

Saúde e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids: uma revisão narrativa dos últimos 15 anos

Health and quality of life of people living with HIV/aids: a narrative review of the last 15 years

Salud y calidad de vida de las personas que viven con VIH/sida: una revisión narrativa de los últimos 15 años

Renata Paula Lima Beltrão^{1*}, Augusto César Beltrão da Silva², Francisco Jander de Sousa Nogueira¹, Alba Angélica Nunes Mouta¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar a qualidade de vida e as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que vivem com o vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) (PVHA). **Revisão bibliográfica:** Durante a seleção dos artigos, foi observado que a maior parte dos artigos publicados sobre a temática HIV/AIDS focava em aspectos farmacológico e/ou patológicos da doença e esqueciam de analisar como a pessoa portadora da síndrome convive com essa doença tão envolta por estigmas. Diante da leitura dos artigos, pode-se elencar aspectos negativos e positivos na busca por qualidade de vida das PVHA, dentre os fatores positivos: apoio de familiares e amigos, a inserção no mercado de trabalho e a espiritualidade. Dentro os fatores negativos, o mais relatado foi o preconceito, muitas vezes vindo por parte da família ou dos profissionais de saúde, muitas pessoas preferem esconder a doença durante toda a vida para tentar assegurar uma melhor qualidade de vida, mesmo que para isso, tenha que omitir durante toda a vida o seu estado sorológico. **Considerações finais:** A luta contra o HIV/AIDS exige esforços e posicionamento governamental e da sociedade e o incentivo à comunidade técnico-científica para tentar proporcionar uma melhor qualidade de vida para essas pessoas.

Palavras-chave: AIDS, Assistência à saúde, HIV, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life and the difficulties faced by people living with the Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV / AIDS) (PLWHA). **Bibliographic review:** During the selection of articles, it was observed that most of the articles published on the theme HIV / AIDS focused on pharmacological and / or pathological aspects of the disease and forgot to analyze how the person with the syndrome lives with this disease so enveloped by stigmas. When reading the articles, one can list negative and positive aspects in the search for quality of life for PLWHA, among the positive factors: support from family and friends, insertion in the job market and spirituality. Within the negative factors, the most reported was prejudice, often coming from the family or health professionals, many people prefer to hide the disease throughout their lives in order to try to ensure a better quality of life, even if for that, they have to omit their serological status for life. **Final considerations:** The fight against HIV / AIDS requires efforts and governmental and social positions and encourages the technical-scientific community to try to provide a better quality of life for these people.

Keywords: SIDA, Health care, HIV, Quality of life.

¹Universidade Federal do Piauí (UFPI), Parnaíba-PI. *E-mail: rplbeltrao@gmail.com

²Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba, Parnaíba-PI.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de vida y las dificultades que enfrentan las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH / SIDA) (PVVS). **Revisión bibliográfica:** durante la selección de artículos, se observó que la mayoría de los artículos publicados sobre el tema VIH / SIDA se centraron en los aspectos farmacológicos y / o patológicos de la enfermedad y olvidaron analizar cómo la persona con el síndrome vive con esta enfermedad tan envuelta por estigmas. Al leer los artículos, uno puede enumerar aspectos negativos y positivos en la búsqueda de calidad de vida para las PVVS, entre los factores positivos: apoyo de familiares y amigos, inserción en el mercado laboral y espiritualidad. Dentro de los factores negativos, el más reportado fue el prejuicio, a menudo proveniente de la familia o profesionales de la salud, muchas personas prefieren ocultar la enfermedad durante toda su vida para tratar de garantizar una mejor calidad de vida, incluso si para eso tienen que omitir su estado serológico de por vida. **Consideraciones finales:** La lucha contra el VIH / SIDA requiere esfuerzos y posiciones gubernamentales y sociales y alienta a la comunidad técnico-científica a tratar de proporcionar una mejor calidad de vida a estas personas.

Palabras clave: SIDA, Cuidado de la salud, VIH, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

Os conceitos de saúde e doença refletem a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma dada população, com notória influência dos valores religiosos, científicos e filosóficos. As reformulações ocorrem com a evolução dos pensamentos e convicções, e apesar de coletivos, dependem diretamente da interpretação individual (SCLiar M, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua carta de princípios de 1948, trouxe a narrativa de que “Saúde é o mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de uma enfermidade”. Em outro documento, a OMS postula que Qualidade de vida (QV) é “a percepção do indivíduo de sua posição de vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Portanto, Saúde e QV são conceitos complexos de assimilação do estado físico, psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e do ambiente em que o indivíduo está inserido (SCLiar M, 2015; CATUNDA C, *et al.*, 2016).

Tomando esses princípios, o Brasil pormenorizou sua versão de Saúde na Constituição de 1988 e na Lei Nº 8080 de 1990, colocando que a Saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, obrigando-se a promover as condições indispensáveis de seu pleno exercício; e ainda postulou que os níveis de Saúde são expressão da organização social e econômica do País, tendo como determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990; BRASIL 1998)

Diante dos 35 anos de história do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e após a transformação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) de doença aguda e fatal em crônica, sustenta-se a necessidade de ir além da terapêutica medicamentosa combinada, ultrapassando a barreira simplória da ausência sintomática, chegando ao bem-estar propriamente dito, que resvala nos determinantes e condicionantes da Saúde e da QV.

Estudos têm apontado fatores específicos de repercussão na QV das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), entre eles: o estigma, o acesso à assistência nos serviços de saúde, as relações com os profissionais de saúde, o trabalho e os vínculos empregatícios, a vivência da sexualidade, as alterações corporais, a percepção da autoimagem, o suporte social e as relações familiares (COSTA TL, *et al.*, 2015).

Alguns estudos sugerem que a contaminação, o reconhecimento do HIV e da morbimortalidade implicada à doença é, por si só, um fator preditivo negativo na QV dos indivíduos. Outros evidenciam

discursos emotivos, repletos de tristeza e revolta, sobre o fastígio da entrega do resultado, que estabelece um divisor de águas entre uma vida supostamente saudável, tranquila e feliz, para uma nova realidade; ressignificando de modo positivo os acontecimentos pré-revelação e de modo negativo os acontecimentos pós-revelação (CATUNDA C, *et al.*, 2016; FERNANDES NM, *et al.*, 2017).

Partilhar o próprio diagnóstico é uma experiência que ultrapassa em muito o ato de informar um dado. Inconscientemente, a descoberta sorológica é, de modo costumeiro, descrita com expressões tais quais “foi como se tivesse levado uma pancada”, “me senti como se tivesse tomado um tiro” ou “fui atingido por uma bomba”, retratando que a vulnerabilidade social se instala/potencializa subitamente (SONTAG S, 2007).

Tornar pública a condição de portador é expor-se ao julgamento social, mesmo que não exista criminalização no ato de fazer sexo sem preservativo. A responsabilização da PVHA pelo sofrimento que abate o próprio corpo advém das rotulações atreladas ao surgimento e a história do HIV/AIDS, onde estar em um grupo de risco parecia ser apenas uma escolha simples entre o bem e mal. O combate à epidemia foi entrelaçado à amplificação da homofobia; e termos imortalizados como a “peste gay” fortaleceram preconceitos arraigados no imaginário social e a sanha de segmentos sociais hegemônicos por punir grupos e padrões taxados como “anormais” (CASTELLANI MMX e MORETTO MLT, 2016).

As restrições sócio-afetivas são pesadelos recorrentes para os soropositivos. Lidar com a intolerância em uma esfera tão íntima quanto a familiar repercute direta e fortemente na Saúde e na QV das PVHA. Suas expressões são as mais duras e marcantes! O preconceito velado dentro dos domicílios pode ser externado na exclusividade de copos, pratos e talheres, nas roupas lavadas em separado ou nos afagos seguramente medidos. Como resultante, é habitual a observação da auto-depreciação e deturpação da própria imagem. A desvalorização é evidente quando nos diálogos sobre a “aceitação” familiar as PVHA empregam dêiticos linguísticos como “prova de amor”, sugerindo que o valor do eu soropositivo é tão ínfimo que nada além do amor justificaria o apoio e a convivência (FERNANDES NM, *et al.*, 2017).

Diante da realidade que as PVHA vivem em sua rotina, esse artigo tem como objetivo analisar a qualidade de vida e as dificuldades enfrentadas do dia-a-dia e no acesso a saúde que essas pessoas têm visto que a maioria dos artigos publicados sobre HIV/AIDS focam principalmente nos aspectos patológicos e/ou farmacológicos dessa doença, esquecendo de estudar como essas pessoas se sentem vivendo com a doença.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os artigos apontaram diversas situações que podem contribuir positivamente ou negativamente na QV das PVHA. A relação com a família, amigos e relações afetivo-sexuais tem os aspectos positivos, que servem como ponto de apoio para PVHA, porém, muitos pacientes preferem esconder a informação da doença por medo da reação das pessoas, já outros sofrem preconceito dentro de suas casas por terem revelado sua condição. Os artigos ainda abordam sobre o uso de preservativos durante as relações sexuais, o acesso aos serviços de saúde e a inserção no mercado de trabalho dessas pessoas.

A guarida familiar afeta de maneira positiva a autoestima, a autoconfiança e a autoimagem do indivíduo soropositivo e traz benefícios para o tratamento, fortalecendo o sujeito e preparando-o para dar continuidade a sua vida. O suporte ofertado para amenizar as nefastas consequências dos eventos estressores relacionados a AIDS seriam elencados em duas categorias: o suporte funcional, instrumental ou operacional, que é o auxílio no manejo de resolução de situações do cotidiano, como apoio material e financeiro e; o suporte emocional ou de estima, onde há comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia que contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada (SEIDL EMF e TROCCOLI BT, 2006; NEVES LAS, *et al.*, 2015)

A incerteza dos efeitos da revelação diagnóstica para os entes próximos promove a ocultação do estado sorológico. É possível sustentar que a escolha do sujeito em guardar “o segredo” não implica na ausência do sofrimento psíquico. Ordinariamente, contar sobre os acontecimentos da vida permite a elaboração das ideias e a reformulação do pensamento, com novos posicionamentos e acomodações sobre o objeto da

fala. O silêncio tem desdobramentos bastante desorganizadores e pode interferir desfavoravelmente no processo, oportunizando uma roupagem mais subjetiva e complexa, singular e torturante na fantasia de cada elemento. Admite-se ainda que a rede de apoio familiar configura um importante fator protetor para o desenvolvimento de transtornos psicossociais, e sua renúncia pode fomentar sintomas depressivos e ideações suicidas (CASTELLANI MMX e MORETTO MLT, 2016; JESUS GJ, *et al.*, 2017).

Nas relações afetivo-sexuais, uma vez de posse das informações e significações do ser portador do HIV, em um dado momento, a PVHA se percebe submerso em uma necessidade imposta por ele mesmo de elucidar sua situação. O conflito entre a possibilidade de um impacto desfavorável que afaste o outro e da libertação da clausura imposta pela omissão de um fato importante costuma ser fragilizador e desgastante. A revelação do diagnóstico ao par infringe o intenso receio de rejeição e de perda do consorte. Para alguns parceiros, essa experiência é vivida como a quebra de confiança e a ameaça à saúde e, por vezes, sentenciando o afastamento afetivo e sexual no relacionamento, com a leitura negativa das experiências sexuais, ligadas ao erro, sujeira, sentimento de culpa e desconforto (CASTELLANI MMX e MORETTO MLT, 2016; FERNANDES NM, *et al.*, 2017).

A mentira e a possibilidade de sofrimento são impasses comuns na intimidade de casais compostos por PVHA; já a doença e falta de confiança são aspectos que diminuem o interesse pelo outro. Contudo, para certos casais a revelação produziu sentimentos de afeto, solidariedade e renovação das concepções do viver e conviver; transformaram a experiência triste do resultado positivo em arranjos conjugais com mais cumplicidade. Mesmo que isso não ocorra exclusivamente nasoroconcordância, a confirmação de que o parceiro também é soropositivo tende a reduzir receios entre as partes e pode gerar a concepção de enfrentamento em conjunto, reforçando a afetividade e companheirismo entre o casal (SÁ AAM e SANTOS CVM, 2018).

A sexualidade propriamente dita é um domínio da vivência humana que envolve aspectos socioculturais, psicológicos e biológicos, até certo ponto manipuláveis segundo os interesses individuais e coletivos envolvidos, que influencia muitas manifestações humanas. Há milênios, tinha conceituação de caráter dicotômico e machista, onde a figura masculina buscava o deleite instintivo; e a mulher, de modo passivo, servia ao homem como objeto de prazer e matriz reprodutiva. A libertação sexual feminina aconteceu no século XIX, quando se dissociou a sexualidade da necessidade reprodutiva. Levantando a relevância da contracepção moderna, promovendo a autonomia quanto ao fim de uma relação sexual: gestação e/ou prazer. Na atualidade, a sexualidade é considerada uma dimensão relevante na vida, capaz de impulsionar o ser humano não apenas para a reprodução, mas para a obtenção do prazer, do amor e do erotismo; interpretada como parte fundamental do processo de Saúde e QV. (SOUTO BGA, *et al.*, 2009; REIS RK, *et al.*, 2011).

O comprometimento da sexualidade das PVHA determina consequências, como a incerteza, a culpa, a ansiedade e a insegurança, especialmente em mulheres. Apesar disso, a compreensão da sexualidade do indivíduo com HIV/AIDS ainda é pouco examinada e reduzida. Durante décadas, os estudos se restringiam a assimilação dos fatores ligados ao sexo inseguro e na avaliação da eficácia das intervenções que objetivam alterar este comportamento, tornando-os seres “assexuados” (SOUTO BGA, *et al.*, 2009; REIS RK, *et al.*, 2011).

O HIV tem um grande impacto sobre a sexualidade, muitas pessoas soropositivas afirmam que após o diagnóstico a vida sexual perdeu a importância. O fato é que a busca pelo prazer se torna secundária frente aos manejos das dificuldades ligadas à intimidade. A atividade sexual entre sorodiscordantes é desafiadora, a AIDS transforma o prazer em culpa e a entrega de si ao outro em uma ameaça. Ao analisar o discurso das PVHA percebe-se as falas inseguras, com referências mais complicadas, temerosas e cheias de fantasias no referente ao medo da transmissão da infecção e da responsabilização pela propagação da doença. Como estratégia, é comum a busca por parceiros sexuais que sejam soroconcordantes (REIS RK, *et al.*, 2011; MAKSUD I, 2012; SAID AP, SEIDL EMF, 2015 e MAGRI MM, 2018).

O uso do preservativo é percebido como ferramenta para evitar transmissão/retransmissão sexual do HIV, seu uso é um dos fatores que afetam a satisfação sexual, sendo interpretado como uma barreira para a

intimidade entre casal, interferindo no prazer, dificultando sua aceitação e gerando conflito entre as partes. Em algumas situações, o uso de preservativos é substituído pela hierarquização de risco, com a escolha de práticas desprotegidas de “menor risco”, como o sexo oral (SONTAG S, 2007; REIS RK, *et al.*, 2011; HALLAL RC, *et al.*, 2015).

Na defesa da adoção de outras formas de profilaxia do HIV, embora 94% das pessoas entrevistadas reconheçam o preservativo como a melhor forma de evitar o HIV, apenas 19,9% afirmam utilizá-lo com parcerias fixas e 54,9% com parcerias casuais. Outra pesquisa verificou que os participantes tinham conhecimentos adequados acerca da infecção pelo HIV, implicando a relação sexual sem uso do preservativo como principal forma de exposição. Contraditoriamente, os detentores dessas informações admitiram em algum momento da vida, assumiram comportamento sexual de risco, pondo-se em situação de vulnerabilidade ao HIV, principalmente devido ao não uso do preservativo nas relações sexuais (ARAÚJO LF *et al.*, 2017; ZUCCHI EM. *et al.*, 2018).

A utilização do preservativo é comum apenas no início dos relacionamentos ou em relacionamentos eventuais, atribuindo à monogamia um significado protetivo entre os casais, que pode levar à banalização de práticas sexuais seguras, com a total negação do risco da transmissão/retransmissão/aquisição do HIV, mesmo entre elementos sabidamente sorodiscordantes.

O crescente aumento da falta de uso do preservativo é uma das causas para o aumento da incidência da AIDS em cidades e países onde havia ocorrido, anteriormente, declínio estatístico ou estabilização da epidemia (PINHEIRO TF, *et al.*, 2013; DOURADO I, *et al.*, 2015 e SAID AP e SEIDL EMF, 2015)

Neste sentido, não parece casual o forte investimento, em todo o mundo, no desenvolvimento e aprimoramento de formas de prevenção biomédica do HIV, que surjam como opção ao preservativo, tais como microbicidas, profilaxia pré-exposição (PrEP), profilaxia pós-exposição (PEP), *testar e tratar, tratamento como prevenção* e vacinas. Mesmo sendo possibilidades eficazes, essas opções não podem ser usadas de maneiras exclusivas, é indicado que a sua utilização seja combinada com o uso de preservativos (PINHEIRO TF, *et al.*, 2013; DOURADO I, *et al.*, 2015).

A PrEP está atualmente nos centros dos debates sobre as novas possibilidades de prevenção do HIV, considerada por muitos estudiosos como uma alternativa para superar importantes dificuldades que limitam o uso consistente de outros métodos, sobretudo o do preservativo, e pode, assim, gerar um importante impacto no enfrentamento da epidemia. No Brasil, de modo pioneiro, sua oferta foi iniciada no final de 2017, tendo como populações alvo: gays e outros homens que fazem sexo com homens; pessoas transexuais; trabalhadores/as do sexo; e parcerias sorodiferentes (ZUCCHI EM *et al.*, 2018).

Apesar dos esforços revolucionários das políticas públicas brasileiras em direção ao amparo deste público, sempre alavancados pela sociedade organizada mobilizadora do espaço AIDS, a atual configuração da assistência destinada permite poucas alterações para a adequação às necessidades específicas desta população, e isso envolveria mudanças no esquema terapêutico, opções de horário de atendimento, retificação dos fatores socioculturais que afastam o paciente do serviço (caso dos grupos LGBT) e a assimilação e intervenção em aspectos que modificam negativamente do modo transversal o dia-a-dia do soropositivo (SEIDL EMF e TROCCOLI BT, 2006; NEVES LAS, *et al.*, 2015).

No tocante a assistência de saúde à pessoa LGBT, a gestão pública reconheceu a posição de vulnerabilidade e apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria no 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Na condição de soropositivo, este público enfrenta desafios importantes quanto a materialização da equidade e quanto ao abandono da ideia simplória de tolerância (MOTTA JIJ, 2016).

A descentralização proposta nas diretrizes do SUS é vista como uma possibilidade de oferta da Saúde mais próxima e presente, menos burocratizada e mais humanizada, capaz de atender as demandas impostas pela infecção. Iniciada em 2011, a transferência das responsabilidades relacionadas a prevenção, orientação e diagnóstico das principais infecções sexualmente transmissíveis dos Serviços de Atenção Especializada para a Atenção Primária a Saúde ampliou a detecção dos casos e permitiu que municípios

mais pobres e com pequena estrutura laboratorial realizassem diagnóstico, oportunizando tratamento. A partir de 2013, o Ministério da Saúde passou incentivar o acompanhamento de PVHA na Estratégia da Saúde da Família dos municípios, em casos sem complicação e com o apoio de uma referência especializada (BRASIL, 2014).

Os dilemas e as dificuldades de vida impostas pela infecção exigem que os profissionais dispostos a cuidar e assistir as PVHA rompam as barreiras da observação superficial e se importem com as circunstâncias abióticas que circundam a enfermidade. Independentemente do local de assistência, vale salientar que para uma boa execução desse trabalho é indispensável que o profissional seja um facilitador, com atitude de compreensão e acolhimento, suspensão de julgamento por qualquer que seja, respeito, valorização de cunho moral, disponibilidade e calor afetivo (MELO EA, *et al.*, 2018).

A aptidão para o trabalho e o equilíbrio financeiro são fatores preditivos diretos de QV e Saúde das PVHA. O baixo nível socioeconômico, associado com o baixo desenvolvimento educacional, teve associação com diferentes domínios da qualidade de vida, interferindo desfavoravelmente em todos eles. O prejuízo na QV também está ligado a preocupações financeiras, que provavelmente está relacionado à baixa renda dos indivíduos com a doença (OKUNO MF, *et al.*, 2015; OLIVEIRA FBM, *et al.*, 2015 e SILVA FS, *et al.*, 2015).

As PVHA que possuem vínculo trabalhistas gozam de melhor qualidade do que as PVHA que não os possuem, corroborando com outros indicativos bibliográficos. Diante disso, a cronicidade da doença traz novas mudanças, inclusive em questões relacionadas à ocupação; onde o emprego passa a não ter só a importância do benefício financeiro, como também de ser uma forma de inserção social, emocional e de identidade (BARROS FPC e SOUSA MF, 2016 e HIPOLITO RL, *et al.*, 2017).

A atividade profissional é um dos fatores mais relevantes para o enfrentamento do vírus, sendo o ambiente de trabalho um local de convivência e troca entre as pessoas, favorecendo o fortalecimento psíquico. Dentre as dificuldades encontradas para a manutenção do emprego ou reinserção no mercado de trabalho estão: o absenteísmo, a estigmatização, as faltas e atrasos devido as consultas, queda no rendimento devido danos à saúde provocados por doenças oportunistas e efeitos colaterais de medicamentos. A apresentação dos atestados no emprego, mesmo sem identificar a doença, pode marcar o início de um processo de visibilidade que pode culminar na demissão (FERREIRA RCM, *et al.*, 2011).

O estado nutricional, especialmente a desnutrição e a subnutrição, é considerado um domínio da qualidade da PVHA afetado pela atuação patológica e social da doença. Sabe-se que a desnutrição está associada a menores contagens de células T CD4+, maior incidência de infecções oportunistas, maiores taxas de hospitalização e pior prognóstico, além de prejudicar a capacidade física e a função cognitiva, impactando negativamente no estado geral de saúde e na QV de PVHA (OLIVEIRA RL, *et al.*, 2018).

Transtornos psiquiátrico, são condições comuns associadas a soropositividade, a depressão é o mais prevalente, chegando a ser 2 vezes mais frequente nas PVHA do que na população soronegativa, correspondendo entre 11 e 30% dos portadores. A capacidade de resiliência para enfrentar a doença e o tratamento e lidar com o modo de contágio e seus desdobramentos são decisivos para adesão ao tratamento e proteção contra a depressão. A assistência em Saúde deve estar pronta para detectar potenciais de risco para o desenvolvimento da depressão, como a falta de uma rede de apoio familiar sólida (COUTINHO MFC, *et al.*, 2018).

A busca pela espiritualidade, a ressignificação da religião, as crenças pessoais e a descoberta de novas relações com Deus são estratégias para a manutenção da saúde emocional. A espiritualidade possui relação estreita com a melhora da qualidade de vida em pacientes com doença crônicas, se constituindo um fator importante na percepção de qualidade de vida, porém, ainda tem sido negligenciada em grande parte dos estudos com PVHA (FERREIRA DC, *et al.*, 2012; SILVA AFC e CUETO M, 2018 e HIPOLITO RL, *et al.*, 2017).

Mesmo que diante de algumas concepções religiosas, em especial o cristianismo, a AIDS tenha sido interpretada como castigo ou carma, a fé em um SER Supremo tem influenciado a vivência dos pacientes

com a doença, uma vez que faz com que se sintam aceitos, amados e cuidados. Tais sentimentos estão diretamente relacionados a uma mudança na percepção deles acerca de si próprio e da doença. Uma interpretação diferenciada da AIDS é observada nas religiões afro-brasileiras, não possuindo o mesmo peso, muito provavelmente, pela posição mais permissiva no que se refere sexualidade, com grande abertura ao homossexualismo e entre sexo e prazer (RIOS LF, *et al.*, 2013 e CRUZ DSM, *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Manter o interesse da comunidade científica sobre temática do HIV/AIDS é indispensável frente aos quase 100.000 casos de AIDS registrados no Brasil pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2018. A incrementação numérica de 40.000 diagnósticos por ano sinaliza a falha nas políticas de prevenção e controle da epidemia. A luta contra a AIDS exige novos esforços e posicionamento governamental, persistência e incentivo à comunidade técnico-científica e o reposicionamento e participação da comunidade civil. A intervenção de gestores e políticos, com o apoio dos profissionais de saúde e sociedade engajada, precisa atuar não apenas sobre o paciente, estimulando suas capacidades e talentos, clarificando os conceitos e fazendo-o perceber que viver com o HIV não é manter-se no corredor da morte.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO LF, *et al.* Concepções Psicossociais acerca do Conhecimento sobre a AIDS das Pessoas que vivem com o HIV. *Rev. colomb. psicol.*, 2017; 26(2): 219-230.
2. BARROS FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc.*, 2016; 25(1): 9-18.
3. BRASIL. Constituição Federal. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico. 1998.
4. BRASIL. Decreto n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.
6. CASSÉTE JB, *et al.* HIV/Aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 2016; 19(5): 733-744.
7. CASTELLANI MMX, MORETTO MLT. A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. *Rev. SBPH*, 2016; 19(2): 24-43.
8. CATUNDA C, *et al.* Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2016; 32(n.esp): 1-7.
9. COSTA TL, *et al.* Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. *Caderno de Saúde Pública*, 2015; 31(2).
10. COUTINHO MFC, *et al.* Antiretroviral treatment: adherence and the influence of depression in users with HIV/Aids treated in primary care. *Saúde debate*, 2018; 42(116): 148-161.
11. CRUZ DSM, *et al.* Vivência de pacientes com HIV/AIDS e a influência da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da doença. *Rev enferm UFPE on line.*, 2018; 11(10).
12. DOURADO I, *et al.* Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, 2015; 18(1): 63-88.
13. FERNANDES NM, *et al.* Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2017; 33(4).
14. FERREIRA DC, *et al.* The influence of religiousness on living with HIV. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 2012; 16(41): 383-393.
15. FERREIRA RCM, *et al.* Trabalho, HIV/ AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. *Psicologia em estudo*, 2011; 16(2).
16. HALLAL RC, *et al.* Strategies to prevent HIV transmission to serodiscordant couples. *Rev. bras. epidemiol.*, 2015; 18(1): 169-182.
17. HIPOLITO RL, *et al.* Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2017; 25.
18. JESUS GJ, *et al.* Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. *Acta paul. enferm.*, 2017; 30(3): 301-307.
19. MAGRI MM. Esse vírus de *sciencefiction*: doença e alteridade em Caio Fernando Abreu. *Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea*, 2018; 54: 231-244.
20. MAKSUD I. Silêncios e segredos aspectos (não falados) da conjugalidade face a à sorodiscordância para o HIV/Aids. *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28(6): 1196-1204.

21. MELO EA, *et al.* Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? Revista Panamericana de Salud Pública, 2018; 42(23).
22. MOTTA JIJ. Sexualidade e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. Saúde Debate, 2016; 40(n. esp): 73-86.
23. NEVES LAS, *et al.* Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com co-infecção tuberculose/HIV. Revista Eletrônica trimestral de Enfermeria, 2015; 50: 11-21.
24. OKUNO MF, *et al.* Qualidade de vida, perfil socioeconômico, conhecimento e atitude sobre sexualidade de “pessoas que vivem” com o Vírus da Imunodeficiência Humana. RevLatAm Enfermagem, 2015; 23(2): 192-199.
25. OLIVEIRA FBM, *et al.* Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Acta paul. enferm., 2015; 28(6): 510-516.
26. OLIVEIRA RL, *et al.* Desnutrição e Qualidade de Vida em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2018; 22(1): 65-72.
27. PINHEIRO TF, *et al.* Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). Temas psicol., 2013; 21(3): 815-836.
28. REIS RK, *et al.* Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Texto contexto Enferm., 2011; 20(3): 565-575.
29. RIOS LF, *et al.* Axé, práticas corporais e Aids nas religiões africanistas do Recife, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, 2013; 18(12): 3653-3662.
30. SÁ AAM, SANTOS CVM. A Vivência da Sexualidade de Pessoas que Vivem com HIV/Aids. Psicol. cienc. prof., 2018; 38(4): 773-786.
31. SAID AP, SEIDL EMF. Sorodiscordância e prevenção do HIV: precepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, 2015; 19(4).
32. SCLIAR M. História do conceito de saúde. Physis, Rio de Janeiro, 2015; 17(1): 29-41.
33. SEIDL EMF, TROCCOLI BT. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. Psic.: Teor. e Pesq., 2006; 22(3): 317-326.
34. SILVA AFC, CUETO M. HIV/Aids, os estigmas e a história. Hist. cienc. saude-Manguinhos, 2018; 25(2): 311-314.
35. SILVA FS, *et al.* Preditores associados á qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisão integrativa. Rev. Pre. Infec e Saúde, 2015; 1(2): 53-63.
36. SONTAG S. Doença como metáforas/ AIDS e suas metáforas. Ed. Companhia de bolso.2007.
37. SOUTO BGA, *et al.* O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana. Rev Soc Bras ClínMéd., Uberaba, 2009; 7: 188-191.
38. ZUCCHI EM, *et al.* Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. Cad. Saúde Pública, 2018; 34 (7).