

Representações sobre sexualidade de pessoas diagnosticadas tardiamente com a infecção pelo HIV

Representations about sexuality of people diagnosed late with HIV infection

Representaciones sobre la sexualidad de personas diagnosticadas tardiamente con infección por VIH

Luana Carla Santana Ribeiro^I

ORCID: 0000-0003-3485-3100

Maria Imaculada de Fátima Freitas^{II}

ORCID: 0000-0002-0273-9066

Mirian Santos Paiva^{III}

ORCID: 0000-0003-4399-321X

^IUniversidade Federal de Campina Grande. Cuité,
Paraíba, Brasil.

^{II}Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte,
Minas Gerais, Brasil.

^{III}Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Ribeiro LCS, Freitas MIF, Paiva MS. Representations about
sexuality of people diagnosed late with HIV infection.

Rev Bras Enferm. 2021;74(6):e20201028.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1028>

Autor Correspondente:

Luana Carla Santana Ribeiro
E-mail: luanacarla_jp@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Rafael Silva

Submissão: 07-10-2020

Aprovação: 29-03-2021

RESUMO

Objetivo: compreender as representações sobre sexualidade de pessoas diagnosticadas tardiamente com a infecção pelo HIV e suas implicações na busca atrasada por diagnóstico.

Métodos: estudo de natureza qualitativa, cujo referencial teórico-metodológico foi a Teoria das Representações Sociais. Realizou-se a pesquisa, com 18 pessoas diagnosticadas tardiamente com a infecção pelo HIV, por meio de entrevista aberta. Para análise dos dados, utilizou-se a Análise Estrutural de Narração, com apoio do *software* MAXQDA 12^o. **Resultados:** representações sobre sexualidade contribuíram para o diagnóstico tardio, tais como, confiança em parceria fixa, relação sexual é natural, sexualidade como tabu, busca pelo prazer na relação sexual, independente dos riscos, negação do risco para infecção pelo HIV. **Considerações finais:** representações sobre sexualidade participam de uma teia de estereótipos e de modos de viver mais arriscados, que contribuem para a descoberta tardia da infecção. A educação em saúde sexual permanece necessária e fundamental ao longo da vida das pessoas.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Diagnóstico Tardio; Sexualidade; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to understand the representations about sexuality of people diagnosed late with HIV infection and its implications in the delayed search for diagnosis. **Methods:** this is a qualitative study, whose theoretical and methodological framework was Social Representation Theory. The research was carried out with 18 people diagnosed late with HIV infection through an open interview. For data analysis, Structural Narration Analysis was used, with support from MAXQDA 12^o. **Results:** representations about sexuality contributed to delayed diagnosis, such as trust in a fixed partnership, sexual intercourse is natural, sexuality as a taboo, search for pleasure in sexual intercourse, regardless of risks, denial of risk for HIV infection. **Final considerations:** representations about sexuality participate in a web of stereotypes and riskier ways of living, which contribute to delayed diagnosis. Sexual health education remains necessary and essential throughout people's lives.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Delayed Diagnosis; Sexuality; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: comprender las representaciones sobre la sexualidad de personas diagnosticadas tardiamente de infección por VIH y sus implicaciones en la búsqueda tardía del diagnóstico.

Métodos: estudio cualitativo, cuyo marco teórico y metodológico fue la Teoría de las Representaciones Sociales. La investigación se llevó a cabo, con 18 personas diagnosticadas tardiamente de infección por VIH, a través de una entrevista abierta. Para el análisis de los datos se utilizó Structural Narration Analysis, con soporte del *software* MAXQDA 12^o. **Resultados:** las representaciones sobre la sexualidad contribuyeron al diagnóstico tardío, como la confianza en una pareja fija, la relación sexual es natural, la sexualidad como tabú, la búsqueda del placer en la relación sexual, independientemente de los riesgos, la negación del riesgo de infección por VIH. **Consideraciones finales:** las representaciones sobre la sexualidad participan en una red de estereotipos y formas de vida más arriesgadas, que contribuyen al descubrimiento tardío de la infección. La educación en salud sexual sigue siendo necesaria y esencial a lo largo de la vida de las personas.

Descritores: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Diagnóstico Tardío; Sexualidad; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico precoce da infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e o início oportuno da terapia antirretroviral (TARV) constituem-se estratégias prioritárias no enfrentamento da pandemia, visando à redução da morbimortalidade, à prevenção de novos casos da infecção e à promoção da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (PVHIV)⁽¹⁻²⁾.

A alta prevalência de pessoas que são diagnosticadas tardiamente e que se apresentam de forma atrasada para os cuidados com a infecção pelo HIV, observada no Brasil e em outros países⁽³⁻⁵⁾, constitui um problema emergencial a ser considerado em resposta à pandemia. Essa problemática configura-se como um fenômeno complexo e multifatorial que, além de se associar a fatores sociodemográficos⁽⁴⁻⁶⁾, socioculturais⁽⁷⁻⁸⁾ e referentes a entraves dos serviços de saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾, relaciona-se a aspectos psicossociais, como subjetividades e representações sobre o HIV/AIDS que influenciam a busca do diagnóstico por pessoas vulneráveis⁽¹¹⁾.

Estudos têm analisado discursos e representações sobre sexualidade de PVHIV e a sua influência no processo de vulnerabilização à infecção, ressaltando-se a confiança na parceria fixa como mediadora de práticas sexuais desprotegidas; a permanência de antigos estereótipos estigmatizantes, como a AIDS relacionada à promiscuidade, à multiplicidade de parcerias sexuais e ao sentimento de vergonha, o que contribui para o não reconhecimento da própria vulnerabilidade; as relações desiguais de poder entre os gêneros nas relações afetivossexuais, que afetam a negociação do uso do preservativo⁽¹²⁻¹³⁾; os discursos e atitudes de masculinidade hegemônica⁽¹⁴⁾; o estigma relacionado à homossexualidade masculina como barreira para realização do teste de HIV⁽¹⁵⁾.

Pesquisa realizada com profissionais de saúde e com idosos apontou aspectos relativos à sexualidade que podem favorecer a ocorrência de diagnóstico tardio da infecção, como a invisibilidade da sexualidade desse público para os profissionais de saúde e a subsequente ausência de diálogo sobre questões durante os atendimentos⁽¹⁶⁾. Entretanto, observa-se uma lacuna na literatura publicada sobre representações da sexualidade de PVHIV e sua possível influência na ocorrência de diagnóstico tardio da infecção, na perspectiva de usuários de saúde em geral.

As representações influenciam o modo de pensar e agir de PVHIV e influenciam sobremaneira as suas trajetórias de vida e suas relações afetivossexuais, sendo também influenciadas por estas. Ressalta-se que as ideias, concepções, discursos e ações relacionadas à sexualidade se constituem nos contextos socioculturais e históricos em que vivem as pessoas⁽¹⁷⁾. Estas constroem, apreendem e introjetam representações sobre sexualidade, ao mesmo tempo em que atuam na permanência ou na modificação destas representações por meio de suas interações.

Desse modo, o seguinte questionamento norteou esta pesquisa: quais as representações sobre sexualidade de pessoas diagnosticadas tardiamente com a infecção pelo HIV e as implicações destas na busca atrasada por diagnóstico?

OBJETIVO

Compreender as representações sobre sexualidade de pessoas diagnosticadas tardiamente com a infecção pelo HIV e suas implicações na busca atrasada por diagnóstico.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Em cumprimento à Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa foi aprovada por Comitês de Ética em Pesquisa. A participação dos sujeitos da presente pesquisa foi respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, com o objetivo de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, os entrevistados foram denominados de E1, E2 e assim por diante, conforme sequência de realização das entrevistas.

Referencial teórico-metodológico

Utilizou-se, como referencial teórico-metodológico, a Teoria das Representações Sociais (TRS) a partir da abordagem crítica⁽¹⁸⁾.

Segundo essa abordagem, as representações são provenientes das diferentes fontes nas relações sociais, e não somente da transformação do conhecimento científico em senso comum, organizando-se em torno de um núcleo profundo, denominadas de representações originais, e persistindo nas experiências pessoais e profissionais. Além desse núcleo central, situam-se elementos periféricos, os quais são flexíveis a mudanças e reformulações. Assim, as representações originais são aquelas mais antigas cronologicamente e que constituem o núcleo estruturante do sistema de representações comungadas mais amplamente. As representações periféricas se relacionam mais à proximidade nas relações com as pessoas que vivem a situação, ou seja, estão infectados pelo HIV⁽¹⁸⁾.

Tipo de estudo

Trata-se de recorte qualitativo de pesquisa de abordagem mista, alicerçado nas abordagens construtivistas da sociologia, norteada e estruturada com referência nos Critérios de Consolidação para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (COREQ).

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

Esta pesquisa foi realizada no estado da Paraíba, pertencente ao Nordeste brasileiro, no qual se observou a ocorrência de 59,1% de diagnóstico tardio da infecção, conforme recorte quantitativo do estudo⁽⁴⁾. Os cenários desta pesquisa foram os Serviços de Assistência Especializada (SAE) e os domicílios de PVHIV diagnosticadas de forma tardia.

Fonte de dados

Realizou-se o estudo com 18 pessoas que foram diagnosticadas com a infecção pelo HIV de forma tardia. A amostra foi alcançada de forma intencional e seu tamanho foi delimitado pela técnica de saturação teórica⁽¹⁹⁾.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: PVHIV em TARV que apresentaram diagnóstico tardio (contagem de LT-CD4+ no momento do diagnóstico inferior a 350 células/mm³) e que forneceram a informação relativa ao número de telefone fixo ou celular, além de anuência para contatos posteriores. Como

critérios de exclusão, assinalam-se: PVHIV que apresentaram diagnóstico tardio da infecção, mas estavam hospitalizados durante o período de coleta dos dados qualitativos e os residentes fora da região metropolitana de João Pessoa.

Coleta e organização dos dados

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista do tipo aberta, cujo roteiro contemplou uma questão central referente à trajetória de vida do participante até o diagnóstico do HIV. Os dados foram coletados, em agosto de 2017, pela pesquisadora responsável com experiência prévia em entrevistas qualitativas, em locais escolhidos pelos entrevistados, que consistiram em suas residências ou no SAE em que são acompanhados. Em ambas as situações, as entrevistas, que tiveram duração média de 22 minutos, foram realizadas em ambiente que proporcionou privacidade aos participantes e após consentimento por escrito. As entrevistas foram gravadas mediante concordância dos entrevistados e, posteriormente, transcritas e validadas por meio de revisão por pares.

Análise dos dados

O método utilizado para análise dos dados foi a Análise Estrutural de Narração⁽²⁰⁾. Este método foi implementado usando como ferramenta o *software* MAXQDA 12, com as funções principais de organização dos textos e de codificação do material empírico. Para o processo de validação da codificação das narrativas no MAXQDA, realizou-se revisão por pares. Como parâmetros para implementar a análise de concordância de intercodificação entre os pares, utilizou-se o percentual de correlação entre os segmentos textuais codificados correspondente a 80% e o índice de Kappa aceitável a partir de 75%.

A partir da análise das narrativas dos entrevistados, desvelaram-se representações que foram organizadas e esquematizadas de acordo com a expressão de densidade e de importância para os participantes e se constituíram em representações originais e periféricas.

RESULTADOS

Todos os participantes do estudo foram diagnosticados de forma tardia, ou seja, com contagem de LT-CD4+ no momento do diagnóstico inferior a 350 células/mm³. Em relação às suas características sociodemográficas, 50,0% deles referiram ser do gênero masculino; 50,0% eram do gênero feminino; 61,1% estavam na faixa etária de 25 a 49 anos no momento do diagnóstico; 77,8% eram pardos; 50,0% eram casados ou em união estável no período do diagnóstico; a maioria (66,7%) professava a religião católica no momento da descoberta da infecção; 50,0% tinham 12 anos ou mais de estudo; 33,3% possuíam baixa escolaridade de 1 a 8 anos de estudo; 72,2% declararam-se heterossexuais; a maioria dos participantes (66,6%) adquiriu a infecção por HIV a partir de relações sexuais com homens⁽¹¹⁾.

A partir da compreensão das representações originais relacionadas à sexualidade de PVHIV, diagnosticadas de forma tardia, foram construídas as seguintes categorias teóricas: *Relação sexual é natural*; *É na adolescência que se inicia a vida sexual*; *Sexualidade*

como tabu; *Confiança em parceria fixa*; *Heterossexualidade: homem é poligâmico e mulher é monogâmica*; *Negação do risco para infecção pelo HIV*. A representação de busca pelo prazer na relação sexual, independente do risco de infecções, permeou todas as demais.

Relação sexual é natural

As narrativas de relações afetivossexuais antes e depois do diagnóstico do HIV revelaram a representação central de que a prática de relações sexuais é natural e integra as diversas fases de vida das pessoas. Derivada desta representação original, surgiu a representação periférica de que o desejo sexual é um impulso natural e incontrollável, que, por sua vez, articula-se à representação também central da busca pelo prazer na relação sexual, independente de infecções ou doenças⁽¹⁷⁾.

[...] eu não sentia nada, eu estava bem, estava só no auge, cada mês eu estava: "Venha, venha!". Todo mês ele vinha, a gente fazia uma brincadeira. A gente brincava, ficava dentro do quarto, às vezes, chegava de oito da manhã e saía de quatro da tarde do quarto. [...] tome festa [...]. Ai, comecei a tomar anticoncepcional, porque o cara só queria sem camisinha. (E6, mulher heterossexual, 38 anos)

Foram várias mulheres na minha vida! E eu trabalhava dentro de fábrica também, saía com muita mulher. Geralmente, fábrica, indústria, tem muita mulher da vida, né? Ai, eu saía com qualquer uma, não tinha uma prevenção e não olhava nada. [...] porque eu achava que incomodava [a camisinha]! [...] eu saía com os colegas, peguei logo uma doença, peguei umas cinco vezes. (E12, homem heterossexual, 59 anos)

É na adolescência que se inicia a vida sexual

A maioria das trajetórias de vida dos participantes da pesquisa revelou o início da vida sexual na fase de adolescência, como um padrão a ser seguido, um provável estereótipo no cotidiano das pessoas.

Eu tive meu primeiro relacionamento com treze anos, aí foi a pessoa que tirou minha virgindade... é, eu casei com ele, né? E passei sete anos com ele. [...] eu via, só que eu não entendia! Pela idade, também, não tinha conhecimento. Só que eu via assim como se prevenir, a camisinha, sempre usar camisinha. Só que não entendia! [...] (E1, mulher heterossexual, 19 anos)

[...] mas, quando foi na base de uns dez anos, eu conheci algo diferente dentro de mim. O meu negócio era, eu desejava assim ter relação com homem [...]. Foi com homem [sexarca]. (E9, homem bissexual, 60 anos)

Eu acho que eu tinha uns dezoito anos. Usei não [preservativo na sexarca] [...]. Ai, eu namorei assim e a gente transou. Ai, pronto, eu fiquei casada, eu passei doze anos casada com o pai dos meus filhos. (E10, mulher heterossexual, 44 anos)

Sexualidade como tabu

A análise das narrativas desvelou a representação central da sexualidade como tabu, para si mesmo e, particularmente, no campo do diálogo das microrrelações.

Minha mãe não sabia, meu pai não sabia. Eu não tinha coragem de contar isso a eles, né? Eu já era uma mulher madura, certa. Já tava com trinta e poucos anos... mas, praticamente, eu não era uma boyzinha, uma pirralhinha. Eu tava sabendo que tava fazendo coisa errada, mas ao mesmo tempo tava gostando, gostando da safadeza. (E6, mulher heterossexual, 38 anos)

[...] mas eu tinha relação com a minha mulher em casa, fui casado e, na rua, quando eu saía, tinha relação com homem também, entendeu? Quando acontecia, acontecia! Eu fiquei aqui me imaginando como era aquilo e eu não queria aceitar aquilo e aquela reação, você sabe! Aquela vontade de fazer com homem também eu não queria. Aquilo me apertava [...]. Eu achava isso horrível pro homem, eu achava feio [...]. (E9, homem bissexual, 60 anos)

Imbricada nesta representação, desvela-se a representação periférica expressa na ausência de diálogo com os pais sobre sexualidade, no silêncio do discurso sexual no contexto familiar.

Meus pais são muito na deles, assim, deixaram que a vida ensinasse, sabe? É, mas foi mais através do colégio mesmo. E com as pessoas mesmo, no dia a dia e fui aprendendo, lendo, indo atrás de informação. (E5, homem homossexual, 37 anos)

A minha mãe é daquelas que não é de conversar, porque a gente acha bom quando a gente tem uma mãe que conversa, explica tudo. [...] ela não era de chegar pra conversar, falar da vida sexual ou de doenças. Nada disso ela fez e, por eu ser muito presa, eu não tinha acesso com pessoas que pudessem conversar essas coisas comigo. [...] aí, eu não era de sair, é tanto que, quando eu fui conhecer o mundo, foi com meus dezessete anos quando eu caí no mundo, o primeiro que eu encontrei, eu me relacionei, fui morar junto. (E14, mulher heterossexual, 24 anos).

Com meus pais, não tive informações, porque eles são meio travados em relação a isso. (E17, homem homossexual, 31 anos)

Como uma das repercussões da sexualidade como tabu, identifica-se a atitude de negação da própria vulnerabilidade ao HIV. Nas falas a seguir, evidencia-se que existe o conhecimento sobre o exame de rastreio, mas não a prática de realizá-lo, por desinteresse ou falta de preocupação, o que reflete o sentimento de invulnerabilidade.

Eu sabia, eu sabia [sobre o exame de HIV]! Mas eu não me interessei não. Eu não sentia nada, eu estava bem, obrigada. (E6, mulher heterossexual, 38 anos)

Eu sabia que existia! Eu sabia que existia o teste, entendeu? Mas eu vou lhe falar, eu não fiz, nunca me interessei em fazer. Agora me interessou na época que eu vi o negócio se aprofundando, que foi o que aconteceu e até chegou esse negócio a ponto de descobrir mesmo. (E9, homem bissexual, 60 anos)

Nunca tinha feito, não! Assim, eu já tinha ouvido falar, mas nunca assim tinha passado pela minha cabeça. Teve até palestras lá na empresa sobre HIV, mas eu nunca me interessei. (E15, homem homossexual, 33 anos)

A representação da sexualidade como tabu também se revela na conduta dos profissionais da saúde:

Eu fazia só o citológico, sabe? Assim, só pra saber se tinha alguma inflamação, escorrimento, ninguém perguntava nada. Assim, quando eu tava com suspeita de gravidez, eu ainda cheguei a fazer, sabe? [...] Mas deu negativo! Aí, depois, eu não fiz mais, não. (E1, mulher heterossexual, 19 anos)

[...] quando um médico vem pedir um exame desse, é porque o cara já tá pra lá de Bagdá mesmo. Pedir pra saber o que é o problema dele, porque, geralmente, o cara não vai dizer: "Eu quero fazer um exame de HIV". (E4, homem heterossexual, 36 anos)

Eu fazia o citológico, fazia colposcopia, que era particular, mamografia, transvaginal sempre eu fiz também, uma vez no ano. [...] nunca tive solicitação de exame de HIV! [...] mas eu sempre falava, assim, eu tinha vontade de fazer, mas eu não sabia onde fazer. Nunca procurei não, eu acho que eu tinha medo, sempre tem muita gente conhecida que trabalha no postinho [...]. (E7, mulher heterossexual, 44 anos)

Confiança em parceria fixa

Uma representação central que marcou a trajetória de vida das PVHIV entrevistadas foi a confiança despendida aos seus parceiros fixos em seus relacionamentos afetivossexuais. Homens e mulheres, em relações heterossexuais ou homossexuais, estabeleceram a atitude de confiança como mediadora da prática rotineira de relações sexuais desprotegidas.

[...] chega um momento que aquela amizade vira um amor sério. Aí eu acredito que preservativo ali não funciona mais não, aí tá aí o problema! [...] ah, acredito que um passa a confiar no outro, né? [...]. (E4, homem heterossexual, 36 anos)

Ainda usava as camisinhas, né? Quando era necessário. Mas só que chegou um, chegou um na minha vida que eu me apaixonei. Amor à primeira vista, gamei! [...] eu confiava nele, ele passava confiança pra mim. [...] sabe quando a pessoa fica cega gostando de uma pessoa? [...]. Quis satisfazer a vontade dele. (E6, mulher heterossexual, 38 anos)

[...] então, assim, depois de muitas pessoas que eu tive relacionamento, mas sempre com muita segurança, eu tive um relacionamento de seis anos e foi aí que abri mão do preservativo, né? [...] e como já fazia muito tempo, ele sempre pedia e eu disse: "não, acho que não tem problema nenhum, acho que faz muito tempo que a gente tá junto, é a pessoa que eu quero mesmo terminar minha vida, quero construir alguma coisa". Então, assim, você acredita em quem mais? Se você confiou em uma pessoa que você amava e depois você sabe de tudo isso, eu beirei a loucura, sabe? [...] (E13, homem homossexual, 31 anos)

Heterossexualidade: homem é poligâmico e mulher é monogâmica

A representação original de que o homem é poligâmico, e a mulher monogâmica, por natureza, surgiu com força considerável nas narrativas dos entrevistados heterossexuais, revelando a intensidade da ancoragem desta representação no imaginário social.

Aí, eu tinha confiança nele, né? Só ia com ele, só que o homem nunca, assim, não se satisfaz com uma mulher em casa, sempre procura outras, aí eu nunca ia pensar isso. Sempre confiava só

nele, eu achava que ele só fazia comigo, aí eu não botava isso na cabeça. E eu perguntava a ele e ele dizia que não saía com ninguém. Aí, pronto, quando eu me separei, eu descobri que tava com isso. (E1, mulher heterossexual, 19 anos)

Porque eu achava assim, por lá fora ele ser uma pessoa da vida, eu achei que ele se prevenia. [...] ele tinha a esposa em casa, vivia lá fora pra se envolver com outras mulheres, mas aí ele se prevenia, mas era o contrário, a gente é o que a gente vê. A maioria das esposas pega do marido. (E7, mulher heterossexual, 44 anos)

[...] mas até mesmo porque ele era muito machista, assim, quando a gente começou a se envolver não queria usar. [...] a gente usava depois de muita briga, depois de muita briga. Porque, assim, eu queria e ele não. [...] a gente discutia e, como, na época, eu era muito submissa, aí tinha vez que usava, tinha vez que não. (E14, mulher heterossexual, 24 anos)

Negação do risco para infecção pelo HIV

Uma das representações periféricas que sustentaram a permanência da negação do risco na vivência dos sujeitos foi o sentimento de invulnerabilidade.

Ah, eu sabia! O pessoal me dizia que era na relação, mas isso não entrava na cabeça. Agora, depois que eu peguei, foi que eu entrei na realidade [...]. (E4, homem heterossexual, 36 anos)

Sabe por quê? Eu achava que nunca ia acontecer isso comigo. Eu pensei que isso nunca ia acontecer [...]. (E9, homem bissexual, 60 anos)

Ao se sentir invulnerável, associa-se o comportamento sexual de risco ligado ao consumo de álcool.

Na primeira vez [sexarca], eu usei [preservativo]! Só que, como eu tava saindo só com ele, comecei a sair com ele, aí ele não quis usar mais. Aí, eu não me preocupei também. Cabeça virada, bebia também. Aí, nem me preocupei, nem eu e nem ele. (E1, mulher heterossexual, 19 anos)

[...] aí, eu saía muito com os amigos, saía pra beber [...] não tinha uma prevenção e não olhava nada. (E12, homem heterossexual, 59 anos)

DISCUSSÃO

Apreende-se nas narrativas uma contradição entre a vivência livre da sexualidade nas suas várias formas e a preocupação com infecções sexualmente transmissíveis, o que influencia a não utilização do preservativo e, como consequência, ocorre a exposição à infecção pelo HIV, sem a consciência da vulnerabilidade⁽¹⁷⁾.

Tradicionalmente, na sociedade, existe a crença fundamental de que a sexualidade é um impulso natural de força poderosa, que surge na vida das pessoas de um modo ou de outro e que requer repressão e controle, visando à sua proteção ou liberação, com o objetivo principal de autorrealização. A qualidade própria do sexo como algo natural é um dos elementos ideológicos centrais das concepções liberal e conservadora referentes à conduta sexual⁽²¹⁾.

Pesquisas apontam que, a despeito do conhecimento sobre formas de prevenção de IST/HIV, como a utilização de preservativo

nas relações sexuais, questões subjetivas e representações influenciam a decisão de não usá-lo, tais como a imprevisibilidade do intercurso sexual⁽²²⁾, que revela a representação do sexo como um desejo com força de difícil controle e a diminuição do prazer intenso e natural, que se espera da relação sexual sem proteção, deslegitimando a utilização do preservativo, apesar de possíveis consequências, como a transmissão de infecções ou doenças e a gravidez indesejada⁽²³⁻²⁵⁾.

Em relação à representação de que a vida sexual deve, necessariamente, começar durante a adolescência, sabe-se que essa prática tem sido roteirizada na cultura ocidental desde a modernidade. O início da vida sexual ocorre, geralmente, na fase de adolescência, mas de modo diferenciado entre as pessoas, pois cada uma é influenciada por seu contexto familiar, socioeconômico e cultural de vida, assim como pelas representações introjetadas e compartilhadas nos grupos sociais sobre a dinâmica das relações afetivossexuais, o sexo e a sexualidade. De forma geral, para as mulheres, a relação sexual é permeada por representações vinculadas ao amor e ao prazer, enquanto que, para os homens, ocupam a centralidade das representações, a busca pelo prazer físico e a prática de sexo com muitas parceiras ao longo da vida⁽²⁵⁾.

Ressalta-se que foi comum a não utilização de preservativo na sexarca, representando, para estes indivíduos, o começo de uma vida marcada pela vulnerabilização ao HIV. O início cada vez mais precoce da vida sexual favorece a exposição ao HIV e a outras IST, devido à imaturidade própria dos adolescentes que trazem, em seu âmago, o desejo por novas experiências sem pensar nas consequências e a construção da autoidentidade. Soma-se a isso a falta de diálogo com os pais sobre sexualidade e a abordagem insuficiente da temática na escola e nos serviços de saúde⁽¹⁷⁾. Saliencia-se, ainda, a influência das mídias sociais na construção da autoidentidade dos adolescentes⁽²⁶⁾, de suas representações sobre sexualidade e na roteirização de sua vida sexual e de suas relações interpessoais⁽²⁷⁾. O começo precoce da vida sexual no período de adolescência, como aspecto que contribui para a vulnerabilidade ao HIV e outras IST, também foi pontuado em outros estudos^(25,28-31).

As atitudes e hábitos sexuais começam na adolescência, no início da vida sexual, consolidam-se nas experiências e persistem no decorrer das trajetórias de vida, sendo necessário que a percepção das próprias vulnerabilidades e a prática de relações sexuais protegidas sejam enfatizadas desde essa etapa da vida. Observa-se, frequentemente, que o conhecimento sobre as IST e formas de prevenção são apreendidos, de maneira inadequada, pelos adolescentes, que expressam informações errôneas, repletas de crenças e mitos. Desse modo, avaliar as concepções, atitudes e práticas em relação ao HIV de adolescentes auxilia a elaboração de estratégias de prevenção apropriadas para este público⁽²⁸⁾.

As barreiras de compreensão e de abordagem da sexualidade ocorreram, primariamente, em uma dimensão intraindividual, conduzindo a contradições entre as próprias ideias e discursos sexuais e as ações sexuais. Assim, engendram-se tabus, sobretudo, de interdição de se falar de sexo, de ter desejos que não se enquadram em parceria tida como de padrão normativo – homem/mulher, de expressar dúvidas, entre tantos outros.

A contradição histórica entre vida pública e vida privada permeia o cotidiano social e influencia o modo de pensar e agir dos

indivíduos. A despeito da ampla difusão de informações sobre sexo e sexualidade e das transformações ocorridas no cotidiano das práticas sexuais na contemporaneidade, as pessoas continuam moldando seus discursos mediante o que a sociedade considera moralmente correto ou aceito, o que é fortemente influenciado pela cultura e religião nos seus contextos de vida. No Brasil, existe uma grande influência dos preceitos cristãos, naquilo que a sociedade institui como condutas corretas na área da sexualidade, tais como a valorização da relação monogâmica e conjugal e a heterossexualidade como padrão correto de comportamento sexual. Em algumas das narrativas, surgiu, ainda, a representação da própria homossexualidade como tabu, o que conduziu, em dados momentos, à vivência de relações heterossexuais como forma de encobrimento do desejo sexual por pessoas do mesmo sexo.

Evidencia-se, desse modo, a persistência de um fosso entre o discurso individual sobre sexualidade e a própria conduta sexual. Esse distanciamento se desdobra na dificuldade de se compreender e dialogar com outros acerca da própria sexualidade. Estes outros, pertencentes às microrrelações dos sujeitos, podem ser parentes, amigos, parceiros afetivossexuais ou ainda educadores ou profissionais de saúde.

As pessoas iniciam sua vida sexual, precocemente, muitas vezes, no início da adolescência, e frequentemente sem nunca terem dialogado com os pais ou responsáveis no seu núcleo familiar sobre sexo, identidade de gênero ou sexualidade. Apesar das mudanças culturais das últimas décadas, ainda é comum o silêncio de muitos pais sobre essas temáticas, os quais transferem a responsabilidade de educação sexual para as escolas. Além do exposto, conforme muitos discursos, o aprendizado da sexualidade acontece, geralmente, a partir das próprias experiências, do cotidiano das amizades e do acesso a informações das mídias sociais.

Sabe-se que os adolescentes que recebem o suporte adequado de seus responsáveis apresentam níveis estatisticamente mais elevados de atitudes de prevenção e menos comportamentos de risco⁽²⁸⁾. Pesquisa desenvolvida com adolescentes identificou que alguns deles não sentiam falta de diálogo com os pais sobre sexualidade devido ao sentimento de vergonha, o que os motivou a buscar conhecimentos com os amigos, pela internet ou com profissionais de saúde⁽³⁰⁾. Conforme resultados da pesquisa referida, as amizades são consideradas pelos adolescentes uma das principais fontes de informações sexuais ou, pelo menos, a origem delas, por serem seus pares, com enfoque no ato sexual e muito pouco sobre as formas de prevenção.

Desse modo, os adolescentes vivenciam sua sexualidade sem estarem preparados e conscientes sobre os desafios das relações íntimas, não sabendo lidar com os próprios sentimentos e dos seus parceiros. Além disso, não possuem a autopercepção dos riscos das relações sexuais desprotegidas e de suas vulnerabilidades ao HIV e outras IST, a qual deveria ser construída no começo do seu intercurso sexual. Essa ausência de percepção sobre as próprias vulnerabilidades contribui para uma atitude de contínua negação do risco para infecção pelo HIV e, conseqüentemente, para a possível exposição ao vírus em decorrência de relações sexuais desprotegidas e subsequente diagnóstico atrasado da infecção devido à falta de rastreamento.

Os resultados mostram que ter a informação de que existe um exame para detectar o HIV não é suficiente para a implementação

dessa medida de prevenção pelo usuário, sendo necessária a conscientização da vulnerabilidade, que requer a (re)construção de novas representações sobre a sexualidade, o HIV e a AIDS.

Além da ausência de percepção de vulnerabilidade ao HIV, que conduz à atitude de não rastreamento do vírus, ressalta-se que, apesar das pessoas serem atendidas nos serviços de saúde por diversos motivos, os profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção, particularmente na Atenção Primária à Saúde (APS) e em nível ambulatorial, não realizam, muitas vezes, a solicitação do exame de HIV de forma oportuna, além de não dialogarem sobre a sexualidade dos usuários de saúde.

O exame de HIV, muitas vezes, é solicitado apenas mediante o adoecimento suspeito do usuário, revelando um diagnóstico atrasado, ou como rotina de pré-natal, segundo protocolo do Ministério da Saúde (MS). Tal fato ocorre provavelmente pela falta de diálogo dos profissionais de saúde com os usuários sobre sexualidade, resultante de um cuidado fragmentado, centrado na doença e essencialmente curativista. Essa fragmentação da atenção à saúde é explícita no caso do Programa de Saúde da Mulher da APS no Brasil, que recomenda, dentre outras medidas, a realização periódica do exame citopatológico. Geralmente, a consulta que deveria considerar a mulher na sua integralidade, inclusive na sua sexualidade, independentemente da faixa etária, restringe-se à coleta do exame e ao exame de mamas. Seria por meio de uma abordagem dialógica que o profissional identificaria, por exemplo, a prática de relações sexuais sem preservativo e solicitaria o exame de HIV de forma preventiva, visando um possível diagnóstico oportuno da infecção. O diálogo também oportunizaria o compartilhar de informações sobre sexo e sexualidade e conduziria o processo de conscientização das vulnerabilidades ao HIV e a outras IST.

Os discursos expressaram, ainda, representações fortes sobre a confiança existente em um relacionamento estável, que consiste em acreditar que o(a) parceiro(a) é fiel e monogâmico(a), ou seja, não é capaz de se envolver em relações casuais com outras pessoas. Isto ocasiona no indivíduo que confia o sentimento de segurança e de proteção, inclusive contra o HIV e outras infecções. Implícita a esta representação, concebe-se a ideia de que o(a) parceiro(a) atual não possui o vírus, manifestando na atitude de negação da vulnerabilidade.

Evidenciam-se, ainda, traços de ideologia do amor romântico, roteirizado socialmente, permeado simbolicamente por expectativas de romance duradouro e de que o outro é a pessoa certa, para estabelecer uma relação amorosa, na qual se pressupõe exclusividade sexual. A confiança, essencialmente, é uma atitude legítima nas relações interpessoais, porém, quando cega, perde sua legitimidade nas interações sociais⁽³²⁾.

No decorrer das narrativas, fica claro que esta confiança na parceria fixa é tão devota que direciona a pessoa à projeção de uma relação afetivossexual livre de riscos, com a idealização de que o parceiro tem o corpo "limpo", sem doenças ou infecções e, assim, livre do HIV. Revela-se, desse modo, a representação de que relação sexual com parceiro fixo e sem preservativo é "legítima", o que expressa a naturalização do sexo desprotegido em relacionamento estável ou duradouro.

O amor romântico pressupõe a idealização do ser amado e uma conexão psíquica, um encontro de almas em que o outro

preenche um vazio do indivíduo, tornando-o completo. Vincula-se, desse modo, à questão da intimidade e à autoidentidade. Este tipo de amor se expressa pelo apoio no outro e por sua idealização, assim como se projeta para o futuro, desvelando a qualidade sonhadora do romance. Além disso, é necessariamente monogâmico, no qual se idealiza a fidelidade do parceiro quanto à sua exclusividade sexual e afetiva⁽³³⁾.

A atitude de confiança na parceria afetivossexual como fator de proteção ao HIV/aids, como mediadora do sentir-se invulnerável à infecção e, por conseguinte, como motivadora da não utilização ou do uso inconsistente de preservativo nas relações sexuais, também foi evidenciada em outros estudos^(23-24,34-35).

Geralmente, em relacionamentos estáveis monogâmicos, a prática de relações sexuais protegidas se limita ao início dos relacionamentos e, à medida que se passa o tempo, a capacidade de negociar a utilização de preservativo diminui, ocorrendo o abandono de seu uso^(22,24). Essa prática acontece desde o início da vida sexual na adolescência⁽³⁶⁾, compreendendo-se que as representações da sexualidade e de gênero são introjetadas desde essa fase da vida, tornando-se centrais nas trajetórias dos indivíduos.

A atitude de confiança em parceria estável pode, assim, contribuir para a não utilização de preservativo nas relações sexuais, bem como para a não realização de rastreamento periódico do vírus após essas relações desprotegidas, corroborando para uma descoberta atrasada da infecção por HIV.

Na análise da confiança em parceria fixa como mediadora do não reconhecimento da própria vulnerabilidade ao HIV, ressalta-se que a atitude de confiar no parceiro não possui, necessariamente, os mesmos fundamentos para homens e mulheres. Para os homens, a confiança na parceira significa a convicção em sua fidelidade total; em contraponto, para as mulheres, a confiança não se refere, de forma restrita, a acreditar na exclusividade de relações sexuais, mas também na crença de que seu parceiro não a colocaria em risco, estabelecendo relações extraconjugais sem preservativo⁽²⁴⁾.

No campo das relações afetivas e da sexualidade, as questões de gênero possuem grande influência na dinâmica dos relacionamentos, especialmente na definição de papéis do homem e da mulher nas relações heterossexuais. As representações tradicionais da sexualidade masculina e feminina se fundamentam na dicotomia extremamente oposta da natureza biológica e incontrolável da sexualidade masculina, por um lado, e da natureza "espiritual", psicológica e controlável da sexualidade feminina, por outro lado, essa intensamente vinculada aos ideais de amor romântico⁽³⁷⁾.

Nesse sentido, o comportamento infiel e poligâmico de muitos homens é explicado, por esses, como uma estratégia de manter sempre seus desejos sexuais satisfeitos, uma vez que, estabelecendo relações sexuais com múltiplas parceiras, quando uma se recusa ao ato sexual, a outra aceita. Além disso, a conduta de exclusividade sexual em uma relação de conjugalidade pode ser ameaçada mediante conflitos conjugais e as experiências de "tentações", quando ocorrem oportunidades de prática de sexo com outras mulheres consideradas "bonitas", sendo a recusa considerada uma negação da própria masculinidade. Assim, o senso de poder nas relações entre homens e mulheres, assim como a busca por novas emoções, são explicações dadas por homens para justificar sua poligamia⁽³⁸⁾.

Os comportamentos de homens e mulheres são definidos pelos papéis sociais construídos em sua sociocultura, como representações que se tornam estereótipos ou verdades sociais que permanecem ao longo do tempo. Em relação à sua sexualidade, determinou-se, historicamente, que não cabe à mulher a pertença de seu próprio corpo e o domínio da sua sexualidade, mas cabe ao homem, considerado como o sexo forte da relação. Desse modo, não obstante as transformações ocorridas na sociedade nas últimas décadas, evidenciam-se marcas dessas representações da masculinidade hegemônica, possibilitando aos homens o desfrutar de uma sexualidade irrefreável, com múltiplas parceiras sexuais⁽³⁶⁾.

O fato de o homem recusar a utilização do preservativo ou de a parceira consentir no sexo desprotegido foi recorrente em muitas histórias de vida dos participantes do estudo. Outros estudos também verificaram dificuldades de negociação de utilização do preservativo nas relações sexuais, com o homem concentrando em si o poder de decisão final, que, muitas vezes, é a negativa, e a mulher se submetendo à decisão masculina para não decepcionar o parceiro ou prejudicar a experiência sexual com o imaginado sentimento de desconfiança (atrelado à atitude de querer proteger-se) ou por não desejar ser "culpada" pela diminuição ou pela dita falta de prazer, advindas do ato sexual protegido^(24,30).

Interpreta-se que, apesar de existir, no imaginário das mulheres, a representação de que homem é poligâmico, nas suas experiências relacionais, prevalece a confiança na fidelidade do homem que é seu parceiro amoroso ou, ao menos, a certeza de que o mesmo preserva a "mulher de casa", relacionando-se com preservativo com a "mulher da rua". Em ambas as situações, as representações de que o homem parceiro é confiável e, de forma idealizada, está livre de doenças ou infecções como o HIV, engendram nas mulheres a decisão de manter relações sexuais desprotegidas, sem consciência de sua vulnerabilidade ao HIV. Tal fato corrobora a busca atrasada por diagnóstico.

A representação original de negação do risco para infecção pelo HIV ocupou a centralidade das trajetórias de vida das PVHIV entrevistadas. O não reconhecimento da própria vulnerabilidade ao HIV está implicado em todas as demais representações e influenciou sobremaneira a busca atrasada por diagnóstico, tendo em vista que as pessoas se relacionaram sexualmente sem preservativo ao longo de sua vida, expondo-se à infecção, mas não cogitaram realizar o rastreamento após estas relações desprotegidas⁽¹⁷⁾.

Sentir-se invulnerável revela que as pessoas acreditavam que estavam no controle de suas vidas e que suas atitudes não poderiam lhes causar dano, como a infecção pelo HIV. Manifesta-se, dessa maneira, uma disjunção entre o conhecimento sobre a transmissão sexual do vírus e a consciência individual de vulnerabilidade, permeada por outras representações da AIDS, como a de doença estereotipada que acomete apenas o outro⁽¹¹⁾. O sentimento de invulnerabilidade intensifica, na realidade, o processo de vulnerabilização à AIDS. Pesquisas realizadas sobre a autopercepção de risco para o HIV identificaram que mais da metade das pessoas investigadas não se consideravam vulneráveis à infecção ou se consideravam em baixo risco^(31,39).

A autopercepção de invulnerabilidade ao HIV é fortemente influenciada pelo desenvolvimento de ilusões positivas,

principalmente o otimismo irrealista sobre o futuro e a ilusão de controle sobre os acontecimentos negativos, inclusive as doenças⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. Esta invulnerabilidade ao HIV se relaciona diretamente à ausência de práticas preventivas no comportamento sexual, como o uso do preservativo nas várias atividades sexuais e o rastreamento do vírus pós-exposição, o que predispõe as pessoas a uma descoberta tardia de sua infecção.

Nas narrativas, as pessoas apresentaram a falta de atitudes de prevenção na prática de relações sexuais devido ao consumo de bebidas alcoólicas. O uso de bebidas alcoólicas contribuiu para que os entrevistados assumissem a prática de sexo desprotegido, movidos pelo sentimento de despreocupação e pela perda de bom senso ocasionada pelo abuso de álcool. Neste sentido, as relações sexuais aconteciam livremente, motivadas pela busca intensa do prazer, independente das consequências. Estudos apontaram a associação entre abuso de bebidas alcoólicas e a utilização inconsistente de preservativo, fator de risco mais relevante para a transmissão sexual do HIV^(39,42). Pesquisa pontuou que aproximadamente metade e um terço da amostra, respectivamente, referiu ter praticado sexo sob a influência de álcool ou maconha, e que os homens eram mais propensos à prática de relações sexuais envolvendo o uso de álcool ou drogas⁽⁴³⁾. O abuso de bebidas alcoólicas é um dos aspectos relacionados à apresentação tardia das pessoas aos cuidados com a infecção pelo HIV⁽⁸⁾.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, considera-se o fato de os participantes representarem apenas as pessoas que foram diagnosticadas de forma atrasada nos serviços de saúde, não sendo incluídos aqueles que descobriram a infecção pelo HIV de maneira oportuna. Desse modo, sugere-se a realização de novos estudos que abranjam esse público, além de pesquisas que considerem a perspectiva de profissionais de saúde e de gestores de todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde.

Contribuições para a área da saúde e enfermagem

Os resultados deste estudo proporcionaram um conhecimento mais aprofundado desse grave problema de saúde pública, que é o diagnóstico tardio do HIV; assim, espera-se que contribuam para o delineamento de novas estratégias e políticas que visem o diagnóstico oportuno da infecção. Além disso, os achados podem

conduzir os profissionais da saúde e enfermagem à reflexão e à mudança de suas práticas, no que se refere à abordagem dialógica da sexualidade nos atendimentos e à (re)construção de novas representações sobre a sexualidade e o HIV/AIDS que favoreçam o diagnóstico precoce.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelaram representações relativas à sexualidade e às vivências de relações afetivossexuais, que foram centrais nas trajetórias de vida de PVHIV e influenciaram a descoberta tardia da infecção. Apesar de existirem questões de gênero que interferiram na decisão de praticar relações sexuais desprotegidas, relacionadas principalmente a concepções e comportamentos de masculinidade hegemônica, tanto homens quanto mulheres escolheram praticar relações sexuais sem preservativo, motivados pela representação de busca pelo prazer na relação sexual ou de amor romântico, independentemente do risco de infecções, o que se destacou pela forte ancoragem no imaginário social e pela centralidade na vivência da sexualidade.

As narrativas evidenciaram ainda que o processo de (in)vulnerabilização ao HIV ocorreu no período de adolescência, revelando a representação da sexualidade como tabu, desvelada no silenciamento em âmbito familiar, ou em sua abordagem superficial e normativa no cotidiano dos serviços de saúde. Na dimensão relacional, salienta-se a atitude de confiança na vivência de relacionamentos estáveis, que contribuiu para a não utilização de preservativo nas relações sexuais, assim como para a não realização de rastreamento periódico do vírus após essas relações desprotegidas, corroborando a descoberta atrasada da infecção por HIV.

A ausência de percepção da própria vulnerabilidade ao HIV/AIDS, associada à naturalização do sexo sem preservativo, como sinônimo de liberdade e de prazer intenso, e à atitude de confiança em parceria fixa, contribuiu para que as pessoas descubram tardiamente seu estado sorológico, prolongando o período de transmissibilidade do vírus na comunidade.

Salienta-se como principal consequência da ausência de percepção de vulnerabilidade individual a não realização de ações de prevenção primária e secundária, como a utilização de preservativo nas relações sexuais e o rastreamento periódico do vírus após as situações de exposição. Esses fatores contribuem, conjuntamente, para que os indivíduos susceptíveis não descubram sua soropositividade de forma precoce, incorrendo no diagnóstico tardio da infecção.

REFERÊNCIAS

1. Op de Coul ELM, van Sighem A, Brinkman K, van Benthem BH, van der Ende ME for the ATHENA national observational HIV cohort, et al. Factors associated with presenting late or with advanced HIV disease in the Netherlands, 1996–2014: results from a national observational cohort. *BMJ Open*. 2016;6:e009688. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009688>
2. Lifson AR, Grund B, Gardner EM, Kaplan R, Denning E, Engen N, et al. Improved quality of life with immediate versus deferred initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *AIDS*. 2017;31(7):953-63. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001417>
3. Valentini MB, Toledo MLG, Fonseca MO, Thiersch LMS, Toledo ISB, Machado FCJ, et al. Evaluation of late presentation for HIV treatment in a reference center in Belo Horizonte, Southeastern Brazil, from 2008 to 2010. *Braz J Infect Dis*. 2015;19(3):253-62. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2015.01.005>
4. Ribeiro LCS, Freitas MIF, Tupinambás U, Lana FCF. Late diagnosis of Human Immunodeficiency Virus infection and associated factors. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3342. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4072.3342>

5. Mocroft A, Lundgren JD, Antinori A, Monforte Ad, Brännström J, Bonnet F, et al. Late presentation for HIV care across Europe: update from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study, 2010 to 2013. *Euro Surveill*. 2015;20(47):pii=30070. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.47.30070>
6. Sobrino-Vegas P, Moreno S, Rubio R, Viciano P, Bernardino JI, Blanco JR, et al. Impact of late presentation of HIV infection on short-, mid-and long-term mortality and causes of death in a multicenter national cohort: 2004–2013. *J Infect*. 2016;72(5):587-96. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2016.01.017>
7. Beyene MB, Beyene HB. Predictors of Late HIV Diagnosis among Adult People Living with HIV/AIDS Who Undertake an Initial CD4 T Cell Evaluation, Northern Ethiopia: a case-control study. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140004. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140004>
8. Yadav UN, Chandrasekharan V, Guddattu V, Gruiskens J. Mixed method approach for determining factors associated with late presentation to HIV/AIDS care in southern India. *J Postgrad Med*. 2016;62(3):173-77. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.183169>
9. Joore IK, Arts DL, Kruijer MJ, van Charante EPM, Geerlings SE, Prins JM, et al. HIV indicator condition-guided testing to reduce the number of undiagnosed patients and prevent late presentation in a high-prevalence area: a case-control study in primary care. *Sex Transm Infect*. 2015;91:467-72. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052073>
10. Gargallo-Bernad C, Sangrós-González FJ, Arazo-Garcés P, Martínez-Álvarez R, Malo-Aznar C, Gargallo-Bernad A, et al. Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;37(2):100-08. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.03.007>
11. Ribeiro LCS, Giami A, Freitas MIF. Representations of people living with HIV: influences on the late diagnosis of infection. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03439. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018009703439>
12. Lobo ALSF, Santos AAP, Pinto LMTR, Rodrigues STC, Barros LJD, Lima MGT. Representações sociais de mulheres frente à descoberta do diagnóstico do HIV. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2018;10(2):334-42. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.334-342>
13. Nemer CRB, Sales BLD, Ranieri BC, Lemos LL, Santos ISR, Pena FPS, et al. HIV e teste rápido: representações sociais. *Rev Enferm UFPE*. 2019;13:e239280. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239280>
14. Sivhabu V, Visser M. Constructions of sexuality and HIV risk among young people in Venda, South Africa: implications for HIV prevention. *Afr J AIDS Res*. 2019;18(2):158-67. <https://doi.org/10.2989/16085906.2019.1630449>
15. Mora C, Brigeiro M, Monteiro S. A testagem do HIV entre “HSH”: tecnologias de prevenção, moralidade sexual e autovigilância sorológica. *Physis*. 2018;28(2):e280204. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280204>
16. Alencar RA, Ciosak SI. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1140-46. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370>
17. Ribeiro LCS, Freitas MIF. Representações sobre sexualidade de pessoas vivendo com HIV e o diagnóstico atrasado da infecção [Internet]. In: Silva DGV, Ramos FRS, Girondi JBR, Cunha K, Verdi M, Finkler M, et al., editors. *Anais do VIII Congresso Iberoamericano de Pesquisa Qualitativa em Saúde; 2018 Sep 04-06; Florianópolis (SC):Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2018 [cited 2021 Jun 02]. p. 801-03. Available from: [https://attitudepromo.iweventos.com.br/upload/cartas/files/Anais%20VIII%20CIICS%20FINAL%20WEB\(1\).pdf](https://attitudepromo.iweventos.com.br/upload/cartas/files/Anais%20VIII%20CIICS%20FINAL%20WEB(1).pdf)*
18. Giami A, Veil C. Enfermeiras frente à Aids: representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: Ulbra; 1997. 333 p.
19. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual [Internet]*. 2017 [cited 2020 Feb 10];5(7):01-12. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/315756131>
20. Demazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches; 1997. 350 p.
21. Gagnon JH. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. 456 p.
22. Oltramari LC, Camargo BV. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. *Psicol Estud*. 2010;15(2):275-83. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000200006>
23. Sousa LMS, Silva LS, Palmeira AT. Representações sociais de caminhoneiros de rota curta sobre HIV/AIDS. *Psicol Soc*. 2014;26(2):346-55. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000200011>
24. García S, Berquó E, Lopes F, Lima LP, Souza FM. Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. *Demografia Debate [Internet]*. 2015 [cited 2020 Feb 10];2:417-47. Available from: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/ebook/article/viewFile/59/57>
25. Bezerra EO, Pereira MLD, Chaves ACP, Monteiro PV. Representações sociais de adolescentes acerca da relação sexual e do uso do preservativo. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):84-91. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.45639>
26. Frois E, Moreira J, Stengel M. Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. *Psicol Estud*. 2011;16(1):71-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000100009>
27. Sousa MA. Representações de adolescentes sobre HIV/aids com enfoque na sexualidade e na vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2017. 140 p.
28. Nubed CK, Akoachere JTK. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among senior secondary school students in Fako Division, South West Region, Cameroon. *BMC Public Health*. 2016;16(1):847. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3516-9>
29. Lee Y-H, Salman A, Cooksey-James T. Gender Differences in HIV/AIDS Preventive Self-Efficacy Among Taiwanese Adolescents. *AIDS Educ Prev*. 2016;28(1):77-89. <https://doi.org/10.1521/aeap.2016.28.1.77>

30. Mesquita JS, Costa MIF, Luna IT, Silva AA, Pinheiro PNC. Fatores de risco e de proteção entre adolescentes em relação às DST/HIV/AIDS. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(3):1227-33. <https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201713>
31. Woldeyohannes D, Asmamaw Y, Sisay S, Hailesselassie W, Birmeta K, Tekeste Z. Risky HIV sexual behavior and utilization of voluntary counseling and HIV testing and associated factors among undergraduate students in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health*. 2017;17(121). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4060-y>
32. Petitat A. *Secret et formes sociales*. Paris: PUF; 1998. p. 81-113.
33. Giddens A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. 2 ed. São Paulo: UNESP; 1993. 228p.
34. Yang Y, Wojnar D, Lewis FM. Becoming a person with HIV: experiences of Cambodian women infected by their spouses. *Cult Health Sex*. 2016;18(2):198-210. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1064164>
35. Panarra BACS, Teixeira E, Palmeira IP, Rodrigues ILA, Ferreira AMR. Vítimas e culpadas: representações sociais sobre mulheres que vivem com HIV. *Rev Cuid*. 2017;8(3):1887-98. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.451>
36. Arraes CO, Palos MAP, Barbosa MA, Teles SA, Souza MM, Matos MA. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(6):1266-73. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3059.2363>
37. Giami A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis*. 2007;17(2):301-20. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200006>
38. Pinheiro PNC, Ferreira AGN, Dias FLA, Silva KL, Scopacasa LF, Gubert FA. Relação entre infidelidade e infecção ao HIV/aids na visão de homens heterossexuais. *Cienc Enferm*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug 10];XVIII(3):39-48. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441811005>
39. Baptista CJ, Dourado I, Andrade TM, Brignol S, Bertoni N, Bastos FI, et al. HIV prevalence, knowledge, attitudes, and practices among polydrug users in Brazil: a biological survey using respondent driven sampling. *AIDS Behav*. 2018;22:2089-103. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1812-8>
40. Costa C, Lima ML. O papel do amor na percepção de invulnerabilidade à sida. *Psicologia*. 1998;12(1):41-62. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v12i1.572>
41. Taylor SE, Brown JD. Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychol Bull* [Internet]. 1988 [cited 2018 Aug 10];103(2):193-210. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.385.9509&rep=rep1&type=pdf>
42. Spherhacker RD, Motta LR, Kato SK, Vanni AC, Paganella MP, Oliveira MCP, et al. HIV prevalence and sexual behavior among young male conscripts in the Brazilian army, 2016. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(15):S25-S31. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009014>
43. Marshall BDL, Perez-Brumer AG, MacCarthy S, Mena L, Chan PA, Towey C, et al. Individual and partner-level factors associated with condom non-use among African American STI Clinic Attendees in the Deep South: an event-level analysis. *AIDS Behav*. 2016;20(6):1334-42. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1266-9>