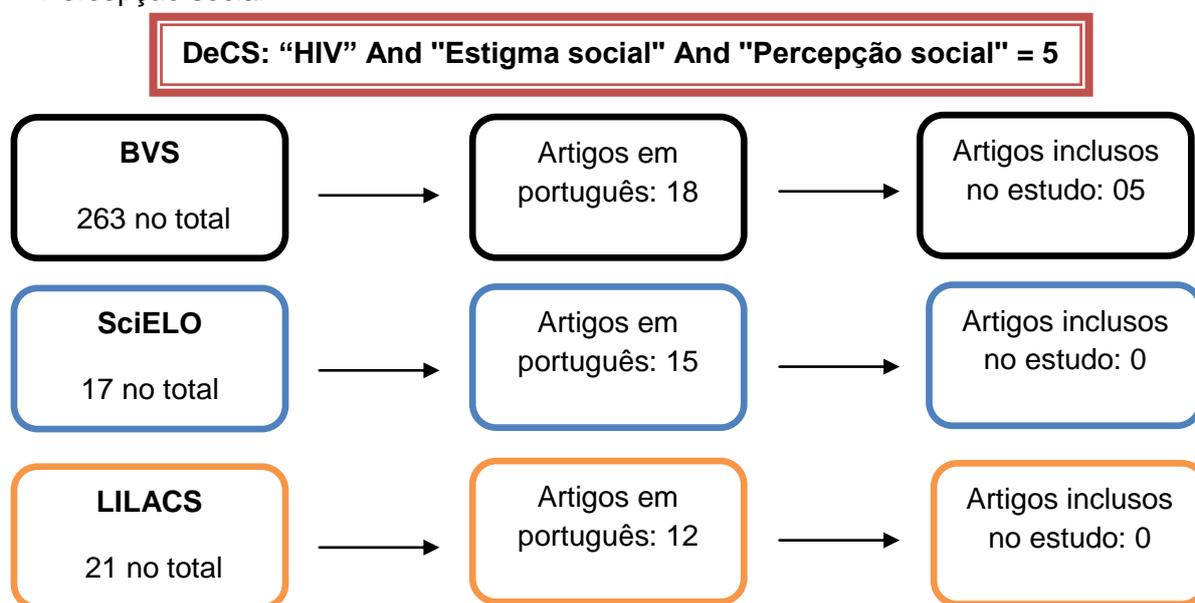
Fluxograma III: Busca nas bases de dados pelos DeCS: "HIV" And "Suporte social" And "Estigma social"



Fonte: dos revisores.

Ao pesquisar por: "HIV" And "Estigma social" And "Percepção social", foram encontrados 263 materiais na BVS, após a utilização dos filtros de idioma e tipo de documento, dezoito se constituíam de artigos em português, sendo cinco incluídos para a análise de dados após a leitura dos títulos e resumos. Na SciELO, foram encontrados 17 materiais, sendo quinze artigos em português, mas nenhum se enquadrava nos objetivos do estudo, além de alguns estarem repetidos. Na LILACS, foram encontrados 21 materiais, sendo doze artigos em português, mas nenhum entrou no estudo por estar em duplicata ou fora do objetivo da pesquisa.

Fluxograma IV: Busca nas bases de dados pelos DeCS: "HIV" And "Estigma social" And "Percepção social"



Fonte: dos revisores.

Portanto, dos 877 materiais encontrados nas bases de dados BVS, SciELO e LILACS 146 eram artigos em português, sendo enquadrados nos objetivos do estudo 13 artigos para análise de dados, do total de achados foram excluídos 864 materiais da presente pesquisa. Dos artigos incluídos no estudo, nove (69,2%) foram publicados pela base de dados LILACS, dois (15,4%) pela MEDLINE, um (7,7%) pela BDENF e um (7,7%) pela Index Psicologia da USP.

Tabela I: Origem do total de artigos incluídos no estudo.

ORIGEM DOS ARTIGOS INCLUÍDOS	TOTAL: 13
LILACS	9
MEDLINE	2
BDENF	1
INDEX PSICOLOGIA-USP	1

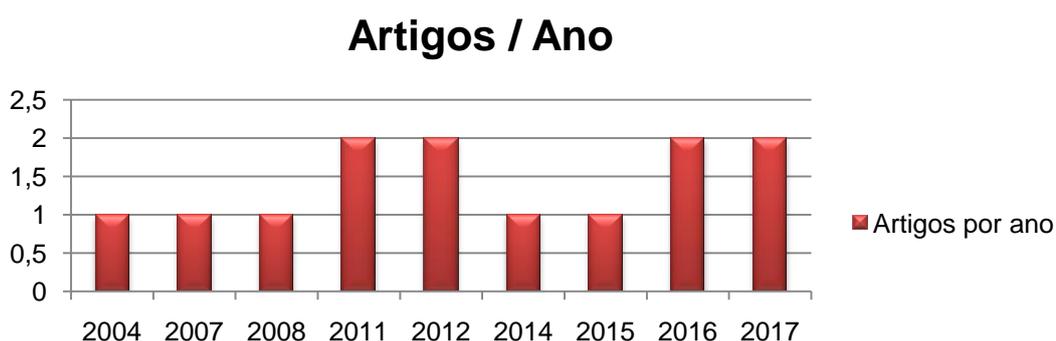
Fonte: dos revisores.

Em relação à instituição em que o artigo foi produzido, todos procedem de instituições públicas. Três dos artigos utilizados são provenientes da Universidade de São Paulo (USP). A Universidade Federal de São Paulo (UFSP), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB) contribuíram com dois artigos cada. A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a Secretaria de saúde do Estado de São Paulo contribuíram com um artigo cada para a realização deste estudo. Portanto, 8 (61,5%) dos materiais utilizados neste estudo são provenientes da região Sudeste do país e 5 (38,5%) da região Nordeste.

São Paulo foi a cidade que mais contribuiu com a realização de materiais inclusos nesta pesquisa, segundo Sidone, Haddad e Mena-Chalco (2016), a cidade é um dos 20 municípios que mais produz ciência no mundo devido a grande concentração de universidades públicas, responsáveis pela maioria das produções científicas, e pela distribuição de recursos na região Sudeste, contribuindo principalmente na área de ciências da saúde. No entanto, vale ressaltar, que nos últimos anos a região Nordeste tem tido um aumento das produções científicas acima da média nacional.

O ano de coleta de dados se deu de 1996 ao primeiro semestre de 2018, porém o artigo mais antigo utilizado neste estudo foi do ano de 2004 e o mais recente de 2017. Utilizamos dois artigos dos anos de 2017, 2016, 2012 e 2011; e um artigo dos anos de 2015, 2014, 2008, 2007 e 2004.

Gráfico I - Distribuição dos artigos, segundo o ano de publicação.



Fonte: dos revisores.

Referente aos títulos dos artigos, observa-se que 4 (30,8%) abordaram questões referentes à violência e vulnerabilidade ao HIV; 3 (23%) corresponderam a questões sobre estigma e discriminação; 1 (7,7%) tratou acerca dos processos de enfrentamento; 4 (30,8%) traziam a luz o gênero feminino, homens que fazem sexo com homens (HSH), cárcere e sexualidade; e 1 (7,7%) diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso.

Observando o tipo de estudo, pode-se concluir que 9 (69,2%) dos artigos incluídos são estudos de abordagem qualitativa; 3 (23,1%) são estudos de abordagem quantitativa e; 1 (7,7%) de abordagem quanti-qualitativa.

De acordo com Gerhardt e Silveira (2009), a preocupação maior dos estudos qualitativos é de compreender a fundo a questão pesquisada; o que é essencial ao se estudar as vulnerabilidades e estratégias de enfrentamento ao HIV.

Os objetivos evidenciam que há uma diversidade de aspectos sendo estudados acerca da condição de soropositividade. Entretanto, percebe-se que há predominância no que se refere às vulnerabilidades, estigma e enfrentamento associado ao HIV. Ainda, demonstram existir coerência entre os objetivos das pesquisas e os títulos, uma vez que os títulos fazem alusão aos objetivos dos trabalhos estudados.

Quadro I Artigos selecionados para realização do estudo: 13

Título do estudo	Ano da publicação	Periódico	Autores	Delineamento do estudo	Objetivo do estudo
1) Violência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens homossexuais e bissexuais	2017	Acta Paulista de Enfermagem LILACS	Hugo Fernandes; Eleonora Menicucci de Oliveira; Renato Nabas Ventura; Ana Lúcia de Moraes Hortá; Celina Daspett; Instituições Escola Paulista de Enfermagem UFSP	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	Conhecer as percepções de jovens homossexuais ou bissexuais acerca da violência vivida e sua relação com a vulnerabilidade ao HIV/Aids.
2) Experiências de homens que fazem sexo com homens vivendo com HIV: diferentes processos emocionais	2017	Revista CuidArte Enfermagem BDEFN	Roberto Garcia; Denise Gimenez Ramos Instituições UFMG	Pesquisa qualitativa	Descrever os diferentes processos emocionais de HSH vivendo com o HIV.

<p>3) Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/Aids</p>	<p>2016</p>	<p>Saúde e sociedade vol.25 no.3 LILACS</p>	<p>Naila Janilde Seabra Santos Instituições SES-SP Programa Estadual de DST/aids</p>	<p>Pesquisa quantitativa</p>	<p>Discutir os fatores determinantes da vulnerabilidade das mulheres negras a HIV/aids.</p>
<p>4) Aids e cárcere: representações sociais de mulheres em privação de liberdade</p>	<p>2016</p>	<p>Revista de Enfermagem da USP MEDLINE</p>	<p>Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro; Sandra Aparecida de Almeida; Aline Aparecida Monroe; Gilka Paiva Oliveira Costa; Valéria Peixoto Bezerra; Jordana Almeida Nogueira Instituições UFPB</p>	<p>Estudo exploratório descritivo de abordagem quanti-qualitativa</p>	<p>Compreender as representações sociais da Aids construídas por mulheres privadas de liberdade.</p>
<p>5) Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivos nos bairros populares de Maputo, Moçambique</p>	<p>2015</p>	<p>Caderno de saúde pública LILACS</p>	<p>Rosário Gregório Andrade; Jorge Alberto Bernstein Iriart Instituições UFBA</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Investigar como essas mulheres lidam com o estigma e a discriminação sofrida.</p>
<p>6) Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV</p>	<p>2014</p>	<p>Revista de saúde pública MEDLINE</p>	<p>Helana Maria Ferreira Renesto; Ana Rodrigues Falbo; Edvaldo Souza; Maria Gorete Vasconcelos</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Analisar o enfrentamento e as percepções das mulheres frente à descoberta da soropositividade.</p>

			Instituições UFPE		
7) Vulnerabilidade e convivência com o HIV/AIDS em pessoas acima de 50 anos	2012	Revista Mal Estar e Subjetividade LILACS	Josevânia da Silva; Ana Alay de Werba Saldanha Instituições UFPB	Estudo descritivo qualitativo	Analisar a vulnerabilidade e a convivência com o HIV/Aids em indivíduos com mais de 50 anos.
8) O sexo e a sexualidade em pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana	2012	Revista clínica médica LILACS	Bernardino Geraldo Alves Souto; Nádia Korkischko; Laurene Sayuri Kiyota; Mariana Ferreira Borges; Mariana Pereira Bataline Instituições USP	Estudo qualitativo	Compreender o significado do sexo e da vida sexual para HIV+, quais os sentimentos, significados e reação a atividade sexual.
9) HIV/Aids e violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa	2011	Saúde e sociedade LILACS	Josicleide Maciel da Silva; Carlos Roberto de Castro e Silva Instituições UFSP	Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa	Investigar a relação entre violência e vulnerabilidade à infecção ao HIV, e a contribuição de ONGs para o enfrentamento de situações de violência sofridas por pessoas infectadas pelo vírus HIV.
10) A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS	2011	Caderno de saúde coletiva LILACS	Simone Mendes Carvalho; Graciele Oroski Paes Instituições UFES	Pesquisa qualitativa	Identificar a influência do estigma social dos portadores de HIV/AIDS e descrever as reações frente ao diagnóstico e às mudanças no estilo de vida dos portadores de HIV/AIDS.

Continuação...

11) Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV	2008	Psicologia USP INDEX PSICO.	Dafne Suit; Marcos Emanuel Pereira Instituições UFBA	Estudo transversal de abordagem quantitativa	Compreender a vivência da soropositividade, identificar as estratégias de enfrentamento e a percepção dessas pessoas com sua estigmatização.
12) Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil	2007	Revista de saúde pública LILACS	Regina Melchior; Maria Ines Battistella Nemes; Tatianna Meireles Dantas Alencar; Cássia Maria Buchalla Instituições USP	Pesquisa qualitativa	Analisar as dificuldades à adesão medicamentosa em pessoas vivendo com HIV/Aids em TARV.
13) Aids, drogas e “ser mulher”. Relatos de mulheres soropositivas para o HIV	2004	Medicina Ribeirão Preto LILACS	Fabiana Gaspar Franco; Marco Antonio de Castro Figueiredo Instituições USP	Estudo descritivo quantitativo	Conhecer as vulnerabilidades de usuárias de drogas HIV+.

Fonte: dos revisores.

6 DISCUSSÃO

6.1 Vulnerabilidades associadas à condição de portador do HIV

6.1.1 Vulnerabilidades sociais

Os estereótipos associados à Aids constituem elementos da vulnerabilidade social que permanecem no imaginário da população geral e se constitui em violência aos infectados pelo HIV. A população acredita que todos os indivíduos infectados pelo HIV possuem características debilitantes e indicativas da doença, descartando a imagem de cronicidade e a possibilidade de convivência com HIV/Aids (RENESTO et al., 2014).

O estigma de doenças que configuram marcas sociais se mostra através do estigma relacionado à sexualidade; estigma relacionado ao gênero; estigma relacionado à raça ou etnia, que se relaciona com o grupo ao qual o HIV+ pertence; e estigma relacionado à marginalização econômica ou à pobreza (TRIGUEIRO et al., 2016).

Podemos categorizar o estigma em duas dimensões: o estigma sentido e o estigma efetivado. O estigma sentido se refere à percepção de depreciação pelo indivíduo portador de alguma condição socialmente desvalorizada, que acarreta sentimentos de vergonha, medo, ansiedade e depressão, levando à auto-exclusão das relações sociais para esconder a condição. O estigma efetivado é definido como a experiência real da discriminação, quando ocorre a exclusão em função do estigma, resultando em violação de direitos e isolamento social (SANTOS, 2015).

O estigma faz com que as desigualdades pareçam aceitáveis e justificáveis, criando uma hierarquia social entre os estigmatizados e os não estigmatizados, contribuindo com a exclusão social existente. Essa construção social pode acabar afetando até mesmo os indivíduos não relacionados diretamente com o problema em questão (RENESTO et al., 2014).

O estigma que ainda cerca o HIV/Aids tende a afetar a rede de apoio social das pessoas soropositivas. Para manter o relacionamento com os amigos e a família, os infectados preferem esconder sua soropositividade para que não sofram com o possível afastamento, por vezes utilizando o isolamento para fugir do temível sofrimento. Este fator é um importante agente estressor, que modifica e restringe a vida dos HIV+, esse estresse contribui também para acentuar a imunodepressão, debilitando o organismo e deixando-o mais suscetível às infecções oportunistas (CARVALHO; PAES, 2011).

É característica a presença da estigmatização e suas repercussões na trajetória das mulheres HIV+. O estigma desqualifica e desaprova socialmente seu portador, originando de processos sociais e históricos, sendo passível de amenização. Entretanto, ao se falar em

HIV, a associação da infecção aos “grupos de risco” continua sendo um atributo social que leva as mulheres a vivenciarem o isolamento e julgamento social. O sigilo da condição de soropositivo e o isolamento são comuns e fonte de sofrimento entre as mulheres que temem a discriminação. A revelação da condição estigmatizante faz com que a diferença passe a ser o centro da atenção das pessoas ao seu redor. Revelar essa condição poderia significar o fim de relações interpessoais, impedir novas relações e limitar oportunidades (RENESTO et al., 2014; SUIT; PEREIRA, 2008).

O estigma de viver com HIV/Aids constitui barreira importante para os infectados que relatam forte necessidade em esconder a doença, sendo responsável por diminuir a adesão medicamentosa. Outro aspecto que se mostra como barreira a manutenção do tratamento é o ambiente de trabalho, que faz com que os sujeitos não usem a medicação por medo que descubram sua soropositividade; e o uso social do álcool, pelo fato da população acreditar que medicamentos não podem ser ingeridos em associação ao álcool mesmo que esporadicamente (MELCHIOR et al., 2007).

Alguns HIV+ relatam sofrer preconceito nos locais de trabalho, sendo as mulheres ainda mais prejudicadas. Algumas não conseguem emprego por terem o vírus e outras são demitidas de seu trabalho. A estigmatização e a exclusão social fazem com que a mulher passe a enfrentar maior dificuldade para suprir suas necessidades básicas e para aderir à terapia antirretroviral, diminuindo o seu estado geral de saúde (SANTOS, 2015).

A busca de apoio em uma pessoa de confiança, amigo ou familiar é comum a todos os que passam por situações estressantes, pois expressar sentimentos pode ser uma forma de enfrentamento da realidade. Porém, o apoio encontrado por sujeitos soropositivos é frágil, pois caminha com o medo do julgamento. Pode-se destacar a falta de conhecimento dos pais ou familiares ao lidar com aspectos voltados à sexualidade, o que gera insegurança e pouco amparo aos infectados (FERNANDES et al., 2017).

Frente à literatura, é notória a necessidade de afetividade dos infectados pelo vírus HIV, existe grande carência e falta de apoio nas relações sociais desses sujeitos, o que nos faz refletir sobre a triste realidade acerca da estigmatização social e a manutenção da saúde dos portadores do vírus (CARVALHO; PAES, 2011).

A exclusão pela família e pelos amigos ao indivíduo infectado se deve ao fato da Aids se relacionar com valores, normas e comportamentos enraizados como inaceitáveis para a sociedade, tendo a família seu principal agente. Em relação ao gênero, as mulheres são com frequência responsabilizadas pela infecção e mais vulneráveis às reações violentas das pessoas que deveriam ser sua rede de apoio. A preocupação com o sigilo da infecção deixa de existir quando a pessoa percebe que pode ser aceita pelas pessoas do seu convívio, gerando uma proteção que permite a aceitação social e o estabelecimento de recursos para conviver com o HIV (RENESTO et al., 2014).

A ausência de entendimento e a discriminação se constituem obstáculos que impedem ou dificultam o acesso aos cuidados de saúde dos HIV+ (FRANCO; FIGUEIREDO, 2004). Quando um grupo sofre discriminação e repressão, a chance de não procurar o serviço de tratamento para Aids é maior. No entanto, a falta de assistência à saúde pode gerar desconhecimento e discriminação, já que um fator pode influenciar a ocorrência do outro (TRIGUEIRO et al., 2016).

Durante o processo de crescimento e amadurecimento humano, foram identificadas várias formas de violência expressadas pelos indivíduos infectados pelo HIV, dentre as quais podemos citar a violência sexual, a violência pregada por educadores nas escolas e, também, por líderes religiosos em igrejas (FERNANDES et al., 2017).

O *bullying* é uma queixa frequente entre os indivíduos soropositivos durante a fase escolar, e se constitui como grave problema na área de educação. A orientação sexual ainda é uma das principais causas de agressão e violência nas escolas. Portanto, vale ressaltar que, cabe aos educadores e profissionais de saúde a recorrente busca de informação e diálogos que estimulem a paz e o respeito às diferenças nas escolas e universidades (FERNANDES et al., 2017).

Como estratégia para diminuir a discriminação sofrida, alguns indivíduos HIV+ buscam reduzir as marcas corporais estigmatizantes com a adesão ao tratamento antirretroviral para revelar o diagnóstico para os familiares apenas quando seu corpo não demonstrar mais os sinais de Aids. Algumas pessoas chegam a atribuir sua aparência à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, pois a tuberculose é uma patologia menos estigmatizante que a Aids pelo fato de ter cura. Por vezes, a discriminação ainda é vivenciada quando apenas o companheiro apresenta as características da soropositividade (SANTOS, 2015).

Portanto, segundo Santos (2015), a infecção pelo HIV ainda está marcada por alterações físicas, e para muitas pessoas, pode ser tida como verdadeira apenas quando o indivíduo apresenta os sinais e sintomas identificados como característicos da enfermidade. Tal fato implica diretamente nas ações para a prevenção da doença, pois as pessoas tendem a não utilizar o preservativo nas relações sexuais baseadas apenas na aparência saudável dos parceiros.

Entre os materiais analisados para a produção deste estudo, podemos ressaltar que nove artigos (69,2%), abordavam questões referentes à vulnerabilidade social. Quando falamos em Aids, infelizmente, ainda é frequente crenças populares errôneas que favorecem a exclusão, o estigma e o isolamento dos indivíduos infectados pelo HIV. Sendo que essa exclusão, violências vividas, falta de acesso aos bens e serviços e informações precárias também favorecem o contágio pelo vírus na população não infectada. A vulnerabilidade social, o estigma, a discriminação e o isolamento interferem negativamente no

enfrentamento da doença, atrapalham a busca por ajuda e diminuem a adesão ao tratamento medicamentoso, tornando-se importante foco de estudo em meio científico, a fim de propor ações que diminuam essa vulnerabilidade e conseqüentemente o contágio e os agravos oriundos da infecção pelo HIV.

6.1.2 Vulnerabilidades individuais

Referindo-se ao gênero, a maior probabilidade de infecção pelo HIV em mulheres do que em homens, se deve, por exemplo: ao fato dos homens apresentarem maior quantidade de vírus no esperma do que as mulheres no líquido vaginal; maior liberação de secreção sexual masculina (5 a 7 ml) do que feminina (1 a 3 ml) durante o sexo; uso de anticoncepcionais; a alta prevalência de infecções genitais femininas, que mesmo assintomáticas, fragilizam a mucosa vaginal e facilitam a entrada do HIV e outros vírus no organismo (SANTOS, 2016).

Segundo Santos (2016), os riscos de infecção pelo HIV se elevam nas mulheres mais jovens, pela imaturidade do aparelho genital, tornando a fragilidade da mucosa vaginal mais evidente; pela prática de relação sexual com homens mais velhos e dificuldade de negociar o uso do preservativo pela perpetuação da submissão da mulher na sociedade.

A fragilidade feminina ao contágio pelo HIV advém da descaracterização do papel provedor e defensor do homem, quando as mulheres são abandonadas pelos parceiros, são obrigadas a lutar e a enfrentar o mundo sozinhas. Suas histórias de vida são marcadas por dificuldades em relação ao cuidado com os filhos, interrupções de gestações e adoção dos filhos por outras pessoas. No entanto, os filhos costumam ser um motivo para enfrentar as condições adversas sofridas pela condição de conviver com o HIV (FRANCO; FIGUEIREDO, 2004).

Referindo-se a população negra, o meio ambiente e a sociedade excluem e colocam o negro brasileiro em condições de vulnerabilidade. A acumulação de desvantagens, violências (sexual, doméstica, psicológica, física, etc.), exclusão, pobreza e vícios podem provocar comportamentos inadequados, e o surgimento de diversas doenças, inclusive a Aids (SANTOS, 2016).

Para Santos (2016), as mulheres negras sofrem dupla discriminação, já que além de sofrerem com a desigualdade de gênero também sofrem com as desigualdades étnicas. O HIV nessa população expressa a realidade da vulnerabilidade; a prevenção do agravo deve ser realizada pelo empoderamento desses sujeitos e a adesão ao tratamento medicamentoso tem que vencer barreiras como os estigmas vinculados a gênero, sexualidade, raça e soropositividade.

Santos (2016), ainda afirma a importância de incentivar a testagem anti-HIV da população negra como um todo e das mulheres negras em particular, tomando um cuidado especial para não estigmatizá-las ainda mais, pois a realização dos testes favorece o diagnóstico precoce alterando o prognóstico da infecção.

As mulheres HIV+ referem experiências de violência doméstica na família e com os parceiros durante a trajetória de vida. Após serem diagnosticadas, aquelas infectadas pelo parceiro com frequência permanecem com os companheiros, as outras são geralmente abandonadas pelo parceiro (RENESTO et al., 2014).

Relatos de homens que fazem sexo com homens (HSH) mostram que esses sujeitos sofrem violência por não se encaixarem em um modelo de “masculinidade” proposto pela sociedade. Por serem diferentes do tipo másculo, viril ou apropriado aos homens, são agredidos ou rejeitados pelos demais, que se julgam superiores, por estarem de acordo com o padrão de “homem” aceito socialmente (FERNANDES et al., 2017).

A desigualdade de gênero, ainda impactante na sociedade, faz com que as mulheres sejam frequentemente culpabilizadas pela infecção pelo HIV. A característica moral das relações permite aos homens serem infiéis e ter várias amantes sem que estes comportamentos gerem depreciação social a eles. Já as mulheres costumam ser acusadas de trair seus maridos, levar vida promíscua e de se prostituírem ao descobrirem ser soropositivas. Portanto, o homem tem menor dificuldade em revelar o diagnóstico por saber que não será rejeitado ou acusado pelas suas parceiras. As desigualdades de poder entre os sexos são um dos fatores que perpetuam a dominação masculina sobre a mulher, a tornando responsável pela transmissão de qualquer infecção sexualmente transmissível aos maridos (SANTOS, 2015).

Grande parte das mulheres ainda é economicamente dependente dos maridos e, com a morte do companheiro por Aids ou por seu abandono, essas mulheres passam a ter dificuldades para garantir o seu sustento e o dos seus filhos. A dependência financeira das mulheres é consequência da baixa escolaridade e limitadas opções de empregos, o que aumenta as vulnerabilidades e exclusão dessas mulheres, visto que algumas precisam recorrer à prostituição como forma de garantir sua sobrevivência (SANTOS, 2015).

No que tange a vulnerabilidade de gênero, as mulheres apontam a falta de recursos para se defender e a importância de um companheiro que fizesse, às vezes, o papel de seu defensor na sociedade. Algumas mulheres HIV+, principalmente as que vivem nas ruas, passam por diversas dificuldades como o uso de drogas, prostituição, violências e exclusão, sendo o viver com HIV um problema secundário em suas vidas (FRANCO; FIGUEIREDO, 2004).

Outra característica que aumenta o risco de contágio pelo HIV é o uso de drogas ilícitas injetáveis, pois o uso coloca o sujeito em situação de marginalidade, exclusão e, é

geralmente um escape para as situações de pobreza e vulnerabilidade em que os indivíduos se encontram; em especial para as mulheres (FRANCO; FIGUEIREDO, 2004).

A confiança no parceiro sexual também é uma vulnerabilidade importante para o contágio pelo HIV, pois a grande maioria das infecções é transmitida através de relações sexuais sem o uso do preservativo, tal vulnerabilidade gerou aumento do número de infecções entre as mulheres e idosos (SILVA; SALDANHA, 2012).

Uma característica do HIV na terceira idade é sua revelação tardia. Os idosos passam por vários profissionais e exames antes de terem a confirmação sorológica. Sintomas como cansaço, inapetência e perda de peso são considerados pelos profissionais de saúde como próprios do envelhecimento, não há desconfiança para o HIV pelos profissionais em sujeitos dessa faixa etária, causando perturbações na saúde e qualidade de vida desses indivíduos em virtude do diagnóstico tardio (SILVA; SALDANHA, 2012).

Analisando a faixa etária, podemos citar que a Aids na velhice costuma ser mais bem “aceita” que para os indivíduos jovens, o que se deve ao fato da ampla informação sobre a doença difundida para a população mais jovem, que em tese, deveria fazer com que o jovem não entrasse em contato com o vírus; e pelos idosos já terem tido uma vida longa, não se preocupando em como será levar uma vida inteira convivendo com o HIV (SILVA; SALDANHA, 2012).

Silva e Saldanha (2012) apontam que com a velhice as oportunidades de emprego já são escassas, porém com a infecção pelo HIV, torna-se mais difícil para o sujeito se manter em um trabalho ou conseguir uma fonte de renda, seja pelas alterações advindas com a doença ou pelo absenteísmo com as consultas frequentes; tal fato gera diminuição dos recursos financeiros, diminuição da auto-estima e perspectiva de futuro e consequentemente diminuição da adesão à TARV e manutenção da qualidade de vida.

Idosos soropositivos têm ainda a dificuldade de encontrar cuidadores que os auxiliem, frente a sua condição e aos problemas advindos com a idade; muitos acabam preferindo manter sigilo sobre sua condição sorológica para conseguir ser cuidado por alguém, já que em alguns casos a família abandona o sujeito infectado pelo HIV (SILVA; SALDANHA, 2012).

Entre os materiais analisados para a produção deste estudo, podemos ressaltar que quatro artigos (30,8%), abordavam questões referentes à vulnerabilidade individual. O tema mais encontrado refere-se à questão da vulnerabilidade de gênero e racial, visto que as mulheres ainda sofrem com as desvantagens oriundas do sexo, expressa por uma sociedade machista e misógina. Em se tratando da população negra, ainda é frequente o preconceito e exclusão, inclusive dos serviços de saúde, que deixa escancarada a dívida histórica com o negro brasileiro, estando este propenso a vários agravos pelas diárias violências vividas e sentidas na pele.

6.1.3 Vulnerabilidades programáticas

O estigma institucional pode ser um obstáculo à adesão aos serviços especializados em HIV/Aids e à continuidade das ações, contribuindo para a vulnerabilidade ao adoecimento pelo vírus. O serviço especializado surgiu como importante fonte de apoio, fornecendo esclarecimentos sobre a infecção, possibilidades de tratamento e apoio emocional. Isso ajudou na aceitação do diagnóstico e afastou o medo inicial da Aids. No entanto, alguns soropositivos queixam sobre a ausência de um espaço para expressar outras necessidades além das questões da doença em si, pois acreditam que isso não seria função dos serviços e profissionais de saúde (RENESTO et al., 2014).

Ambientes insalubres afetam negativamente a saúde dos sujeitos infectados pelo HIV, provocando isolamento e silêncio em torno da sexualidade e soropositividade, colocando esses sujeitos em maiores riscos. A alta prevalência de violência institucional implica em mudanças nas relações interpessoais, na socialização, no autoconhecimento, no autojulgamento, nas imagens que se constroem dos espaços institucionais e dos territórios de convívio social (FERNANDES et al., 2017).

Em diversas situações, como na condição de cárcere e exclusão, por exemplo, as limitações estruturais como inadequação física, alta densidade populacional, precárias condições de higiene, baixa nutrição e pouco acesso a insumos e serviços dificultam as ações de cuidado em saúde e agravam o sofrimento no processo de vivenciar a soropositividade (TRIGUEIRO et al., 2016).

A postura do profissional que atende o indivíduo, a atitude de receber, escutar e tratar os pacientes com suas demandas, a qualidade do apoio educacional e emocional prestado e a valorização do indivíduo são elementos importantes para reduzir o impacto do diagnóstico pelo HIV. O aconselhamento deve sempre acompanhar o diagnóstico e envolver escuta ativa, individualizada e centrada no indivíduo com um olhar holístico. Mulheres HIV+ queixam sobre o distanciamento na relação com os profissionais de saúde dentro dos serviços não-especializados em HIV/Aids. O diagnóstico costuma ser comunicado com objetividade e os profissionais não demonstram interesse pela história ou contexto de vida da paciente, ocorrendo ausência ou negligência na transmissão das informações sobre a infecção pelo HIV (RENESTO et al., 2014).

Os profissionais de saúde integram os grupos sociais que podem ter representações sobre a Aids e sobre as pessoas infectadas. Alguns possuem concepções que se igualam ao imaginário popular e as incorporam em sua prática clínica. Podem inclusive desconsiderar os conhecimentos científicos ao transmitir informações aos infectados a partir do seu preconceito em relação à doença, quebrando a relação de confiança e vínculo do cliente com o profissional e com a unidade de saúde (RENESTO et al., 2014).

Silva e Saldanha (2012), destacam que ainda há profissionais despreparados para lidar com o HIV/Aids. A forma como é realizada a confirmação do diagnóstico positivo pode influenciar na adesão do indivíduo ao tratamento, sendo fundamental durante o diagnóstico, a participação da equipe multidisciplinar capacitada junto ao paciente e seus familiares para atenuar o medo, as dúvidas, a angústia e anseios que cercam o HIV.

Pode-se dizer que o alto grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV ocorre em decorrência da ausência de uma política de saúde mais efetiva e de um trabalho educativo nas comunidades e na sociedade em geral (SANTOS, 2016).

Podemos destacar ainda a presença do racismo institucional, identificada pelo fracasso de uma organização em dispensar um serviço de qualidade às pessoas em razão de sua cor, cultura, ou etnia. Esse racismo se faz presente através de práticas e comportamentos discriminatórios adotados no trabalho que são resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceito ou de estigmas racistas. O racismo institucional coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pelo Estado e pelas organizações e instituições de saúde (SANTOS, 2016).

Estratégias adotadas como a campanha da Aids de 2005, chamada: “Aids e Racismo, o Brasil tem que viver sem preconceito”, a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, a formação de comitês técnicos de saúde da população negra, e a criação de metas voltadas a saúde das mulheres negras são estratégias cruciais para aumentar o cuidado dessa população frente a epidemia de Aids, porém, faz-se necessário maior engajamento do Estado, através de políticas públicas, para que os infectados, em especial as mulheres e negros HIV+, recebam cuidados efetivos e universal dos serviços de saúde (SANTOS, 2016).

Entre os materiais analisados para a produção deste estudo, ressaltamos que três artigos (23,1%), abordaram questões referentes à vulnerabilidade programática. Devemos lembrar que nem sempre nos deparamos com profissionais devidamente capacitados e desprendidos de seus valores ao acolher o outro como legítimo e singular, aceitando suas especificidades e escolhas. Tal postura interfere na busca de ajuda pelo soropositivo aos serviços de saúde e na adesão ao tratamento medicamentoso, o que diminui seu estado geral de saúde e favorece a manutenção da cadeia de transmissão do HIV. É necessário que políticas públicas de inclusão sejam efetivamente implementadas em todos os serviços de saúde, para que os infectados sejam acolhidos de forma humanizada, por profissionais capacitados e motivados para tal assistência; e por instituições que dispensem de ambiência e estrutura adequada para fornecer cuidado integral a saúde desses indivíduos.

6.2 Enfrentamento da soropositividade

Diante de situações que são fonte de estresse, as pessoas buscam ferramentas com as quais possam enfrentar as dificuldades, visando reduzir ou até eliminar o causador do estresse. É o que podemos chamar de enfrentamento. O estresse vivenciado pelos indivíduos infectados pelo HIV condiz com a avaliação que eles fazem da sua própria situação. A história pessoal, o contexto em que eles se encontram, proporciona um maior ou menor grau de estresse perante a situação (SUIT; PEREIRA, 2008).

Podemos classificar as estratégias de enfrentamento em dois grupos: as focalizadas no problema e as focalizadas na emoção. No primeiro ocorre uma aproximação do estressor, planejando soluções, reavaliando-o positivamente em uma tentativa de solucioná-lo; busca encontrar soluções práticas e reais, como um plano de ação ou focalizando o próximo passo a seguir, é frequente a busca de apoio nesse tipo de enfrentamento. O segundo busca modificar o estado emocional da pessoa, podendo acompanhar atitudes de afastamento diante do estressor com o uso de drogas, descargas emocionais e etc. Esse tipo de enfrentamento se faz mais presente no gênero feminino, em pessoas que tem filhos e em situações que não são passíveis de alteração, como a infecção pelo HIV (SUIT; PEREIRA, 2008).

Segundo Suit e Pereira (2008), o enfrentamento da soropositividade vem acompanhado de um pior estado de ânimo, estresse elevado e estratégias de enfrentamento que não proporcionam uma ação ativa diante dos problemas. Tais características se relacionam a um pior prognóstico, possibilitando uma progressão mais rápida do vírus no organismo levando a Aids.

O enfrentamento do estigma, problema frequente para os infectados pelo HIV, pode se dar de três formas: por atribuição da culpa da discriminação àquele que discrimina ou a si mesmo; por desprendimento da sua auto-estima resultante da estigmatização ou construção de uma nova identidade estigmatizada; e por aproximação ou distanciamento do seu grupo social. Ao utilizar o enfrentamento focalizado no problema o sujeito consegue enfrentar o estigma buscando redes de apoio à sua condição melhorando seu tratamento, auto-estima e qualidade de vida, mas a estratégia de enfrentamento a ser adotada vai depender de vários fatores (SUIT; PEREIRA, 2008).

A percepção da rede de apoio mostra-se como um fator significativo para os infectados pelo HIV. O acolhimento familiar e dos amigos é decisivo para o entendimento e manejo das questões referentes à patologia e para a segurança emocional necessária no enfrentamento do HIV. A falta de apoio culmina no distanciamento e isolamento que reforça sentimentos negativos e faz a pessoa vivenciar o problema em silêncio, levando a uma dificuldade no enfrentamento da situação (GARCIA; RAMOS, 2017).

O estudo de Suit e Pereira ainda remete a dificuldade que o sujeito infectado enfrenta na revelação diagnóstica por medo da exclusão, esta sendo maior no público feminino. Mostrou que as estratégias de enfrentamento podem ser usadas em conjunto, porém, durante o estigma ou quando a auto-imagem é negativa, é utilizado com maior frequência o enfrentamento focalizado na emoção. Na revelação diagnóstica, integração de redes de apoio com atitudes de militância e alta adesão a terapia medicamentosa o enfrentamento focalizado no problema é mais visualizado.

Ao vivenciar a infecção pelo HIV a disciplina, valiosa para adesão ao tratamento, a perseverança e autoconfiança são fundamentais para que ocorra um processo de enfrentamento saudável ao problema e um adequado autocuidado. Por outro lado, alguns portadores do HIV demonstram muitas dificuldades e uma condição emocional fragilizada, potencializada por sentimentos de insegurança, incerteza, não aceitação do diagnóstico do HIV e ideação suicida, o que está diretamente relacionado à construção de recursos internos para lidar com as situações externas, sendo prejudicial à manutenção adequada do tratamento (GARCIA; RAMOS, 2017).

As implicações do contágio pelo HIV contribuem para o aumento dos sofrimentos emocionais dos infectados ou para o enfrentamento, adaptação e melhor adesão ao tratamento. A atenção a essas implicações pode ser crucial para reverter processos emocionais disfuncionais que causam sofrimento ao HIV+, e pode também promover possíveis melhorias as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde desses indivíduos (GARCIA; RAMOS, 2017).

O entendimento das questões envolvidas ao HIV é importante para a estruturação de processos emocionais e para o enfrentamento da doença. A reavaliação dos processos físicos e emocionais da vida, a perseverança, a espiritualidade, entre outros, estão diretamente associados à construção de recursos internos. Estes recursos geram inúmeros benefícios aos indivíduos, principalmente àqueles que conseguem atribuir um significado positivo ao diagnóstico do HIV. Para esses indivíduos, é como se a doença possibilitasse um íntimo contato com vários elementos emocionais fragmentados e não elaborados que a partir do diagnóstico são reavaliados e reconstruídos (GARCIA; RAMOS, 2017).

O enfrentamento de doenças, principalmente aquelas tidas popularmente como sentença de morte ou de alta periculosidade, tem na fé importante meio de proteção. Porém, o exercício da espiritualidade e a fé na cura divina mostra que a Aids é marcada por uma polaridade: de um lado existe a incurabilidade da doença; do outro, a esperança de cura, associada as crenças de senso comum para suportar o sofrimento (TRIGUEIRO et al., 2016).

Para Santos (2015), as instituições religiosas representam uma importante rede de apoio aos pacientes vivendo com a Aids, por ser um espaço em que eles não se sentem

discriminados. Pela Aids ser uma doença sem cura e associada à ideia de morte, as crenças religiosas ajudam no processo de construção de um sentido para o enfrentamento da condição, impactando positivamente no bem-estar desses sujeitos e na melhora da sua auto-estima. Porém, vale ressaltar que, nem todos conseguem apoio em sua comunidade religiosa, consequência dos valores morais impostos pela religião sobre a sexualidade, sendo este um lugar que também pode excluir e discriminar o HIV+.

Alguns indivíduos não conseguem assimilar o resultado positivo para HIV, e acabam precisando de um tempo para assumir uma atitude positiva diante do seu problema. Essa negação é uma fuga da realidade, uma tentativa do indivíduo para se adaptar a sua nova situação, durante esse processo o sujeito deixa de buscar auxílio para sua saúde, o que empobrece a sua rede de apoio. Há uma grande importância na aceitação da doença no processo de enfrentamento ao agravo, pois essa aceitação está diretamente associada à auto-estima, uma vez que o risco de depressão anula o prazer pela vida, levando o sujeito a perder suas expectativas de vida, sonhos e ideais para o futuro, desistindo até mesmo de continuar vivendo (CARVALHO; PAES, 2011).

Analisando a continuidade da vida sexual após o contágio pelo HIV é possível identificar três categorias de pessoas: aquelas que se tornam abstinente; aquelas que mantêm a vida sexual ativa de forma angustiada; e aquelas que continuam sexualmente ativas, por ter contornado ou superado a angústia sexual relacionada à infecção pelo HIV. A respeito dos que se tornam abstinente sexuais, é referido que a prática sexual implica, necessariamente, na revelação da sua condição de infectado e nas potenciais consequências dessa revelação derivadas do estigma; o medo e a culpa dificultam o processo de retomada das relações sexuais, fazendo com que a sexualidade se torne introspectiva e auto-erótica, pois esses sujeitos não acreditam que alguém amaria verdadeiramente alguém estigmatizado (SOUTO et al., 2012).

Segundo Souto e colaboradores (2012), esses indivíduos não perderam o desejo sexual, porém, não enfrentaram a angústia imposta pelos significados da infecção pelo HIV. Eles apenas se submetem ao sofrimento de serem sexualmente sequelados e infelizes na vida sexual. O sexo passa a se tornar uma frustração e algo limitante para muitos sujeitos HIV+. Os que conseguem dar continuidade a vida sexual se tornam mais seletivos, dão ênfase ao amor romântico, procuram por pessoas que tolerem seu estigma e sejam solidárias a sua situação, sendo essa uma atitude de enfrentamento à condição, mantendo-se o entendimento de que a vida sexual ativa é desejável, mas que também deve ser responsável e cautelosa.

Alguns indivíduos referem ter amadurecido com o contágio pelo HIV, a mudança no estilo de vida dessas pessoas se caracteriza pela vontade maior de viver, de valorizar

aspectos que antes não eram identificados como importantes; tal atitude pode influenciar positivamente na qualidade de vida desses sujeitos (CARVALHO; PAES, 2011).

Profissionais de saúde, como enfermeiros e psicólogos, são importantes fontes de apoio aos infectados pelo HIV. Consultas, atividades em grupos e sessões terapêuticas abrem canais para expressão de sentimentos e ajudam no enfrentamento tanto das situações de violência vivenciadas por esses sujeitos, como na convivência com o HIV. As interações mostram-se mais positivas quando os sujeitos percebem que não são alvos de julgamentos pelos profissionais que os atendem (FERNANDES et al., 2017).

Uma estratégia apontada pelos infectados pelo HIV para o enfrentamento do estigma é a formação de pequenos grupos de pessoas que vivem com o HIV. Segundo eles, tal grupo lhes dá a sensação de pertencer a uma mesma família e proporciona maior acesso a informações relevantes para o enfrentamento do agravo, além de ser um espaço onde ocorre a minimização do sofrimento gerado pela pobreza, condição frequente entre HIV+ (SANTOS, 2015).

Silva (2011) também relata a importância das ONGs para os HIV+, pois nesses ambientes é possível aprender e trocar informações visando maior autonomia e responsabilidade pela própria saúde. A ONG funciona como um gerador de novas formas de socializar e de demonstrar afeto e atenção, pois potencializa a relação dos infectados com seus familiares, amigos e profissionais de saúde, aumentando o sentimento de pertencer à sociedade, vivenciando sua autonomia e melhorando a qualidade de vida pela manutenção da auto-estima e aceitação da doença.

Pode-se afirmar que alguns infectados pelo HIV se vêem como uma espécie de aberração na sociedade. Uma identidade taxada pela rejeição e pelo preconceito é um dos fatores que dificultam a vinculação desses sujeitos inclusive com organizações e instituições. As pessoas que convivem com o HIV mostram-se desconfiadas e descrentes da possibilidade de entrarem em novos relacionamentos. Eles resistem à construção de outras faces de suas identidades e atribuem às organizações e instituições as vivências de medo e abandono misturadas com o desejo de superação e manutenção da qualidade de vida (SILVA, 2011).

Silva e Saldanha (2012) alertam sobre as cinco fases que o indivíduo enfrenta ao receber o diagnóstico de uma doença incurável: negação, revolta ou raiva, barganha ou negociação, interiorização e aceitação. Em alguns casos, as pessoas podem recorrer a outros exames e profissionais para “desmentir” o resultado recebido, principalmente quando são assintomáticas. Os sentimentos de revolta ocorrem quando a pessoa se percebe soropositiva. A procura por possíveis culpados ou mesmo a própria culpabilização é comum frente ao HIV. Alguns pacientes ao enfrentar sua condição relatam ganhos secundários à

infecção como a melhora da espiritualidade, ressignificação da vida, aprofundamento das relações afetivas e familiares, etc.

O medo faz parte do ser humano e pode servir de alerta para o perigo, mas quando se fala em HIV, o medo assume uma conotação negativa, pois parte de uma imagem distorcida da Aids assombrosa e insensata. É necessário combater o medo relacionado ao HIV de diversos públicos que mantêm uma imagem de significados equivocados à epidemia, os quais atrapalham a forma de prevenir ou controlar a doença e provocam dificuldades em abordar o problema (TRIGUEIRO et al., 2016).

Indivíduos soropositivos costumam ter uma trajetória de vida marcada por tipos e graus diferentes de violência, como a doméstica, a sexual e a física, os quais impactam diretamente na capacidade da pessoa enfrentar e superar as adversidades adquiridas com a infecção ao HIV. O sujeito que sofre violência se sente abandonado, se exclui da sociedade e se submete aos desejos dos outros prejudicando suas relações sociais (SILVA, 2011).

Para Silva (2011), as condições de vida marcadas pela violência impactam diretamente na adesão a TARV. Os indivíduos que convivem com o HIV utilizam de mecanismos de defesa fundamentados na negação da condição de soropositividade, não buscando tratamento para o HIV durante essa fase de enfrentamento.

Segundo Franco e Figueiredo (2004), é frequente o uso de drogas por indivíduos HIV+, tal uso tem início na busca por anestesia para todos os problemas, e se mantém pelos efeitos ilusórios e efêmeros das substâncias. Os usuários de drogas carregam uma dor do desencontro consigo mesmos, carência de referenciais seguros e de apoio social. Para mudar tal situação, esses sujeitos necessitam de uma estruturação familiar e social que lhes dê prazeres maiores que o uso das substâncias psicoativas.

Com a descoberta da soropositividade, os sujeitos demonstram a necessidade de reorganizar a vida em vários aspectos. Alguns sujeitos conseguem levar o diagnóstico com naturalidade; portadores assintomáticos utilizam desse tipo de enfrentamento, o que contribui para que o HIV seja só mais um aspecto a ser vivenciado, sendo prioritárias na vida questões como renda, moradia e alimentação. O sujeito coloca em foco sua vida, a continuidade dos projetos e o desempenho de papéis sociais no âmbito da família e do trabalho. Já outros indivíduos se apegam a religiosidade como forma de diminuir sua ansiedade à possibilidade de morte que a imagem do HIV carrega, ajudando a estabelecer também um objetivo de vida para essas pessoas (SILVA; SALDANHA, 2012).

Para Silva e Saldanha (2012), o aumento de sobrevivência das pessoas, pelo advento da TARV, torna as redes de apoio social e a participação em atividades sociais aspecto relevante no enfrentamento da soropositividade. Com uma rede de apoio estruturada e forte os sujeitos conseguem vencer as adversidades impostas pelo estigma, fortalecendo a adesão a TARV, melhorando sua auto-estima, bem-estar e qualidade de vida. A percepção

positiva acerca dos serviços de saúde também diminui o isolamento social fornecendo condições para o enfrentamento do HIV.

Ao falar sobre a TARV, devemos considerar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento medicamentoso do HIV, os sujeitos citam com frequência: náusea, vômito, dor de cabeça e diarreia. Outros fatores relacionados diretamente ao ato de tomar a medicação incluem: dificuldade em dissolver ou em engolir, intolerância ao cheiro e ao gosto, grande quantidade de medicamentos e tomada regular, sendo estas dificuldades mais frequentes no início do tratamento, o que pode ser relacionado ao estigma sofrido e negação da nova condição sorológica que influencia negativamente no tratamento. Tais sintomas variam de organismo a organismo e deve ser considerada pela equipe de saúde para formulação de estratégias que visem melhor adesão ao tratamento, manutenção adequada da qualidade de vida e prognóstico positivo para esses indivíduos (MELCHIOR et al., 2007).

Entre os materiais analisados para a produção deste estudo, nove artigos (69,2%), abordavam questões referentes ao enfrentamento da soropositividade, sendo frequente abordagens sobre a rede de apoio, estigma social, violência, isolamento, fé e vulnerabilidades sociais. É impossível falar em enfrentamento sem falar sobre vulnerabilidades associadas à condição de portador do HIV, visto que um interfere diretamente no outro. Quando um indivíduo é discriminado, estigmatizado e excluído de sua rede social é comum que a estratégia de enfrentamento utilizada por essa pessoa seja de fuga ou negação do problema, porém, quando o soropositivo tem sua rede social fortalecida, tem atos de militância e enfrentamento focalizado no problema, podemos observar melhora da qualidade de vida e correta adesão ao tratamento antirretroviral. É do enfermeiro a principal função de educação em saúde, sendo as crenças errôneas frente a Aids a maior causadora da estigmatização social para esses indivíduos. Com uma sociedade e serviços de saúde esclarecidos e engajados podemos alcançar uma efetiva qualidade de vida aos portadores de HIV, no entanto, o Estado tem o papel primordial de formular ações e prover recursos para que todos possam juntos, com empatia e respeito, ser a rede de apoio que o soropositivo necessita para enfrentar sua condição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos artigos analisados, verifica-se que a vulnerabilidade ao HIV/Aids está vinculada a diversos tipos de vulnerabilidades existentes antes mesmo da infecção, principalmente quando se considera as questões de gênero, raça, idade, preferência sexual, trabalho, acesso aos bens e serviços, etc.

Pode-se afirmar que o estigma decorre da discriminação e exclusão social que cerca o indivíduo infectado pelo vírus do HIV. Vale salientar que as desigualdades de gênero e de poder entre os sexos fazem com que recaia sobre as mulheres a culpa pela infecção pelo HIV, sendo estas massacradas pelo julgamento social que insiste em proteger e vangloriar atitudes vistas como próprias da masculinidade humana.

Ao descobrir o diagnóstico, o indivíduo soropositivo apresenta diversas manifestações, como: culpa, auto-isolamento, medo, não-aceitação da sua nova condição, repulsa da divulgação do diagnóstico para sua rede social e demais reações que afetam negativamente a vida dos sujeitos infectados pelo vírus e a adequada adesão ao tratamento.

As estratégias de enfrentamento utilizadas por esses sujeitos costumam variar com o tempo, emoções, gênero e espiritualidade de cada indivíduo. O enfrentamento focalizado na emoção costuma ser mais comum no início do diagnóstico, quando o sujeito ainda está em processo de negação da sua nova condição e tem medo da discriminação que possa sofrer com a divulgação do diagnóstico aos familiares e amigos. Já o enfrentamento focalizado no problema tende a ser mais resolutivo, pois o indivíduo está disposto a enfrentar as dificuldades visando à vida que ainda pode ser vivida apesar da soropositividade.

Nota-se também que é de grande valia a intervenção dos profissionais de saúde no processo de educação em saúde, promovendo orientação não só aos indivíduos infectados pelo HIV, mas para toda a população, visando desmistificar as distorções populares a respeito do HIV/Aids. A assistência multidisciplinar, o acolhimento com escuta qualificada, não julgamento e apoio psicológico são de fundamental importância antes, durante e após a realização da confirmação sorológica.

Com a realização desse estudo foi possível identificar algumas fragilidades e necessidades dos sujeitos que vivem com HIV, porém, deve-se considerar que os artigos utilizados nesse estudo são todos procedentes da região Sudeste e Nordeste do Brasil, o que não mostra a realidade da temática sobre as outras regiões do país. Ressaltamos a necessidade de estudos que possam identificar as vulnerabilidades e estratégias de enfrentamento da condição de portador do HIV na região Centro-Oeste, principalmente em Goiás, no município de Anápolis, para que possamos conhecer de fato as necessidades desses indivíduos e conseguir formular ações efetivas de acordo com as características dos sujeitos infectados na região.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, Rafael; MAKSUD, Ivia; FRANCO, Tulio. “Essa doença para mim é a mesma coisa que nada”: reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 496-509, Junho 2017.

AMORAS, Bruna Correa; CAMPOS Atos Rodrigues; BESERRA Eveline Pinheiro. Reflexões sobre vulnerabilidade dos adolescentes a infecções sexualmente transmissíveis. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá, v. 8, n. 1, p. 163-171, 2015.

ANDRADE, Rosário Gregório; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-574, Mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300565&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Set. 2018.

AYRES, José Ricardo et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde. Novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Machado C, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno da atenção básica nº 18- HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília-DF. 197p, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão aos antirretrovirais**. Manual para profissionais de saúde. Brasília-DF. 87p, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília-DF. 53p, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV/Aids**. Brasília-DF. 64p, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual de prevenção das DST/HIV/AIDS em comunidades populares**. Brasília-DF. 80p, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília-DF. 56p, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília-DF. 94p, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias- Guia de Bolso**. 8º Ed. Brasília - DF. 444p, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação de Goiás**. 5º Ed. Brasília-DF. 34p, 2011.

BONOLO, Palmira de Fátima; GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 267-278, dez. 2007.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro - RJ, 2011.

CATUNDA, Carolina; SEIDL, Eliane Maria Fleury; LEMETAYER, Fabienne. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32, n. spe, e32ne218, 2016.

DANTAS, Mariana de Sousa et al. Social representations of HIV/AIDS among healthcare professionals in benchmark services. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 94-100, Dez. 2014.

DIAS, Fernanda Lima Aragão et al. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, p 456-61. 2010.

FAUCI, Anthony ; KASPER, Dennis. **Doenças infecciosas de Harrison**. 2º ed. Porto Alegre – RS: AMGH. cap 93, 2015.

FERNANDES, Hugo et al. Violência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens homossexuais e bissexuais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-396, Ago. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000400390&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Set. 2018.

FRANCO, Fabiana Gaspar; FIGUEIREDO, Marco Antonio De Castro. Aids, drogas e “ser mulher” relatos de mulheres soropositivas para o HIV. **Medicina, Ribeirão Preto - USP**, 2004.

FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia**. 5º Ed. São Paulo- SP: Editora Atheneu, 2015.

FORESTO, Jaqueline Scaramuza et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e63158, 2017.

GALANO, Eliana et al. Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/aids: estudo qualitativo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 171-177, 2015.

GARCIA, Roberto; RAMOS, Denise Gimenez. Experiências de homens que fazem sexo com homens vivendo com HIV: diferentes processos emocionais. **CuidArte Enfermagem**, 2017.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de pesquisa. Universidade Aberta do Brasil. **UFRGS**. 1º Ed: 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> Acesso em 30 de Out. 2018

JESUS, Giselle Juliana de et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 301-307, Maio 2017.

LEVY, Jay et al. 25 Years of AIDS: recording progress and future challenges. *AIDS online*, v 26. p 1187–1189. 2012. Disponível em: http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2012/06190/25_Years_of_AIDS___recording_progress_and_future.1.aspx. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira. Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 6, n. 4, p. 75-81, out. 1998 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 set. 2018.

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. Ed. São Paulo-SP: Atlas, 2010. p 169, 179.
MINAYO, M.C.S. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R., editores. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 26ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p.9-30.

MELCHIOR, Regina et al . Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 2, p. 87-93, Dez. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900014&lng=en&nrm=iso> Acesso em 20 Set. 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso, SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira, GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis - SC, 2008.

MONTEIRO, Simone Souza et al. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 01 [Acessado 5 Março 2018] , pp. 137-146. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1906>>.

NASSER, Ana Cristina Arantes; NEMES, Maria Ines Battistella. Representações dos participantes de uma intervenção psicossocial para melhoria da adesão ao tratamento da aids. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 58, p. 661-677, Set. 2016 .

NEMES, Maria Inês Batistella et al . Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo- SP: Pioneira Thomson Learning, 2002.

RENESTO, Helana Maria Ferreira et al . Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 1, p. 36-42, Fev. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Set. 2018.

ROCHA Manuel Otávio da Costa; PEDROSO Enio Roberto Pietra. **Fundamentos em infectologia** - Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saude soc.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 602-618, Set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300602&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Set. 2018.

SANTOS, Walquíria Jesusmara dos et al . Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 6, p. 1028-1037, Dez. 2011 . Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Set. 2018.

SIDONE, Otávio José Guerci; HADDAD, Eduardo Amaral; MENA-CHALCO, Jesús Pascual. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. **Trans Informação**, Campinas, 28(1):15-31, jan./abr., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tinf/v28n1/0103-3786-tinf-28-01-00015.pdf> Acessado em: 30 de Out. 2018.

SILVA, Ítalo Rodolfo et al . Percepções de enfermeiros acerca das vulnerabilidades para DST/Aids diante das conexões do processo de adolecer. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. 3, p. 72-78, Set. 2015 .

SILVA, Josevânia da; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Vulnerabilidade e convivência com o HIV/AIDS em pessoas acima de 50 anos. **Rev.Mal-Estar Subj**, Fortaleza , v. 12, n. 3-4, p. 817-852, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000200014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 20 set. 2018.

SILVA, José Adriano Góes et al . Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 6, p. 1188-1198, Junho 2015 .

SILVA, Josicleide Maciel da; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. HIV/Aids e violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 635-646, Set. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Set. 2018.

SOUTO et al. O sexo e a sexualidade em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. **Revista Brasileira de clínica médica**. São Carlos – SP, 2012.

SUIT, Dafne; PEREIRA, Marcos Emanuel. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 317-340, Set. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Set. 2018.

TRIGUEIRO, Débora Raquel Soares Guedes et al . Aids e cárcere: representações sociais de mulheres em situação de privação de liberdade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 50, n. 4, p. 554-561, Ago. 2016 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400554&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Set. 2018.