



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Os desafios de amar com HIV: um estudo sobre os ajustamentos
criativos realizados por pessoas que vivem com HIV acerca de
relacionamentos amorosos**

Carla Machado Alegria

**Rio de Janeiro
2018**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPHIV/HV

**Os desafios de amar com HIV: um estudo sobre os ajustamentos
criativos realizados por pessoas que vivem com HIV acerca de
relacionamentos amorosos**

Carla Machado Alegria

Sob orientação da Professora

Ludmila dos Santos Guimarães

eCooorientação da Professora

Elisa da Conceição Rodrigues

Dissertação submetida como requisito
para obtenção do Grau de Mestre em
Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais na
Área de Doenças Infecciosas e
Parasitárias.

**Rio de Janeiro
2018**

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

A366 Alegria , Carla Machado
Os desafios de amar com HIV: um estudo sobre os
ajustamentos criativos realizados por pessoas que
viverem com HIV acerca de relacionamentos amorosos /
Carla Machado Alegria . -- Rio de Janeiro, 2018.
118

Orientador: Ludmila dos Santos Guimarães .
Coorientador: Elisa da Conceição Rodrigues .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2018.

1. Relacionamentos interpessoais . 2.
Sexualidade. 3. Autorrevelação. I. Guimarães ,
Ludmila dos Santos , orient. II. Rodrigues , Elisa
da Conceição , coorient. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - PROPG
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais - PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Carla Machado Alegria

"Os desafios de amar com HIV: um estudo sobre os ajustamentos criativos realizados por pessoas que vivem com HIV acerca de relacionamentos amorosos."

Aprovado(a) pela Banca Examinadora

Rio de Janeiro, 26 / 6 / 2018

Prof.^a Dr.^a Ludmila dos Santos Guimarães - UNIRIO/RJ
(orientadora)

Prof.^a Dr.^a Carla Luzia França Araújo - UFRJ/RJ
(membro externo)

Prof. Dr. Luiz Claudio Pereira Ribeiro - UNIRIO/RJ
(membro interno)

Prof.^a Dr.^a Patrícia Valle de Albuquerque Lima - UFF/RJ
(suplente externo)

Prof. Dr. Antônio Macedo D'Acri - UNIRIO/RJ
(membro interno)

Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais - PPGHIV/HV
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Décima Enfermaria.
Rua Mariz e Barros, 775. Tijuca. Rio de Janeiro. CEP: 20.270-004. Tel.: 2264-4011

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos ensinamentos da Seicho-No-Ie onde aprendi a desenvolver os atributos que recebemos do Ser Supremo.

Agradeço, postumamente, à minha mãe, que foi meu exemplo de resignação e para quem prometi a realização deste sonho.

Agradeço, postumamente, a meu pai, que, com sua admiração infinita por mim, sempre impulsionou meu crescimento.

Agradeço à generosidade da minha eterna madrinha espiritual e amada terapeuta, Maria Cristina Frascaroli, por ter sido minha guia em todos os meus caminhos percorridos. Sem você, Cristina, não seria o que sou hoje!

Agradeço à compreensão do meu amado marido, José Luiz, com tantos momentos em que fiquei ausente e por ter me incentivado muito nos períodos de cansaço.

Agradeço à minha maravilhosa filha, Maria Clara, pela incansável disposição em me ajudar com sua presteza no computador e pela compreensão da minha ausência em tantos momentos.

Agradeço à minha amiga Gladys D'Acri por ter caminhado a meu lado em todos os passos que demos, em tantas madrugadas que nos auxiliamos a distância para chegarmos à conclusão deste Mestrado.

Agradeço às minhas orientadoras Ludmila e Elisa, pela paciência, incentivo, dedicação e paixão que tiveram com a minha pesquisa.

Por fim, e não menos importante, agradeço às minhas amigas-irmãs que nunca deixaram de acreditar em mim e sempre vibraram com todas as minhas conquistas.

RESUMO

Após mais de três décadas de convivência com HIV, no Brasil, a taxa de detecção de aids tem apresentado estabilização nos últimos dez anos. Contudo, no que se refere ao estigma, existem barreiras a serem superadas. A experiência do estigma se reflete em vivências negativas de retraimento comprometendo a qualidade de vida, entre outros, no aspecto afetivo-sexual. Os objetivos do estudo foram: descrever os sentimentos das pessoas que vivem com HIV/aids acerca dos relacionamentos amorosos; identificar os ajustamentos criativos das pessoas que vivem com HIV na vivência de relacionamentos amorosos; analisar os sentidos e arranjos promovidos pelas PVHA na vida afetivo-sexual diante das possibilidades de ajustamentos criativos e propor oficina de sensibilização sobre a temática para os profissionais de saúde do cenário da pesquisa e grupo temático-terapêutico com os pacientes, a fim de abordar os desafios enfrentados em relacionamentos amorosos. A pesquisa foi realizada com a metodologia qualitativa e aplicada em 17 pacientes de ambos os sexos, a partir de 21 anos, que estão em tratamento com antirretroviral por, no mínimo, um ano e sendo acompanhados regularmente pela equipe interdisciplinar (embora não estejam em tratamento psicológico) do Programa IST/aids e Hepatites Virais no Polo Sanitário Hélio Cruz localizado no Município de São Gonçalo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE Nº 69944517.6.0000.5258. Os participantes foram entrevistados individualmente pela pesquisadora (uma das psicólogas do Programa). Posteriormente, os depoimentos dos participantes foram analisados através da análise de conteúdo na modalidade temática de onde emergiram quatro categorias: os sentimentos de medo como internalização do estigma a partir de introjeções; introjeção e projeção: dificuldades na manutenção do relacionamento amoroso e sexual; ajustamentos criativos que facilitam o contato e ajustamentos criativos que bloqueiam o contato; contornos das fronteiras de contato: limites e possibilidades nos relacionamentos amorosos. A conclusão do estudo mostrou que, quando as pessoas estão com um nível de *awareness* que lhes permite uma melhor percepção da capacidade de acolhimento do outro e do seu autossuporte, elas conseguem realizar ajustamentos criativos que lhes protegem de riscos ou que lhes permitem a abertura para viver o amor com HIV.

Descritores: HIV. Relacionamentos interpessoais. Sexualidade. Autorrevelação.

ABSTRACT

After more than three decades of living with HIV, in Brazil. The AIDS detection rate has stabilized in the last ten years. However, with regard to stigmas, there are many barriers to be overcome. The experience of stigma and self-stigma is reflected in negative experiences of withdrawal, compromising the quality of life, among others, in the affective-sexual aspect. The objectives of the study were: to describe the feelings of people living with HIV / AIDS about love relationships; to identify the creative adjustments of people living with HIV in the experience of love relationships and to analyze the senses and arrangements promoted by people that live with the PLHA in the affective-sexual life in the face of the possibilities of creative adjustment and to offer awareness-raising workshops about the theme of occupational health of scene search and therapeutic – thematic group with patients, in order to the challenge faced in love relationship. The research was carried out with the qualitative and applied methodology in 17 patients of both sexes, from the age of 21, who were treated with antiretroviral for at least one year and were regularly followed by the interdisciplinary team (although not in psychological treatment) of the IST/AIDS and Hepatitis Program Viruses in the Hélio Cruz Sanitary Pole located in the Municipality of São Gonçalo. The project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE No. 69944517.6.0000.5258. Participants were interviewed individually by the researcher who is one of the psychologists of the Hélio Cruz Health Pole Program. Subsequently, the participants' statements were transcribed and analyzed through content analysis in the thematic modality where four categories emerged: feelings of fear as internalization of stigma from introjections, projection and introjection: difficulties in maintaining the love and sexual relationship, creative adjustments that facilitate contact and creative adjustments that block contact, contours of boundaries of contact: limits and possibilities in love relationships. The conclusion of the study showed that, when people have a level of awareness that allows them to better understand the other's capacity for self care and self support, they are able, ready to make creative adjustments that protect them from risks or allow them to open up to live the love with HIV.

Keywords: HIV. Interpersonal relationships. Sexuality. Self-revelation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo	40
Quadro 2 - Categorias e subcategorias do estudo	41

LISTA DE SIGLAS

TARV - Terapia antirretroviral

PVHA - Pessoas que vivem com HIV/aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
3	JUSTIFICATIVA	17
4	REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1	AWARENESS	25
4.2	CONTATO	26
4.3	AJUSTAMENTO CRIATIVO	28
5	METODOLOGIA	33
5.1	TIPO DE ESTUDO	33
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	33
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
5.4	COLETA DE DADOS	35
5.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	37
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	39
6.2	ANÁLISE CATEGORIAL	41
6.2.1	Categoria 1- Os sentimentos de medo como internalização do estigma a partir de introjeções	42
6.2.1.1	O medo das consequências da autorrevelação diagnóstica	43
6.2.1.2	Medo de não poder ter novos relacionamentos amorosos	45
6.2.1.3	Medo de contaminar e de ser recontaminado através da interação sexual	47
6.2.2	Categoria 2 - Introjeção e projeção: Dificuldade na manutenção do relacionamento amoroso e sexual	50
6.2.2.1	O efeito do estigma e da introjeção do estigma (autoestigma) nas dificuldades sexuais	50

6.2.3 Categoria 3 - Ajustamentos criativos que facilitam o contato e ajustamentos criativos que bloqueiam o contato	55
6.2.3.1 Fluidez no contato e a autorrevelação.....	56
6.2.3.2 Bloqueio do contato: Mantendo o diagnóstico em segredo através da retroflexão e deflexão.....	61
6.2.4 Categoria 4) Contornos das fronteiras de contato: limites e possibilidades nos relacionamentos amorosos	69
6.2.4.1 Expansão das fronteiras de contato e as possibilidades na vivência de relacionamentos amorosos	69
6.2.4.2 Retraimento das fronteiras de contato e os limites na vivência de relacionamentos amorosos	75
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A - Produto Final I da Dissertação: Estratégia terapêutica de intervenção grupal com os pacientes do programa IST/aids e hepatites virais.	104
APÊNDICE B -Produto Final II da Dissertação: Capacitação para os profissionais integrantes da equipe responsável pelo programa IST/AIDS e hepatites virais.	109
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	115
ANEXO A - Termo de Anuência.....	118
ANEXO B -Parecer do Comitê de Ética.....	119

1 INTRODUÇÃO

Após mais de três décadas de convivência com a Síndrome de deficiência imunológica (aids), cerca de 21 milhões de pessoas estão em tratamento para HIV no mundo, e mortes relacionadas à aids caíram de 1,9 milhão em 2005 para um milhão em 2016. Novas infecções por HIV caíram para 1,8 milhão. O relatório mostra que, em 2016, mais de dois terços (70%) das pessoas vivendo com HIV conhecem seu estado sorológico. Das 36,7 milhões de pessoas com sorologia positiva para o HIV, 20,9 milhões têm acesso ao tratamento, e das pessoas com esse acesso, 82% têm carga viral indetectável, o que leva a melhorar significativamente sua qualidade de vida e ajuda a prevenir a transmissão do vírus. O impacto mais significativo tem sido a redução das mortes relacionadas à aids, que caíram quase pela metade nos últimos anos (UNAIDS, 2017).

O Brasil é o país mais populoso da América Latina e também o que mais concentra casos de novas infecções por HIV na região. Em 2016, estima-se que o número de novas infecções por HIV caiu 5,2% em relação a 2015. O número de mortes relacionadas à aids no Brasil caiu para 5,2 por 100 mil habitantes em 2016 (BRASIL, 2017a).

O panorama da doença no Brasil revela que conseguimos manter a estabilização da doença. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil hoje tem uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral (TARV) entre os países de baixa e média renda. Na cascata brasileira, observa-se que, do total de pessoas vivendo com HIV, 84% foram diagnosticadas até o final de 2016. Desse número, cerca de 60% estão em tratamento para o HIV. Das pessoas em tratamento, cerca de 90% apresentam carga viral indetectável, conquistando uma meta próxima à estabelecida para 2020, na qual 90% de todas as pessoas vivendo com HIV devem conhecer seu estado sorológico para o vírus, 90% de todas essas pessoas diagnosticadas com HIV devem ter acesso ao tratamento antirretroviral e 90% de todas as pessoas em tratamento tenham carga viral indetectável (BRASIL, 2017b).

Pessoas vivendo com HIV/aids que possuem carga viral indetectável – graças ao tratamento antirretroviral – têm uma chance muito menor de transmitir o vírus à outra pessoa, além de melhorar significativamente sua qualidade de vida (UNAIDS BRASIL, 2017).

O alcance dessa meta tão comemorada pelos profissionais de saúde, familiares e pacientes permite que estes, ao terem uma vida mais longa, mais saudável e com menos manifestação de sintomas, possam dar prosseguimento a suas vidas em todos os seus aspectos. Contudo, pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) enfrentam um grande desafio na superação de barreiras impostas pelo estigma e discriminação que afetam as dimensões psicológicas, afetivo-sexuais e sociais da existência.

HIV/aids é uma doença complexa e estigmatizada, associada com comportamento sexual e uso de drogas (VU et al., 2012). Segundo Goffman (1988), o estigma é resultante de um processo social de construção simbólica da atribuição de caráter desviante à norma daqueles que possuem características socialmente desvalorizadas, incorporadas numa identidade deteriorada.

No que diz respeito à estigmatização relacionada à aids, Parker e Aggleton (2001) afirmam que há uma sobreposição de estigmas uma vez que, desde o início, a epidemia foi associada às pessoas que já possuíam atributos desvalorizáveis e desacreditáveis sendo, portando os culpados da “peste”.

O autoestigma, termo empregado por Corrigan e Lundin (2001) ao descreverem a introjeção feita pelo indivíduo de características negativas à sua condição, tem sido amplamente estudado, uma vez que as consequências dessa experiência se refletem em vivências negativas em relação ao bem-estar psicológico do indivíduo e consequente retraimento com comportamento de fuga e isolamento. A esse respeito, Hrenko (2005) ressalta que são muitos os fatores psicológicos que afetam aqueles que vivem com HIV/aids, entre eles, isolamento, abandono, desesperança, desamparo, depressão e sentimentos suicidas.

O medo do estigma e discriminação, além de minar a disposição para acesso e adesão ao tratamento, está ligado ao medo da violência e desencorajamento de revelar sua condição sorológica para HIV para membros da família e parceiros sexuais (UNAIDSBRASIL, 2017b). Embora muitas PVHA estejam clinicamente capazes de ampliar suas relações interpessoais e intimidades sexuais, encontram dificuldades sociais e emocionais para levarem a efeito essas possibilidades. A grande dificuldade encontra-se na revelação de sua condição sorológica. A decisão de revelar pode, em consequência, ser influenciada pelo medo de rejeição do parceiro sexual, famílias e amigos; o medo da revelação da orientação sexual omitida; medo de perder o emprego e abuso físico (VU et al., 2012).

De outro modo, a autorrevelação pode conter um efeito libertador para o indivíduo reagente ao HIV, além de favorecer aos parceiros: o compartilhamento de informações, reflexões e decisões sobre comportamento de risco e incentivo à testagem rápida – fatores que influenciam no controle da transmissão. A revelação do HIV facilita a comunicação entre casais e fornece a potenciais parceiros sexuais do indivíduo reagente a oportunidade de uma escolha consciente entre usar a camisinha ou ter sexo de qualquer modo (VU et al., 2012).

Em observação de experiência clínica da psicóloga (que, depois, veio a ser pesquisadora) nos seus atendimentos aos pacientes inseridos no Programa, notou-se que o medo da rejeição fortalece um comportamento de isolamento afetivo-sexual em níveis diferentes em cada indivíduo. Na tentativa de encontrarem a melhor forma de lidar com a situação, dados os recursos pessoais disponíveis e o suporte encontrado no ambiente, PVHA realizam ajustamentos criativos, preservando-se no enfrentamento da sua nova condição.

Para a *Gestalt* terapia, não se compreende o indivíduo isolado do meio. Suas manifestações comportamentais são compreendidas a partir de sua forma de funcionar na fronteira de contato organismo/ambiente, que não é conceituada com um lugar, mas um campo de presença quando a pessoa se depara com o novo ou diferente e estranho. Ribeiro (2006, p. 64) sustenta que: “[...] o ajustamento criativo é o processo pelo qual o corpo-pessoa usando sua espontaneidade instintiva,

encontraem si, no meio ambiente ou em ambas soluções disponíveis, às vezes aparentemente não claras, de se autorregular”.

Observam-se expressões de ajustamentos criativos nas conclusões de pesquisas que analisam os comportamentos das pessoas aderidas ao tratamento antirretroviral (TARV) frente a relacionamentos amorosos. Bogart et al.(2000) verificaram que alguns participantes que escolheram revelar sua condição sorológica para parceiros amorosos experimentaram respostas positivas; outros, entretanto, preferiram não entrar em relacionamentos amorosos, porque temiam as consequências de contar para alguém da sua infecção. Fugiam de parceiros potenciais, entravam em relacionamentos insatisfatórios de curto tempo, diziam estar tratando de outra doença ou preferiam se relacionar apenas com parceiros também reagentes ao HIV.

A motivação para essa pesquisa ganhou corpo dada a presença marcante de aspectos emocionais dos relacionamentos amorosos interferindo na qualidade de vida das pessoas observados pela psicóloga (depois, pesquisadora) em consultas realizadas com pacientes do Programa IST/aids antes da pesquisa e a verificação em estudos quantitativos confirmando a baixa qualidade de vida na dimensão intimidade.

Um recente estudo quantitativo com objetivo de compreender relacionamentos íntimos entre mulheres vivendo com HIV, apresentado na Conferência Internacional de aids, em junho de 2016, na África do Sul, revelou que quase metade das mulheres com HIV não estava em relacionamentos, e, entre as que estavam, um quinto relatou estar em relacionamentos felizes, duradouros e sexualmente ativos (CARTER; GREENE; HANKINS, 2016).

Pode-se observar, portanto, que pessoas que vivem com o HIV/aids (PVHA) enfrentam a desafiante situação de lidar com sua condição quando buscam novos vínculos afetivos. Além disso, como mencionam Tunala et al.(2000), enfrentam os desafios de ter que manter a proteção da reinfecção ou da infecção entre casais discordantes e de pensar solitariamente no planejamento familiar. O apoio a essas dimensões do viver tem sido uma reivindicação dos pacientes, em particular das mulheres.

2 OBJETIVOS

Considerando a complexidade da temática referente aos relacionamentos amorosos em PVHA, este estudo buscou a compreensão dos sentimentos e formas de ajustamentos criativos vivenciados pelos indivíduos reagentes para HIV nos desafios de viver esses relacionamentos, por meio dos seguintes objetivos estabelecidos:

- 1) Descrever os sentimentos das pessoas que vivem com HIV/aids, acerca dos relacionamentos amorosos.
- 2) Identificar os ajustamentos criativos das pessoas que vivem com HIV na vivência de relacionamentos amorosos.
- 3) Analisar os sentidos e arranjos promovidos pelas PVHA na vida afetivo-sexual diante das possibilidades de ajustamentos criativos.
- 4) Propor oficina de sensibilização sobre a temática para os profissionais de saúde do cenário da pesquisa e grupo temático-terapêutico com os pacientes, a fim de abordar os desafios enfrentados em relacionamentos amorosos.

3 JUSTIFICATIVA

Tomando como base que a dimensão mais fundamental do ser humano se constitui na relação interpessoal com o outro e que o vínculo amoroso é importante fator de saúde emocional na vida adulta, Montoro(2004) ressalta que o amor romântico é uma ligação emocional e sexual entre duas pessoas que mantêm um ao outro como uma fonte sempre renovada de ligação e interesse, na medida em que as pessoas se sentem amadas, valorizadas e seguras. O amor, portanto, é uma fonte de felicidade e alegria.

Corroborando essa concepção, Cardella (1994), denominando o amor romântico como amor erótico (distinguindo-o de outras expressões de amor), sustenta que este caracteriza-se pela fusão de dois seres que não se unem apenas com propósitos particulares de satisfazer as suas necessidades, nem com o intuito apenas de receber amor, mas de compartilharem a experiência do amor que sentem. A experiência do amor favorece o crescimento do outro e o faz sentir-se realizado como um indivíduo singular.

Ainda de acordo com Montoro (2004), o amor romântico interliga vários aspectos importantes de nossa vida, tais como sentido de vida, sexualidade, corpo, fantasias, autoconceito e valores que nos regem.

No amor erótico, o sexo se torna a possibilidade de um compartilhar mais amplo que permite a transcendência de si mesmo. O amor erótico faz com que a pessoa vivencie o verdadeiro encontro, uma fusão com outro ser humano, experiência para além do prazer sexual que permite um sentimento de plenitude e paz interior. É necessário que a pessoa possua um sentimento de autoaceitação e de amor por si mesma, a fim de que possa entregar-se ao envolvimento amoroso(CARDELLA, 1994).

Notam-se aqui alguns aspectos intrínsecos à experiência amorosa que lhe oferece um lugar especial na vida das PVHA. É da condição do amor reascender na pessoa um sentido de vida. Também é da qualidade do amor fazer despertar na pessoa, por

intermédio do ser amado, o seu valor e importância, fazer com que a pessoa se sinta necessária, especial e um ser essencial para estar no mundo.

Sexo e romantismo normalmente estão interligados numa relação amorosa adulta, embora possam se apresentar de forma separada. No entanto, costumeiramente, a maneira como as relações amorosas têm seu início é por meio da atração sexual, que impulsiona a pessoa a entrar na relação.

Entendendo que a sexualidade é uma dimensão fundamental da existência e um traço central dos relacionamentos íntimos, Vidal (2002) argumenta que a condição sexual do homem oferece uma qualidade especial à vida ao colorir e renovar as interações pessoais. Essas constatações indicam a importância de se compreender como as pessoas que vivem com HIV se sentem e se comportam acerca de relacionamentos íntimos.

Com o objetivo de reunir estudos referentes à temática proposta, foi realizada pesquisa na base de dados PePSIC, LILACS e Pubmed. A estratégia de busca incluiu a combinação dos seguintes termos: “relações interpessoais e HIV”, “autorrevelação e HIV” e “sexualidade e HIV”.

Na busca da combinação “relações interpessoais” e HIV, não foi encontrada nenhuma ocorrência na PePSIC, porém foram encontradas 11 ocorrências na LILACS e 11 na PubMed. Verificou-se que não houve nenhuma ocorrência na busca da combinação autorrevelação e HIV na PePSIC, embora tenha havido seis na LILACS e 323 na PubMed. Para a combinação sexualidade e HIV, encontraram-se 13 ocorrências na PePSIC, 28 na LILACS e 68 na PubMed. A data inicial de busca não foi limitada, e a data final foi 31 de novembro de 2017.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: indexação nas bases de dados especificadas anteriormente, textos em inglês, português ou espanhol, objetivo do estudo contendo questões que indicassem a abordagem de relacionamentos íntimos afetivo-sexuais em PVHA e artigos disponíveis na íntegra sobre esse tema. Os critérios de exclusão abrangeram artigos que tratavam de

outras modalidades e campos de relacionamento das PVHA, capítulos de livros e cartas ao leitor.

Para cada combinação de descritores, buscou-se verificar a possibilidade de repetição de cada ocorrência em uma base de dados nas outras bases e constatou-se que não houve repetição de ocorrências para as combinações sexualidade e HIV e relações interpessoais e HIV. Ocorreram apenas três repetições de ocorrências para a combinação autorrevelação e HIV nas bases de dados Lilacs e PubMed.

Foram identificadas 460 publicações e, após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 30 artigos. Para leitura na íntegra e inclusão no estudo, foram selecionados seis artigos, que foram agrupados em duas categorias temáticas: autorrevelação e comportamentos sexuais.

Nos três estudos selecionados para compreensão da vivência da autorrevelação, foram observadas dificuldades enfrentadas pelos indivíduos que comprometeram as suas vidas na esfera de relacionamentos amorosos, a partir de um eixo central de experiência emocional que desencadeou várias atitudes e sentimentos ao enfrentá-lo, qual seja, o medo da rejeição.

Pelo medo do estigma que enfrentariam, medo de serem rejeitadas e medo de infectar os parceiros, mulheres que participaram do estudo qualitativo no sudeste dos Estados Unidos, realizado por Grodensky et al.(2015), revelaram que se isolam e se sentem inibidas para buscarem novos relacionamentos sociais e relutam para entrar em novos relacionamentos amorosos.

A preocupação com a ameaça de rejeição em relacionamento amoroso, independentemente do momento da revelação, foi observada por Fair et al (2012) em estudo de análise qualitativa com adultos – a maioria mulheres – afro-americanos. Foi constatado que, caso eles revelassem a condição sorológica no início do relacionamento, enfrentariam o medo do outro se afastar. Se a revelação acontecesse mais tarde, o medo seria de o outro se sentir magoado por eles não terem compartilhado o diagnóstico no início do relacionamento.

Escolher pessoas com a mesma condição sorológica ou, simplesmente, parar de ter relações sexuais com seus cônjuges ou não buscar novos parceiros foi o caminho encontrado, segundo análise de estudo qualitativo, por homens bissexuais e heterossexuais frente à dificuldade de lidarem com o imperativo moral de revelar seu diagnóstico (PAIVA; SEGURADO; FILIPE, 2011).

Nos três estudos selecionados para analisar os comportamentos sexuais, foram observados aspectos emocionais que comprometeram não apenas a quantidade, mas também a qualidade das relações sexuais. Entre esses aspectos, está o medo da contaminação do parceiro.

Em pesquisa de caráter descritivo com PVHA no interior paulista, notou-se que a vivência de conflitos emocionais de diversos aspectos – sentimentos de culpa, de rejeição, de medo, de tristeza, de vergonha, de responsabilidade e preocupação de ser um contaminador ou ser contaminado – podem motivar o distanciamento físico e restringir a intimidade sexual (FREITAS; GIR; RODRIGUES, 2000a).

A diminuição do prazer sexual, de relações sexuais e do senso de atratividade sexual foram verificados em estudo qualitativo com mulheres de várias etnias, tendo-se ainda concluído que essas mudanças não estavam relacionadas ao comprometimento do estado de saúde afetado pelo HIV, mas aos aspectos emocionais identificados, por elas, como apreensão e ansiedade, devido ao medo de transmitir o vírus para o parceiro ou se reinfectarem (SIEGEL; SCHRIMSHAW; LEKAS, 2006).

Estudo descritivo, exploratório, realizado com mulheres com HIV revelou que elas sentem-se constrangidas e temerosas por se saberem capazes de transmitir a doença para outra pessoa. Esses sentimentos as induzem a evitar envolvimento sexual, preferindo a abstinência sexual ao risco da transmissão. Foi observado ainda que o medo gera uma fonte de estresse que interfere na qualidade de vida no aspecto sexual de tal modo que elas perdem o apetite sexual ou se sentem menos sensuais (CARVALHO; GALVÃO; SILVA, 2010).

Espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para instrumentalizar os profissionais a estarem conscientes das vivências dos seus pacientes acerca dos relacionamentos amorosos, possibilitando-os a incorporarem essa compreensão em intervenções que possam auxiliá-los no empoderamento de seus direitos de viver o amor.

A relevância dessa contribuição é verificada no seguinte comentário acerca dos pacientes que são acompanhados pelo Programa de infecções sexualmente transmissíveis: tanto os homens quanto as mulheres precisam de apoio para lidar com seus desejos afetivos e sexuais do mesmo modo com que lidam com o fato de serem reagentes para HIV (PAIVA et al., 2002).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A abordagem gestáltica foi o referencial teórico adotado para leitura e compreensão do objeto de estudo desta pesquisa. A referida abordagem de psicoterapia se nutriu de várias correntes filosóficas, porém as que deixaram vestígios mais importantes na Gestalt-terapia foram a fenomenologia e o existencialismo (GINGER; GINGER, 1995).

O seu referencial filosófico lhe ofereceu uma concepção de homem como um ser que confere, a cada experiência, um sentido único e, portanto, diferente para cada indivíduo. O homem, nessa visão, é um ser de possibilidades, com autonomia, responsabilidade e liberdade para fazer as próprias escolhas e satisfazer suas necessidades na sua relação com o meio. Como descreve Loffredo (1994, p. 76), a Gestalt-terapia possui:

[...] uma concepção de homem como ser-no-mundo, como ser-em-relação, numa dialética na qual cria e é criado nessa relação, num vir-a-ser que nunca se completa, um movimento contínuo alimentado por um conjunto de possibilidades, sempre em aberto, que caracteriza o eterno projeto que é o existir humano.

A Gestalt-terapia emprestou da fenomenologia as noções fundamentais que afirmam que é mais importante descrever do que explicar; que o essencial é a vivência imediata, como é percebida e sentida pela pessoa, e o processo que está se dando aqui e agora e que a nossa percepção do mundo é dada por fatores subjetivos que lhe conferem um sentido diferente para cada um. Isso conduz a uma tomada de consciência do que é vivido aqui e agora, como experiência única de cada ser, estranha a qualquer teorização (GINGER; GINGER, 1995).

A Gestalt-terapia fundamentou sua teoria em torno do conceito de contato. Para isso, estruturou esse conceito com base na fenomenologia, na Teoria de Campo e Teoria Holística (RIBEIRO, 2007).

- **Campo**

A visão de mundo científico que dá suporte à perspectiva fenomenológica da Gestalt é a Teoria de Campo (YONTEF, 1998).

O campo a que a Gestalt se refere é o campo organismo/ambiente, cujos polos não podem ser entendidos separadamente e entre os quais ocorrem os fenômenos de contato.

Yontef propõe que a Gestalt-terapia encontrou, na Teoria de Campo, uma estrutura teórica que fornece uma compreensão integrada do indivíduo e meio, que abrange corpo, mente, emoções, aspectos sociais, espirituais e transpessoais. Considera a parte individual influenciando o resto do campo; e o resto do campo influenciando o indivíduo. Afirma ainda que a abordagem de campo gestáltica é fenomenológica, pois compreende o campo, de acordo com o que é experienciado por uma pessoa(YONTEF, 1998).

Rodrigues (2013) ressalta, além disso, que o autor supracitado considera o campo como uma teia de forças que exercem influência umas sobre as outras, formando um todo único, que pode ser reduzido ou ampliado em um contexto maior de teias.

Yontef (1998)refere-se ainda às características do campo e destaca que um campo é uma teia sistemática de relacionamentos; os fenômenos são determinados pelo campo todo; ele não é estático, e sim dinâmico; as mudanças ocorrem à medida que há alteração em uma das partes, afetando o todo; nada no campo é absoluto, pronto e definido, a configuração dada àquele campo depende da *awareness* (a observação da pessoa) e do aqui e agora (espaço em que a situação acontece e o momento em que acontece).

- **Holismo:**

O holismo é a base teórica e filosófica que orientou o pensamento de Kurt Goldstein sobre o qual Perls (fundador mais conhecido da Gestalt-terapia) desenvolveu uma compreensão abrangente de autorregulaçãoorganísmica(LIMA, 2008a).

Essa nova concepção filosófica e científica rompe com o modelo tradicional mecanicista do século XIX baseado em relações deterministas e reducionistas de causa e efeito e encontra, na Teoria de Campo, uma visão mais adequada.

De acordo com Lima(2008), para contrapor-se a esse modelo, Smuts propôs a adoção da Teoria de Campo como o conceito que traria, para a compreensão da natureza, uma visão dinâmica e maleável.

Na concepção holística, o universo é composto por todos. Considera-se que o todo é uma unidade complexa formada por partes que são intimamente relacionadas; e as unidades individuais afetam o todo, assim como são afetadas por esse. Qualquer distúrbio de uma parte altera o todo, e esse todo se organizará de forma a reajustar suas funções, estabelecendo um movimento que vise à manutenção do equilíbrio(LIMA, 2008a).

- **Teoria Organísmica:**

O pensamento organísmico, desenvolvido a partir do ponto de vista holístico, entende que o homem, em sua interação com o meio (entendido nas dimensões física, psicológica e biológica e sociocultural), está sempre na direção de sua autorrealização, de um estado mais harmônico. Busca isso por meio da satisfação de suas necessidades num processo de hierarquia no qual o reconhecimento da figura dominante, num dado instante, permitirá a busca e satisfação da necessidade emergente. Depois, a dissolução ou retração dessa figura tornará a pessoa disponível para uma nova atividade num processo de reequilíbrio constante.

A esse processo, dá-se o nome de autorregulação organísmica. Segundo a Teoria Organísmica de Goldstein, descrita por Lima(2014, p.30): “[...] é a autorregulação que permite que o organismo se organize para buscar modos eficientes de satisfazer no meio suas necessidades prementes”. E ainda como acrescentado por Lins (2007, p.144): “É através da satisfação de desejos e necessidades (sexo, sono, amor, autoestima, confirmação, etc.) que o homem busca sua autorrealização [...]”.

Dito de outro modo, é da natureza intrínseca do homem atualizar suas potencialidades, desenvolver-se da melhor forma que puder dentro do contexto em que vive.

Enfim, o princípio da autorregulação afirma que todo organismo busca a sua autoatualização(LIMA, 2013).

No entanto, como estamos envolvidos em necessidades diversas, ganhará mais força a que for mais dominante. Uma vez que esta for satisfeita, emergirá de forma dominante a que estava em segundo plano, em uma hierarquia de necessidades, e assim sucessivamente, oferecendo a cada momento um estado de equilíbrio ao organismo.

Esses conceitos formam a base epistemológica sobre a qual a Gestalt terapia desenvolveu os conceitos principais que serão a fonte de compreensão neste estudo. Serão destacados os seguintes:

4.1 AWARENESS

A *awareness* é um dar-se conta da situação como um todo. É uma apreensão completa da realidade quando o indivíduo está disponível e inteiro, com todo seu aparato sensório-motor e cognitivo para apreender tudo ao seu redor. Segundo Yontef (1998, p.30): “*Awareness* é uma forma de experiência que pode ser definida aproximadamente com estar em contato com a própria existência com aquilo que é”.

Mais adiante, o mesmo autor descreve que a *awareness* total é cognitiva, sensorial e afetiva. Ela se dá de forma holística, com integração de sentimentos, pensamentos, espontaneidade, deliberação e responsabilidade que permite a autorregulação (YONTEF, 1998).

A *awareness* é indispensável para processo de contato que tem início com a necessidade ou gestalt emergente e as trocas necessárias do indivíduo com o meio dirigidas à satisfação da necessidade/fechamento da Gestalt (totalidades

significativas).Esclarecendo a relação da *awareness* com contato, Yontef (1998, p.215)explica: “A *awareness* é sempre acompanhada de formação de Gestalt. Totalidades significativas novas são formadas por contato com *awareness*”.

Quando o indivíduo está com um bom nível de *awareness*, é capaz de perceber, de forma nítida e clara, com o que pode contar, considerando todos os elementos do campo. Aceita as condições possíveis e encontra seu melhor caminho, embora esse caminho para uma outra pessoa ou para os modelos sociais possa ser desadaptativo.

A esse respeito, Yontef (1998, p.37)afirma que: “A *awareness* compreende o conhecimento do ambiente, a responsabilidade pelas escolhas, o autoconhecimento, a auto-aceitação e a capacidade de contato”.

4.2 CONTATO

Considera-se contato a capacidade de a pessoa perceber, sentir e responder ao outro (o ambiente), estando próxima de seus próprios sentimentos e sensações.

O contato, então, é o processo através do qual o indivíduo, guiado pela autorregulação, vai percorrendo seu curso em rumo à satisfação através dos meios de orientação (*awareness*, sentir-perceber, situar-se na experiência e discriminar o que vê e sente) e manipulação (resposta motora, “ir” para e “pegar”, o movimento em direção a finalizar aquela situação). Eles permitem ao indivíduo discriminar o que é tóxico e o que é nutritivo, a fim de proceder à rejeição ou assimilação do elemento do campo com o qual se está em contato.

SegundoPerls, Hefferline e Goodman(1997, p.44): “O contato é *awareness* do campo ou resposta motora no campo [...] entendamos contatar, *awareness* e resposta motora no sentido mais amplo, incluindo apetite e rejeição, aproximar e evitar, perceber, sentir, manipular, avaliar, comunicar, lutar, etc. – todo tipo de relação viva que se dê na fronteira, na interação entre o organismo e o ambiente.

Para D'Acri (2014, p.34), contato:

[...] remete à ideia do organismo em um campo e às interações entre eles. Essas interações acontecem na fronteira de contato, isto é, onde acontecem os eventos psicológicos, onde se distancia do perigo, transpõem-se os obstáculos, seleciona-se e assimila-se o que se requer para satisfazer uma necessidade.

Conforme Ribeiro (2007), o contato real implica que a pessoa sinta sua singularidade, identificando-se como diferente do outro e percebendo-se única no universo; no aqui e agora, experiencie o tempo e o espaço em relação a si mesma, perceba-se inteira, com consciência de sua própria realidade e da do outro, o que proporciona a *awareness*.

A fronteira de contato em vez de separar o indivíduo do meio, o contém, o protege e o delimita nessa interação. É na fronteira que a experiência acontece, sendo a experiência essencialmente contato; esse é o funcionar da fronteira entre o organismo e seu ambiente (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p.43).

Salomão, Frazão e Fukumitsu (2014), sublinham que a fronteira de contato é dotada de plasticidade – que se refere à possibilidade de expansão ou retração da fronteira – e permeabilidade – que se relaciona à possibilidade de trocas entre o indivíduo e o meio. Dependendo de como a plasticidade e permeabilidade da fronteira se apresente, haverá mais ou menos abertura para o novo assim como facilidade na discriminação entre a pessoa e o meio, processos que interferem nos ajustamentos criativos e na satisfação de necessidades.

Ao definir sumariamente o ciclo de contato, Ginger e Ginger (1995, p.129) esclarecem que:

O homem saudável identifica sem esforço a necessidade dominante no momento, sabe fazer escolhas e satisfazê-las e está assim disponível para a emergência de uma nova necessidade: ele está sob efeito de um fluxo permanente de formações e depois destruições de "Gestalts [...]"

Pinto (2015) descreve que, para cada etapa do contato, há uma maneira de descontinua-lo. São elas: dessensibilização, deflexão, introjeção, projeção, proflexão, retroflexão, egotismo e confluência.

Serão destacadas, para esse estudo, as descontinuações ou bloqueios do ciclo de contato citadas por Pinto (2015) que mais aparecem na dinâmica da vivência de relacionamentos amorosos nas PVHA, algumas de forma mais predominante que outras.

Dessensibilização: processo pelo qual a pessoa esfria, diminui sua percepção sensorial. Pode aparecer como negação do corpo quando a pessoa precisa enfrentar angústias mais profundas.

Introjeção: aparece quando a pessoa incorpora normas, atitudes e modos de agir que não são verdadeiramente dela.

Projeção: a pessoa atribui ao externo aquilo que é dela.

Retroflexão: capacidade de fazer voltar para dentro a energia que, potencialmente, deveria ir para o exterior. Trata-se de um autocontrole.

Confluência: capacidade de união com os outros, que pode se fixar pelo medo da solidão.

Deflexão: capacidade de desviar-se do perigo ou do muito frustrante de maneira indireta, evitando, assim, um confronto profundo.

4.3 AJUSTAMENTO CRIATIVO

Durante o processo do contato que ocorre na fronteira, o ajustamento criativo se dá como uma resposta singular oferecida à situação quando o indivíduo dispõe de sua capacidade de orientação para abrir-se ao contato e manipulação, a fim de prosseguir no processo de contato até que ele possa dar um fechamento àquela situação da melhor maneira a lhe permitir, naquele momento, o sentido de

satisfação. Portanto, como descrevem Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 45): “Todo contato é ajustamento criativo do organismo com o ambiente. Resposta consciente no campo (como orientação e como manipulação) é o instrumento de crescimento no campo”.

Vale lembrar que o termo satisfação é adotado no sentido do equilíbrio, de encontrar a satisfação possível, não necessariamente no sentido único de prazer, pois, nem sempre, a satisfação do modo como é esperada é viável, e o indivíduo se vê diante de uma frustração. Lima (2014, p. 91), ao destacar esse aspecto, nos lembra que:

Uma situação pode se resolver não apenas pela plena satisfação da necessidade emergente. O ser humano pode experimentar a frustração diante do impedimento da resolução de modo ideal de sua necessidade sem que se paralise por essa experiência; ele poderá criar outros recursos e alternativas para tentar se autorregular.

Ainda sobre o sentido de satisfação quando Perls (1988) faz referência ao lugar da frustração no crescimento, compreende-se que, algumas vezes, o caminho para alcançarmos o fechamento de uma situação nos aproxima da dor e do sofrimento, e não do prazer: “Quando falo numa prontidão para ir ao encontro do desagradável [...] falo do sofrimento que acompanha o crescimento. Falo de encarar honestamente as situações desagradáveis.” (p.131-132).

Os ajustamentos criativos, então, se apresentam como fechamento do processo de autorregulação orgânica, quando a pessoa não pode realizar, de forma natural, a sua satisfação, ou seja, não pode ter uma plena satisfação da sua necessidade. Nesse caso, a pessoa lança mão de sua criatividade ao encontrar o melhor arranjo possível na interação e integração da atualização de seus recursos com a percepção das condições no meio para, assim, fechar a situação.

Elaborando o entendimento do conceito de ajustamento criativo, Lima (2014, p. 91) argumenta que: “Tal capacidade de lidar com a não resolução de uma satisfação do modo primeiramente desejado, fazendo uso de outras formas de busca de satisfação, é o que a Gestalt-terapia chama de ajustamento criativo”. A criatividade na descoberta de novos recursos na busca da satisfação permite que a vida siga o seu fluxo, e não fique interrompido o processo de autorrealização.

Para Cardella (2014, p. 114): “Ajustar-se criativamente é viver a vida como um fluxo, na interação com os outros e os acontecimentos, apropriando-se e criando recursos, assumindo a responsabilidade e a cocriação do próprio destino [...]”.

As descontinuidades ou bloqueios de contato podem se configurar como ajustamentos criativos funcionais, quando forem um processo temporal, e passageiro ou disfuncionais, quando se tornarem anacrônicos. Como destacam Ginger e Ginger(1995), a evitação de contato pode ser saudável ou patológica, conforme sua intensidade, sua maleabilidade, o momento em que intervém e, de uma maneira mais geral, sua oportunidade. Portanto, quando os bloqueios de contato são utilizados em momentos propícios, podem ser ajustamentos criativos funcionais.

Quando o indivíduo passa a repetir, de forma inflexível e recorrente, a mesma resposta que, em situação anterior, lhe proporcionou a satisfação possível em função das possibilidades que o meio apresentava, não percebendo que essa resposta está desatualizada no tempo e no espaço, ela perde a possibilidade de hoje encontrar alternativas diferentes. O ajustamento criativo se tornou anacrônico. Ela reduziu seu repertório de possibilidades para lidar e se relacionar com os seres humanos.

Como sustenta Ciornai (1995), o que limita a fluidez do indivíduo na sua vida não se refere às defesas que foram criadas, mas ao fato de ele, sem se dar conta, perpetuá-las, por não atualizar ou utilizar outros recursos com os quais pode contar.

De acordo Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2007), nos ajustamentos disfuncionais a forma de bloqueio que permitiu um contato possível se tornou uma constante forma de evitação do contato, uma interrupção revivida diariamente, da relação organismo/meio.

Pode-se, então, afirmar que, em determinado contexto, o ajustamento criativo utilizado para preservação da integridade (física e psicológica) do indivíduo, visando à autorregulação, apresentou-se de forma precária, mas, de qualquer modo, foi a possível, não ideal, mas real. Mais tarde, portanto, esse mesmo ajustamento, pela

repetição, se torna disfuncional. Sendo assim, a temporalidade é um fator importante para tornar esse processo patológico ou não.

A importância de a pessoa poder criar novos ajustamentos criativos para transformar os modos de agir que estão obsoletos é indicada por Loffredo (1994), quando aponta que o ajustamento criativo também se apresenta na possibilidade de superação de estruturas relacionais que já não são mais funcionais à medida que, através do contato, a pessoa se permita a entrada de novos elementos que levarão à formação de novas configurações pessoais.

Crescimento para Gestalt-terapia significa um processo em direção à saúde, que não tem a ver com ausência de conflitos e angústias, mas com a capacidade de a pessoa estar *awareness* de sua verdade interior; estar cada vez mais próxima de seus sentimentos e dificuldades, e poder dispor de todos os seus recursos internos e do ambiente para lidar com a situação da melhor forma que lhe seja possível.

Na concepção da Gestalt-terapia, o indivíduo cresce quando está livre para fazer contato com a situação presente e, então, poder realizar escolhas com responsabilidade. Essa abordagem baseia-se em uma teoria que prega o envolvimento do indivíduo e sua responsabilidade diante do mundo e de si mesmo (ROBINE, 2006).

Suporte para Gestalt-terapia é um fator indispensável ao crescimento, uma vez que é fundamentado em um repertório de recursos pessoais que permite ao indivíduo responder às situações e experiências emocionais de forma mais consistente e segura. É desenvolvido pela apropriação e *awareness* da própria história da pessoa e da sua possibilidade de dispor de todas as suas funções de contato, de tal forma que lhe permita atualizar o seu senso de orientação no campo, podendo, assim, contar com uma percepção acurada da experiência que lhe ofereça condições de responder às situações de forma singular e criativa. De igual modo, o suporte permite ao sujeito lidar com as situações, sendo menos gerenciado por condicionamentos culturais restritivos introjetados em sua história.

Tellegen (1982, p. 85) entende que suporte: “[...] inclui: fisiologia, postura, coordenação, equilíbrio, sensibilidade, mobilidade, linguagem, hábitos, costumes, habilidades, aprendizagem, experiências vividas e defesas adquiridas ao longo da vida. Este é o suporte, o autossuporte essencial para o contato”.

O indivíduo com autossuporte apoia-se em seus recursos internos. É autêntico e criativo em sua relação com o mundo, enquanto o homem dependente do suporte externo apoia sua autoestima em valores externos e em introjeções desses valores, perdendo, assim, sua capacidade de lidar com o mundo de forma renovada e transformadora. Perls, Hefferline e Goodman (1997, p.23), ao referirem-se sobre a importância de o indivíduo ser menos dependente do suporte ambiental, comenta: “Eu defino a maturidade como a transição do apoio ambiental para o autoapoio”.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Para o desenvolvimento deste estudo observacional, optou-se pela pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, de campo e natureza aplicada. Constituiu-se um estudo descritivo, uma vez que visou observar, registrar e analisar as experiências emocionais dos participantes como se dão em si mesmas.

Em relação à abordagem, foi qualitativa, pois essa modalidade, segundo Minayo (1994), trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização da variável, buscando revelar o significado dessas relações, expondo o que escapa das médias estatísticas. Além disso, convencionou-se a pesquisa de campo, posto que é uma investigação empírica realizada no local onde ocorreu o fenômeno e que, assim, dispõe de elementos para elucidá-lo (VERGARA, 2000).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A instituição, cenário do estudo, localiza-se no município de São Gonçalo, e acompanha, aproximadamente, 4.700 pacientes reagentes ao HIV, especificamente no Polo Sanitário Hélio Cruz, no qual foi inaugurada, em junho de 2015, a segunda instalação do Programa de IST/aids e Hepatites Virais.

A equipe interdisciplinar é formada por dois médicos, duas enfermeiras, um nutricionista, uma assistente social e duas psicólogas, sendo uma responsável pela devolução dos testes no Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA –, e a outra (pesquisadora) pelo acompanhamento psicológico após a revelação do diagnóstico.

O período de realização das entrevistas cumpriu um espaço de tempo de maio a dezembro 2017, e sua amostra é composta por pacientes atendidos no referido Programa.

A frequência de contato da pesquisadora com os entrevistados deu-se diariamente no Polo Sanitário Hélio Cruz, quando eles dirigiam-se ao serviço para consultas e obtenção dos medicamentos. Logo, por conta desse momento, o convite foi realizado para participação na pesquisa.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 17 indivíduos assistidos regularmente pela instituição em estudo. O número total foi definido pelo critério de saturação de dados utilizado na pesquisa qualitativa. De acordo com esse critério, há a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Foram considerados, como critérios de inclusão, indivíduos de ambos os sexos, a partir de 21 anos, que estavam em tratamento com antirretroviral e sendo acompanhados regularmente pela equipe interdisciplinar há pelo menos um ano. Tomou-se o tempo de tratamento com antirretroviral como critério de inclusão, considerando que o espaço de tempo permite à maioria das pessoas desenvolver estratégias de adaptação e enfrentamento (PAULILO, 1999).

A periodicidade de um ano ou mais de acompanhamento justifica-se por considerar que, em menos tempo, as pessoas ainda estão sob reflexo do trauma da nova condição sorológica que pode causar repercussões negativas sobre sua qualidade de vida. A partir do tratamento, as pessoas sentem melhoras em sua qualidade de vida, que podem resultar na abertura psicológica para se perceberem sob a perspectiva de relacionamentos amorosos. Meirelles et al. (2010) observaram, em pesquisa com pacientes em tratamento há um ano ou mais, que, ao longo do

processo de saúde/doença, as pessoas vão se adaptando e aprendendo a conviver com a doença. Com isso, a percepção de qualidade de vida vai se modificando.

Foram excluídos do estudo pacientes com manifestações clínicas de doenças oportunistas graves, transtornos psiquiátricos que poderiam estar comprometendo a cognição e a socialização, dificultando a colaboração com a entrevista, e aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de maio a dezembro de 2017. A estratégia de coleta de dados incluiu duas fases:

1) Captação dos participantes: O convite para participação no estudo foi feito aos pacientes às terças-feiras, na recepção do Programa IST/aids e Hepatites virais, no momento da dispensa de medicamentos.

2) Após o aceite dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento e Esclarecimento, foi agendado um dia para realização da entrevista, que se deu na sala de atendimento da psicóloga (pesquisadora) no Polo Sanitário Hélio Cruz. Desse modo, a pesquisa teve início.

O método de coleta de dados foi entrevista semiestruturada, orientada sob perspectiva fenomenológica, fundamentação filosófica sobre a qual se baseia a Gestalt-terapia, definida como referencial teórico-metodológico deste estudo. Por meio desse método, o pesquisador vai ao encontro dos depoimentos ingênuos do sujeito, do seu falar espontâneo, sem interpretações ou reflexões prévias do que ele possa estar vivendo no seu "mundo-vida". Para isso, os depoimentos não devem partir de roteiros ou perguntas diretas, mas de uma questão aberta, geral, que seja capaz de nortear sem, contudo, restringir a exposição dos sujeitos sobre o tema investigado. Trata-se de uma questão que abra possibilidade para um fluir livre do relato, permitindo ao fenômeno se mostrar tal como é, na sua própria linguagem, sem se direcionar pelos pressupostos do pesquisador. Deixa ao expositor "ser o autor, o definidor de sua própria realidade" (OILER, 1982).

Assim, a entrevista semiestruturada foi composta das seguintes questões:

1º Objetivo: “Descrever os sentimentos das pessoas que vivem com HIV/aids acerca dos relacionamentos amorosos. ”

1ª pergunta da entrevista: “Como você passou a se sentir acerca de relacionamentos amorosos depois do HIV”?

Com essa pergunta, procurou-se conhecer os sentimentos dos participantes acerca de relacionamentos amorosos depois do diagnóstico da soroconversão para o HIV e atender ao primeiro objetivo da pesquisa.

2º Objetivo: Identificar os ajustamentos criativos das pessoas que vivem com HIV na vivência de relacionamentos amorosos.

2ª pergunta da entrevista: Como você lidou com relação a relacionamentos amorosos a partir desse sentimento?

Com essa pergunta, procurou-se obter um levantamento dos ajustamentos criativos que bloquearam ou facilitaram o contato no campo de relacionamentos amorosos, em decorrência dos sentimentos que lhe foram mobilizados a esse respeito após a descoberta do HIV.

3º Objetivo: Analisar os sentidos e arranjos promovidos pelas PVHA na vida afetivo-sexual diante das possibilidades de ajustamentos criativos.

3ª pergunta da entrevista: Como você se sente atualmente (após um ano ou mais de vivência com o HIV) como decorrência da forma que encontrou para enfrentar a situação?

Com essa pergunta, procurou-se conhecer como PVHA passaram a lidar em relação à vida amorosa-sexual após um ano ou mais de conhecimento da soroconversão.

As entrevistas foram gravadas por meio de áudio (Mp3), mediante autorização do entrevistado. Depois da entrevista, ocorreu a transcrição dos depoimentos, com objetivo de organizar as ideias. Esses dados resultantes do material da entrevista

enriqueceram o processo de análise. Após entrevistas individuais, os dados de caracterização dos participantes foram obtidos por meio de consulta aos prontuários.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto cumpriu as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffré e Guinle – CAAE Nº 69944517.6.0000.5258

Os participantes foram orientados quanto à operacionalização da entrevista e informados que todos os dados decorrentes dela serão mantidos trancados em um arquivo, com acesso somente da pesquisadora e orientadora. O anonimato dos participantes foi garantido com a identificação pela letra E significando entrevistado; M, masculino; e F, feminino.

A pesquisa trará benefícios aos participantes, uma vez que, após um compromisso verbal de sigilo, eles terão oportunidade de compartilhar seus sentimentos, contar com suporte psicológico no momento da pesquisa e continuar a serem acompanhados individualmente pela psicóloga pesquisadora, caso desejem. Contudo, por se tratar de um assunto que pertence ao cotidiano, existe a possibilidade de apresentar algum tipo de constrangimento aos participantes no momento da exposição de seus sentimentos. Eles foram orientados quanto à opção de não darem prosseguimento à entrevista se assim desejarem.

Também foi esclarecido que os resultados da pesquisa irão compor um projeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Infecção HIV/aids e Hepatites Virais, que poderá gerar publicações em congressos, publicação em revista científica e Dissertação de Mestrado.

Durante todo o estudo, foi respeitada a dignidade da pessoa humana. As entrevistas tiveram início tão logo houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição, respeitando, assim, as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e a Resolução 466/2012. Além do esclarecimento, o termo

foi confeccionado em duas vias, que foram assinadas e datadas por cada um dos participantes, formalizando a anuência em participar e sua condição de voluntário da pesquisa. Na análise dos dados, foi preservada a identidade dos participantes.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O Quadro 1 demonstra que não há distribuição igualitária entre os sexos, ocorre predominância do sexo masculino, e, dos 17 entrevistados, apenas três apresentaram idade inferior a 30 anos. No que diz respeito ao tempo de tratamento, a maioria encontra-se com quatro anos ou menos em uso de antirretroviral. Quanto à escolaridade, apenas um paciente cursou apenas a alfabetização; a maioria apresenta, no mínimo, ensino fundamental incompleto. Percebe-se que, a respeito do estado civil, há uma amostra bastante equilibrada entre solteiros e casados. O mesmo pode-se verificar quanto à orientação sexual, aspecto em que não se observa qualquer predominância; pode-se, porém, destacar a presença de apenas um paciente bissexual. Quanto à atividade profissional, há uma larga diversificação, estando duas pacientes desempregadas.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo (Rio de Janeiro)

Participante	EM1	EM2	EM3	EM4	EM5	EF6	EM7	EF8	EM9	EF10	EF11	EM12	EF13	EM14	EM15	EM16	EF17
Idade (anos)	43	39	29	27	48	43	34	36	38	41	35	41	46	27	21	40	38
Tempo de tratamento (anos)	2	4	2	3	4	1	1	2	1	13	3	2	13	3	4	14	10
Escolaridade	FI	EMC	ES	FI	A	EMI	EMI	EMC	EMC	EMI	FI	EMC	EMI	EMC	ES	EMC	EMC
Estado civil	C	S	S	S	C	S	C	C	S	C	C	C	C	S	S	S	S
Orientação SexualReferida	H	HM	HM	B	H	HM	H	HM	H	H	H	HM	HM	HM	HM	H	H
Ocupação	VD	SC	SI	AT	CP	PA	MS	PV	TE	DM	DS	PM	CD	OT	ET	VD	DS

Legenda: **FI**: Fundamental Incompleto; **ES**: Ensino Superior; **A**: Alfabetização; **EMI**: Ensino Médio Incompleto; **EMC**: Ensino Médio Completo; **C**: casado; **S**: solteiro; **H**: Heterossexual; **HM**: Homossexual; **B**: Bissexual; **VD**: Vendedor; **SC**: Secretária de Cartório; **SI**: Suporte Técnico de Informática; **AT**: Autônomo; **CP**: Carpinteiro; **PA**: Padeira; **MS**: Massoterapeuta; **PV**: Promotora de Venda; **TE**: Técnico de Enfermagem; **DM**: Domestica; **DS**: Desempregado; **PM**: Policial Militar; **CD**: Cuidador; **OT**: Operador de Telemarketing; **ET**: Estudante.

Fonte: O autor, 2017.

6.2 ANÁLISE CATEGORIAL

A seguir, serão apresentadas as categorias e subcategorias que emergiram a partir da análise das entrevistas, para o alcance dos objetivos do estudo.

Após a efetivação das entrevistas, foram feitas as transcrições e, após leituras exaustivas, efetuou-se a codificação, desdobramento, agrupamento e síntese dos depoimentos, que resultaram em categorias analíticas relacionadas aos objetivos. (Quadro 2).

Quadro 2 - Categorias e subcategorias do estudo (Rio de Janeiro)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
1. Os sentimentos de medo como internalização do estigma a partir de introjeções	<p>6.2.1.1 O medo das consequências da autorrevelação diagnóstica</p> <p>6.2.1.2 Medo de não poder ter novos relacionamentos amorosos</p> <p>6.2.1.3 Medo de contaminar e de ser recontaminado através da interação sexual</p>
2. Introjeção e projeção: dificuldades na manutenção do relacionamento amoroso e sexual	<p>6.2.2.1 O efeito do estigma e da introjeção do estigma (autoestigma) nas dificuldades sexuais</p> <p>6.2.2.2 A influência do estigma e projeção do estigma no desejo de interromper o vínculo amoroso</p>
3. Ajustamentos criativos que facilitam o contato, e ajustamentos criativos que bloqueiam o contato	<p>6.2.3.1 A fluidez no contato e a autorrevelação</p> <p>6.2.3.2 Bloqueio do contato: mantendo o diagnóstico em segredo através da retroflexão e deflexão</p>
4. Contornos das fronteiras de contato: limites e possibilidades nos relacionamentos amorosos	<p>6.2.4.1 Expansão das fronteiras de contato e as possibilidades na vivência de relacionamentos amorosos</p> <p>6.2.4.2 Retraimento das fronteiras de contato e os limites na vivência de relacionamentos amorosos</p>

Fonte: A autora, 2018.

Foram extraídas quatro categorias:

6.2.1 Categoria 1- Os sentimentos de medo como internalização do estigma a partir de introjeções

Essa categoria trata dos sentimentos vividos por PVHA, decorrentes da introjeção de conteúdos depreciativos que são culturalmente difundidos em relação ao HIV e são internalizados na forma de autoestigma. É visível a contínua associação do HIV com promiscuidade sexual, desestruturação familiar, uso de drogas, ou qualquer comportamento desviante.

Os estigmas são intensificados pela somatória de diferentes fontes de estigma: "peste gay"; "promíscuos"; "prostitutas"; "quem vê cara não vê aids"; "peste negra"; "doença africana"; primeiro, uma "doença de ricos"; hoje, um mal de "pobres"(PARKER; AGGLETON, 2001).

Corrigan e Lundin (2001) afirmam que, quando as pessoas estigmatizadas dirigem as crenças relacionadas ao estigma contra si, caracteriza-se o autoestigma, que tem, como consequência, o sentimento de culpa ou tornar as pessoas descrentes com relação ao futuro, não apenas pela insegurança de ter uma doença sem cura, mas também pelo medo do abandono e da rejeição.

Nos termos da Gestalt-terapia, pode-se entender o autoestigma como introjeção do estigma.

Neste estudo, o medo, como consequência do autoestigma, é observado como expressão de sentimento acerca de relacionamentos amorosos após diagnóstico de reagente para o HIV, sob três aspectos que permitiram a subdivisão em três subcategorias: medo das consequências da autorrevelação diagnóstica; medo de não poder ter novos relacionamentos amorosos; medo de contaminar e ser recontaminado através da interação sexual.

6.2.1.1 O medo das consequências da autorrevelação diagnóstica

Essa subcategoria trata do medo da autorrevelação vivido por PVHA, relacionado à ameaça de perder a pessoa com quem se relacionam. Por terem introjetado, em forma de autoestigma, todos os valores depreciativos relacionados à aids, não acreditam que alguém possa querer conviver com uma pessoa que tem o HIV, preferindo viver com outra pessoa não infectada.

Considerando, como referido por Cardella (2014), que o amor, quando recíproco na relação, proporciona aos indivíduos um sentimento de plenitude mútua e paz interior, pode-se depreender que a existência amorosa proporciona um estado de equilíbrio orgânico alcançado na autorrealização da satisfação de uma necessidade que é preenchida no amor erótico. Por corolário, a possibilidade da perda pode representar o rompimento desse equilíbrio orgânico.

Como assinala (LIMA, 2008b, p.3): “A perda é uma agressão ao senso de integridade do indivíduo, ela descompensa e desestabiliza a homeostase interna. O trauma ameaça o equilíbrio total, sobretudo quando a perda é irreversível”.

Assim, quando está em questão a autorrevelação, são despertados em PVHA sentimentos de tristeza, conflitos associados ao medo que desencadeiam estratégias de defesa frente à ameaça da perda. Podemos evidenciar os conflitos ligados ao medo do distanciamento do casal e término do relacionamento nas falas a seguir:

Porque a gente de uma certa forma acaba ficando triste [...] esse conflito em mim, como vai ser isso. Talvez as dores eram distintas [...] que tipo de dores são essas, né?! Eu tenho uma dor mas e o meu próximo, ele pode não ter a mesma dor mas é uma dor que dói, de uma certa forma [...] como ela vai receber isso? [...] O medo dela se afastar e de não sermos mais felizes. EM16

“É insegurança de eu perder o bem sentimental que eu tenho hoje. Hoje eu tenho um bem sentimental, eu tenho uma pessoa que zela, que é presente, é carinhosa e eu tenho medo de perder no ato da revelação.” EM9

“Então, medo do meu marido me deixar, porque ser soropositivo e ia arrumar outra pessoa, de não ter obrigação de usar camisinha com outra pessoa.” EF10

Bessa e Terto Jr. (2001) afirmam que o medo da rejeição, a dúvida da revelação da soropositividade ao parceiro e a insegurança quanto à sua reação levam, muitas vezes, a uma fuga de relacionamentos afetivos, como forma de evitar uma possível situação de abandono.

Apresenta-se em destaque também nas falas dos entrevistados, o medo de serem vítimas de discriminação e preconceito. O medo da discriminação é notado no seguinte comentário:

“Tem aquele certo receio de soltar para alguém que você é soropositivo e a pessoa na sua santa ignorância, pensar que você vai passar a doença num beijo. “EM4

“Tenho medo da pessoa ter repúdio, nojo. Por isso que geralmente eu não falo. “EM4

A autorrevelação, por ser um momento tenso, vivenciado com toda carga emocional relacionada a estigmatização, preconceito e segregação, lança o indivíduo à incerteza, exposição ao perigo da rejeição e repúdio, que desencadeiam sentimentos de medo e ansiedade.

O indivíduo precisa contar com um autossuporte bastante desenvolvido para resistir às reações discriminatórias, agressivas, desrespeitosas no momento da autorrevelação. Quando o sujeito está mais apoiado no heterossuporte, a possibilidade de ele se desorganizar emocionalmente frente a essa rejeição é muito grande. É importante, pois, que a pessoa tenha condições de “[...] emergir do apoio e da regulação ambiental para o um autoapoio e autorregulação” (GALLI, 2009, p. 62). Dessa forma, poderá ter condições de discriminar introjeções que o outro fez de conteúdos preconceituosos que são projetados sobre ele e, portanto, não são ele, não o definem.

Nos seguintes relatos, podemos constatar a presença do medo de o outro não sustentar o segredo e contar para outras pessoas sobre a sua condição sorológica:

“Bem complicado, muito complicado né, bem complicado, porque você não vai querer abrir pra todo mundo porque se você não ficar com aquela pessoa com certeza ela vai passar pra frente pra outra pessoa.” EF6

O meu medo é de contar pra pessoa e a pessoa me rejeitar, me destratar e espalhar. Daqui a pouco uma coisa que era pra ser, não vou falar escondido, mas era pra ser oculta, se espalhou e todo mundo sabe, as pessoas não vão me tratar pelo o que eu sou, vai me tratar pela sorologia, muitos vão se afastar, seria bom porque seria uma peneira de quem é meu amigo, meus parentes e quem não seria. Por causa disso eu acho que não contaria, eu me sentiria mal. EM15

O fato de a pessoa não saber o que a outra fará com a informação gera medos e receios para a revelação, o que faz com que um dos elementos fundamentais para a revelação seja a confiança (BERNARDO, 2013).

6.2.1.2 Medo de não poder ter novos relacionamentos amorosos

Nessa subcategoria, pode-se notar que outro medo que invade PVHA é o de se estar condenado ao isolamento amoroso. Esse medo de não conseguir ter novos relacionamentos parece basear-se na crença de que não estão à “altura” de serem amadas e, em consequência, acreditam no preconceito que enfrentarão, fato que termina por comprometer a sua autoconfiança nessa possibilidade.

“Eu tive muito medo de não conseguir me relacionar com outra pessoa, né, Fiquei com medo do preconceito.” EF8

“Eu pensei: não vou poder me relacionar com mais ninguém.” EM4

Eu falei que nunca mais ia poder namorar, não ia mais casar, ter a minha casinha, por que qual é a pessoa, quem é o maluco que vai querer ficar com uma pessoa que tem HIV?! Só se está completamente apaixonado ou então só se eu tiver dinheiro ou eu ser rica. Se caso eu não tenho vírus e tiver interessada num rapaz, aí eu fico com ele e um pouco pra frente ele vem me contar que tem HIV ou que tem o vírus da aids, eu nem gosto muito de falar o nome, e ele venha me falar se eu eu quero continuar com ele, eu mesma vou ter o preconceito que eu acho que a maioria das pessoas tem, e será que eu vou querer ter um relacionamento com ele? [...] é meio complicado né, as chances são muito poucas de uma pessoa querer conviver com a outra tendo essa doença, na minha opinião, na opinião de outras pessoas pode ser diferente também né? Mas a maioria dos meus colegas, uns três ou quatro pensam da mesma forma que eu, que acabou o relacionamento, não vai ter mais relacionamento, pode até ficar com uma pessoa mas vai se proteger, mas não vai contar e vai ficar guardando isso em segredo. E17

Em estudo feito na Inglaterra com pessoas aderidas ao TARV, Bogart et al. (2000) constataram que algumas pessoas não se sentiam boas o suficiente (capazes) para terem um relacionamento amoroso suportivo e, em consequência desse sentimento, evitavam possíveis relacionamentos ou entravam em relacionamentos de pouco tempo, que não eram satisfatórios. Em função dessa autoestima comprometida, PVHA receiam não conseguirem se relacionar com outras pessoas que não tenham a mesma condição sorológica. Parecem sentirem-se mais seguras quando o outro possui uma condição do mesmo modo estigmatizada.

“[...] conheci uma garota muito legal até, por sinal ela tinha esclerose múltipla e eu não me senti com vergonha de falar o que eu tinha.” EM4

Nesse relato, pode-se inferir que o medo da solidão, de nunca mais ter direito de amar por ter uma doença estigmatizada, é tão grande que a pessoa encontra como uma alternativa se relacionar com outros na mesma condição. Embora a parceira não tivesse sorologia positiva para HIV, possuía a marca de outro estigma: a esclerose múltipla.

Outro entrevistado também revelou que o medo o faz preferir relacionar-se com pessoa com a mesma condição sorológica.

Tenho receio com pessoas porque tudo é tabu, tipo, pra mim seria mais fácil me relacionar com uma pessoa com a mesma condição sorológica da minha, porque a pessoa ia entender a hora de tomar o remédio, a pessoa já teria o conhecimento, entre aspas, do que é a doença, que não passa. EM15

De uns tempos pra cá, esse ano eu tava pensando que como eu estou pensando nisso que as pessoas não vão me querer se souberem, então eu poderia ter um relacionamento com uma pessoa que tem o mesmo problema que eu, esse ano eu estava pensando nisso, um rapaz ou um homem do sexo masculino que tenha a mesma coisa que eu, ele não vai falar nada e eu não vou falar nada porque nós dois temos a mesma coisa, e aí? E17

Os dois relatos citados apontam para vivência da vergonha, que faz com que PVHA prefiram não se expor ao contato íntimo com pessoas que são julgadas por elas como diferentes e superiores por não terem sido infectadas. O conceituado *gestalt* terapeuta Robine (2006) comenta que, na situação de vergonha, o indivíduo percebe

a ele mesmo como não sendo o que deveria ser, sente-se angustiado por acreditar-se excluído da comunidade dos homens. Em sua visão, o indivíduo afetado pela vergonha sente-se separado não de outro indivíduo, mas de um grupo.

Borges, Silva e Melo (2017) corroboram a observação comentada acima ao afirmarem que PVHA, na busca por parceiros, preferem a convivência com pessoas que compartilham uma identidade clínica em comum, o que costuma facilitar, na visão deles, ao menos a princípio, os contatos sexuais e as buscas afetivas.

6.2.1.3 Medo de contaminar e de ser recontaminado através da interação sexual

Essa subsubcategoria revela um outro medo com o qual as PVHA convivem: o de contaminar os parceiros ou serem recontaminadas por eles.

Considerando que a sexualidade é parte da identidade do ser humano e que o HIV é um vírus associado a comportamentos sexuais desviantes, tudo aquilo que se expressa através dela passa a ser considerado nocivo (SOUTO et al., 2012).

Nota-se aqui, nos termos da *Gestalt* terapia, que PVHA introjetam conteúdos depreciativos que são culturalmente difundidos, em relação ao sexo quando se vive com HIV e, a partir daí, desenvolvem uma única e encurtada percepção do sexo: é perigoso. A introjeção é incompatível com reflexão, com possibilidade de discriminar a verdadeira dimensão dos fatos. Como sustenta Yontef (1998), a discriminação exige perceber *ativamente* estímulos exteriores e processar esses estímulos. Desse modo, temos que, quando a discriminação do que é introjetado não é possível, funda-se um terreno fértil para o medo.

Souto et al. (2012) comentam que, para PVHA, a sexualidade passa a ser sentida como algo danoso e exigente de um controle desgastante.

Ah doutora, tudo mudou, dali pra frente [...] claro que a gente não se sente mais a mesma coisa não [...] em casa pra mim conviver com minha companheira claro que eu tenho que manter constante as relações sexuais, mas tudo isso muda porque fica diferente. Tudo foi mais precaução [...] tudo isso incomoda mais. EM5

O medo da transmissão do vírus e da recontaminação atravessam diretamente as relações afetivo-sexuais entre parceiros amorosos sorodiscordantes. Esse medo faz com que PVHA se sintam acompanhadas de um sentimento de ameaça e preocupação permanentes, por se sentirem potencialmente o alvo de um prejuízo para o outro ou de possível vítima desse mesmo prejuízo quando a condição sorológica do parceiro não é conhecida.

Claro que a gente não se sente mais a mesma coisa não (...) a relação tem que ser mais...é... prevenção [...] para não prejudicar mais alguém e não se prejudicar também mais do que já tá prejudicado. Tudo isso incomoda [...] bom pros dois cem por cento não é mais, não adianta. Eu vou ser hipócrita? EM5

“Me sinto inútil. Uma ameaça para o próximo relacionamento.” EM9

“Preocupado sim em não contaminar mais alguém, isso aí sim é uma preocupação.” EM5

Por que a gente fica com medo, né?! Bom, tem gente que não tem, eu tenho, de passar assim para os outros eu tenho muito medo [...] mas você continua tendo constante medo de supostas transmissões. De repente você pode pensar assim: ‘ah, de repente eu posso passar alguma hora [...] eu mesmo não confiava em mim, porque não sei se era novo mas isso ainda permanece um pouco na minha mente’. E3

“[...] não tenho vontade pelo medo maior, mesmo usando preservativo, de se recontaminar.” EM7

“Mas eu tenho sempre aquela preocupação com o outro e comigo.” EF13

“[...] medo de não contaminar ele, esse medo eu sempre tive muito, dele me deixar também.” EF10

As expressões dos sentimentos manifestados pelos participantes confirmam a avaliação de Scanavino (2007), quando afirma que a expressão sexual de PVHA pode ser influenciada por medo ou culpa de vir a contaminar as parceiras.

Embora não seja escopo deste estudo a compreensão dos desafios na vivência de relacionamentos amorosos à luz da relação de gênero, faz-se necessário destacar que, apesar da presença dos sentimentos de ameaça e preocupação não apresentarem distinção por gênero, podemos observar que algumas nuances adquirem maior relevo nas vivências masculinas e outras, nas femininas.

Não bastasse a sofrida vivência de medo ser inseparável das relações amorosa-sexuais em PVHA, a intolerância ao uso de camisinha, culturalmente conhecida como uma experiência masculina, adquire valor de frustração. Como revela o entrevistado abaixo:

Fazer sexo privado com camisinha é um horror, eu uso mas não gosto, eu tenho que ser realista, eu tenho que falar o que sinto, claro que não gosto, entre a camisinha masculina e a feminina sou mais a feminina, tá entendendo? E se não pudesse usar nenhuma das duas seria ótimo, então é isso que me prejudica, é uma frustração, vamos falar o português exato, é como chupar um picolé com um papel, não é a mesma coisa. EM5

A histórica falta de empoderamento das mulheres para expressarem suas necessidades e se fazerem ser respeitadas favorece uma posição de maior vulnerabilidade à reinfecção, uma vez que o uso de camisinha é a condição *sinequa non* para não exposição ao HIV. A mesma vulnerabilidade também se apresenta à vivência de sentimentos de rejeição e discriminação.

Faz-se importante ressaltar, como observado por Coriolano, Vidal e Vidal(2008), que, ainda hoje, as mulheres sentem-se impelidas a agradar aos homens, dando menos importância à sua própria necessidade. A esse respeito, um estudo desenvolvido com mulheres soropositivas brasileiras, realizado por Maliska et al.(2009), constatou que a quantidade expressiva de mulheres infectadas por seus parceiros sugere não apenas uma possível dificuldade de perceber os riscos, mas também, entre outras questões, a sua dificuldade de negociar o uso do preservativo e termos do relacionamento amoroso. Podemos observar essas experiências nos sentimentos expressos nos seguintes relatos:

“E a transmissão em si, estava me afetando muito, sabe? Porque tavame preocupando muito; ele era quem estava me preocupando, mesmo a gente fazendo tudo direitinho, mesmo.” EF13

“Tive medo do meu marido me deixar por ser soropositiva e arrumar outra pessoa. De não ter obrigação de usar camisinha com outra pessoa.” EF10

“Ele é meio preconceituoso, aí eu fiquei com receio de falar. Então eu sempre tenho pretexto pra tá usando preservativo.” EF13

[...] evitar a ter relação várias vezes na semana, 2, 3, 4 vezes na semana, eu comecei evitando e continuo evitando até hoje, diminui a quantidade de vezes. Aí eu fiz isso, mas a gente já usava, mas tinha vezes que não, tinha vezes que sim. Que tinha todo aquele processo: ‘Ah, usa porque eu não tô

bem; Usa porque eu tô com uma irritação que eu fui no ginecologista e não pode, tenho que tomar remédio', aí eu sempre falava assim. EF13

6.2.2 Categoria 2- Introjeção e projeção: Dificuldade na manutenção do relacionamento amoroso e sexual.

6.2.2.1 O efeito do estigma e da introjeção do estigma (autoestigma) nas dificuldades sexuais

Essa categoria disserta sobre os sentimentos das PVHA em relação à sexualidade.

A vivência de dificuldade nessa esfera é observada em relatos que sugerem: perda de liberdade sexual, retraimento para interações sexuais, diminuição da libido e aumento de seletividade para novos parceiros amorosos.

Conforme Souto et al.(2012), estigmas em relação à sexualidade de PVHA podem influenciar os sujeitos a amputarem o sexo de suas vidas ou a reprimirem o desejo sexual. Entre os fatores que têm impacto negativo em tais alterações, podem ser citados: baixa autoestima e sentimento de desvalorização pessoal, angústia de conviver com a possibilidade de transmissão do HIV para a pessoa amada e sentimentos de culpa(REIS; GIR, 2010).

Embora a pessoa que vive com HIV, atualmente, possa ter o corpo saudável, contando, portanto, com sua anatomia e funções genitais preservadas, em função da introjeção de estigmas, a sexualidade é uma esfera da vida significativamente afetada em vários aspectos. Como decorrência de sentimentos de ameaça e preocupação permanentes, a sexualidade, que se expressa na vivência do erotismo, melhor conceituado por Perel (2009) como busca deliberada de prazer, é vivenciada sem a sua expressão plena de entrega e liberdade, uma vez que lhe é subtraído um componente que lhe é essencial, a saber, a espontaneidade.

Em algumas PVHA, a infecção pelo vírus desencadeou uma perda de liberdade sexual e uma redução de possibilidades nessa esfera(SOUTO et al., 2012). A perda da espontaneidade é representada nos seguintes comentários:

“Eu queria ter a minha vida conforme quando eu era recém-casado com a primeira esposa, a relação sexual nossa era bem mais liberal, bem mais tranquila, não tinha essas precauções todas.” EM5

Pra ser realista, eu sou um cara muito espontâneo, não é mais o mesmo, a gente faz as coisas com mais precaução, então muda, muda sim tá [...] a gente se sente um pouco mais preso, um pouco mais, vamos dizer, deprimido [...] porque a relação sexual é uma coisa bastante, é... livre, e depois que a gente descobre, tem essa descoberta, a gente não pode fazer mais totalmente livre com a companheira, então não é mais a mesma coisa, a gente se sente um pouco preso e tem que se prender mesmo pra não contaminar a companheira. EM5

Quando se aborda a sexualidade de PVHA, constata-se que, após o diagnóstico, elas se sentem impedidas de terem vida afetivo-sexual, como se ser infectado decretasse o encerramento da vida sexual. Essa vivência da impossibilidade pode, segundo Reis e Gir (2010), ocorrer por diversos fatores: o medo de infectar outra pessoa, dificuldades de uso e negociação do preservativo e o medo do risco de ser abandonado e magoado mediante a autorrevelação, necessária para um importante grau de intimidade e afeto intrínsecos à vivência afetivo-sexual.

Freitas, Gir e Rodrigues (2000) também constataram que o indivíduo com sorologia positiva para o HIV interrompe temporária ou definitivamente suas atividades sexuais pela dificuldade de adaptação eficiente e entendem que isso provém de fatores muito mais psicológicos do que físicos.

O efeito do estigma na sexualidade pode ser compreendido a partir da leitura gestálticorealizada por Alegria (2009) no que tange ao atravessamento dos valores culturais na vivência da sexualidade. A autora comenta que as mensagens recebidas e assimiladas do contexto cultural ficam arraigadas em nosso corpo. Sabemos organicamente o que podemos viver em nossa fronteira de contato em termos de intimidade sexual sem que seja vivenciada a angústia de nos perdermos e também em que medida podemos permitir e/ou proibir a experiência de prazer, considerando o grau de sentimento pessoal de merecimento implicados nesse ato.

Esse comprometimento da sexualidade pode ser observado no relato do entrevistado, quando diz que:

“Não tenho mais prazer de ter relação sexual. Meu libido diminuiu muito, muito, muito.” EM7

Reis e Gir (2010) constatam que, mesmo não tendo ocorrido separação conjugal entre os casais já constituídos antes da descoberta da infecção pelo HIV, identificou-se que alguns casais se sentem impedidos para sexo. É comum observar o sentimento de rejeição entre o casal que convive com o HIV.

[...] a gente hoje vive numa certa harmonia, mas eu, não adianta [...]eu não tenho mais vontade, vivo minha vida, trabalho, estudo e tudo mais é uma coisa que eu não tenho mais há muito tempo, não sinto falta, se eu ficar dois, três, quatro meses sem pra mim é indiferente, não tenho mais vontade mesmo. EM7

Bessa e Terto Jr. (2001)e Saldanha (2003)sustentam que o medo da rejeição, muitas vezes, representa suspensão de investidas afetivas e sexuais ou fuga de relacionamentos afetivos.Como externou o entrevistado:

Menos disposto a envolvimento amoroso e sexual: “Hoje em dia, não é que eu deixe de ter essa oportunidade de conhecer pessoas, as pessoas vêm até a mim, eu tenho oportunidade, ainda continuo tendo só que eu mesmo me travo, a frequência diminuiu. EM3

Observou-se, no discurso desse entrevistado, conforto e bem-estar ao aumentar a seletividade para novos relacionamentos, limitando suas possibilidades de se envolver amorosa e sexualmente até que encontre um relacionamento em que sinta tranquilidade (elemento saudável para um relacionamento).

[...] tendo relacionamento sorodiscordante ou não, eu quero que a pessoa me passe tranquilidade e eu me sinta tranquilo mutuamente com a pessoa”. EM3

Não obstante, podemos deixar em aberto para reflexão a possibilidade de a pessoa, em função das introjeções negativas relacionadas ao sexo, alienar-se de suas necessidades afetivo-sexuais e, em adição à alienação, desviar o contato de si mesmo, não atualizando seu próprio potencial e projetando no outro a responsabilidade de (como um príncipe que desperta a bela adormecida) despertar-lhe a confiança, a ponto de ela se sentir leve para se relacionar. Nesse caso, impede-se de se colocar no mundo como um ser desejante, com todos os riscos e

prazeres envolvidos nesse posicionamento. Pode-se observar tal posição diante na exposição abaixo:

Mas eu tenho que sentir também maturidade da pessoa, confiança, a pessoa tem que me transmitir confiança a ponto de eu me sentir leve com ela [...] quero ser surpreendido e ser surpreendido inclui isso também, eu me sentir à vontade com a pessoa e a pessoa me passar isso. EM3

6.2.2.2A influência do estigma e projeção do estigma no desejo de interromper o vínculo amoroso

Essa subcategoria expressa que o desejo de interromper relacionamentos amorosos é experimentado pelas PVHA como alternativa ao inevitável término do relacionamento amoroso mediante a revelação da condição sorológica ao parceiro. Isso decorre de elas terem introjetado um sentido de valor pessoal negativo em função dos preconceitos relacionados ao HIV e projetam no outro o mesmo olhar de desprezo sobre si.

Assim, a estratégia de enfrentamento imaginada ou ensaiada é a antecipação do abandono, mas de forma a tornar a dor suportável, sendo a própria pessoa a infligi-la sobre si mesmo. Há uma tendência a dirigir e devolver para si uma energia que poderia ser dirigida à interação com o meio, tendência que, se confirmada como o ajustamento criativo possível, levará a pessoa ao isolamento, retraimento extremo na fronteira de contato.

Quando a fronteira entre *self* e o outro torna-se muito impermeável, perde-se a possibilidade de união; a importância do outro para o *self* sai da *awareness*, o que resulta no isolamento (YONTEF, 1998). No caso aqui estudado, o que sai da *awareness* é a importância e o valor que o outro pode dar a PVHA, o que as faz ter a certeza da rejeição, levando-as, então, a desejar proteger-se ao enfrentar a situação, retraindo-se no isolamento.

“Então, eu já tive vontade, não só de falar ou então de terminar, eu fiquei na hipótese de terminar. Eu já até tentei mesmo, só que não fluiu, não foi pra frente”. EF13

“Depois que eu soube o que tinha, eu pensava até em largar ele”.EF11

Em seus estudos sobre a sexualidade em PVHA, Souto et al. (2012) comentam que as implicações dos estigmas relacionados ao sexo fazem com que a pessoa promova uma autosegregação protetora que lhe faz afastar-se dos relacionamentos. Ela se convence de que, nessas condições, o relacionamento afetivo-sexual só poderá existir em um amor verdadeiro, especial, no qual não haveria nenhuma interferência de estigmas. Dessa forma, a pessoa inviabiliza a possibilidade de encontrar novos relacionamentos e de viver novas experiências envolvendo sentimentos e sensações, ternura e sensualidade.

Outro fator que se mostra motivador para o término do relacionamento reside no fato de PVHA se sentirem diminuídas diante do parceiro e se perceberem como uma figura de ameaça à saúde dele. Desse modo, optam por terminar o relacionamento, projetando sobre eles uma melhor opção de vida sem a sua companhia. Portanto, crenças negativas relacionadas ao seu valor pessoal que fazem com que se sintam como ameaça para o parceiro, e percepções não acuradas (projeção) da não aceitação ou indisponibilidade do outro de manter um relacionamento inviabilizam a continuidade da relação.

“E eu não queria, eu não queria realmente que ela continuasse comigo, eu perguntei. Não é que eu não quisesse, eu deixei a critério dela, dei opção de escolha: ‘você deve, se você quiser separar e cada um seguir pro seu lado’”. EM1

“Eu não queria ficar com ele sabendo que eu tenho isso e posso passar pra ele, então ele tinha que seguir a vida dele, arrumar outra pessoa que não tenha nada e quando ele tiver com alguém, pede *pra* fazer logo os exames, entendeu?” EF11

“Achava que era o fim pragemente. Eu achava que ela não deveria continuar do meu lado, que ela deveria procurar uma pessoa saudável igual ela e pudesse constituir uma vida junto a ela.” EM1

“É, eu achei justamente que não seria justo ela conviver comigo, eu perguntei se ela queria que a gente separasse exatamente por eu gostar muito dela” EM1

Ele sempre quis ter um filho e infelizmente, só eu que tenho. Não é justo eu ter, ele não ter e eu continuar com ele, *né?* Ele tem que seguir a vida dele e arrumar outra pessoa que vá fazer ele feliz. Mas ele não pensou dessa forma que eu pensei, entendeu? EF11

ConformeSilva (2012), na situação da sorodiscordância, a pessoa sorocongente para o HIV parece colocar o parceiro não infectado numa posição idealizada de superioridade, ao mesmo tempo em que se coloca numa posição de inferioridade, realçando o prejuízo de viver com HIV e desqualificando todos os seus atributos que poderiam lhe fazer sentir como uma pessoa desejável para o outro. Esse sentimento de inferioridade indica ter contribuído para a iniciativa do término das relações amorosas dos entrevistados.

Reis e Gir (2010), em seus estudos sobre a convivência na sorodiscordância, comentam que o medo do risco da transmissão do HIV através da relação sexual faz com que os casais vivenciem muitas dificuldades relacionadas com a prática sexual que podem levá-los ao afastamento. Pode-se observar, portanto, que o peso de se sentir um potencial transmissor do HIV faz com a pessoa se sinta fazendo um esforço enorme para manter o relacionamento ao tentar dominar o medo de transmitir o vírus.

“Eu fui conseguindo como se fosse assim, o domador de um leão.” EM3

Mas, depois de um tempo, ela pode não aguentar a carga emocional de ser um domador de leão para enfrentar o medo de infectar o outro e termina o relacionamento.

“Sentei com ele, conversei, passei todas as informações, antes de terminar eu expliquei todos os fatores do porquê eu estava terminando com ele, inclusive isso sobre a transmissão, o medo de transmitir.” EM3

Verifica-se, nesse relato, que o medo de infectar o parceiro soronegativo durante o relacionamento sexual ainda constitui um grande dilema que afeta a qualidade e a estabilidade das relações.

6.2.3 Categoria 3- Ajustamentos criativos que facilitam o contato e ajustamentos criativos que bloqueiam o contato

Essa categoria trata sobre os ajustamentos criativos realizados pelas PVHA na tentativa de enfrentarem os desafios quanto à possibilidade de revelarem aos parceiros a sua condição sorológica, uma vez que a questão da revelação mostrou-se o grande obstáculo a ser enfrentado no aspecto amoroso. Os ajustamentos criativos que foram possíveis facilitaram o contato ou o bloquearam para a vida amorosa.

6.2.3.1 Fluidez no contato e a autorrevelação

Essa subcategoria retrata os ajustamentos criativos realizados por PVHA que as permitiram enfrentar os desafios da autorrevelação e fechar o ciclo da Gestalt ao revelar o seu diagnóstico.

Através do ciclo de contato ou ciclo da *Gestalt*, estabelecemos trocas com o ambiente na busca de satisfação da necessidade emergente. Uma *awareness* ampliada nos permite darmos conta dos nossos sentimentos (motivação, medo, insegurança etc) e das facilidades e riscos que podemos encontrar na expressão concreta de nosso desejo na interação com o outro, uma vez que, mesmo estando *aware* do que está envolvido na situação presente, não podemos ter controle do que, de fato, pode acontecer. Quando a motivação é maior que o medo, assumimos o risco e seguimos em frente, dispendo de nossos recursos e habilidades pessoais para alcançarmos a satisfação desejada, que pode ou não ser alcançada, mas, ao menos, fechamos a situação com a certeza de que não nos impedimos de buscá-la. Nos termos da Gestalt-terapia, somos criativos ao nos ajustarmos às condições do campo organismo-meio, visando à nossa satisfação de tal modo que o contato flui, segue seu curso.

Perls, Hefferline e Goodman (1997) sustentam que a oportunidade de fazer contato leva ao crescimento e à mudança. Isso porque o contato acontece com a consciência da novidade e com o comportamento em direção a ela, que pode ser assimilada ou rejeitada pela pessoa na medida em que ela tenha uma representação mais ou menos ameaçadora daquilo com o qual está contatando. Portanto, é, por

meio do contato, que a pessoa tem a oportunidade de se encontrar com o mundo exterior de uma forma promotora (POLSTER; POLSTER, 1979).

A delicadeza desse momento é apresentada por Marks et al. (1992), quando destacam que a autorrevelação da infecção pelo HIV é um ato que tem consequências materiais, psicológicas e sociais, pois é um processo que envolve revelar alguma coisa potencialmente estigmatizante que tem sido mantida em segredo até o momento. A decisão para revelar pode ser influenciada por medo da rejeição do parceiro, familiares e amigos.

Contudo, embora a autorrevelação seja um momento tenso, vivenciado com toda carga emocional relacionada a estigmatização, preconceito e segregação que lança o indivíduo à incerteza, exposição ao perigo da rejeição e repúdio (que desencadeiam sentimentos de medo e ansiedade), muitas pessoas munidas com seu autossuporte e determinadas a viverem uma vida de forma autêntica superam o medo e, com coragem, assumem o risco e revelam a sua condição sorológica.

Então é melhor a gente se expor, [...] eu preciso explicar pra elas, pras namoradas tenho que explicar, pra mulher de convivência eu tenho que explicar, e de início é um choque pra ela tá, mas entende, porque desde que a pessoa seja realista de estar se explicando é mais fácil a mulher entender. EM5

“Perdi o medo e contei. [...] assumi o risco. Eu falei: ‘ou vai ou racha, né?’ ” EF8

“Minha primeira reação foi contar *pra* ele [...] eu contei *pra* ele, ele tá comigo e sabendo das minhas condições, não enganar, não mentir”. EF10

Eu vou contar, e se ele não quiser ficar comigo, não vai ficar, se quiser também não é pra ficar obrigado e culpado que tá comigo por isso e por aquilo. Não, vai ficar comigo porque gosta de mim ou se não gosta vai embora, e eu vou ficar ferrada de novo com nosso filho para criar, mas tudo bem. Foi diferente, ele ficou e estamos até hoje. EF10

Por meio dessas explicações, podemos destacar o quanto algumas pessoas conseguem receber o acolhimento esperado que tanto necessitam e ampliam a partir da responsabilidade do risco assumido; possibilidades de viverem uma vida amorosa com cumplicidade por estarem apoiadas na verdade.

Em função dos medos comentados anteriormente, PVHA necessitam de um suporte e dose de coragem para assumir o risco da autorrevelação. Quando está com

uma *awareness* bem desenvolvida, a pessoa tem mais chances de avaliar a situação como um todo, considerando, inclusive, o aspecto de prontidão ou não do outro para receber a revelação. Quando está com uma *awareness* pouco desenvolvida, pode não perceber ou não considerar: a possibilidade de o outro também ser reagente para HIV; o potencial de acolhimento que existe naquela relação; o potencial de risco existente, não avaliando o momento que possa ser mais oportuno, para, assim, se proporcionar uma possibilidade maior de segurança e emitir uma resposta ajustada ao momento. Os relatos a seguir retratam, respectivamente, essas situações:

Depois de ter adiado muito a revelação, EM4 não aguentou mais:

“[...] não tem outro jeito, vou ter que contar! Falei: ‘olha, eu sou soropositivo e tal, assim, assim, assim e assim’. Aí ele: ‘não, tudo bem, eu entendo porque eu também tenho.’ Aí eu: ‘Ah, tá’ (risos).”

EM3, em mais de quatro meses de relação, precisou esconder do namorado os exames que fazia e, depois, constatou que ele não manifestou rejeição alguma:

“[...] e a gente tava já com uns 4 ou 5 meses [...] até então ele não sabia o motivo que eu fiz os exames [...] ele nem ligava.”

Mais tarde, EM4, ainda em um início de outra relação, disse que:

“[...] precisava contar uma coisa: ‘olha, sou soropositivo’. Uhum. Aí o mundo dele caiu. E ele falou: ‘Por que você tá contando isso agora? Você é um mentiroso’ e eu disse: ‘Não, não sou mentiroso, a questão é que eu estava me resguardando, eu não queria te contar porque eu não sabia qual seria a sua reação’. Aí ele falou: ‘não, que não sei o que, se eu fosse transar com você eu ia morrer.’”

Embora o entrevistado tenha encontrado força interior, considerando sua anterior tentativa de suicídio, a rejeição ainda teve o poder de reforçar o autoestigma e diminuir a segurança nos seus próprios recursos, reforçando a fixidez e imobilidade que venceu com tanta coragem. Assim nos confirma EM4:

“Por isso que eu não quero mais contar para ninguém.”

Estudos feitos com PVHA na África do Sul, revelaram que quem teve experiência anterior de estigma e discriminação foi menos propenso a revelar seu *status* de

reagente para HIV a seus parceiros, e a não revelação foi, mais tarde, associada com comportamento de risco (SIMBAYI et al., 2007).

A experiência traumática vivida por EM4 aponta para a importância do autossuporte em situação de autorrevelação. Andrade (2014, p. 148) argumenta que: “O autossuporte é essencial para qualquer contato, e a sua falta desencadeia sentimentos e comportamentos disfuncionais, como ansiedade, vergonha, insegurança, rigidez, timidez, baixa autoestima e dependência do outro.”

Do mesmo modo, é importante que a pessoa disponha também de uma *awareness* bem ampliada do campo. Isto é, tenha uma abertura, amplitude de percepção da relação eu-outro e tudo que envolve essa experiência imediata, de tal forma que lhe permita um contato de boa qualidade, ou seja, perceber e sentir o outro e a si mesmo de forma plena, acurada, sem distorções.

Segundo Frazão (1999), *awareness* é a capacidade de a pessoa se dar conta, no aqui e agora da experiência, do que acontece dentro e fora dela em nível emocional, sensorial (corpo) e mental. Diz ainda que interações com *awareness* empobrecida resultam em baixa qualidade de contato. Pode-se inferir, portanto, que, quando PVHA estão vivenciando uma interação com *awareness* empobrecida e pouco contato, há grandes possibilidades de elas distorcerem o que se dá de fato na relação e apresentar comportamentos que lhes desprotejam.

Em estudo sobre autorrevelação realizado com homens hispânicos, foi observado que a seletividade para autorrevelação não necessariamente significava que a pessoa tinha uma percepção ou avaliação subjetiva altamente precisa da consequência de revelar para uma determinada pessoa. Alguns sujeitos tiveram resposta menos favorável do que a esperada e, por outro lado, outras pessoas que esconderam sua condição sorológica podem ter subestimado o quão positiva a consequência poderia ser. A esse respeito, acredita-se que pode ter faltado à pessoa o necessário suporte (MARKS et al., 1992).

Como discorrem Chaudoir, Fisher e Simoni (2011), em alguns contextos a revelação pode ampliar a chance de aumentar o estigma do HIV, levando as pessoas a sentir

maior sofrimento, experienciar maior estigmatização e se preocupar cronicamente sobre o potencial de estigmatização em uma nova revelação. Isso pode, inclusive, interferir na adesão à terapia antirretroviral (TARV).

6.2.3.2 Bloqueio do contato: Mantendo o diagnóstico em segredo através da retroflexão e deflexão.

Essa subcategoria representa o efeito do estigma e do autoestigma na vida das PVHA, que fez com que elas impedissem o contato como única forma de ajustamento criativo encontrado como medida de autopreservação. Para tanto, precisaram lançar mão da retroflexão e deflexão, mantendo o diagnóstico em segredo e se retraindo sexualmente.

O estigma tem sido abordado em inúmeras pesquisas como experiência marcante na vida de PVHA, e uma das estratégias de enfrentamento e administração da situação que é adotada é o segredo. Muitas vezes, a não revelação assume a expressão de segredo e silêncio crônico, ampliado, em torno dos quais as pessoas organizam suas experiências. Tudo passa a girar em torno do segredo. A pessoa passa a viver em um estado de consciência alterado, dito de outro modo, em um estado de alerta, vigilância, não em um estado de consciência relaxado.

Tudo que possa lembrar o HIV e os estigmas relacionados a ele é vivido como perigoso. A reação de defesa a esse perigo se manifesta independentemente de o perigo real estar presente ou não. Desse modo, outras dimensões da sua vida terminam por serem invadidas, roubadas de sua plenitude quando algum estímulo do ambiente desencadeia o alerta do perigo.

Para a Gestalt-terapia, quando as interações na fronteira de contato (organismo/meio, eu/outro) são vividas como perigosas ou dolorosas, há uma tendência do organismo de funcionar na perspectiva da autoconservação, ativando representações e registros de situações anteriormente perigosas e sua reação a elas, tornando-os recursos para o enfrentamento da situação atual.

De acordo com Latner (1999), em situações de emergência lançamos mão de algum mecanismo de proteção. Quando sentimos que essa situação persiste, mantemos o mesmo padrão de proteção para nos defendermos do que sentimos como perigo, de tal maneira que ele se torna fixo e crônico. Mesmo quando a situação de emergência não está mais ali, reagimos como se estivesse.

EF3, ao sentir a presença do estigma na sua relação com o namorado, opta pela não revelação. Retroflete, mantendo o segredo e o estende para outros contatos:

[...] então eu não conto, eu tô com um rapaz tem mais ou menos 3 meses, ele não tem nem ideia do que eu tenho, nem ideia, já ouvi algumas coisas dele falar: ah porque fulano de tal é aidético, tem que tomar um batalhão de remédio [...] aí foi quando um dia falei: Samuel você pode estar convivendo com alguém que tenha isso sem você saber, cara, e ele: ah são as pessoas doentes, são as pessoas fracas, que não aguentam com nada, você logo conhece se você olhar pela fisionomia, entendeu, então isso tem - aí eu falo: ah é né, então tá bom...

O segredo e o silêncio como expressão ampliada da não revelação podem ser percebidos no desabafo manifestado por EF6:

[...] é muito preconceito, não é pouco, porque tenho vivido em meio de muitas pessoas, tenho ido para São Paulo bastante porque tenho trabalhado lá, chegou na época da vacina da febre amarela, as pessoas: tem que tomar, tem que tomar, eu falei que tinha doença do gato que não podia tomar, tinha que ver como é que estava minha imunidade, ah mas tem que tomar porque pessoas que não podem tomar é quem tem HIV, você tem HIV?

“[...] eu no trabalho mesmo, eu fingi um exame falso, no meu trabalho eu não tenho HIV. “

Eu tenho medo, eu vivo num negócio, numa redoma que eu me cerco porque eu tenho medo de ficar doente, tenho medo de precisar ir em médico, e não vou contar o que eu tenho, não vou contar, vão me internar lá e não vou contar o que eu tenho, não vou, não vou contar, se eu tiver que morrer lá eu vou morrer, mas contar o que eu tenho não vou.

EF6 ainda comenta a reação do seu filho quando ela, em momento de emoção, revelou a condição sorológica:

Ah, porque quem tem HIV pode morrer qualquer hora e ainda morre envergonhado porque todo mundo vai saber – eu falei não, não precisa ninguém saber, você pode pedir pro médico falar que morri de outra coisa que não seja HIV, precisa abrir pra ninguém que eu morri disso.

O sofrimento decorrente do estigma e autoestigma e da projeção deste, levou a pessoa a antecipar lidar de forma catastrófica com as situações. Ela carregou o segredo como companhia inseparável, cronificou a retroflexão, favorecendo o aprisionamento a essa única forma de lidar no mundo e a uma inflexibilidade de visão que realimenta essa estratégia, percebendo-a como única saída.

“Não escolhi o caminho, fui empurrada pra ele, quando você escolhe uma coisa é quando você tem uma opção, eu não tive opção, você é empurrada pra ele.” EF6

Uma saída que, por total impossibilidade, a coloca na armadilha que, em nome de protegê-la da humilhação, reforça o próprio estigma.

Se eu fosse um governo, sinceramente, se eu fosse um governo, tivesse como tipo, fazer uma ilha pra botar todas as pessoas que tem hiv só lá dentro e deixar eu faria, eu faria, pra separar das pessoas pra não ser tão humilhada, se sentir tão prejudicada. EF6

Ao abordar sobre o atual contexto de cronicidade da infecção e de restrição discursiva sobre a epidemia, Inácio (2016) argumenta que a aids perdeu o status de doença associada à morte e ganhou, com o tempo, o status de uma doença crônica. Essa nova perspectiva em relação ao HIV/aids produziu um arrefecimento do vírus nos discursos, refletindo-se em um desinteresse sobre o tema, fenômeno que ele denomina de restrição discursiva sobre a epidemia. O autor ressalta que a invisibilidade do vírus na ausência de manifestações sintomáticas facultou ao indivíduo viver com o segredo como uma estratégia de enfrentamento do estigma relacionado à morte. Esse mesmo segredo, no entanto, continua ainda a matar algumas pessoas, mas, agora, para os afetos, uma vez que permanecem presas na impossibilidade de revelação da situação sorológica.

Uma mentira o tempo todinho, na verdade você vive uma mentira, é uma coisa que você está num castelo que você está montando e ele pode desmoronar qualquer hora, porque mentira como diz nem tem perna, imagine curta, uma coisa que pode desmoronar.” EF6

Você vive dentro de uma mentira, eu vivo numa mentira, me aconteceu uma coisa que eu fiquei apavorada porque esse menino que eu tô com ele é meio doidinho, tava dormindo, acordei ele tava transando comigo sem camisinha, eu fiquei num desespero, [...] Ficou assim? não pode acontecer, já tem uma semana que ele não dorme lá em casa por conta disso, aí ele tá sempre me cobrando o que que aconteceu... Eu vou falar o que pra ele? Eu botei a vida dele em risco, mas eu tava dormindo, eu botei a vida dele totalmente em risco, e como é que fica? Apesar de que o meu está estabilizado, está indetectável, mas eu não sei né, eu não sei o que ele tem, ele pode me pegar uma doença também porque é mais fácil ele me pegar... EF6

“Minha sorte é que ele é burro, ele já teria descoberto, pela minha preocupação com ele em relação a camisinha, entendeu”. EF6

“Eu menti pra ela porque ela viu o frasco, ela não sabia do que era e eu não queria contar a verdade. Porque querendo ou não, pessoas que têm uma classe mais baixa têm mais ignorância.” EM4

“Eu vou deixar tudo à vista, vou deixar pista e vou usar o preservativo. E foi o que eu fiz, eu deixo pista, eu não guardo meus exames, eu não guardo os remédios, fica tudo lá, tem a gavetinha.”EF13

As PVHA que se encontram em contextos em que há maior estigma podem ser mais propensas a adotar estratégias de evitação da revelação. Podem, nesse caso, reduzir suas chances de ter respostas confiantes positivas, mas, ao mesmo tempo, podem sabiamente estar mantendo a sua autopreservação quando o contexto se mantém desfavorável e seu autossuporte pouco desenvolvido para enfrentar reações estigmatizantes. Ou seja, a revelação pode ser mais arriscada em alguns contextos, dependendo dos atributos da pessoa que está fazendo a revelação, do confidente e das políticas sociais (GALLETLY; PINKERTON, 2006).

O segredo, como forma de retroflexão, faz com que essa forma de se ajustar criativamente proteja a pessoa do perigo da rejeição, mas, ao mesmo tempo, limita e restringe a vivência de possíveis oportunidades de satisfação.

É importante considerar que o segredo em si não é ruim nem bom. Tudo depende do momento, da situação, dos sujeitos envolvidos; enfim, nos termos da Gestalt-terapia, da estrutura do campo. A respeito da consideração da relação entre os elementos do campo, Robine (2006) nos diz: “Tudo depende de todas as outras coisas”. (p. 24)

Pode-se inferir, com base nessa exposição, que: manter o diagnóstico em segredo não significa necessariamente um ajustamento criativo disfuncional. Quando há um nível de *awareness* que permite à pessoa perceber que as condições não são favoráveis ao acolhimento, existe uma sabedoria organísmica em manter o segredo. Sabedoria organísmica, para Perls, Hefferline e Goodman (1997), é a tendência natural à melhor forma de preservação da vida no estabelecimento de hierarquia de necessidades e escolhas frente às demandas do campo. É essa sabedoria organísmica que nos faz definir os limites seguros de dirigir o ritmo de contato e fuga em relação ao meio ambiente.

Outra forma de ajustamento criativo como retroflexão realizada por PVHA se verifica quando elas se fecham para outro relacionamento. Uma vez que a iniciação e a manutenção de um relacionamento íntimo são um dos maiores desafios de PVHA, a fim de evitar os riscos elas tentam garantir a relação que considera segura e se fecham para outros relacionamentos. Percebe-se aqui a presença de duas formas de bloqueio para o contato: a confluência, uma vez que a pessoa se retrai, se fixando no relacionamento conhecido; e retroflexão, quando, ao mesmo tempo, se retrai, evitando novos contatos.

“Eu fico preso ao relacionamento e não consigo, de repente, partir para outro relacionamento.” EM14

Em reflexões realizadas em seus estudos com relacionamentos sorodiscordantes, Silva (2012) assinala que PHVA procuram restabelecer vínculos com parceiros antigos ou se recolhem e se desinteressam por novos relacionamentos, ao menos por um período. Ressalta ainda que o motivo que as leva a encaminhar as suas vidas afetivo-sexuais desse modo está relacionado ao medo de investir em nova conjugalidade, em função de outros medos, quais sejam, serem estigmatizadas ou o pretendente não aceitar a situação de sorodiscordância.

Lima(2009) acentua o modo como o medo pode paralisar o processo de busca criativa de resposta ao estímulo do meio, ressaltando que a pessoa orientada pelo medo funciona sempre de modo limitado. Essa tendência é evidenciada nos seguintes relatos:

“Isso me travou.” EM3

“Aquela coisa das pessoas se aproximarem de mim eu já fui eliminando”. EM7

“Diminui em querer reconstruir novos relacionamentos”. EM5

“Hoje eu me recuo, eu fico com medo, fico mais para mim, eu me fechei pradentro, eu fiquei mais pradentro.” EM2

“Tento até mesmo não me envolver com outras pessoas.” EM14

“Me isolando, eu tô mais isolado. Hoje eu não procuro mais as pessoas, antigamente eu era mais receptivo.” EM2

“E por um bom tempo eu me privei, eu me fechei.” EM2

Em seus estudos sobre a sexualidade em PVHA, Souto et al. (2012) comentam que as implicações dos estigmas relacionados ao sexo fazem com que a pessoa promova uma autosegregação protetora que a faz se afastar dos relacionamentos. Ela se convence de que, com sua condição sorológica, o relacionamento afetivo-sexual só existiria se houvesse um amor idealizado, verdadeiro e especial, no qual haveria a tolerância ao estigma.

Dessa forma, a pessoa, por intermédio da retroflexão, inviabiliza a possibilidade de encontrar novos relacionamentos, de viver novas experiências envolvendo sentimentos e sensações, ternura e sensualidade. Nos termos da Gestalt-terapia, essas pessoas retraíram-se em sua fronteira no extremo do isolamento. Quando a pessoa encontra dificuldades em se arriscar, a fronteira de contato se mostra pouco permeável e plástica (SALOMÃO; FRAZÃO; FUKUMITSU, 2014).

No que diz respeito especificamente ao comportamento masculino, pode-se verificar, de acordo com a explicitação seguinte, que a quantidade de relações sexuais não ficou comprometida com a parceira atual, mas houve restrição para outras relações fora do casamento, o que, segundo ele, não acontecia antes.

“Eu era um cara o seguinte, muito namorador, eu gostava de várias namoradas ao mesmo tempo e ultimamente não, eu procuro conviver com uma mulher só.” EM5

Paiva (1992) confirma essa observação ao verificar, em seu estudo sobre possíveis mudanças de comportamento sexual masculino após o HIV, que eles começaram a evitar relações extraconjugais, passando a ter apenas relações com esposas ou namoradas. Verifica-se, nesse caso, nos termos da Gestalt-terapia, uma nova experiência de fronteira, em que um novo contorno, com limites mais definidos, é dado à experiência no campo organismo(*eu*)-ambiente, a partir de uma diminuição da permeabilidade e uma interação menos flexível na fronteira de contato.

Pode-se inferir que está presente, nesse caso, uma retroflexão saudável quando a pessoa evita se expor a várias relações sexuais, usando uma autocrítica para se prevenir de consequências desagradáveis. De acordo com Perls, Hefferline e

Goodman(1997, p. 256): “Qualquer ato de autocontrole deliberado durante um envolvimento difícil é uma retroflexão”.

Uma outra maneira de algumas pessoas evitarem o contato em envolvimento difíceis é usar estratégias para se desviar dessa experiência, o que em Gestalt-terapia é denominado como deflexão. Observa-se esse comportamento de evitação nas mudanças de comportamento sexual das PVHA, quando essa conduta se apresenta alterada em sua frequência e na incorporação do uso da camisinha.

Destaca-se que as mulheres encontram dificuldades de afirmarem suas posições e escolhas em relação ao uso da camisinha no cotidiano das relações sexuais e, assim, terminam por encontrar estratégia de proteção contra a transmissão ou recontaminação por meio de justificativas para evitar o sexo e pretextos para conseguir que o parceiro aceite usar a camisinha. A adoção desses artifícios revela a falta de condição das mulheres de negociar o uso do preservativo, visto que o poder de decisão quanto ao seu uso está centrado no homem. O reflexo da subordinação feminina ainda presente pode ser notado nas expressões seguintes:

E arruma um pretexto para evitar [...] Diminui a quantidade de vezes. Aí eu fiz isso. EF13

Arrumo um pretexto para sempre tá usando preventivo [...] Que tinha todo aquele processo: ‘Ah, usa porque eu não tô bem; Usa porque eu tô com uma irritação que eu fui no ginecologista e não pode, tenho que tomar remédio’, aí eu sempre falava assim. EF13

Um aspecto a ser notado é a omissão da condição de soroconvergente para o HIV a seu parceiro, que, como foi o caso da entrevistada acima, contribui para perpetuação desses comportamentos de evitação.

Reis e Gir (2005) confirmam, em seus estudos, que os parceiros sorodiscordantes para o HIV apresentaram dificuldades relacionadas à manutenção do sexo seguro. A dificuldade de dirigir sua energia para o meio ambiente (o parceiro), sustentando suas necessidades e verdades, faz com que se mantenha em si mesma ao diminuir e evitar experiências sexuais que poderiam lhe trazer satisfação. Podemos entender, através do olhar da Gestalt-terapia, que a forma encontrada para algumas mulheres, no que diz respeito ao comportamento sexual, é retrair-se em suas fronteiras, uma

vez que se sentem inibidas de expressarem seus desejos, o que mostra uma defesa por meio da retroflexão. Contudo, na interação sexual propriamente dita, lança mão de comportamentos evitativos, como desculpas e pretextos para se desviar do sexo, configurando aqui, na expressão final, uma deflexão.

Pode-se concluir que a sexualidade ainda está atrelada a modelos tradicionais, com o poder do machismo comandando as relações sexuais. Isso nos faz constatar que algumas mulheres continuam submetidas aos desejos dos seus parceiros, não conseguindo ter, de fato, atitudes de proteção (MALISKA et al., 2007).

Outra forma de deflexão é encontrada na manutenção de relacionamentos superficiais. Nessa forma de deflexão, PVHA não abdicam do sexo ou de ter relações afetivas, mas, efetivamente, asseguram-se de que não passarão pelo sofrimento da rejeição ao evitarem maior profundidade e intimidade nos relacionamentos

Eu não tô me envolvendo, eu nunca me envolvo com ninguém [...] acaba que você não tem um namorado, um relacionamento sério e você acaba se relacionando com diversas pessoas [...] conheço algumas pessoas, vou para uma balada e fico com uma pessoa, aí a gente acaba ficando outras vezes, mas eu não me apego a fundo num relacionamento sério, acabo tendo relacionamentos superficiais e até mesmorelações casuais. E.15

Em estudo realizado por Oliveira (2015), foi observado que, embora os homens tivessem vontade de construir um relacionamento afetivo estável, devido ao HIV se sentiam impotentes para tal investimento e mantinham, então, relacionamentos não estáveis (sem parceria fixa). Os entrevistados acreditavam que, para terem uma intimidade no relacionamento e na sexualidade, precisariam ter construído a relação antes da infecção. Esses dados apontam para a dificuldade de as PVHA construírem uma relação afetivo-sexual com intimidade e qualidade.

O uso da deflexão como forma de se ajustar criativamente à situação promove uma evitação do encontro verdadeiro com outra pessoa, na medida em que não há envolvimento com o outro de modo inteiro e pessoal. As pessoas que adotam esse mecanismo não experimentam, com intensidade, suas experiências e não assumem seus próprios sentimentos (CARDELLA, 1994).

6.2.4 Categoria 4) Contornos das fronteiras de contato: limites e possibilidades nos relacionamentos amorosos

Essa categoria trata do novo contorno das fronteiras de contato delineado como consequência dos ajustamentos criativos possíveis e dos novos arranjos nas experiências de vida que se expressaram em uma expansão ou retraimento no contato com o meio. Em Gestalt-terapia, considera-se que estamos sempre de alguma forma em contato. Fronteira de contato é o “lugar” onde o encontro com as diferenças acontece.

Segundo Perls (1947 apud POLSTER; POLSTER, 1979, p. 103): “Em qualquer lugar e em qualquer momento em que exista uma fronteira, sentem-se ambos, contato e isolamento”. É dessa forma que a pessoa delimita a sua experiência: ao mesmo tempo sente, percebe e experimenta as possibilidades de se abrir e se fechar para o encontro à medida que este é sentido como confortável para a entrega ou ameaçador para ela.

Essa categoria se subdividiu em duas subcategorias:

6.2.4.1 Expansão das fronteiras de contato e as possibilidades na vivência de relacionamentos amorosos

Essa subcategoria aponta para uma abertura das PVHA para desfrutarem da vida no que envolve o relacionamento amoroso. A possibilidade de compartilhar com o parceiro amoroso seus anseios e inseguranças, já que houve a autorrevelação, permite que a pessoa tenha possibilidade de confirmar a cumplicidade existente no relacionamento, ao receber o apoio afetivo necessário para que se reúnam condições de desfrutar, com tranquilidade, a vivência da sexualidade, permitindo, assim, a descoberta de novas experiências sexuais (OLIVEIRA et al., 2015). Podemos evidenciar essa conclusão no relato seguinte:

Eu não tenho mais esses medos de contaminar. Mas hoje é tranquilo. Eu não tenho mais esses medos, também porque ele me passou tranquilidade.
EF10

A infecção pelo vírus parece favorecer a emergência de um sentimento de responsabilidade consigo mesma e com o outro como uma forma de prevenir a transmissão do HIV e proteger o parceiro da contaminação (OLIVEIRA et al., 2015).

Essa preocupação que eu já tive. Hoje não tenho mais, não tenho mais não, nenhuma. Porque eu sei que se eu estou fazendo as coisas certas, não tô expondo ele a risco. EF10

Com o decorrer da vivência com o HIV, algumas pessoas vão se tornando mais seguras e autoconfiantes em relação à possibilidade de desfrutar do sexo sem medo da contaminação, o que já lhes permite um estado de tranquilidade nas interações sexuais. Podemos notar esse sentimento nos relatos a seguir:

“Hoje é tranquilo. Em relação ao HIV é tranquilo [...] o que me incomoda mais é o ganho de peso, por ele me cobrar muito que eu engordei.” EF8

“Até a gente virar totalmente carga viral zero indetectável é uma mudança, é um trabalho diário, essa aceitação e adaptação, o problema todo é você se adaptar e aceitar o que está acontecendo.” E12

Essa segurança e tranquilidade são confirmadas nos estudos de Oliveira et al.(2015), ao observarem que PVHA, quando usam preservativos e são aderidas ao TARV, com o passar dos anos lidam com a presença do vírus em sua vida como se ele tivesse se tornado imperceptível.

Essas observações confirmam que, quando as pessoas não são dominadas pelo autoestigma e conseguem, portanto, preservar o seu senso de valor pessoal, podem se sentir menos vulneráveis à rejeição. Compartilham a condição sorológica com o parceiro, e, juntos, descobrem formas criativas de lidarem com o risco da transmissão do vírus. Elas passam a tratar a presença deste com uma dimensão real do alcance dos danos que ele poderia causar e assumem a proteção desses danos com o uso da camisinha. Enfim, não se paralisam; se abrem para o novo e descobrem que podem encontrar satisfação e realização.

Para a Gestalt-terapia, criatividade é a capacidade de a pessoa ousar novas respostas diante das situações, abrindo mão da relativa segurança experimentada

ao responder às situações de forma conhecida. Essa forma conhecida já lhe proporcionou, em algum momento, uma harmonia, mas, agora, não passa de um padrão de adaptação enrijecido, pois suas respostas encontram-se obsoletas. Como visto em Lima(2009), a criatividade reside na possibilidade de a pessoa ter respostas inovadoras e espontâneas para os acontecimentos sempre novos no seu diaadia e nas relações interpessoais que estabelece pela vida.

A possibilidade de as mulheres superarem os condicionamentos culturais que as mantêm em um padrão enrijecido de impossibilidade na vida reprodutiva por serem reagentes ao HIV as despertam para a possibilidade de encararem os desafios e irem ao encontro da realização de seus desejos.O desejo de maternidade aparece tanto entre as mulheres, quanto o de paternidade entre os homens vivendo com HIV. As demandas reprodutivas são visíveis nos espaços de assistência à mulher vivendo com HIV/aids(PAIVA et al., 2002).

A gente tem em mente é que mais pra frente, a gente tem realmente a intenção de ter um filho. EM1

Até já estamos guardando dinheiro pra um possível tratamento de lavagem de esperma, que eu sei que é um tratamento caro. EM1

É oportuno lembrar que, muitas vezes, essas demandas são desconsideradas nos serviços de saúde, a ponto de se tornarem invisíveis para os profissionais da equipe que acompanham os pacientes. Tudo se passa como se, uma vez infectados, tivessem perdido o direito de realizar um desejo tão valioso na vida de casais, qual seja, o de ter filhos.Paiva et al.(2002) comentam a esse respeito sobre a necessidade de se reorganizar o atendimento às PVHA, visando a uma abordagem que vá além do foco na infecção e seus sintomas, incluindo, para isso, a atenção à sua saúde reprodutiva e sua vida familiar.

Embora, como visto nas afirmações acima, essa demanda seja invisível, as pessoas citadas nos comentários anteriores conseguiram ultrapassar essa invisibilidade (fundamentada na introjeção de estigmas) e puderam fazer contato com seus desejos genuínos, não tomando, para si, os valores fortemente sustentados culturalmente que poderiam fazê-las se sentirem inadequadas em seus desejos. Percebe-se, nesses casos, que os entrevistados conseguiram, ao

ultrapassar o estigma, “digerir” os introjetos condicionantes à impossibilidade de ter filhos e puderam realizar, o que, em Gestalt-terapia, é considerado como assimilação (capacidade de utilizar de forma própria o que introjeta do meio).

Na assimilação, o que assimilamos do meio se torna nosso para ser devolvido ao meio de forma nova, destilada (CARDELLA, 2014). Por intermédio dela, os entrevistados puderam, assim, construir uma visão e um projeto de vida que romperam com os preceitos culturais fundamentados em estigmas. Eles passaram a validar os seus desejos como uma demanda justa.

Vale ressaltar que, embora diante de contextos tão desfavoráveis, conseguiram realizar ajustamentos criativos na busca de atualizar suas necessidades. O ajustamento criativo não significa prescindir do já conhecido, mas, sim, ser capaz de se repositonar de forma diferente, singular e pessoal, recriando o tradicional (CARDELLA, 2014).

Outro aspecto importante a ser destacado é a melhora no aspecto emocional desfrutada, atualmente, pelas pessoas depois de terem conseguido se ajustar criativamente por meio da autorrevelação.

Com menos peso na consciência: Me sinto melhor assim do que querer tá enganando as pessoas, assim eu me sinto melhor, assim é menos um peso na minha consciência. [...] Não cem por cento igual era antigamente quando não sabia disso, mas é melhor de que eu ficar enganando a pessoa, assim eu não viveria, eu vivia vegetando [...] Assim eu consigo, consigo, porque eu sei que quem convive comigo não vive enganada. EM5

Os desafios da autorrevelação parecem, às vezes, paradoxais, visto que manter o segredo pode gerar sofrimento, mas contar não garante o conforto e a felicidade (GONÇALVES; WEBER; ROSO, 2013). No entanto, pelo menos, como demonstrado pelo participante deste estudo, ajuda a diminuir o peso.

No que tange à revelação da condição sorológica, constata-se que ela tem como base algum nível de confiança em relação a quem se revela o diagnóstico. Este é adquirido no nível de convivência e afetividade que o revelado e o revelador possuem ou conquistam. Como o componente confiança é essencial no processo de

revelação, muitas PVHA adiam a revelação até que sintam um nível de confiança que lhe proporcione a segurança necessária para efetua-la (BERNARDO, 2013).

Revelar o diagnóstico mostrou-se positivo pela resposta acolhedora do parceiro que recebe a revelação. A revelação aos atuais companheiros soronegativos mostrou que eles a receberam com apoio e aceitação, o que indica que a sorodiscordância parece não ter prejudicado a relação. Ao contrário, o apoio conjugal recebido ajuda a enfrentar o diagnóstico e o cuidado do dia a dia, além de promover a possibilidade de se construírem planos com o companheiro (GONÇALVES; WEBER; ROSO, 2013).

“Quando eu contei para ele, chorando, em prantos, ele disse que não ia mudar em nada e isso foi muito importante pra mim.” EF8

“Eu esperava uma certa hostilidade da minha esposa[...] até que ela recebeu isso numa boa.” EM16

Esses discursos mostram que, na tomada de decisão de enfrentar o desafio de revelar o diagnóstico, as pessoas se tornaram ativas, capazes de elaborar as adversidades em busca de uma liberdade que se encontra na autenticidade. Nos termos da Gestalt-terapia, entendemos que, quando as pessoas que vivem com HIV/aids conseguem enfrentar o desafio da revelação, elas, de posse de suas potencialidades e recursos pessoais e com *awareness* do campo, assumem o risco e se abrem para a experiência de contato, para o novo, o diferente. Fazer contato tem a ver com o novo, com uma experiência revigorante (SALOMÃO; FRAZÃO; FUKUMITSU, 2014).

Através do contato, a mudança acontece. Algo novo se dá em mim e no outro; o crescimento é inevitável. "Contato é emoção experienciada, é movimento a procura de mudança, é energia que transforma, é vida acontecendo, é consciência dando sentido a realidade." (RIBEIRO, 2007, p.11).

As experiências de parte dos participantes da pesquisa revelam, como confirmado na pesquisa realizada por Gonçalves, Weber e Roso (2013), que: é possível a reação e a reconstrução pessoal diante das adversidades em tempos de aids. Nota-se também que, quando as PVHA assumem o risco da autorrevelação, ao contrário do que esperam, conseguem obter apoio e aceitação que as estimulam a, em conjunto

com o(a) parceiro(a), encontrarem formas de superar as “limitações” nas práticas sexuais e conseguirem viver a vida amorosa de forma feliz e prazerosa. Percebe-se ainda que, de maneira oposta ao esperado, o amor se renova e se fortalece.

“Foi me apoiando, estando do meu lado, que a gente colocou as coisas em ordem e graças a Deus a gente vive hoje muito bem e feliz.” EM1

“Ao contrário do que eu imaginava, deu tudo certo, ele aceitou.” EF8

“Hoje eu tô muito bem, graças a Deus. Casada, 4 meses de casada no papel. 2 anos juntos e assim[...] é amor de verdade.” EF8

Muito bem. Muito bem, eu não trocava ela por nenhuma JujuSalimani ou Gracyanne Barbosa. [...]‘Caraca, o vírus fez eles dois ficarem juntos, fez eles dois se gostarem mais, fez eles quererem viver e ter planos’, é incoerente, mas ao mesmo tempo não é. É isso. Amor, carinho, cuidado, é isso. E12

“O respeito e a união ficou mais forte: “Só aumentou mais o amor e o carinho que eu tenho por ele.” EF8

“A gente ficou mais ligado um ao outro, a gente vive muito bem um com o outro, a gente não briga, nós somos muito cúmplices um do outro.” EM1

Eu acho que seria muito difícil se tivesse problema, porque eu acho que entraria naquela questão psicológica, é chato, é uma coisa muito chata. *‘Eu sou soropositivo, a mulher que eu amava me dispensou, e agora o que eu faço? Vou ouvir Chico Buarque, vou beber uísque.’* [...]hoje a relação é tranquila, entendeu? Podemos até ter problemas, temos! Quem não tem em uma vida conjugal, né? Mas referente ao HIV, graças a Deus, não! Isso aí graças a Deus não [...] é relação amorosa, com amor é bem melhor, se tem respeito, tem sentimento, é uma coisa muito bacana, isso me ajudou bastante. EM16

“A nossa forma afetiva em nada afetou não, por ela ser discordante. Mas a gente continua se amando da forma, mesmo não expondo ela a risco, e continuamos a nossa vida normalmente.” EM1

No que se refere às “restrições” sexuais impostas pelo HIV, tudo parece depender da maneira como os parceiros vão lidar com elas. Nesse aspecto, parece que o amor fala mais alto. O desejo de manter o relacionamento permite que as “restrições” não assumam a dimensão da impossibilidade. Isso pode ser notado no comentário de E12 e E16 revelando o que a vida lhe mostrou:

Quando eu tive esse esclarecimento, que nós teríamos que usar preservativo, duas pessoas casadas para não fortalecer o vírus um do outro, claro que no início foi complicado [...] tomamos uma pancada: se vocês vão ficar juntos, vão ficar, porque vocês vão superar isso. Nessa relação o amor prevaleceu.

A gente tinha o hábito de ter a relação de uma tal forma e depois teve que passar a caminhar daquela forma ali, com o uso de preservativos e foi difícil [...] mudou assim por essa questão de hábito, porque eu acho que o amor ele supera e suporta tudo, o amor nessa hora é fundamental, o respeito, o carinho que você com a outra pessoa é fundamental.”

Os sujeitos fizeram, portanto, uma escolha criativa. Permitiram-se redescobrir a sexualidade, encontrando novos valores, despertando novas sensações e descobrindo novos sentidos e arranjos para desfrutar o prazer no sexo. Reconfiguraram, portanto, a vida sexual ao não negarem as representações de perigo e restrição que podem impregnar as relações, mas acreditaram e confirmaram que isso é plenamente superável quando há amor(SOUTO et al., 2012).

As pessoas que deram esses depoimentos são testemunhas de que, quando se está movido pelo desejo de vencer as adversidades relacionadas à vivência com HIV, é possível encontrar condições para criar um estado de bem-estar na vida, que, segundo a Gestalt-terapia, é encontrado através da capacidade de vencer as dores que acompanham o crescimento quando estas são encaradas com honestidade, abertura e responsabilidade (LIMA, 2014).

Encontraram formas de ajustar-se criativamente e devolveram às suas vidas o colorido que se encontra na experiência do amor. Como é lembrado por Cardella (1994), o amor erótico proporciona aos amantes, além de prazer sexual, um sentimento de plenitude e paz interior.

Ajustar-se criativamente é viver a vida como fluxo, na interação com os outros e os acontecimentos, apropriando-se e criando recursos, assumindo a responsabilidade e a cocriação do próprio destino – pois se não podemos determinar integralmente o que nos acontece, somos livres para escolher e responsáveis por como vamos viver as experiências, ofertando ou não a elas um sentido (LIMA, 2014)

6.2.4.2 Retraimento das fronteiras de contato e os limites na vivência de relacionamentos amorosos

Essa subcategoria expressa que, mediante os ajustamentos criativos que lhe foram possíveis, as PVHA retraíram-se em suas fronteiras e perpetuaram esse comportamento de modo a restringir suas possibilidades de desfrutar, com plenitude, os vários aspectos envolvidos em um relacionamento amoroso. Um aspecto a ser destacado é a presença de um sentimento de intranquilidade e insegurança na transmissão do vírus que interfere na sua vida sexual.

Faz-se mister destacar que, a não revelação da condição sorológica contribuiu para a permanência desse desconforto. Como se pode observar nos relatos seguintes, as participantes não haviam compartilhado a sua condição sorológica com os parceiros e mantiveram-se inseguras e culpadas quanto à possibilidade da contaminação.

Eu vivo com sentimento acho que de culpa, porque na verdade, claro que doença não dá em poste e ninguém pede *praficar* doente e nem ter nada parecido ou até pior, mas eu vivo preocupada porque eu tento evitar, mas eu não sei até aonde eu evitei EF13

[...] é meio que complicado, às vezes eu me sinto culpada, peço perdão mesmo porque eu me sinto culpada. Eu penso que eu tô me protegendo mas não tô protegendo o outro. Mas quando a gente começa a conversar, a falar, a gente vê que a pessoa tem muito preconceito porque é um fato desconhecido pra ele. EF13

Uma das consequências de se viver com HIV é a convivência com o sentimento de culpa. Este pode se apresentar, entre outras formas, na autoatribuição do encargo de responsabilidade de cuidar não só de si, mas também do outro que não tem o vírus, a fim de não lhe transmitir, posto que é considerado inocente (OLIVEIRA et al., 2015).

Pode-se inferir que a perpetuação de um arranjo criativo adotado em um determinado momento (a não revelação do diagnóstico) como defesa a uma situação ameaçadora aborta possibilidades futuras de novos arranjos criativos e experiências enriquecedoras. A esse respeito, sustenta Ciornai (1995) que nem sempre os processos de ajustamento criativo levam a processos de crescimento saudáveis. Por vezes, as pressões do meio são tão fortes que a pessoa desenvolve defesas que terminam por levá-las a limitações no seu modo de estar no mundo. Essas limitações são observadas nas mudanças na vivência de sexo e sexualidade entre homens e mulheres que vivem com HIV/aids, notando-se a diminuição

permanente das práticas sexuais ou uma interrupção das práticas sexuais. O depoimento seguinte aponta para a manifestação da alteração na vivência da sexualidade em PVHA por meio da atitude de se tornarem mais **seletivas**

Eu estou muito seletivo hoje, até para sexo casual eu me encontro muito seletivo. Eu não sei se pode ser por conta de responsabilidade, às vezes amadurecimento, não sei, mas eu acho que é mais por conta da doença que me travou tudo, aquela coisa de que o mundo se fechou para mim. Foi efeito dominó, afetou uma coisa, foi levando outra. EM3

Vale ressaltar o destaque que o entrevistado conferiu à expressão “travou” em relação a possibilidades de interações afetivo-sexuais. O autoestigma, vivenciado como uma introjeção e identificação com estigma relacionado ao HIV, pode desencadear uma ameaça fantasiosa de perigo generalizado que faz com que a pessoa, como defesa, se isole em sua fronteira, interrompa a fluidez do contato e, portanto, bloqueie as possibilidades de encontros.

Esse parece ter sido o ajustamento possível para o referido entrevistado. Acreditando, a priori, no risco inevitável de infectar o outro, bloqueou a sua existência para possibilidades de satisfatórios encontros afetivo-sexuais, recolhendo-se em suas fronteiras por intermédio da resistência para o contato, conceituada pela Gestalt-terapia como retroflexão. EM3 impediu o contato pleno na medida em que se “travou”, se conteve em sua fronteira. Não permitiu que trocas pudessem acontecer e que ele e o outro pudessem se afetar mutuamente e escolherem afastarem-se, caso não houvesse possibilidade de satisfação de necessidades ou aproximarem-se em caso de um contato nutritivo.

Não bastasse esse recolhimento, a certeza de ser um potencial transmissor do HIV o fez acreditar que essa escolha, além de ser a melhor possível dentro das condições do momento, deve ser eternizada e lhe faz se sentir bem, pois o libera da culpa. Desconsidera, desse modo, toda limitação que se impôs à vida amorosa.

Bom, não me sinto mal, eu até tô me sentindo bem assim, eu acho que eu me sentiria mal, eu me sentiria culpado, se de repente eu descobrisse que transmiti, aí eu me sentiria mal. Mas a partir do momento que eu estou tomando esse cuidado e evitando essas coisas, eu me sinto até bem, me sinto protegido. É como eu falei, me sinto seletivo. EM3

Preso às mesmas respostas, quando disse que o mundo se fechou para ele como num efeito dominó, perdeu sua capacidade de discriminação e passou a perceber todos os possíveis parceiros como potenciais vítimas de sua contaminação. Nesse caso, ainda apresenta uma distorção da sua autoimagem uma vez que apenas se vê como um potencial transmissor do vírus e desconsidera tudo o mais que o representa.

Outro entrevistado tornou-se seletivo quanto aos relacionamentos amorosos, “peneirando” os relacionamentos ao analisar bem o parceiro antes de iniciar o relacionamento.

Eu passo a peneira bem mais em quem eu vou ficar, se eu vejo que aquela pessoa não vai entender se eu falar que eu sou HIV, eu penso dez vezes antes em querer começar um relacionamento. EM15

Quando esse comportamento é adotado com *awareness* total do campo, ele se torna funcional na medida em que, de posse dos seus sentidos e sem distorção da percepção para o que se dá de fato na experiência, a pessoa pode proteger-se de interações que lhe ofereceriam um dano emocional. No entanto, quando adotado de forma anacrônica, se torna disfuncional, visto que, através de projeções, ela pode distorcer o que vê, antecipando rejeições e adiando contatos.

[...] De repente já era para eu estar namorando e eu não estou por causa disso. Eu até conheci pessoas, me relacionei com algumas, mas nada muito sério da minha parte porque eu ficava com essa sensação de que a pessoa não vai entender esses detalhes, do que é a doença e de repente ela vai entender o que é a doença, mas talvez pela mente fechada ela não vai entender a situação. EM15

Como elucidada Schillings (2014), na projeção disfuncional a pessoa cria fantasias de que é no outro que está aquilo que é seu (no caso em questão, a não aceitação de si mesmo). Ela acredita que o outro é responsável pelo que lhe pertence.

Outra alteração notada na vida sexual de PVHA é a diminuição do desejo sexual. Pode-se supor, de acordo com o que foi constatado no estudo de Almeida et al.(2009), que o fato de a maioria ter contraído o vírus por via sexual contribuiu para o comportamento não só de diminuição da libido, mas também da diminuição da valorização do sexo. Essas observações foram notadas nas revelações seguintes:

Antigamente, eu era muito, muito louco, meu lance era fazer sexo, sexo, sexo[...] eu priorizava a ferveção, a curtição, o sexo, me sentia o bam-bam-bam, o foco das atenções porque o sexo para mim, a atração sexual era tudo[...] me sentia um pavão, era sempre o melhor, eu queria ser um pavão em todas as situações [...] deixei o sexo para o final da fila, praticamente esquecido e comecei a reorganizar minha vida, estruturar ela toda, porque aí nesse ponto também se encaixa a família, relacionamento, que para mim relacionamento tinha que ter a ver com sexo, hoje em dia eu vejo que não é assim, relacionamento é companheirismo[...] Então, depois que eu joguei o sexo lá atrás, eu comecei a reestruturar o que eu tinha o que eu tinha perdido de prioridade [...]. EM7

“[...] ter envolvimento com alguém, mesmo com meu companheiro, sexual, pra mim eu não tenho interesse [...] porque não consigo, não consigo, não vejo mais graça no sexo.”EM7

“Meu libido diminuiu muito, muito, muito.” EM7

“A minha vida amorosa mudou muito, eu diminuí muito a minha vida amorosa com as outras mulheres, diminuí muito tá.” EM5

Assim, o enfrentamento negativo à condição de reagente ao HIV faz a pessoa incorporar sentimentos como culpa e revolta de ter sido contaminada e leva a consequências físicas, psicológicas e sociais(FREITAS; GIR; RODRIGUES, 2000b).

Acabei sendo contaminado dentro do meu casamento, eu vejo hoje que sexo pra mim não é prioridade, eu priorizo muito meu lar, minha família, meus amigos, meu trabalho, priorizo coisas mais importantes do que o sexo. EM7

Pode-se verificar, no discurso de EM7, que, antes de ser infectado pelo HIV, o entrevistado era bastante ativo sexualmente. Após ter sido infectado, houve uma mudança de padrão sexual a que ele refere como diminuição da libido seguida ao interesse e à valorização de outros aspectos de sua vida que eram negligenciados, o que, segundo ele, o fez se sentir muito bem.

Não acredito que me fechei, eu acho que de certa forma eu amadureci meu modo de ver, porque antigamente eu era fanático por sexo, bonitinho, não sei o que, deu mole eu pegava, com preservativo, mas hoje em dia eu não tenho mais essa visão, como falei, o sexo pra mim na minha lista de preferência é um dos últimos. [...] Eu não tinha controle daquela parte assim: tô com tesão vou pra rua transar, entendeu, aplicativos depegação, tudo isso, eu não tinha controle sobre isso. [...] Eu acho que tem a ver com um envolvimento mais amadurecido. EM7

Embora ele afirme um conforto e uma satisfação quanto a não ter o sexo como figura central em sua vida, é oportuno considerar a possibilidade de que, por dificuldades de enfrentar a angústia relacionada à introjeção do estigma do HIV, termine por defletir sua energia sexual (desviar para outros objetos de interesse). Pode-se inferir essa análise ao serem resgatadas, em seu próprio discurso, contradições que apontam para uma impossibilidade de deixar fluir suas necessidades e sensações sexuais devido à interferência do medo da recontaminação.

[...] não adianta que eu mesmo criei em mim um bloqueio pra ter relação sexual com qualquer pessoa, mesmo com ele [...] não tenho vontade pelo medo maior, mesmo usando preservativo, de se recontaminar. EM7

Em seu estudo sobre a sexualidade de PVHA, Souto et al.(2012) argumentam que esses sujeitos tornaram-se tensos frente ao fato de lidarem com a sua sexualidade, carregando o estigma do HIV. Em consequência, tornaram-se sexualmente sequelados.

Outra leitura possível para a função da deflexão da energia sexual e sua consequente dessensibilização, conduzindo à inibição do desejo em PVHA, é a vivência dessa inibição como polarização de comportamentos sugestivos de compulsão sexual com vistas a proteger-se do impulso que o move.

Para a Gestalt-terapia, cada indivíduo é em si uma sequência de polaridades. Para cada aspecto da existência do indivíduo que está sendo reconhecido e explícito em comportamentos atuais, a sua qualidade polar está presente como fundo, pronta para emergir como figura, caso seja mobilizada, quando nessa oportunidade estará em processo a possibilidade de integração dessas forças que estavam em oposição. Caso contrário, essas polaridades: “[...] permanecem paralisadas em oposição de alienação mútua” (POLSTER; POLSTER, 1979, p. 71).

Um traço importante verificado em algumas PVHA é o comportamento sexual compulsivo. Devido à impulsividade aumentada para o sexo e se engajarem frequentemente em práticas sexuais com múltiplas parcerias, essas pessoas tornam-se vulneráveis à contaminação pelo vírus HIV. Scanavino (2007, p. 145) verificou

que: “Possivelmente o portador de compulsão sexual, após o diagnóstico por infecção por HIV, pode se sentir traído pelo objeto de sua compulsão, o sexo, e reagir com aversão. Como se compulsão e aversão fossem polos opostos de um mesmo transtorno.”

Um outro efeito do atravessamento do estigma na vida sexual das PVHA verifica-se quando elas se impedem de desfrutar do sexo e da sexualidade, através de um bloqueio para relações sexuais.

Criei em mim um bloqueio pra ter relação sexual com qualquer pessoa, mesmo com ele. EM7

Aquela coisa das pessoas se aproximarem de mim eu já fui eliminando [...] Fico naquele meu canto, criando um limite entre tudo e todos. EM7

Como comenta Freitas; Gir; Rodrigues (2000a), viver com HIV altera a vida social e, conseqüentemente, a vida sexual. Algumas pessoas não saem, não namoram e têm medo de novo contato íntimo. Verifica-se, nesses casos, de acordo com a Gestalt-terapia, que houve uma diminuição da flexibilização e permeabilidade da fronteira que diminui as possibilidades de troca com o ambiente, impedindo o crescimento.

Para a Gestalt-terapia, o crescimento se dá quando há a satisfação de necessidades genuínas, portanto, quando essas não estão abandonadas pelo indivíduo, em sua busca de autorregular-se na direção de um equilíbrio sempre dinâmico no campo organismo-meio (CARDELLA, 2014).

A expansão da fronteira é essencial para a abertura para o novo, interação com o meio e para que mudança e crescimento aconteçam (SALOMÃO; FRAZÃO; FUKUMITSU, 2014).

Outra restrição de possibilidades é encontrada na forma das PVHA de experimentarem a questão da saúde reprodutiva que as leva a não acreditar na possibilidade de ter filhos. Considerando que a vivência da sexualidade em nossa cultura está muito ligada à maternidade, muitas vezes, quando a mulher se descobre reagente ao HIV em idade reprodutiva, ela se sente confrontada com aspectos difíceis envolvendo sua sexualidade, como, por exemplo, a dificuldade

em sustentar uma prática sexual segura e a escolha por ter ou não filhos(FREITAS; NERY, 2014).

ParaPaiva et al.(2002), existe uma ideologia, não consciente, que se fundamenta no estigma “antifamília” vinculado às PVHA. Essa ideologia permeia as práticas dos profissionais de saúde, perpetuando uma violência simbólica contra os pacientes com sorologia positiva para o HIV.

Verifica-se, segundo esses autores, que os pacientes se sentem reforçados a sustentar suas introjeções (nos termos da Gestalt-terapia), quando acompanhados pelos serviços de saúde. Os relatos abaixo indicam como essas introjeções paralisam os sonhos das PVHA.

“Agora me dói sim, porque eu quero ter um filho com ele, eu quero ter uma família com ele, entendeu?” EF11

Descobri o HIV como um problema e daqui pra frente se for pra casar mesmo, mais pra frente, tendo condição, o Senhor dando condição pra gente, a gente vai no orfanato, que agora vamos visitar também o orfanato, a gente vai e adota uma criança, porque pra ter com esse problema eu penso muito o que a criança vai ter. EF11

Esse último comentário reflete o que foi encontrado em um estudo qualitativo: a soropositividade modificou o desejo de ter filhos nas mulheres. Os motivos mais apontados para isso foram o medo de transmissão para o bebê, e a soropositividade com o sentido de morte atribuído(SANT’ANNA; SEIDL, 2009).

Entre os desafios para uma melhor assistência, está a qualificação dos profissionais, pois muitos ainda sentem dificuldades na abordagem de questões relativas à sexualidade, à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos de pessoas que vivem com HIV (FREITAS; NERY, 2014).

Analisando os relatos das entrevistas anteriormente referidas, pode-se compreender que a força do estigma “antifamília” vinculado ao HIV foi introjetado pelas entrevistadas, ao sentirem dor emocional por quererem ter filhos e se sentirem impossibilitadas para esse intento. Essa impossibilidade levou uma delas a

considerar, como única alternativa para a realização do seu desejo, o atalho de procurar um orfanato para adoção.

A pressão do meio (expressa no estigma) em sua fronteira de contato foi tão potente que houve uma retração. Como explicitam Salomão, Frazão e Fukumitsu (2014), em situações de ameaça ou perigo, a fronteira de contato se retrai com vistas a preservar o indivíduo. No caso em discussão, o significado do perigo estava no risco da transmissão vertical do HIV. O sentido e arranjo promovidos por essa mulher na sua experiência, considerando as condições do campo, foi a adoção.

Entre os desafios para uma melhor assistência, está a qualificação dos profissionais, pois muitos ainda sentem dificuldades na abordagem de questões relativas à sexualidade, à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos de pessoas que vivem com HIV (FREITAS; NERY, 2014).

Ao se lançar um olhar sobre outro aspecto da vivência de PVHA, nota-se o impedimento de viverem uma vida de forma mais aberta e tranquila, por não terem conseguido efetuar a autorrevelação.

Isso traz um certo peso, né? Traz um certo peso porque a gente sabe que existe Lei, existe direito e a gente sabe que isso é errado pelo período já juntos, eu deveria ter revelado [...] é o peso que todo dia eu tenho quando falo com ele por telefone, até mesmo quando eu me deparo ‘olho no olho’, quando tenho aquele impulso de falar e no mesmo tempo bloqueio. [...] porém é um peso que eu já tenho um jogo de cintura para saber conviver com isso; eu adquiri métodos que é pensar nos meus princípios, ter as cautelas triplicadas, mas é o peso do dia a dia. EM9

Um peso nas costas, a consciência pesada. [...] Quem é homossexual e tá dentro do armário, é a melhor forma de te explicar, é o mesmo peso. É o mesmo peso. Você sabe o que está acontecendo e não pode contar para ninguém. Você olha para a pessoa, você gosta da pessoa, mas você tem que manter o segredo o tempo inteiro, 24 horas. Às vezes você quer falar: ‘não, eu fui no médico, fui fazer exame e tal, pô meu CR4 tá melhor’ você não conta. ‘Ah, eu fui no médico, ele falou pra eu fazer isso, isso e isso’ você não conta. Você não pode contar nada. EM4

As duas ações, contar ou não, estão sempre acompanhadas de estresse e sofrimento. Os relatos indicam que, embora algumas pessoas optem pela não revelação para se protegerem da ameaça maior da rejeição, pagam um preço muito alto ao levarem a vida carregando um peso.

Contar traz o medo da possível reação negativa do outro e leva a pensar que a pessoa reagente ao HIV pode acabar sofrendo algum tipo de preconceito (GONÇALVES; WEBER; ROSO, 2013). A saída encontrada por muitos, então, foi levar uma vida inautêntica, uma vez que a revelação tem, para eles, um aspecto mais ameaçador do que eles, no momento, se percebem podendo suportar.

Como pôde ser compreendido através da linguagem da Gestalt-terapia, a fronteira de contato se mostra pouco permeável e plástica quando as pessoas apresentam dificuldades em lidar com o novo e em se arriscar, embora isso possa ter relação com uma situação ameaçadora. Quando há falta de permeabilidade e plasticidade na fronteira, isso indica dificuldade nos processos de crescimento e sugere que talvez haja pouco uso de potencialidades e recursos do indivíduo (SALOMÃO; FRAZÃO; FUKUMITSU, 2014).

É importante considerar que esse encaminhamento para a questão da autorrevelação foi o melhor que a pessoa, considerando o contexto da experiência, pôde fazer por ela no momento, embora esse possível esteja lhe roubando a possibilidade de viver a vida de forma mais autêntica. Impõe-se ainda a necessidade de lembrar que, quando qualquer elemento do campo sofre uma mudança, todo o campo se reconfigura.

Reafirma-se, desse modo, a necessidade de se capacitar os profissionais do Programa IST/aids para trabalharem as implicações e estratégias da revelação para um parceiro amoroso, de forma que PVHA possam, aos poucos, ir se apropriando de seu autossuporte até que se sintam capazes, maduras e fortes para usarem de franqueza e assumirem o risco da revelação.

São necessários investimentos na capacitação de profissionais de saúde, desmobilizando situações de acomodamento, despertando inquietações, estimulando a criatividade e reconstrução de uma prática profissional inovadora e comprometida (BARBOSA; MONTEIRO, 2002).

Alguns participantes deste estudo demonstraram ter conquistado boa qualidade de vida em outros aspectos, mas tiveram dificuldades de superar o estigma em relação ao HIV no aspecto amoroso da existência. Para muitos, a vida acabou. A dor da traição e a certeza da rejeição os fizeram sentir que são incapazes para reconstruírem uma vida amorosa.

Não consigo amar outra pessoa. Eu fiquei mais frio, não sou mais a mesma pessoa de antes não [...]No fundo, por eu me sentir, hoje em dia, uma pessoa fria, acho que eu sou o primeiro a me sentir infeliz. EM2

Os obstáculos sentidos e experimentados para acreditarem na possibilidade de amar com HIV são expressos em formas de evitação do contato que ocorrem na fronteira entre o indivíduo e o meio. Alguns indivíduos, nos termos da Gestalt-terapia, se dessensibilizaram na proximidade e para a possibilidade da experiência de amar. Segundo Ribeiro (2007), a dessensibilização é o processo através do qual a pessoa se sente entorpecida, fria diante do contato, sente-se com dificuldades de se estimular e perde o interesse por sensações novas.

Outros indivíduos como o EM7 introjetaram conceitos negativos em relação ao amor, devido ao sofrimento vivido na traição e se alienaram desse sentimento.

Eu com amor, amor, amor, amor, eu não sei se eu sou capaz novamente de amar uma pessoa pra relacionamento, amar. Amor faz mal, você amar uma pessoa e casamento, amor faz mal. EM7

Outros ainda, em função de introjeções, se retraíram em suas fronteiras, travando-se para o contato, como observado no comentário do EM14.

Eu acabo me sentindo mal, acabo às vezes não ficando totalmente feliz, porque eu sou feliz em várias outras partes da minha vida, mas em relação a relacionamento eu acabo me travando. EM14

As introjeções negativas em relação ao HIV/aids facilitaram a deflexão do contato quando a pessoa não se permitiu uma relação com profundidade, desviando-se da possibilidade de um relacionamento e casamento, sustentando a mentira, como pode ser notado nos relatos de EF6 e EF17.

“Para relacionamento praticamente sua vida acabou, só se você encontrar uma pessoa doente igual a você, aí de repente até que dê certo, então você vai ficar procurando quem tem HIV por aí?” EF6

Mas, em relação a relacionamento, é vida destruída. EF6

É meio complicado né, as chances são muito poucas de uma pessoa querer conviver com a outra tendo essa doença [...] mas a maioria dos meus colegas, uns três ou quatro pensam da mesma forma que eu, que acabou o relacionamento, não vai ter mais relacionamento, pode até ficar com uma pessoa mas vai se proteger, mas não vai contar e vai ficar guardando isso em segredo.EF17

Fica bem complicado, foi o que falei pra ele: 'Eu não tenho esperança de casar com você.' - mas porquê? Porque eu não quero, porque se eu for casar com ele eu vou ter que abrir, e as coisas que já aconteceu pelo meio do caminho? E o dia que ele transou comigo sem camisinha? E eu faço o que com tudo isso? Ou eu falo que descobri ontem, que eu não sabia, né, ou eu falo que coloquei a vida dele em risco porque não quis contar, e como é que fica? É muita coisa gente, é muita coisa.EF6

Segundo Cardella (1994), as introjeções apresentam-se em interação com outros mecanismos de interrupção do contato e erguem barreiras entre o indivíduo e o meio que impossibilitam o encontro verdadeiro do amor. Observou-se, nos pacientes entrevistados, que a impossibilidade de viver o amor se cristalizou, uma vez que essa mostrou ser a única forma que eles encontraram no campo de experiências afetivo-sexuais.

É importante ter em vista, como ressalta Lima(2014), que as formas de defesa também são ajustamento criativo, uma vez que são reações autorreguladoras, embora precárias, da melhor forma que a pessoa encontrou diante das circunstâncias. O problema é que elas se tornam cristalizadas.

Corroborando essa afirmação, Ciornai (1995) lembra que as defesas devem ser vistas como a melhor resposta que a pessoa pôde dar na situação em que se encontrava. O problema reside no fato de que, frequentemente, o indivíduo automaticamente as perpetua.

Grosso modo, podemos dizer, então que esses ajustamentos criativos tornaram-se disfuncionais, dado o aspecto da temporalidade. No entanto, atribuir disfuncionalidade às possibilidades encontradas pelas PVHA apenas ao aspecto da cronificação da resposta, parece ser uma forma de apreender a situação na contramão da Gestalt-terapia, visto que, nesta abordagem está intrínseca à

necessidade de se ter um olhar complexo para a experiência. A força do estigma ainda impregnada em muitos contextos sociais parece fazer com que muitas pessoas sintam que há um muro intransponível a atravessar, que sua força não é capaz de suportar.

Acho que triste porque chega final de semana e você quer sair, passear e não tem ninguém, quando eu digo que não tem ninguém é a relacionamentos, não família e amigos, aí tá sozinho e tá triste, não chora porque já chorou muito no começo e eu acho que agora nem sai mais lágrima, a lágrima secou de tanto que eu chorei no início, mas os médicos falavam que não é nada disso, que conhecem pessoas que casaram e são felizes, eu ouvi isso de que não tem nada a ver mas pra mim eu acho que tem sim e tem muito. EF17

A vivência de estigma e autoestigma interrompeu o fluxo de vida das PVHA na direção do amor. Inviabilizou a possibilidade de encontro com o outro e o acesso a novas experiências de amor, tanto no âmbito da ternura e da sensualidade como no âmbito do sentimento e das sensações(SOUTO et al., 2012).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa favoreceu, por meio do relato dos participantes em entrevistas semiestruturadas, uma compreensão longitudinal a respeito de como as PVHA lidam a respeito de relacionamentos amorosos após terem conhecimento do diagnóstico e até depois de terem iniciado o tratamento com TARV há pelo menos um ano. Constatou-se a respeito do tempo de tratamento que ele não define a possibilidade de as pessoas superarem o autoestigma para sentirem que é possível ser feliz no amor, vivendo com HIV.

As questões que envolveram essa constatação serão apresentadas em seguida com o suporte da Gestalt-terapia na compreensão das possibilidades de se viver o amor com HIV.

A Gestalt-terapia propõe o conceito de contato como base de compreensão da forma como a pessoa interage com o mundo. Parte do princípio de que, quando a pessoa está com uma consciência de si e uma consciência perceptiva do mundo apoiada em suas próprias sensações, sentimentos e cognição (*awareness*), ela pode estar inteiramente presente na situação, oferecendo uma resposta que vise à sua autopreservação e ao seu crescimento pessoal. Desse modo, pode afastar-se do que coloca em risco a sua integridade psicológica e aproximar-se do que lhe trará nutrição emocional. No entanto, quando há bloqueios e perturbações no contato, a capacidade de a pessoa ajustar-se criativamente à situação (promover uma resposta à circunstância que a leve à satisfação) fica limitada, o que, em muitas pessoas, se reflete em um prejuízo na dimensão amoroso-sexual da existência.

O estudo revelou que as introjeções de material tóxico (autoestigma) interferem sobremaneira na qualidade de vida em seu aspecto emocional, o que, em alguns casos, pode recair sobre a adesão.

Quando elas introjetam os atributos negativos relacionados ao HIV/aids, o tomam como verdadeiros para si, de tal modo que a visão de si mesmas passa a ser definida por essas introjeções, sobrando pouco espaço para se verem de outro

modo. O seu senso de valor pessoal torna-se prejudicado de tal maneira, que o sentimento que se fez presente, de modo geral neste estudo, foi o medo: medo das consequências da autorrevelação que se verificaram, mais especificamente, no medo de serem vítimas de discriminação e preconceito; medo do término do relacionamento; medo do outro não sustentar o segredo e contar para outras pessoas sobre a sua condição sorológica; medo de contaminar o parceiro(a) ou ser recontaminado(a) por ele(a) (especialmente as mulheres, que, mesmo tendo esse medo, são mais vulneráveis à reinfecção, pois têm dificuldade de sustentar o não uso da camisinha com o parceiro); medo de não conseguirem mais se relacionar amorosamente, por acreditarem que ninguém irá querer conviver com uma pessoa que tem o HIV (como se toda a sua identidade fosse contaminada pelo “mal”, tendo feito dela uma pessoa incapaz de despertar algum desejo em qualquer outra, a menos que esta também “sofra do mesmo mal”).

Esta pesquisa constatou também que estigmas relacionados ao HIV afetam os sentimentos sexuais das PVHA. A vida sexual das pessoas é afetada, como é o caso dos participantes deste estudo, mesmo quando não estão com nenhum impedimento físico para a atividade sexual. Notou-se relato de perda da espontaneidade durante o sexo por medo da contaminação, o qual subtraiu a qualidade da relação sexual de tal maneira, que o indivíduo sente que perdeu a liberdade no sexo; tornou-se preso e preocupado.

Foi revelada perda de libido, inclusive em relacionamento conjugal em que o casal é soroconvergente. O sexo passa a se tornar algo fora do campo de interesse.

Observou-se também diminuição na receptividade para iniciar uma interação afetivo-sexual. A pessoa aguarda alguém que lhe inspire tranquilidade e que, ao deixá-la tranquila, ela poderá ter certeza de que o outro não irá desprezá-la.

A introjeção do estigma atinge de forma avassaladora o senso de valor pessoal das PVHA. Elas se sentem diminuídas em relação a outras em tal grau, que projetam nestas uma intolerância e discriminação incontestáveis em relação a si próprias. A maneira como a pessoa percebe a avaliação do outro sobre si passa a ser orientada pelo autoestigma.

Daí ter-se observado a presença de outro conceito da Gestalt-terapia: a projeção. Nela, a pessoa vê o outro como tendo uma apreciação negativa a respeito dela. Ela nega que aqueles sentimentos a pertencem. A certeza da discriminação as induz a tornarem-se ativas em relação ao afastamento do outro por quem se interessam ou já se relacionam, evitando, assim, serem vítimas do término do relacionamento

Verificou-se, na pesquisa, que o abalo emocional sofrido pelas PVHA afeta a qualidade de contato e *awareness*, o que restringe as possibilidades de ajustamentos criativos que permitem a satisfação das necessidades afetivo-sexuais. Quando a pessoa está com uma *awareness* pouco desenvolvida, pode não perceber ou não considerar o potencial de acolhimento que existe naquela relação. Esses são os casos em que foi observada a projeção como mecanismo de fundo que aciona bloqueios denominados retroflexão e deflexão, as quais se apresentam de forma mais figural, clara.

O retroflexor, frequentemente, controla seus impulsos por culpa, por sentir-se um perigo para o outro e/ou por medo de colocar-se vulnerável à discriminação do outro. O indivíduo permanece retraído na fronteira de contato.

Foi observado que as pessoas anteciparam a rejeição e discriminação do companheiro(a) ou pretendente e optaram pela evitação do sofrimento, não revelando sua condição sorológica. O problema é que parecem ter construído a sua própria arapuca, pois, na tentativa de evitar o sofrimento, acabaram o encontrando. A não revelação se transforma no grande segredo, que, conforme Inácio (2016), mata algumas pessoas em vida, porque as mata para os afetos. Elas perpetuam o segredo, sustentando a não revelação.

Distorções no contato e nível baixo de *awareness* podem, de outro modo, favorecer à não percepção do potencial de risco existente, e a pessoa pode enfrentar uma reação negativa não esperada do outro. Enfim, ela encontra dificuldade de avaliar qual relação ou situação está mais propensa ou não ao acolhimento e, então, emite uma resposta não ajustada ao momento. Como pôde ser verificado no estudo, algumas pessoas, em função da projeção, duvidaram da reação acolhedora e,

depois, se perceberam tendo sido inadequadas. Em menor proporção, foi percebida também uma discriminação surpreendente.

Verificou-se também a retroflexão como uma atitude de retraimento para outro relacionamento, fazendo com que a pessoa tentasse se manter no mesmo relacionamento em que já estava, para não sofrer o risco de uma outra pessoa não aceitar viver uma conjugalidade com sorodiscordância.

Outra forma de retraimento para novos relacionamentos foi observada em atitudes em que as pessoas foram se recuando, se isolando e se fechando diante de situações que podiam levá-las a uma aproximação em que existisse a possibilidade de um interesse afetivo-sexual. Dizendo de outro modo, a pessoa não se deu chance para iniciar qualquer envolvimento.

A deflexão é uma forma de se desviar de um autêntico encontro com o outro. Por intermédio dela, a pessoa se impede de ter envolvimento de modo mais íntimo e pessoal. Especialmente as mulheres usaram de justificativas e pretextos para evitar o sexo e para conseguir que o parceiro use camisinha, por medo de contaminá-lo. O medo veio acompanhado do sentimento de culpa, uma vez que a pessoa, nesse caso, esconde sua condição sorológica; atitude que encontra reforço na dificuldade histórica da mulher expressar e sustentar seus desejos e suas opiniões frente ao homem

A deflexão, decorrente da impossibilidade da autorrevelação, também se apresenta quando PVHA tornam-se atentas para manterem relações apenas casuais. Verificou-se isso nos participantes que não se tornaram avessos ao sexo, mas desviaram-se da possibilidade de qualquer envolvimento, garantindo um nível de superficialidade que lhes mantiveram protegidos da rejeição.

Vale ressaltar que, em toda defesa, existe uma sabedoria organísmica. Qualificar de funcional ou disfuncional uma defesa que se mantém presente pode ser uma leitura distorcida, pois será apenas baseada numa interpretação, haja vista o pouco tempo de contato do pesquisador com o entrevistado e o afastamento posterior necessário à análise, passo seguinte à natureza do método empregado neste estudo. Existe,

portanto, um limite na pesquisa que nos detém a avançar para uma leitura nesses termos.

Seria necessário, para tanto, maior contato com o entrevistado, de tal maneira a ter-se estabelecido um vínculo que permitisse uma compreensão maior do todo, possibilitando ao pesquisador situar-se em relação à história do entrevistado, seu suporte e as condições do ambiente atual afim de que se pudesse, caso fosse esse o propósito do estudo, classificar os ajustamentos criativos em funcionais ou disfuncionais. Portanto, não nos cabe julgá-los. Só a pessoa sabe para quem está precisando manter o bloqueio no contato e a função que ele tem no aqui e agora. Parafraseando Caetano Veloso: “Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que está podendo ser”.

Quando a pessoa está com uma *awareness* bem desenvolvida, ela tem mais chances de avaliar a situação como um todo, considerando, inclusive, o aspecto de prontidão ou não do outro para receber a revelação. Embora uma percepção mais acurada de como o outro se apresenta não seja garantia absoluta de que ele pode ou não a rejeitar, discriminar ou acolher (pois nunca temos controle sobre o que nos acontece), nos oferece pistas, indícios, do que podemos esperar. Esse aspecto do inusitado, presente em qualquer experiência humana, destaca a importância do autossuporte na efetivação da revelação, porque, como foi observado no relato de um participante, a rejeição pode reforçar o autoestigma e diminuir a autoconfiança para novas iniciativas de autorrevelação.

Assim, quando a pessoa consegue “digerir esse alimento tóxico”, passa a lançar um olhar singular, mais crítico e menos contaminado sobre PVHA. Ela procede ao processo de assimilação, desapropriando-se, em algum nível, do que é nocivo ao seu crescimento pessoal. Por não estar mais identificada com o estigma social da aids, está menos apoiada no heterossuporte, o que lhe confere condições de sustentar-se em seus próprios recursos para enfrentar os riscos de possíveis rejeições ou discriminações.

Os achados indicaram que os ajustamentos criativos que foram possíveis aos entrevistados permitiram possibilidades e configurações do viver, nos quais houve

retraimento para vivências afetivo-sexuais ou ampliação de fronteiras de contato para essas vivências. As pessoas que encontraram formas de ajustamento através das quais se colocaram contidas na fronteira de contato em relação às vivências afetivo-sexuais mantiveram-se fechadas para vida amorosa, mesmo com o passar do tempo vivendo com HIV e em tratamento. Como relatou uma entrevistada: “Para relacionamento amoroso, é vida destruída”.

Essas pessoas não encontraram recursos para viverem de forma a deixar fluir experiências de contato em que pudessem desfrutar do sexo de forma satisfatória. Elas diminuíram ou interromperam suas experiências sexuais. Nos termos da Gestalt-terapia, retrofletiram. A não revelação, em muitos casos, interferiu nessas alterações, uma vez que, por não terem espaço para compartilhar preocupações e inseguranças, sentem-se preocupadas, intranquilas e culpadas em suas práticas sexuais, temendo que algum descuido possa implicar a transmissão do vírus.

Outra forma de retraimento na fronteira se expressa por meio de bloqueio para viver novos relacionamentos. A pessoa se fecha até para relações casuais, restringindo, assim, qualquer possibilidade de desenvolver um relacionamento amoroso; haja vista muitos relacionamentos terem seu início por atração que acontece em encontros casuais.

Foi notada uma diminuição no padrão de relacionamentos sexuais, verificada também na diminuição do desejo sexual. O bloqueio das necessidades e desejos sexuais (retroflexão) foi atribuído ao medo da contaminação e recontaminação pelo HIV. Há uma valorização de outros aspectos da vida, através da deflexão, visto que desvia toda sua energia, deixando de ver o sexo como algo importante.

A vivência da sexualidade sempre incide sobre a escolha de ter ou não filhos. Se algumas pessoas ou casais que convivem com HIV buscam possibilidades para ter filhos, outras consideram que esse sonho acabou. Desoladas com a crença de que não terão uma vida saudável por serem reagentes ao HIV, não terão mais parceiros amorosos ou poderão ter um filho infectado por elas, vivem dedicando-se à realização de outros sonhos e abortam, das suas vidas, os filhos sonhados. A

adoção surge como uma alternativa à privação de seu desejo, muitas vezes sustentada por carência de informação.

O estudo mostrou que a consequência da não revelação para parceiros amorosos representa, momentaneamente, um alívio, considerando a ansiedade iminente em situações, em tese, oportunas para a revelação. Contudo, a longo prazo, mostra-se uma carga pesada, com a qual a pessoa tem que conviver, já que a angústia a acompanha em função da incerteza de poder sustentar esse segredo eternamente ou das consequências com que terá que lidar, caso, por algum motivo independente da sua vontade, esse segredo venha a se tornar público. Como toda escolha implica sacrificar um aspecto da vida, carregar um segredo traz a consequência de viver de forma inautêntica.

Verificou-se, por outro lado, que as pessoas que conseguiram concluir um processo de assimilação (processar conteúdos estigmatizantes que, anteriormente, tinham tomado como verdade para si e os transformarem em uma visão pessoal e inovadora) encontraram alternativas de se ajustar criativamente, através das quais se posicionaram de uma forma mais aberta. Assumiram os riscos da autorrevelação e descobriram que, no mundo, existe espaço para se viver de forma autêntica quando se vive com HIV.

Constatou-se, por meio dos relatos dos entrevistados, que a força do amor expressa no acolhimento e cumplicidade frente aos desafios a serem enfrentados promove um sentimento de segurança e confiança no outro e em si mesmo capaz de transformar restrições e impossibilidades em descobertas criativas e adaptativas às novas condições. Isso favorece, portanto, a fluidez no contato afetivo-sexual.

A superação do autoestigma e o apoio do parceiro também permitiu às mulheres ultrapassar os condicionamentos culturais restritivos que as condenavam a não construir uma família. Elas, então, tornaram-se dispostas a encarar os desafios e buscar informações que lhe oferecessem alternativas para realizar os desejos de maternidade.

Enfim, a pesquisa revelou que é possível viver e ser feliz no amor quando se vive com HIV. Os desafios são muitos, os achados deste estudo não os negam. Algumas pessoas conseguem, não sem esforço, se identificar com as forças que nos movem em direção ao crescimento. Buscam formas pessoais para se libertarem da opressão do estigma e encontram um nível de autossuporte suficiente para se abrirem à experiência do contato. Contatar o outro estando inteiro com a própria verdade é caminhar sem desprezar o medo, mas com confiança de que possui autoapoio e suporte social que lhe sustentarão caso tenham que enfrentar a rejeição no momento da autorrevelação.

Romper com o segredo é, dos desafios, o mais audacioso para PVHA e é experimentado e sentido como um divisor de águas em suas vidas. Quando vivem a experiência do acolhimento, parecem renascer para a vida. A autorrevelação, entretanto, nem sempre vem acompanhada de aceitação. Daí a importância de uma boa qualidade de contato e uma abertura da percepção e dos sentidos (*awareness*), que, associadas à sabedoria intuitiva do organismo, protege a pessoa, dentro do possível, desse risco ou lhe provê recursos suficientes para não sucumbir a essa dor.

Outras pessoas não conseguiram expandir suas fronteiras e se bloquearam para o contato. Inibiram, desse modo, possibilidades de novas formas de se relacionar no mundo; ficaram restritas, em suas respostas já conhecidas, a um jeito único de lidar com a situação. O medo inibiu suas forças e habilidades para contatar o novo. É, porém, sempre bom lembrar que todos nós temos um sábio interior que nos guia e nos orienta. Cada um sabe, consciente e intuitivamente, até onde pode ir, correndo o risco de cair, mas podendo se levantar. Não nos compete julgá-las. Compete-nos, sim, oferecermos um serviço no qual a pessoa não se sinta constrangida em respeitar suas dificuldades e que, portanto, não precise se acumular de segredos, dessa vez, por perceber tendo que escondê-los de quem está ali para lhe servir.

Precisamos validar suas escolhas (ou, nas palavras de um participante, a falta delas) para que a pessoa não se sinta oprimida pelos “deverias” de orientações fundamentadas em convicções morais e desligadas da humanidade. Ao mesmo tempo, precisamos lhes oferecer condições de perceber como se bloqueiam e para

quê se bloqueiam. Assim, se dando conta de como funcionam em sua fronteira de contato, podem, aos poucos, diferenciar introjeções de concepções próprias, desfazer projeções, diminuir retroflexões e deflexões e ir desenvolvendo abertura perceptiva que lhe proporcione um contato sem distorções.

A partir da análise dos dados obtidos pela pesquisa, pôde-se concluir que amar com HIV representa um grande desafio, que não é enfrentado sem esforço e coragem. Algumas pessoas conseguem desenvolver ou atualizar recursos próprios, obter suporte ambiental e, com *awareness* da situação e boa qualidade de contato, chegam a modular as suas fronteiras e discriminar o potencial que existe em um possível relacionamento ou no relacionamento atual, de encontrar acolhimento, aceitação, respeito e consideração (mesmo na impossibilidade de continuidade); enfim, nutrição afetiva. Essa qualidade de contato permite também estarem atentas a indícios de discriminação, descuido e desconsideração; em resumo, elementos tóxicos para conservação da autoestima. Outras carecem dessa prontidão para avaliar apropriadamente as relações que podem ser enriquecedoras ou interromper as nefastas, o que as colocam em posição de maior vulnerabilidade para se expor à discriminação e ao preconceito.

De todo modo, como compreendemos através da Gestalt-terapia, o campo (relação indivíduos/ambiente) é dinâmico, organizado e reorganizado em função da interação de múltiplos fatores que se interconectam, oferecendo, a cada encontro e situação, a surpresa ou desconforto do imprevisível. Assim sendo, importante se faz que cada indivíduo perceba o limite de suas possibilidades de flexibilizar suas fronteiras para o novo e assumir todo risco envolvido na autorrevelação, condição indispensável para um relacionamento com entrega e profundidade. No entanto o respeito à provável impossibilidade de abertura para o novo não significa estagnação do crescimento. Significa, sim, que tempo e cuidados são necessários para que essa forma de ajustamento (que foi criativo na autopreservação do indivíduo), atualmente anacrônica, possa, em algum momento, ser dispensada quando o indivíduo tiver encontrado autoapoio, energia e vitalidade suficiente para enfrentar os riscos.

Se o que for possível para algumas pessoas é manter o seu nível de autopreservação com menor possibilidade de expansão de crescimento, resta-nos,

como profissionais da saúde, saber deixar a pessoa seguir seu caminho e torcermos para que, em seu tempo, possa encontrar um caminho que a liberte da autocondenação de uma vida empobrecida pelo medo.

Espera-se que a aplicação dos Produtos propostos a seguir ofereça oportunidade às PVHA de perceberem e sentirem que a vida com HIV não precisa perder o encantamento encontrado na experiência amorosa, assim como ofereça aos profissionais a percepção da importância de uma forma de acolhimento mais empática e menos normativa.

REFERÊNCIAS

ALEGRIA, C. A interdição do prazer: uma abordagem gestáltica das disfunções sexuais femininas. IX CONGRESSO E XII ENCONTRO NACIONAL DE GESTALT-TERAPIA. **Anais...**2009.

ALMEIDA, L. C. G. et al. HIV/AIDS: comportamento sexual de mulheres e homens soropositivos. **Rev. baiana enferm**, v. 22/23, n. 1/2/3, p. 79–90, 2009. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4988/3624>. Acesso em: 11 fev. 2018.

ANDRADE, C. C. Autossuporte e heterossuporte. In:_____.**Gestalt-terapia conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 147–162.

BARBOSA, E.; MONTEIRO, E. Capacitação na prevenção e assistência em dst/hiv/aids: relato de experiência. I CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA.**Anais...**2002.

BERNARDO, E. M. “**Contar ou Não Contar?**” Do conhecimento do diagnóstico positivo do HIV/SIDA aos dilemas da revelação. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Sociologia), Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane. Disponível em: <http://www.saber.ac.mz/bitstream/10857/4141/1/Monografia%20de%20Edgar%20pdf.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.

BESSA, M. S.; TERTO JR., R. Contudo (e apesar de tudo, Rio de), o sexo. **Boletim da ABIA**, v. 24, n. 1, p. 46–48, 2001.

BOGART, L. M. et al. Psychosocial issues in the era of new AIDS treatments from the perspective of persons living with HIV. **Journal of Health Psychology**, v. 5, p. 500–516, 2000.

BORGES, R. E. A.; SILVA, M. F. DOS S.; MELO, L. P. “Mas não tive coragem de contar”: a revelação da condição sorológica na experiência amorosa de pessoas que vivem com HIV. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 664–675, 2017.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: [s.n.].

_____. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília: [s.n.].

CARDELLA, B. **O amor na relação terapêutica**. São Paulo: Summus, 1994.

_____. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In:_____.**Gestalt Terapia conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 104–130.

CARTER, A.; GREENE, S.; HANKINS, C. **Love with HIV**: a latent class analysis of

intimate relationships among women living with HIV enrolled in Canada's largest multisite community-based research study....“Nearly half of Canadian WLWH were not in relationships”.Durban: 2016. Disponível em: <http://www.natap.org/2016/IAC/IAC_43.htm>. Acesso em: 12 set. 2017.

CARVALHO, C. M. D. L.; GALVÃO, M. T. G.; SILVA, R. M. Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 94–100, 2010.

CHAUDOIR, S. R.; FISHER, J. D.; SIMONI, J. M. Understanding HIV disclosure: A review and application of the Disclosure Processes Model. **Social Science and Medicine**, v. 72, n. 10, p. 1618–1629, 2011.

CIORNAI, S. Relação entre criatividade e saúde na gestalt terapia. **Revista do I Encontro Goiano de Gestalt-terapia**, v. 1, p. 72–76., 1995.

CORIOLOANO, M. W. DE L.; VIDAL, E. C. F.; VIDAL, E. C. F. Percepções de mulheres que vivem com HIV frente às experiências sexuais. **Rev RENE**, v. 9, n. 1, p. 77–85, 2008.

CORRIGAN, P.; LUNDIN, R. Don't call me nuts!: coping with the stigma of mental illness. **Psychiatric Rehabilitation Skills**, v. 5, n. 1, p. 216–219, 2001.

D'ACRI, G. Contato: funções, fases e ciclo de contato. In:_____.**Gestalt Terapia: Conceitos Fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 31–46.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FRAZÃO, L. M. A compreensão do funcionamento saudável e não saudável a serviço do pensamento diagnóstico processual em gestalt-terapia.V ENCONTRO GOIANO DA ABORDAGEM GESTÁLTICA. **Anais...**São Paulo: 1999

FREITAS, M. R.; GIR, E.; RODRIGUES, A. R. Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 34, n. 3, p. 258–263, 2000a.

_____. Dificuldade sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 76–83, 2000b.

FREITAS, N. M.; NERY, I. S. Mulheres com HIV e direitos reprodutivos.18º ENCONTRO DA REDOR - REDE FEMINISTA NORTE E NORDESTE DE ESTUDOS E PESQUISA SOBRE A MULHER E RELAÇÕES GÊNERO.**Anais...**2014

GALLETLY, C.; PINKERTON, S. Conflicting messages: how criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV. **AIDS and Behavior**, v. 10, n. 5, p. 451–461, 2006.

GALLI, L. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença : a cura

do ponto de vista da Gestalt-terapia. **Estudos e pesquisas em psicologia. UERJ.**, v. 1, n. 9, p. 59–71, 2009.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt-terapia: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1995.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GONÇALVES, C.; WEBER, B.; ROSO, A. R. Compartilhamento do diagnóstico do {HIV}/{AIDS}: um estudo com mulheres. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 1–11, 2013.

GRODENSKY, C. et al. “I Should Know Better”: The Roles of Relationships, Spirituality, Disclosure, Stigma, and Shame for Older Women Living with HIV Seeking Support in the South. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 26, n. 1, p. 12–23, 2015.

HRENKO, K. Remembering Camp Dreamcatcher: Art Therapy with Children Whose Lives Have Been Touched by HIV/AIDS. **Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association**, v. 22, n. 1, p. 39–43, 2005.

INÁCIO, E. Carga zerada: HIV/AIDS, discurso, desgaste, cultura. **Revista Via Atlântica**, v. 1, n. 29, p. 479–505, 2016.

LATNER, J. **Fundamentos de la Gestalt**. Santiago, Chile: Cuatro Vientos, 1999.

LIMA, P. A. O holismo em Jan Smuts e a Gestalt-terapia. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 14, n. 1, p. 3–8, 2008a.

_____. Criatividade na Gestalt-terapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 87–97, 2009.

_____. Gestalt-terapia holística, organísmica e ecológica. In: _____. **Gestalt terapia, fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. p. 145–156.

_____. Autorregulação organísmica e homeostase. In: _____. **Gestalt Terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 88–103.

LIMA, S. B. L. DE. A dor da perda amorosa e a Gestalt-Terapia The pain of love loss and the Gestalt-Terapy. **Revista IGT na Rede**, v. 5, n. 9, p. 114–125, 2008b.

LINS, C. Homeostase. **Dicionário de Gestalt-Terapia: Gestaltês**. São Paulo: Summus, 2007.

LOFFREDO, A. M. **A cara e o rosto: ensaio sobre Gestalt-Terapia**. São Paulo: Escuta, 1994.

MALISKA, I. C. A et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o

HIV/AIDS. **Rev gaúcha enferm**, v. 30, n. 1, p. 85–91, 2009.

MALISKA, I. C. A. et al. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. **Ciência e cuidado em Saude**, v. 6, n. 4, p. 471–478, 2007.

MARKS, G. et al. Self-Disclosure of Hiv-Infection - Preliminary-Results from a Sample of Hispanic Men. **Health Psychology**, v. 11, n. 5, p. 300–306, 1992.

MEIRELLES, B. H. S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/aids. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 11, n. 3, p. 68–76, 2010.

MINAYO, M. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MONTORO, G. Amor conjugal e padrões de relacionamento. In:_____.**Terapia de casal e Psicodrama**. [s.i: s.n.]. p. 101–117.

MULLER-GRANZOTTO, M. J.; MULLER-GRANZOTTO, R. L. **Fenomenologia e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2007.

OILER, C. **The phenomenological approach in nursing research****Nursing Research**, 1982. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0020131547&partnerID=40&md5=827301532878be022dfd7f84ba43b1b5>>

OLIVEIRA, A. D. DE F. et al. Effects of HIV in daily life of women living with AIDS. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 1975, 2015.

OLIVEIRA, T. V. DE. **As relações afetivas-sexuais das pessoas que vivem com HIV/AIDS**. São Paulo: PUC, 2015.

PAIVA, V. **Em tempos de Aids**. São Paulo: Summus, 1992.

_____. et al. Sem Direito de Amar?: A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV. **Psicologia USP**, v. 13, p. 105–133, 2002.

_____; SEGURADO, A. C.; FILIPE, E. M. Self-disclosure of HIV diagnosis to sexual partners by heterosexual and bisexual men: a challenge for HIV/AIDS care and prevention. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 9, p. 1699–1710, 2011.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, discriminação e AIDS. **Coleção ABIA de Cidadania e Direitos**, n. 1. Rio de Janeiro. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao_cidadania_direito.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

PAULILO, M. A. **AIDS- Os sentidos do risco**. São Paulo: Veras, 1999.

PEREL, E. **Sexo no cativo**: driblando as armadilhas no casamento. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

PERLS, F. **A abordagem Gestáltica e testemunha ocular da terapia**. Rio de

Janeiro: LTC, 1988.

_____; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PINTO, Ê. B. **Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o ciclo do contato e os modos de ser**. São Paulo: Summus, 2015.

POLSTER, E.; POLSTER, M. **Gestalt Terapia Integrada**. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

REIS, R.; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 32–7, 2005.

_____. Convivendo com a diferença: O impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 3, p. 759–765, 2010.

RIBEIRO, J. P. **Vade-mécum de gestalt-terapia: conceitos básicos**. São Paulo: Summus, 2006.

_____. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. 7. ed. São Paulo: Summus, 2007.

ROBINE, J.-M. **O self desdobrado: perspectiva de campo em gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2006.

RODRIGUES, H. Reflexões entre teoria de campo de Kurt Lewin e a Gestalt Terapia. In: _____. **Gestalt Terapia fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. p. 114–144.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01102003-185727/publico/Tesedoutorado.pdf>>. Acesso 22 set. 2017.

SALOMÃO, S.; FRAZÃO, L.; FUKUMITSU, K. Fronteiras de Contato. In: _____. **Gestalt-terapia conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 31–46.

SANT'ANNA, A. C. C.; SEIDL, E. M. F. Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas. **Psicologia. Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 244-251, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000200011&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 18 out. 2017.

SCANAVINO, M. D. T. **Comportamento sexual de sujeitos com AIDS referida: um estudo baseado numa amostra da população brasileira**. 2007. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-460214>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

SCHILLINGS, A. As Concepções da neurose em Gestalt-terapia. In:_____.**Gestalt-terapia conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 193–215.

SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E. W.; LEKAS, H.-M. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. **Archives of Sexual Behavior**, v. 35, n. 4, p. 437–449, 2006.

SILVA, L. M. **Fazendo a diferença**: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para HIV/AIDS.2012. 274 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SIMBAYI, L. C. et al. Disclosure of HIV status to sex partners and sexual risk behaviours among HIV-positive men and women, Cape Town, South Africa. **Sexually Transmitted Infections**, v. 83, n. 1, p. 29–34, 2007.

SOUTO, B. G. A. et al. O sexo e a sexualidade em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana TT - Sex and sexuality in people living with human immunodeficiency virus. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 10, n. 5, p. 377–383, 2012.

TELLEGEN, T. Atualidades em Gestalt Terapia. In: SUMMUS (Ed.). **As psicoterapias hoje: algumas abordagens**. São Paulo: [s.n.]. p. 20–28.

TUNALA, L. et al. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In:_____.**Tá difícil de engolir?** São Paulo: NEPAIDS, 2000. p. 83–114.

UNAIDS. **Joint United Nations Program on HIV/AIDS**, p. 1–248, 2017.

UNAIDSBRASIL. **Prevenção Combinada**. Disponível em: <<https://unaid.org.br/prevencao-combinada/>>. Acesso em: 15 set. 2017a.

_____. **Estigma e discriminação**. Disponível em: <<https://unaid.org.br/estigma-e-discriminacao/>>. Acesso em: 15 out. 2017b.

VERGARA, S. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIDAL, M. **Ética da sexualidade**. São Paulo: Loyola, 2002.

VU, L. et al. Disclosure of HIV status to sex partners among HIV-infected men and women in cape town, South Africa. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 1, p. 132–138, 2012.

YONTEF, G. M. **Processo, Diálogo e Awareness**: ensaios em Gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 1998.

APÊNDICE A - Produto Final I da Dissertação: Estratégia terapêutica de intervenção grupal com os pacientes do programa IST/aids e hepatites virais.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPHIV/HV**

Superando os desafios de amar com HIV

Carla Machado Alegria

Sob orientação da Professora
Ludmila dos Santos Guimarães

E Coorientação da Professora
Elisa da Conceição Rodrigues

**Rio de Janeiro
2018**

INTRODUÇÃO

A estratégia terapêutica grupal de intervenção com os pacientes baseia-se no sentido de intervenção, entendido por Lima Filho (2002), como um ato de trabalho que incide sobre a vida do cliente e se torna terapêutico quando for capaz de promover mudanças, engendrar novidades e permitir a integração à consciência de aspectos da experiência antes não disponíveis a esta.

Essa estratégia de intervenção é a formação de grupo temático terapêutico que faça a interface da Gestalt-terapia com a metodologia de pesquisa qualitativa denominada grupo focal. Nela, a ênfase está na interação grupal, baseada em tópicos oferecidos pelo pesquisador que possibilitam aos participantes *insights* sobre temas e comportamentos complexos. (GUI, 2003).

JUSTIFICATIVA

Após terem sido constatadas, por meio desta pesquisa, as dificuldades enfrentadas pelas PVHA no que diz respeito à vida amorosa e à necessidade de um espaço de acolhimento e compartilhamento dessas experiências que proporcione uma ampliação da sua percepção e dos recursos pessoais para enfrentá-las, foi desenvolvida a estratégia de grupos temáticos focais.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Favorecer o desenvolvimento da autoestima e autossuporte na vivência de relacionamentos amoroso-sexuais em pessoas que vivem com HIV/aids.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Oferecer condições aos pacientes de trabalhar seus sentimentos, incertezas e dúvidas por meio do compartilhamento de experiências e possibilitar o aumento da habilidade de enfrentamento e desenvolvimento de ajustamentos criativos frente aos desafios e angústias sentidos por sua condição sorológica na esfera afetivo-sexual da sua vida.

METODOLOGIA:

O grupo será formado por, no mínimo, quatro pessoas, e, no máximo, oito. Serão propostos seis encontros em grupo de duas horas, nos quais serão realizadas sessões de grupo temático. Uma vez formado o grupo, poderá haver desistência,

porém não inclusão de novo membro. Segundo Ribeiro (1999, p. 162), há padrões que são comuns a todo grupo, entre eles, que os grupos serão fechados, compostos idealmente de oito participantes, com sessões de duas a três horas.

No início das sessões, serão oferecidos diversos materiais para expressão criativa. Em seguida, serão apresentadas questões para estimular a autorreflexão e expressão de sentimentos por intermédio de atividades expressivas.

Os temas a serem trabalhados nos encontros serão baseados na conscientização do estigma internalizado, aumento da autoestima e autoconfiança no enfrentamento de desafios na vivência de relacionamento amorosos na condição de soroconvergente para o HIV.

A Gestalt-terapia traz uma grande variedade de recursos terapêuticos, com ênfase na criatividade. Sendo assim, estão disponíveis, para o psicoterapeuta, recursos, como atividades com arte, dramatização, trabalhos corporais, cadeira vazia etc., para facilitar a tomada de consciência e mudança. Essa abundância de metodologias disponíveis facilita o trabalho em locais e situações nas quais é necessário buscar recursos alternativos.

Trazer recursos expressivos para terapia com os pacientes convivendo com HIV/aids é uma forma de respeitar seus limites e fronteiras, ajudá-los a processar traumas, assim como restaurar equilíbrio para o self. (BIEN, 2005).

DESENVOLVIMENTO

No Quadro 1, estão distribuídas as perguntas que serão feitas aos participantes do grupo focal como questões disparadoras.

Quadro 1. Roteiro de questões para o grupo temático (Rio de Janeiro).

Sessões	Pergunta norteadora da sessão
Primeira Sessão	Acolhimento e Estabelecimento do contrato
Segunda Sessão	Como me sinto depois do HIV? Como as pessoas me veem?
Terceira Sessão	Como me sinto em relação a relacionamentos amorosos na minha vida depois do HIV?
Quarta Sessão	Como me sinto em relação ao momento da autorrevelação?
Quinta Sessão	Qual é meu projeto afetivo de vida a partir de agora?
Sexta Sessão	Como você estava se sentindo antes da realização do grupo e como está se sentindo agora com o fechamento dos nossos encontros? O que você vai levar para sua vida dos nossos encontros?

Fonte: O autor, 2018.

Primeiro encontro:

Haverá uma vivência em que cada um passará uma bolinha para o outro, e quem receber dirá o seu nome. Em seguida, a pessoa que recebeu terá que jogar a bolinha, já dizendo o nome do outro. Por último, quem receber terá que jogar a bolinha para uma pessoa, dizendo a ela para quem deve ser jogada a bolinha.

Após estarem descontraídos e com conhecimento dos nomes dos participantes, cada um deles jogará a bolinha para o outro, e quem receber dirá como está se sentindo no momento e o que espera desse encontro.

Depois, haverá um momento de troca e reflexão sobre os sentimentos e expectativas revelados.

Ao final, será feito o contrato verbal, no qual será destacado o compromisso com o sigilo.

Segundo encontro:

Será apresentada uma grande variedade de fotos de revistas e será sugerido aos participantes do grupo que escolham as que expressarem como se sentem depois de terem sido infectados e como as pessoas os percebem. Essas fotos deverão ser coladas em um papel pardo, que terá um risco no meio. Essa divisão os facilitará na reflexão sobre a relação entre a sua autoimagem e o estigma.

Após a colagem, haverá a troca das percepções e sentimentos relacionados à atividade.

Terceiro encontro:

Serão distribuídos papel e tinta para pintura a dedo. Será sugerido que os participantes expressem seus sentimentos em relação a relacionamentos amorosos. Em seguida, cada participante compartilhará as representações da sua expressão artística, seus sentimentos e reflexões.

Quarto encontro:

Será proposta a técnica *role play* (dramatização) na qual eles se escolherão em dupla para viverem a experiência parceiro que revela e do que recebe a revelação do diagnóstico do outro. Em seguida, serão trabalhadas as dificuldades, as alternativas encontradas para concretizar a autorrevelação, as expectativas em relação à reação do outro e a reação que, de fato, houve e os sentimentos

envolvidos. Serão trabalhadas também as opções possíveis para lidar com a situação que foi vivida na representação.

Quinto encontro:

Serão distribuídas caixas de fósforo, cola e lápis de cor. Será sugerido que cada um faça a sua arte, representando o projeto de vida afetivo para sua vida com base nas experiências que foram vividas até este encontro.

Em seguida, haverá a troca de reflexões e sentimentos no grupo.

Sexto encontro:

Serão apresentados materiais diversos de sucatas para colagem. Será sugerido que os participantes expressem, sobre um papel individual, como estão se sentindo depois de tudo o que foi trabalhado nos encontros.

REFERÊNCIAS

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-terapia de curta duração**. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

GUI, R.T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p.135-159, jan. 2003. ISSN 1984-6657. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/7071/6544>>. Acesso em: 19 dez. 2015

Lima Filho, A. **Gestalt e Sonhos**. São Paulo: Summus. 2002.

BIEN, MB. Art therapy as emotional and spiritual medicine for Native Americans living with HIV/AIDS. **J Psychoactive Drugs**. 37(3):281-92.2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16295011>>. Acesso 15 jan. 2015.

APÊNDICE B: Produto Final II da Dissertação: Capacitação para os profissionais integrantes da equipe responsável pelo programa IST/AIDS e hepatites virais.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPHIV/HV**

**Oficinas de capacitação para equipe do programa IST/AIDS e
hepatites virais**

Carla Machado Alegria

Sob orientação da Professora
Ludmila dos Santos Guimarães

E Coorientação da Professora
Elisa da Conceição Rodrigues

**Rio de Janeiro
2017**

INTRODUÇÃO

Apoiando-se no princípio de integralidade, cabe aos profissionais de saúde pública, alinhados ao propósito de humanização do atendimento no SUS, fomentar em suas ações esse princípio, definido, por Pinheiro (2009), como a não redução do cuidado ao aparelho e ao sistema biológico do paciente que busca o serviço de saúde.

Em harmonia com esse fundamento, propõe-se a capacitação por meio da técnica de oficinas, apoiadas em embasamento teórico da Gestalt-terapia. As oficinas oferecerão, aos profissionais, a vivência e o exercício de uma abordagem da relação servidor/usuário que vá além do olhar medicalizante e (não intencionalmente, mas por vezes) fiscalizador, nos termos de Maksud (2009), da intimidade dos pacientes que necessitam de acompanhamento no Programa IST/HIV.

De acordo com Afonso (2003), as oficinas são técnicas de intervenção psicossocial na área de educação em saúde, que possibilitam a superação do caráter vertical de transmissão de conhecimento recorrente nas práticas pedagógicas tradicionais.

É importante que a oficina aconteça num ambiente acolhedor e que a estrutura seja dividida em três etapas: aquecimento, realização do trabalho e fechamento, em que o papel do facilitador é muito importante (SCHMIDT; OSTRONOFF, 1999).

As oficinas temáticas serão utilizadas como instrumento para viabilizar e dinamizar o processo de grupo, de forma a garantir a oportunidade de os participantes reverem os significados que dão ao vírus HIV, às PVHA e aos aspectos da vida das PVHA, por meio de trocas verbais e produções criativas que possam gerar uma visão crítica do próprio conhecimento e também uma produção de autoconhecimento, tornando as oficinas uma prática de caráter terapêutico.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL:

Facilitar a ampliação do contato com a experiência de ser soroconvergente para o HIV, de tal maneira a desenvolverem sentimento empático, afinado às suas vivências e necessidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Desenvolver *awareness* do estigma social relacionado ao HIV/aids e promover o contato dos participantes com a vivência de ser soroconvergente para o HIV (o autoestigma).
- 2) Trabalhar os suportes necessários que a pessoa precisa para conseguir efetuar a autorrevelação, enfatizando a possível interferência de julgamento de valor e de caráter na abordagem profissional.
- 3) Trabalhar a questão da sexualidade das pessoas que vivem com HIV.
- 4) Trabalhar a visão da equipe sobre possibilidades e limites da maternidade e paternidade em PVHA.

JUSTIFICATIVA:

Dada a grande necessidade de os pacientes do Programa IST/aids e Hepatites virais terem espaço para serem acolhidos em suas dificuldades, dúvidas e incertezas em vários aspectos das suas vidas, mostra-se necessário que os profissionais da equipe que os acompanham tenham a oportunidade de conhecer e sentir como é a vida das PVHA, a fim de que possam, sem conceitos a priori, ter uma escuta e intervenção que contribua para o afrouxamento das visões estigmatizantes e restritivas que limitam a existência desses pacientes para viver o amor.

METODOLOGIA:

Serão oferecidas duas oficinas com sete horas de duração. Haverá intervalo de uma hora para almoço.

O material necessário para a sua realização compõe-se de: jornal, revista, cola, tesoura, papel pardo, data-show, recortes de artigos, papel A4, lápis, borracha e caneta.

DESENVOLVIMENTO:

Primeiro encontro:

Primeira atividade: Acolhimento, apresentação para facilitar o entrosamento grupal e contrato.

Segunda atividade: Tema: Como as PVHA são vistas pelos diversos grupos e camadas sociais?

Serão oferecidos recortes de palavras ou frases de jornal, com a função de ativar ideias e reflexões sobre o tema. Será sugerido que as pessoas escolham as que refletem suas impressões e as coleem em papel pardo. Em seguida, será aberto o momento para debates.

Terceira atividade: Tema: Como você se sentiria se fosse soroconvergente para o HIV?

A técnica aplicada será fantasia dirigida. Será sugerido, depois de as pessoas estarem em posição confortável, que elas se imaginem nas seguintes situações de vida:

-Imagine que você está vivendo com HIV. Há quanto tempo? Como está o seu estado físico? Como você se sente emocionalmente em relação às consequências físicas de se viver com HIV?

-Como você se sente em relação à vida social?

-Como você se sente em sua vida profissional?

-Como você se sente quanto a relacionamentos amorosos? E em relação à autorrevelação? Você pode revelar seu diagnóstico ao(à) parceiro(a)? Você pretende revelar? Em que oportunidade?

Após a vivência, os participantes terão um tempo para ficarem mais com os seus sentimentos. Em seguida, relatarão sua experiência para o grupo.

Quarta atividade:

Tema: Quais são as suas posições a respeito da autorrevelação?

Será sugerido que eles formem duplas e escolham, entre eles, quem representará o papel de paciente e quem representará o papel de um profissional que o acolherá e o aconselhará enquanto ele revela suas dificuldades quanto à autorrevelação. Depois da representação, serão debatidas as dificuldades dos pacientes e as formas mais

adequadas de acolhimento. Nessa oportunidade, serão trabalhados os possíveis condicionamentos morais que possam interferir no aconselhamento.

Quinta atividade: Fechamento: Como vocês estão se sentindo após as atividades?

Segundo encontro:

Primeira atividade:

Dividiremos o grupo em pequenos grupos nos quais serão debatidos os seguintes temas:

- O que a pessoa precisa para conseguir fazer a autorrevelação?
- Que consequências emocionais sentem as PVHA por conviverem com o parceiro, mantendo em segredo a sua condição sorológica?

Depois, os grupos apresentarão suas opiniões no grupo maior. Na oportunidade do debate, serão apresentadas, em data-show, as leis dentro e fora do Brasil quanto à autorrevelação. Serão também apresentados recortes de artigos, expondo as necessidades emocionais e de aconselhamento profissional por parte dos pacientes para se sentirem mais confortáveis acerca da sua posição.

Segunda atividade:

Tema: Como as PVHA vivem a sexualidade?

Serão distribuídos pedacinhos de papel constando recorte de relatos de pacientes (não identificados), apresentando suas dificuldades. Cada participante lerá o seu, e discutiremos em grupo.

Terceira atividade:

Tema: Como vocês percebem as possibilidades de maternidade e paternidade na vida das PVHA?

Será sugerido debate no grupo sobre o tema. O facilitador ficará atento para levantar reflexões, caso haja a emergência de possíveis preconceitos. Em seguida, serão apresentadas em data-show, orientações do Programa Nacional de IST/aids e orientação de encaminhamento para lavagem de esperma no Rio de Janeiro.

Quarta atividade:

Tema: O que você, sendo reagente ao HIV, diria para os profissionais de saúde?

Serão distribuídos papel e caneta para cada participante e sugerido que escrevam (como se fossem um paciente do programa) uma carta para a equipe (com base nas

nossas vivências), na qual expressarão o que lhes deixam satisfeitos e o que lhes falta em seus acompanhamentos profissionais.

Fechamento:

Tema: O que vocês vão levar pra vocês dos nossos encontros?

REFERÊNCIAS

UNAIDS. **Joint United Nations Program on HIV/AIDS**, p. 1–248, 2017.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. **Dicionário de Educação profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>>. Acesso em: 29 set. 2015

MAKSUD, I. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas de práticas. **Physis- Revista de saúde coletiva**, UERJ, v. 19, n. 2, 2009, p. 349-369

SCHMIDT, M. L. S.; OSTRONOFF, V. H. Oficinas de criatividade: elementos para explicitação de propostas teórico-práticas. In: HENRIETTE, T. P. Morato (Org.). **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: Novos Desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 335-344.

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Campo Social, 2003.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO
HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PGHIV/HV

Termo de consentimento livre e esclarecido conforme normas de resolução 466/2012 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Pesquisador Responsável: Carla Machado Alegria /Antônio Macedo D’Acri / Elisa da Conceição Rodrigues

Senhor (a) Paciente,

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Os desafios de amar com HIV: um estudo sobre a vivência de pessoas que vivem com HIV acerca de relacionamentos amorosos” que tem como objetivos: descrever os sentimentos das pessoas que vivem com HIV/aids acerca dos relacionamentos amorosos; analisar as repercussões desses sentimentos na vivência de relacionamentos e identificar os ajustamentos criativos das pessoas que vivem com HIV na vivência de relacionamentos amorosos. A pesquisa será realizada com os pacientes inseridos no Programa de IST/aids e Hepatites Virais no Polo Sanitário Hélio Cruz do Município de São Gonçalo.

As informações coletadas através de entrevistas semiestruturadas irão compor um projeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais que poderá gerar publicações em Congressos, publicação em revista científica e Dissertação de Mestrado.

Se o Senhor(a) concordar participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente uma hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte

do objeto de pesquisa. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

Possíveis danos poderão ocorrer em experiência de constrangimento, pois as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. O valor positivo da pesquisa será obtido no compartilhamento de sentimentos, quando poderá ocorrer o acolhimento por parte da pesquisadora.

Sua entrevista ajudará a outras pessoas que vivem com HIV, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto.

Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

Os possíveis danos poderão ocorrer em experiência de constrangimento na expressão verbal e artística. .

O Senhor (a) poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sendo garantido o prosseguimento do seu tratamento sem nenhum prejuízo.

Será garantido o sigilo e a não publicação da sua identidade.

Este Termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador e a outra fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Hospital Universitário Gaffrée e Guinle com vínculo a Universidade Federal do Rio de Janeiro- UNIRIO através do curso de mestrado profissional em PPGHIV/AIDS com autorização da Coordenação do Programa de IST/aids e Hepatites virais da Fundação Municipal de Saúde de São Gonçalo. Em caso de dúvida você poderá entrar em contato com a mestrandia Carla

Machado Alegria pelo email alegriamcarla@gmail.com ou com o orientador Dr. AntônioMacedo D’Acri pelo email:antoniodacri@gmail.com ou com Dra. Elisa da Conceição Rodrigues pelo email:elisadaconceicao@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____
RG nº _____ declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante: _____

Assinatura _____ do _____ pesquisador:

ANEXO A-Termo de Anuência



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO GONÇALO
SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA
COORDENAÇÃO DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS

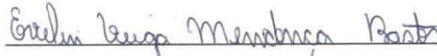


APÊNDICE 2:

TERMO DE ANUÊNCIA

A Coordenação do Programa de IST/AIDS e Hepatites virais da Fundação Municipal de Saúde de São Gonçalo está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Os desafios de amar com HIV: um estudo sobre a vivência de pessoas que vivem com HIV acerca de relacionamentos amorosos" coordenado pelo pesquisador Dr. Antônio Macedo D'Acri, docente da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO e pela pesquisadora Dra. Elisa da Conceição Rodrigues docente da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro desenvolvido em conjunto com a mestranda do Programa de Pós-graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais Carla Machado Alegria, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

São Gonçalo, 25 de abril de 2017.

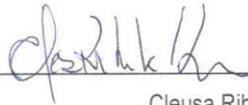


Evelin Mendonça Barros

Evelin Mendonça
Coordenadora
PROGRAMA IST/AIDS
HEPATITES VIRAIS
CRFⁿ 10510 Mat. 118435

Coordenador Do Programa Municipal De Dst/Aids E Hepatites Virais

Matrícula: 118435



Cleusa R. da S. Lima
Diretora - PSHC
Mat. 110111

Cleusa Ribeiro da Silva Lima

Diretora do Pólo Sanitário Hélio Cruz

Matrícula: 110111



Rua da Concórdia, s/n Alcântara - São Gonçalo - RJ
Telefone da Coordenação: 2624-5756

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

CARLA MACHADO ALEGRIA - Pesquisador | V3.2

Cadastros Sua sessão expira em: 38min 28

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA 

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os desafios de amar com HIV: um estudo sobre a vivência de pessoas que vivem com HIV acerca de relacionamentos amorosos
Pesquisador Responsável: CARLA MACHADO ALEGRIA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 69944517.6.0000.5258
Submetido em: 19/06/2017
Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO
Situação da Versão do Projeto: **Aprovado**
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_920818

+ DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

+ LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

+ HISTÓRICO DE TRÂMITES