



**ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV:
A BUSCA DE SENTIDO NA PERSPECTIVA DA LOGOTERAPIA**

Mariane Birk

Caxias do Sul, 2019

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE PSICOLOGIA

**ADOLESCENTES COM HIV:
A BUSCA DE SENTIDO NA PERSPECTIVA DA LOGOTERAPIA**

Trabalho apresentado como requisito para
aprovação na disciplina PSI0519 – Trabalho de
Conclusão de Curso II, sob orientação da Profa.
Dra. Rossane Frizzo de Godoy.

Mariane Birk

Caxias do Sul, 2019

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	4
INTRODUÇÃO	5
OBJETIVOS	7
Objetivo Geral	7
Objetivos específicos	7
REVISÃO DE LITERATURA	8
Adolescência: conceitos e perspectivas	8
A história do HIV e suas implicações na atualidade	12
O sentido da vida na perspectiva da logoterapia	16
MÉTODO	20
Delineamento	20
Fontes	20
Instrumentos	20
Procedimentos	20
Referencial de Análise	21
RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41

RESUMO

Após mais de 30 anos da descoberta do HIV, ocorreram diversas mudanças no cenário brasileiro no que refere à faixa etária de infecção. Atualmente, a fase da adolescência tem chamado a atenção pelo crescente número de soropositivos. Por se tratar de uma fase com diversas mudanças corporais, conflitos e descobertas, entende-se ser esta uma fase que carece de atenção. A partir disso, adotou-se a logoterapia para fornecer o aporte teórico ao estudo, uma vez que oferece subsídios para que o indivíduo encontre o sentido da vida e realize-o em diversas situações da vida. Estudos que busquem um aprofundamento da temática tornam-se relevantes. Objetivou-se nesse trabalho identificar possíveis contribuições do sentido da vida em adolescentes vivendo com HIV. Para tanto, os objetivos específicos foram: caracterizar aspectos do desenvolvimento biopsicossocial de adolescentes, caracterizar HIV e caracterizar o sentido da vida na perspectiva da logoterapia. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e interpretativo, sendo a fonte o documentário “Tabu Brasil – Soropositivo”. Utilizou-se como instrumento a tabela, analisando os dados a partir da análise de conteúdo, por meio da estratégia de emparelhamento. As categorias criadas e suas respectivas unidades de análise foram: 1.Aspectos do desenvolvimento da adolescência – pensamento imediatista, início da vida sexual, busca pela identidade e direcionamento profissional; 2.Vivendo com HIV – impactos do diagnóstico, impactos psicossociais e adesão ao tratamento; 3.Sentido da Vida – valores de atitude, valores de vivência e valores de criação. Resultados: foi possível identificar o pensamento imediatista do adolescente e que pode ser considerado um dos responsáveis por colocá-lo em situações de risco. Dentre elas, o início da vida sexual sem a correta proteção, o que o deixa vulnerável às doenças ou infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, foram observados significativos impactos gerados pelo diagnóstico de HIV e que estão diretamente ligados com a adesão ao tratamento. Tomando por base a logoterapia, é possível afirmar que a realização de valores contribui para a adesão ao tratamento, bem como para a aproximação afetiva e sexual de parceiros, mesmo que sejam de sorologias diferentes, e para a contribuição para o mundo através de um trabalho significativo. São necessários novos estudos com essa temática, visto que a incidência de adolescentes vivendo com HIV vem aumentando e pouco se fala sobre a realização de valores, com o intuito de dar um sentido para essa vivência.

Palavras-chave: adolescência; HIV; sentido da vida; logoterapia.

INTRODUÇÃO

O interesse pela logoterapia surgiu na disciplina de Psicologia e Psicoterapia Humanista e Existencial, cursada em 2018/2. Em especial, pela história de Viktor Frankl, no livro “Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração”, trabalhado em sala de aula. Nele, o autor retrata os anos vividos no campo de concentração sob o regime nazista, sua luta pela sobrevivência, suas perdas e seu objetivo em sair dali e reescrever sua teoria do sentido, responsável por mantê-lo são e vivo, apesar de todos os percalços.

O gosto pela área apurou-se no curso “O embate da logoterapia com a tríade trágica: sofrimento, culpa e morte”, no qual foi possível aprofundar um pouco mais os conhecimentos e ver quão importante essa teoria pode ser em momentos de desesperança e na busca de sentido, frente a tantas adversidades e situações desorganizadoras.

O estudo do HIV começou na mesma disciplina, onde aplicou-se a teoria em um filme. Na ocasião, utilizou-se “Cazuza: o tempo não para”, que mostrou todo o processo da vida, descoberta da doença, mudanças e morte de Agenor de Miranda Araújo Neto, o Cazuza. Ainda, no semestre seguinte, na disciplina de Estágio Básico IV, realizou-se uma roda de conversa com alunos dos terceiros anos de uma escola pública com os assuntos gravidez na adolescência, aborto e HIV/AIDS. Nesta ocasião, explanou-se sobre dados atualizados do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), constatando o aumento dos casos de HIV em adolescentes no Brasil e no Mundo. Houve um excelente retorno no que se refere à participação e *feedback*, mostrando ser um assunto de interesse dos alunos. Ainda, durante o estágio clínico realizado no ano de 2019 no Hospital Geral de Caxias do Sul, tive contato com pessoas vivendo com HIV e pude perceber o sofrimento que se instala a partir do diagnóstico. A intervenção, usando a logoterapia, mostrou-se fundamental e valiosa.

A escolha pela fase do desenvolvimento a ser trabalhada completou-se ao visitar a disciplina de Psicologia da Adolescência, cursada em 2014/4. Por se tratar de um momento da vida marcado pela busca pela identidade, pela inserção na sociedade, por crises e descobertas, apurar o olhar para essa fase mostrou-se desafiador e importante. Além disso, essa fase tem ganhado destaque em virtude do crescente número de adolescentes vivendo com HIV.

No Brasil, segundo dados divulgados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) entre 2004 e 2015, o aumento registrado de adolescentes vivendo com HIV, entre 15 e 19 anos, foi de 53% (<https://www.unicef.org/brazil/hiv-aids-e-sifilis>). Já no Boletim Epidemiológico divulgado em novembro de 2018 pelo Ministério da Saúde, foi apontada

uma pequena queda desse percentual, sem tirar a atenção dessa população (<https://unaid.org.br/estatisticas/>). Neste mesmo Boletim, o Rio Grande do Sul configura entre os estados com mais casos registrados, tendo 6 cidades entre as 10 primeiras no ranking dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes segundo índice composto, entre os anos de 2013 e 2017.

A principal forma de transmissão do HIV é a relação sexual sem proteção. Este é um dos comportamentos de risco observados nessa fase do desenvolvimento, além de agressividade, drogadição, entre outros. Esses comportamentos vão ao encontro do que Silva e Deus (2005) afirmam, que o adolescente é um questionador dos limites e incansável na busca de superá-los, colocando-se em risco.

Segundo Frankl (2005), a falta de sentido da vida ocasiona um vazio existencial, sendo evidenciado num estado de tédio. O vazio existencial aparece de maneira velada em alguns males da contemporaneidade, como depressão, suicídio e drogadição.

Autores como Aquino, Silva, Figueirêdo, Dourado e Farias (2011), tem dado um novo olhar sobre a adolescência, contribuindo na prevenção do vazio existencial. A intervenção, nesse sentido, é capaz de propiciar o desenvolvimento da sensação de sentido da vida, reduzindo, conseqüentemente, o desespero e o vazio existencial.

A partir disso, percebe-se a importância de mais estudos sobre essa fase do desenvolvimento e, em especial, com adolescentes vivendo com HIV, com o intuito de fortalecer a busca pelo sentido da vida, apesar do diagnóstico. Assim, esse estudo almeja responder o seguinte problema de pesquisa: Quais as possíveis contribuições do sentido da vida em adolescentes vivendo com HIV?

OBJETIVO GERAL

Identificar possíveis contribuições do sentido da vida em adolescentes vivendo com HIV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar aspectos do desenvolvimento biopsicossocial de adolescentes;

Caracterizar HIV;

Caracterizar sentido da vida na perspectiva da logoterapia.

REVISÃO DE LITERATURA

Adolescência: conceitos e perspectivas

Diferente do conceito de puberdade, presente desde o início da história, a adolescência é um fenômeno e um conceito considerado somente a partir do século XVIII. No século XIX, esse período passa a receber mais atenção e ser considerado como um momento crítico da vida, em que ocorrem mudanças biológicas, comportamentais e transformações sexuais. O século XX, em especial a década de 60, foi marcada pelas lutas dos jovens, sua imposição contra as normas da sociedade, as quebras de tabus e manifestações em busca de ideais. Já o final do século XX, foi marcado pela revolução tecnológica, as comodidades e a individualização do adolescente (Grossmann, 1998).

A puberdade e a adolescência não significam a mesma coisa, mesmo que estejam interligadas. A puberdade corresponde às mudanças biológicas que ocorrem naturalmente. Já a adolescência, diz respeito aos aspectos psicológicos e sociais, que tem ligação direta com as mudanças físicas (Osório, 1996, em Pratta & Santos, 2007). O desenvolvimento biológico e o psicológico não ocorrem em consonância, sendo o psicológico o mais lento. Assim, o adolescente sente-se fragmentado, pois as referências morais, o psiquismo e o corpo se alteram (Escorsin, 2016).

A adolescência pode ser dividida em 3 etapas, sendo elas: adolescência inicial, a adolescência e a adolescência alta. A primeira delas, compreende o período dos 11 aos 12 para as meninas e 12 aos 13 para os meninos. Nesse período ocorre uma grande mudança corporal, que já vinha se apresentando desde a pré-adolescência. Essa mudança brusca das dimensões do corpo, exige uma reorganização da personalidade do indivíduo, que percebe a necessidade e a cobrança de se tornar adulto. Ocorre, ainda, uma organização de grupos e inicia o processo de desprendimento do indivíduo da sua família (Griffa & Moreno, 2001).

A adolescência, definida entre os 12 ou 13 e os 16 anos, corresponde ao período em que ocorre a definição sexual e a consolidação da identidade e as formas corporais já estão mais estabelecidas. Acontece o distanciamento afetivo da família, em que as figuras de autoridade passam a ser questionadas e o indivíduo se identifica com o grupo. Ainda, no que tange ao campo afetivo, este período é marcado por uma ambivalência, se dividindo entre conflitos e a busca pelo sentido da vida (Griffa & Moreno, 2001).

A fase final da adolescência não tem uma demarcação estabelecida, pois varia conforme os critérios que forem adotados. Dentro desses, é possível citar a entrada no mercado de trabalho, responsabilidade legal, saída da casa dos pais, entre outros. Do ponto

de vista psicológico, é entre os 16 e 18 anos, em que a identidade se consolida e são estabelecidas as relações com o outro (Griffa & Moreno, 2001).

A adolescência é marcada pelo luto do corpo infantil e das suas atribuições como criança, uma vez que ocorre a modificação corporal e o aparecimento de características sexuais secundárias, atingindo um novo status. Nesse momento de mudança, ocorre, também, a busca pela nova identidade, sendo um momento de oscilações, de experimentações e de aceitação da nova condição. O adolescente só entrará no mundo do adulto quando sua maturidade biológica estiver em concordância com sua maturidade emocional e intelectual (Aberastury & Knobel, 1988).

A mudança corporal, que se inicia na puberdade e se efetiva na adolescência, acontece independente de fatores externos e de forma distinta entre os indivíduos. Partes do corpo como mãos, cabeça e pés, comumente, crescem mais rápido que o resto do corpo, conferindo um aspecto desigual e uma dificuldade na coordenação motora. Ainda, o aumento do peso e da altura pode ser desproporcional para o indivíduo e em comparação com outros da mesma idade. Essa mudança se manifesta, também, no esquema corporal internalizado até aquele momento. Todas essas alterações, acarretam sentimentos ambíguos, de querer se esconder como, também, de agradar fisicamente os outros. A estranheza pelo corpo novo gera angústia até que tenha reelaborado o esquema corporal (Griffa & Moreno, 2001).

Há ainda, o amadurecimento sexual. Nos meninos ocorre o surgimento da barba, a voz torna-se mais grave, os órgãos genitais tomam a forma e o tamanho adulto e as primeiras ejaculações, ainda que involuntárias, começam a acontecer. Para a menina, a primeira grande mudança é a menarca, a primeira menstruação. Esse é um marco significativo de passagem, no qual a menina passa a sentir-se mulher. Além disso, o aumento dos seios e do quadril tornam-se mais visíveis (McKinney, Fitzgerald & Strommen, 1983).

Nesse momento, acontece uma redefinição sexual e a possibilidade de relações sexuais e reprodução, que antes estavam somente no imaginário, se tornam reais. O desejo pelo outro, as dificuldades no contato e a descoberta do seu próprio corpo tornam-se parte dessa nova condição (Griffa & Moreno, 2001).

Todas essas mudanças geram questionamentos dos adolescentes sobre quem eram, quem são e quem estão se tornando. Pelo desenvolvimento ser distinto entre os indivíduos, muitas comparações são feitas entre eles. Alguns tomam as formas adultas precocemente, outros tardiamente, gerando preocupações sobre a imagem que estão passando para os demais. Na busca por agradar fisicamente, adolescentes podem buscar recursos para se assemelhar aos outros, como também, para se esconder. E essa ânsia por agradar, pode, mais uma vez, gerar grande angústia no adolescente (McKinney et al., 1983).

Com a demarcação da adolescência estabelecida, que ocorre entre a infância e a vida adulta, essa fase carece de mais atribuições do que apenas um momento de crise e turbulência. É também o momento de descobertas, de possibilidades, de projetos (Quiroga & Vitalle, 2013). A adolescência é, também, o momento em que se visualiza aspectos da vida adulta, como a escolha profissional, relações com pares e saída da casa dos pais (Escorsin, 2016).

Na adolescência também ocorre a busca por vínculos de amizade e o pertencimento a grupos. Essa é uma forma de diminuir ansiedades, trocar experiências, mágoas e preocupações e contribui para a criação da identidade do adolescente (Escorsin, 2016).

Segundo Pinsky e Bessa (2009), a adolescência consiste numa metamorfose, marcada por mudanças, aprendizados, novidades e rupturas. Dessa forma, acaba sendo uma fase de instabilidades, medos, amadurecimento e riscos. A variação hormonal e orgânica é, ainda, responsável por dois extremos do comportamento: em um determinado momento, o adolescente demonstra disposição, energia, agressividade e agitação, partindo, em outro momento, para uma introspecção, sonolência, tédio, além de insatisfação consigo, sua vida e com todos ao seu redor.

Os momentos de energia e euforia abrem espaço para a expressão da arte, estilo e criatividade. Porém, dão margem para comportamentos de risco e nocivos à vida (Pinsky & Bessa, 2009). Observa-se no adolescente uma ávida busca por experiências capazes de testar seus limites, confrontá-los e ultrapassá-los, a fim de provar sua força e superação (Silva & Deus, 2005). Na falta dessas experiências ou na ânsia de se adequar a algum grupo, o adolescente pode experimentar momentos de insegurança, tornando-se vulnerável ao uso de drogas, depressão, comportamentos de risco e suicídio (Escorsin, 2016). Os altos e baixos do humor correspondem à normalidade da adolescência. A busca por amigos e inserção em grupos com os quais se identifica, auxilia no compartilhamento e compreensão de experiências boas e ruins, permitindo um espaço de conforto, solidariedade e proteção (Pinsky & Bessa, 2009).

Alguns dos comportamentos de risco observados nessa faixa etária encontrados na literatura são o consumo de drogas, violência e iniciação sexual precoce sem prevenção de doenças e infecções sexualmente transmissíveis (DSTs e ISTs) e gravidez. A falta de estrutura e apoio familiar, baixa autoestima, pressão social e violência doméstica, potencializam o consumo de drogas. A maturação do sistema nervoso central, que ocorre também nessa época, torna o uso de drogas ainda mais prejudicial, podendo comprometer esse processo, causando severos danos (Silva & Mattos, 2004).

No estudo realizado por Zappe e Dell'Aglio (2015), constatou-se o uso de substâncias como um dos comportamentos de risco prevalentes. Ainda, há a associação deste com outros, como comportamento de risco sexual, antissocial e suicida. A violência intra-familiar, o uso de drogas por pessoas próximas e episódios estressores foram alguns dos fatores de risco observados. Em contrapartida, as boas relações nos contextos familiar, escolar, social e religioso, a autoestima elevada e possibilidades para o futuro, foram aspectos listados como sendo de proteção.

Em relação ao comportamento sexual dos adolescentes, foi observado por McKinney et al. (1983), que estes, muitas vezes, não estão preparados educacionalmente para as consequências de suas atividades sexuais. Mesmo que tenham conhecimento e disponham de métodos preventivos e contraceptivos, agem apoiados na sorte, ignorando possíveis consequências.

O sexo como um assunto velado foi observado por Groisman (1984), que refere a desinformação, os tabus e a falta de diálogo dos pais com os adolescentes como aspectos que dificultam uma educação sexual de qualidade. Esse fenômeno continua sendo observado na contemporaneidade. Cedaro, Vilas Boas e Martins (2012), apontam que, nesse momento de transformações biopsicossociais, um diálogo com um adulto antes de iniciar uma vida sexual, seria fundamental para torná-lo consciente sobre desejo, prazer e riscos.

Há de se considerar, ainda, os fatores biológicos, genéticos e emocionais, bem como a escola, família, comunidade e amigos para que o adolescente chegue na vida adulta de maneira plena nos campos emocional, cognitivo, físico e afetivo. Caso ocorra uma falha, tanto nos fatores internos, como nos externos, essa passagem pode ser interrompida de uma maneira branda ou até grave (Pinsky & Bessa, 2009).

Por se tratar de uma fase delicada, que requer uma série de cuidados para que o adolescente tenha as condições necessárias para passar por ela de maneira saudável, tem-se observado a importância da família nesse processo. Ao fornecer acolhimento, apoio, segurança e limites, há diminuição das tentativas de suicídio e da prática de sexo inseguro. É necessário observar todo o contexto que cerca o adolescente, sendo a família apenas uma das parcelas fundamentais (Souza & Oliveira, 2011).

É imprescindível que o adolescente vivencie e se experimente nessa fase, a fim de construir sua própria identidade. Cabe a família, a sociedade, a escola e todos os contextos nos quais o adolescente está inserido, propiciar as condições de proteção, para que ele possa criar confiança, consciência crítica, autoestima e resiliência (Chimeli, Nogueira, Pimenta & Schall, 2016), bem como estar preparado educacionalmente para iniciar a vida sexual

(Cedaro, Vilas Boas e Martins 2012), evitando doenças ou infecções sexualmente transmissíveis, como a AIDS e o HIV, por exemplo.

A história do HIV e suas implicações na atualidade

O vírus da imunodeficiência humana, o HIV, é o causador da síndrome da imunodeficiência adquirida, a AIDS. Como característica principal, o vírus atinge o sistema imunológico, deixando o sistema enfraquecido, propício para outras infecções (<https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>).

Do HIV para a AIDS há um percurso que pode ser longo e silencioso, dividido em três etapas. Após o contato pelo vírus, segundo as Nações Unidas sobre HIV/AIDS, a *UNAIDS*, em torno de 2 a 4 semanas, ocorre a infecção HIV primária ou síndrome retroviral aguda (ARS) (<https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>). Nessa fase são comuns sintomas parecidos com os da gripe, gerando uma sensação de estar doente, como febre e mal-estar, além de inflamação na garganta, erupções cutâneas e assaduras. Esses sintomas não são apresentados por todas as pessoas, podendo passar despercebidos. Nesse momento, o vírus ataca células CD4, fazendo cópias de si e destruindo as originais. A carga viral é alta nessa fase, ocorrendo facilmente a transmissão. Pode haver uma resposta do sistema imunológico, aumentando o nível de células CD4, sem que volte aos níveis iniciais (<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/sintomas-transmissao-e-prevencao-nat-hiv>).

A segunda fase é denominada infecção HIV crônica ou fase assintomática. Esse período pode ser curto ou durar até 10 anos sem apresentar sintomas. Com a terapia antirretroviral (ART, do inglês *antiretroviral therapy* e no português, a sigla utilizada é TARV), que é a combinação de medicações ou o chamado coquetel, o período de latência pode ser prolongado. A transmissão nessa fase é reduzida com o uso de TARV mas, ainda assim existe pois, mesmo que o vírus esteja controlado no corpo, ele ainda está presente. Do meio para o final desse estágio, o sistema imunológico, mais enfraquecido, não é capaz de se proteger de maneira satisfatória, momento em que as células CD4 diminuem e o vírus aumenta (<https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>).

A terceira fase é a AIDS. Neste momento, o sistema imunológico está bastante comprometido, estando suscetível às chamadas “doenças oportunistas”, que são outras infecções ou cânceres relacionados às infecções. Para ser considerada AIDS, o indivíduo precisa ser acometido por uma ou mais doenças oportunistas, ou ter sua contagem de CD4 abaixo de 200 células por centímetro cúbico de sangue, onde, num organismo saudável, a contagem é de 500 a 1600 (<https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>).

A AIDS foi descoberta entre os anos de 1977 e 1978, com registros nos Estados Unidos, Haiti e África Central, sendo classificada como tal, apenas em 1982. No mesmo ano, foi notificado o primeiro caso no Brasil, em São Paulo, onde a pessoa havia sido infectada no ano de 1980. Ainda em 82, utilizou-se, inicialmente, a nomenclatura de “Doença dos 5H”. Os 5 H’s referiam-se aos homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de heroína e das profissionais do sexo, no inglês, *hookers*. Neste mesmo ano, ocorreu a primeira transmissão por transfusão de sangue, e considerou-se outras formas de contágio como a exposição ao sangue, uso de drogas e contato sexual (<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo2>).

O ano de 1983 foi um marco na linha do tempo da AIDS, pois foram notificados os primeiros casos de infecção de heterossexuais, profissionais da saúde e crianças. Mesmo assim, ainda havia grande culpabilização dos homossexuais como os difusores da doença. Em 85, houve a descoberta do HIV, e a AIDS passou a ser o final da doença. Programas de apoio e prevenção são criados e é notificado o primeiro caso de transmissão da mãe para o bebê durante a gestação. Em 1987, iniciam-se os primeiros testes medicamentosos, tendo mais de 2.700 casos notificados no Brasil. Em 1988 os casos chegaram em 4.535, sendo fornecidos medicamentos para as doenças oportunistas de maneira gratuita, através do Sistema Único de Saúde. Em 1991, a estimativa da ONU era que 10 milhões de pessoas tivessem HIV no mundo. Nesse mesmo ano, começa a distribuição da TARV (<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo2>).

Após esse período inicial da descoberta, houve a implementação de diversas portarias para a garantia de diagnóstico, atendimento e da distribuição gratuita dos medicamentos pelo Sistema Único de Saúde, o SUS. Os avanços tecnológicos e científicos permitiram que a AIDS passasse de um diagnóstico certo de morte para uma sobrevida incalculável (<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo2>).

O cenário mundial do HIV mudou consideravelmente nos últimos anos. Em 2017, segundo o relatório informativo, 36,9 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV em 2017; 21,7 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral em 2017; 1,8 milhão de novas infecções pelo HIV em 2017; 940.000 de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS em 2017; 77,3 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia.; 35,4 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS desde o início da epidemia (<https://unaids.org.br/estatisticas/>).

No Brasil, o cenário também tem se alterado consideravelmente. Há casos registrados em todas as faixas etárias, tanto em homens como em mulheres, homossexuais e heterossexuais, sendo via relação sexual prioritariamente. Segundo dados divulgados pela

UNICEF, a faixa etária que teve destaque no aumento de casos foi a de adolescentes de 15 a 19 anos. Entre 2004 e 2015, o aumento registrado foi de 53% (<https://www.unicef.org/brazil/hiv-aids-e-sifilis>).

Outro fator importante, observado nas estatísticas, é o da adesão das pessoas vivendo com HIV ao tratamento antirretroviral. Apesar de todo o tratamento estar disponível gratuitamente no SUS, 84% das pessoas vivendo com HIV fizeram o teste e 75% destas estavam fazendo uso da TARV em 2018. Da parcela da população brasileira que aderiu ao tratamento, aproximadamente 92% tem carga viral indetectável. Com a carga viral indetectável, o HIV não é mais transmissível. Apesar disso, estima-se que haja em torno de 200 mil pessoas no Brasil diagnosticadas e sem tratamento, sendo os jovens os que menos aderem (https://unaid.org.br/2018/12/unaid-lanca-site-deu-positivo-e-agora-com-informacoes-essenciais-para-jovens-recem-diagnosticados-com-hiv/?gclid=EAIaIQobChMI9dKiwbCA5AIVQgeRCh3k6ALJEAYASAAEgKIJPD_BwE).

Os obstáculos para a adesão ao tratamento antirretroviral foram objeto de um estudo realizado por Freitas, Bonolo, Miranda e Guimarães (2017). Os autores observaram que o medo da discriminação por parte dos profissionais da saúde, amigos e familiares é um dos empecilhos. Além disso, as relações familiares e interações sociais representam um aspecto importante, tanto para a adesão, quanto para a negativa ao tratamento.

Dados semelhantes foram apresentados por Jesus et al. (2017), que apontaram o preconceito intrafamiliar como um entrave para a qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV. A falta de apoio emocional e acolhimento por parte dos familiares, principalmente, após o recebimento do diagnóstico, tem se mostrado um importante fator para a omissão do HIV e, conseqüente, não procura por uma terapia antirretroviral. Ainda, o medo de transmitir o vírus para os parceiros, pode ocasionar o isolamento afetivo e a evitação do contato sexual.

Após a notificação dos primeiros casos de HIV no Brasil, alguns hospitais e médicos recusaram o atendimento dessas pessoas, aumentando, ainda mais, o medo e o preconceito da população em geral. Profissionais da saúde que mantiveram os atendimentos da população de rua, prostitutas e travestis, relataram reações negativas dos demais profissionais, sendo considerados, também, fonte de contágio (Daniel & Parker, 2018).

Mesmo no século XXI, a atitude discriminatória por parte dos profissionais da saúde fez parte dos dados coletados na pesquisa de Almeida e Labronici (2007). Nele, constaram que algumas pessoas vivendo com HIV se sentiram discriminadas no serviço de saúde, com perguntas invasivas e com atitudes evitativas. Outras, esquivaram-se de serviços de saúde próximos à sua residência, a fim de manter o sigilo do seu diagnóstico.

Segundo Rodrigues e Maskud (2017), as constantes consultas, a quantidade de medicamentos diários administrados e os efeitos colaterais no início do tratamento, aparecem como fatores frequentemente relatados pelas pessoas vivendo com HIV que abandonam o serviço. O estigma e a não aceitação da doença, bem como a depressão, a falta da rede de apoio e o medo da morte, também aparecem como aspectos determinantes para que os indivíduos não continuem em tratamento.

Além disso, as pessoas vivendo com HIV, frequentemente, têm dificuldades para compartilhar o diagnóstico positivo no ambiente de trabalho. As faltas para comparecer às consultas e os atestados recorrentes, são citados como obstáculos na busca de emprego, na manutenção do emprego e na omissão do diagnóstico (Garrido, Paiva, Nascimento, Sousa & Santos, 2007).

Para Daniel e Parker (2018), há três epidemias de AIDS distintas. A primeira, diz respeito à epidemia da infecção pelo HIV. A segunda epidemia refere-se às doenças infecciosas oportunistas que se instalam no organismo já enfraquecido pelo HIV, ou seja, a própria AIDS, que ocorre anos depois da primeira epidemia. E a terceira, considerada pelos autores como a mais perigosa: a epidemia de reações sociais, culturais, políticas e econômicas à AIDS.

Antes mesmo que os brasileiros pudessem ter acesso a informações concretas sobre o HIV, a mídia já divulgava amplamente e de forma sensacionalista, a imagem de doente das pessoas vivendo com HIV e quais as populações-chave que ofereciam perigo. Dessa forma, a terceira epidemia tomava força, disseminando uma cultura de estigma, preconceito e intolerância. Além disso, eram envolvidas questões religiosas, associando a pessoa vivendo com HIV com a promiscuidade, condenando, principalmente, os homossexuais. Pessoas foram expulsas de suas casas e agredidas, a partir desse imaginário coletivo que havia se criado (Daniel & Parker, 2018).

Mesmo que o cenário tenha se alterado, principalmente no que tange ao diagnóstico fatal dos primeiros anos da descoberta do HIV e da AIDS, ainda há um longo caminho a se percorrer. O acesso à informação, o acolhimento das pessoas vivendo com HIV, a luta contra a discriminação e o estigma, o reconhecimento e a valorização da diversidade sexual e de gênero, bem como a promoção de qualidade de vida para estas pessoas, deve ser fortalecido cada dia mais pelos profissionais da saúde, governos e a sociedade como um todo (Daniel & Parker).

O sentido da vida na perspectiva da logoterapia

O conceito de sentido da vida foi desenvolvido por Viktor Frankl e consistiu no centro do trabalho da logoterapia, considerada a terceira escola vienense de psicoterapia. O sentido da vida, sua magnitude e suas diferentes respostas, já eram objetos de curiosidade e questionamento de Frankl desde a escola, quando demonstrou sua inquietude perante o professor e sua visão reducionista e unicamente biológica do ser humano. Para Frankl, havia a necessidade de ter algo a mais (Kroeff, 2014).

Nas décadas de 20 e 30, Frankl observou que jovens provenientes das cidades europeias devastadas pela Primeira Guerra Mundial, acometidos por traumas, sofrimentos, carência de afeto, miséria e incapacidades, só poderiam recuperar-se psicologicamente, caso encontrassem um sentido, apesar de todas os percalços (Rodrigues, 1991).

O que havia observado nos jovens sobreviventes da Primeira Guerra Mundial, Frankl pode experienciar nos quase 4 anos em que ficou preso em campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial (Kroeff, 2014). Um dos motivos pelos quais se manteve são e vivo em meio a tanto sofrimento, foi a vontade de reescrever seu manuscrito, que havia sido apreendido pelos nazistas, logo que chegou a Auschwitz. A tensão experimentada por Frankl entre o que já havia obtido e o que ainda precisava obter, sendo a reescrita do seu manuscrito uma dessas, é chamada de *noodinâmica*. (Frankl, 2013). Diferente da vontade de prazer, de Freud, e da vontade de poder, de Adler, que buscam a homeostase, visando a manutenção do equilíbrio interno, a teoria de Frankl valoriza a tensão, sendo ela vital. A tensão é motivadora e move o ser humano do *ser* para o *dever-ser*. Essa inquietação desperta a vontade de sentido e conseqüente busca pelo sentido da vida (Santos, 2016).

A logoterapia se apoia em três pilares: a vontade de sentido, a liberdade de vontade e o sentido da vida (Xausa, 1988). A vontade de sentido é a mais humana das ações, pois apenas o ser humano é capaz de querer encontrar um sentido para a vida. Essa busca o acompanha durante toda vida, sendo possível adoecer aquele que não a soluciona. Em especial, na adolescência, quando esse questionamento é recorrente. A luta espiritual ou a necessidade de encontrar um conteúdo para a vida pode ocorrer em qualquer fase da vida e não significa que o indivíduo esteja doente. Independente do adoecimento clínico ou do enfraquecimento anímico, a logoterapia fornece subsídios para um apoio espiritual seguro (Frankl, 1989). A falta de sentido ou o vazio existencial pode levar ao adoecimento. Em contrapartida, a presença de sentido é mobilizadora inclusive em situações adversas (Xausa, 1988).

O vazio interior foi chamado de vazio existencial por Frankl. Este aparece quando a vontade de sentido é frustrada e nota-se, em especial, nos jovens. A sensação gerada de perda

de sentido leva o indivíduo a refugiar-se em diversos espaços, como no trabalho excessivo, na atividade desportiva, na televisão, na necessidade de ocupar-se o tempo todo, no alcoolismo, entre outros (Xausa, 1988). Para Frankl (em Fizzotti, 1977), a perda dos instintos e das tradições, são dois dos principais fatores que levam o indivíduo a sentir o vazio existencial.

Ao mencionar o processo de mecanização da produção das fábricas e a conseqüente diminuição da intervenção humana dentro desse contexto, restrita, muitas vezes, a garantir que a máquina esteja funcionando bem, refere o aumento de tempo ocioso e que pode acentuar a sensação de vazio existencial. O aumento do tempo vago tem sido observado gradativamente, com a chegada de diversas tecnologias que substituem a força humana. O indivíduo, ao não conseguir trazer significado para sua vida, submergirá no vazio existencial. A rapidez do avanço tecnológico, força o ser humano a acelerar o ritmo, tornando-o semelhante à máquina, sem encontrar sentido em suas ações (Fizzotti, 1977).

A vida do ser humano nas últimas décadas tem se mostrado mais difícil do que em diversos outros momentos da história. O grande aumento das comunicações, exigências no trabalho e sociais, competitividade, quantidade elevada de processos e procedimentos, tem conferido um caráter complexo, imprevisível e dinâmico para a existência humana. E, em virtude dessa complexidade e rapidez, o ser humano passa a se sentir ameaçado, angustiado e em meio há diversos conflitos (Rodrigues, 1991). Dentro desta perspectiva, Frankl (1992), afirma que o indivíduo moderno experimenta sensações de falta de sentido e vazio interior, manifestados pelo tédio e pela indiferença. O tédio evidenciado pela falta de interesse no mundo e a indiferença, pela falta de ação para mudá-lo.

O vazio existencial pode acompanhar o ser humano por longos períodos e passar despercebido. O indivíduo experimenta períodos de tristeza, insatisfação, perda de criatividade, de metas e objetivos. Mantém-se num estado prolongado e desconfortável, sem apresentar crises agudas. Quando este estado passa a ser intenso e intolerável, é denominado de frustração existencial (Rodrigues, 1991)

A frustração existencial, segundo Frankl (em Rodrigues, 1991), é relacionada à adição, ao transtorno de conduta e à depressão. Para ele, “uma grande porcentagem de alcoólatras, toxicômanos, de deprimidos e de jovens com conduta anti-social são pessoas que fogem ou são conduzidas para o vazio existencial e para a frustração existencial” (Frankl, em Rodrigues, 1991, p. 186).

Assim, o vazio existencial pode ser mascarado pela vontade de poder e pela vontade de prazer. Na primeira, há a busca incansável por recompensa financeira, e na vontade de prazer, o indivíduo concentra-se na compensação sexual para diminuir a frustração e o vazio.

Ambas as vontades não preenchem, efetivamente, o vazio instalado, sendo necessária uma psicoterapia, com o intuito de auxiliá-lo a buscar o sentido para sua vida, através do resgate de sua história e a realização dos valores (Frankl, 2013).

A liberdade de vontade refere-se ao poder de escolha que o indivíduo tem, frente as situações que lhe ocorrem, no caminho da realização do sentido. Por cada escolha, assume também as consequências, sendo inteiramente responsável por elas. Mesmo que haja limitações, que podem ser de ordem social, econômica, física ou psicológica, e que, conseqüentemente, reduzem as possibilidades de liberdade e de escolha, o ser humano ainda pode tomar uma atitude que é de sua responsabilidade (Kroeff, 2012).

O sentido é único para cada pessoa, bem como a maneira que a pessoa o realiza e onde está inserida. Dessa forma, não é possível generalizar o sentido, nem objetivar. Sendo, portanto, subjetivo e relativo, da própria responsabilidade do indivíduo em atingir e captar o sentido, bem como realizá-lo (Frankl, 1989). Mas, apesar de ter caráter individual e a partir das vivências do indivíduo, a realização do sentido é concreta e dada como missão ou vocação. Assim, o indivíduo não pode ser substituído na sua missão, sendo a tarefa e a realização do sentido de sua responsabilidade (Frankl, 2005). Segundo Frankl (1989), não haveria sentido da vida se não houvesse a temporalidade e a finitude. Diferente de chegar no fim da vida e questionar qual a necessidade de ter realizado valores, é justamente perceber a realização que dará o sentido.

O ser humano tem o dever de estar direcionado para algo ou para alguém, “para uma causa à qual consagrar-se ou para uma pessoa a quem amar” (Frankl, 1989, p. 29). Esquecendo-se de si e se doando para o outro, o ser humano vive a autotranscendência. A autorrealização, na busca incessante pela felicidade ou pelo prazer sexual, por exemplo, causam um efeito contrário, deixando o indivíduo cada vez mais distante do objetivo, destinado ao fracasso. Para que possa se autorrealizar, de forma genuína e plena, antes precisa autotranscender (Frankl, 1989). Xausa (1988), complementa o conceito de autotranscendência ao afirmar que é preciso olhar para fora de si para enxergar algo. Do contrário, ao olhar somente para dentro e preocupar-se consigo, perde-se o sentido e se adoece. Para que possa realizar os sentidos, é preciso que o ser humano transcenda, encontrando no mundo os valores capazes de direcionar o sentido da vida (Kroeff, 2012).

Os valores são os caminhos pelos quais é possível encontrar o sentido da vida. Frankl, em sua teoria, apontou 3 valores: de criação, de vivência e de atitude. Os valores de criação são realizados quando a pessoa consegue deixar um legado ou uma obra para o mundo, inclusive o seu trabalho e a realização profissional. Entretanto, esse trabalho precisa estar carregado com a sensação de plenitude e significado. Caso contrário, será fonte de tédio e

frustração. Os valores de vivência referem-se as experiências que se recebe gratuitamente do mundo. Dentre as experiências estão a bondade, as percepções, a contemplação da natureza, experiências místicas, os vínculos de afeto e a possibilidade de conectar-se com outro ser humano, amando-o. E os valores de atitude consistem na atitude frente a situações que lhe são impostas, seja por limitações físicas, doenças, fatalidades e tragédias. Este último valor pode ser considerado o mais difícil e o mais mobilizador, pois convida o indivíduo a mudar a si próprio, frente ao sofrimento, a culpa e a morte. Dadas as circunstâncias em que o indivíduo se apresenta, encontrar e realizar um sentido é uma tarefa árdua, porém, extremamente significativa (Xausa, 1988; Kroeff, 2014).

O sofrimento, a culpa e a morte são chamadas de tríade trágica. Esses aspectos fazem parte da natureza humana e, mesmo diante deles, é possível encontrar sentido. Dentro desta perspectiva, Frankl apresenta o conceito de otimismo trágico, que consiste em manter o otimismo apesar da tríade trágica. Manter o otimismo frente a tríade trágica, permite que o ser humano possa “1. transformar o sofrimento numa conquista e numa realização humana; 2. Extrair da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor; 3. Fazer das transitoriedades da vida um incentivo para realizar ações responsáveis.” (Frankl, 2013, p. 161). Segundo Frankl (2013), esse otimismo deve acontecer de forma natural, sem ser exigido ou imposto. Além disso, não deve ser entendido como a busca pelo sofrimento, que consiste em masoquismo. O que busca explicitar na sua teoria é que, quando o sofrimento é inevitável, ainda há possibilidade de encontrar sentido (Frankl, 2013).

Assim, pode pensar-se no sofrimento como uma oportunidade para avaliar a vida, fazer novas escolhas e mudar, encontrando significado no sofrimento, o mais nobre sentido da vida (Rodrigues, 1991).

MÉTODO

Delineamento

A pesquisa foi realizada pelo delineamento qualitativo de caráter exploratório e interpretativo. A pesquisa qualitativa baseia-se na “escolha adequada do método e teorias convenientes, no reconhecimento e análise de diferentes perspectivas, nas reflexões dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas como parte do processo de produção de conhecimento” (Flick, 2009).

A escolha pela pesquisa exploratória se deve ao fato desta primar pela aproximação do problema, permitindo deixá-lo mais compreensível. Ainda, é possível aperfeiçoar ideias e considerar diversos aspectos relacionados com o tema trabalhado, sendo seu planejamento bastante flexível (Gill, 2002).

O caráter interpretativo confere à pesquisa a possibilidade de investigar e aprofundar o tema, bem como, a partir da teoria, analisar dados apresentados na fonte, relacionando os dois. Esse tipo de pesquisa “requer um exercício de associação de ideias, transferência de situações, comparação de propósitos, liberdade de pensar e capacidade de criar” (Lima & Míoto, 2007).

Fontes

A coleta de dados foi realizada por meio da análise do documentário “Tabu Brasil - Soropositivo”, de Chalfon e Braga (2014), disponível no *YouTube*. O estudo focou nos depoimentos de João Geraldo Netto, que vive com HIV desde os 17 anos. Ele relata sua trajetória desde os 13 anos até os 31 anos, quando é gravado o documentário. Sua história perpassa pelos conflitos da adolescência, definição da sexualidade, primeiras experiências sexuais, descoberta da sorologia positiva e mudanças na vida a partir do HIV.

Instrumentos

O instrumento escolhido foi a tabela, que serviu como base para analisar os dados coletados do documentário “Tabu Brasil - Soropositivo”. As cenas foram transcritas na tabela e categorizadas para facilitar sua análise e interpretação.

Procedimentos

- Análise exploratória do documentário “Tabu Brasil - Soropositivo”.
- Identificação das cenas que correspondessem ao problema da pesquisa.
- Seleção e transcrição das cenas na tabela.

- Categorização das cenas
- Análise de conteúdo pela estratégia de emparelhamento.

Referencial de Análise

A análise das cenas foi feita a partir dos pressupostos da análise de conteúdo de Laville e Dionne (1999). Após a organização do material, foi necessário desconstruí-lo quanto à sua estrutura e conteúdo, objetivando explicitar suas diversas características e obter seu sentido. A partir dessa definição inicial, optou-se pela categoria de análise do modelo aberto. No modelo aberto as categorias são definidas *a posteriori*, embasadas no referencial teórico e a partir dos conteúdos observados no artefato cultural. A análise qualitativa do conteúdo foi realizada a partir da estratégia de emparelhamento. O emparelhamento consiste na comparação dos dados recolhidos nas cenas com a teoria, a fim de responder aos objetivos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do objetivo proposto neste trabalho, buscou-se um artefato cultural que pudesse contribuir para responder ao problema de pesquisa. Assim, após assistir diversas vezes o documentário “Tabu Brasil – Soropositivo” e selecionar cenas que correspondessem aos objetivos específicos que são, caracterizar aspectos do desenvolvimento biopsicossocial dos adolescentes, caracterizar HIV e caracterizar o sentido da vida na perspectiva da logoterapia, foram criadas 3 categorias para análise do conteúdo. São elas: aspectos do desenvolvimento da adolescência, vivendo com HIV e sentido da vida. As categorias foram divididas em unidades de análise, com base na revisão de literatura, sendo aspectos pertinentes para responder ao problema de pesquisa.

A divisão das categorias, unidades de análise e respectivas cenas, podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1

Categorias, unidades de análise e cenas

Categorias	Unidades de análise	Cenas
1. Aspectos do desenvolvimento da adolescência	Pensamento imediatista	Cena 1 (00:01:22 – 00:01:32)
	Início da vida sexual	Cena 2 (00:06:05 – 00:06:33)
	Busca da identidade	
	Direcionamento profissional	Cena 3 (00:06:34 – 00:07:20) Cena 4 (00:11:54 – 00:12:29)
2. Vivendo com HIV	Impactos do diagnóstico	Cena 3 (00:06:34 – 00:07:20) Cena 5 (00:19:37 – 00:19:58)
	Impactos psicossociais	Cena 6 (00:11:20 – 00:11:52) Cena 7 (00:10:28 – 00:10:52) Cena 8 (00:12:30 – 00:13:22)
	Adesão ao tratamento	Cena 9 (00:20:30 – 00:20:50) Cena 10 (00:31:25 – 00:31:53)

3. Sentido da vida	Valores de atitude	Cena 4 (00:11:54 – 00:12:29) Cena 6 (00:11:20 – 00:11:52) Cena 7 (00:10:28 – 00:10:52) Cena 12 (00:39:55 – 00:40:30)
	Valores de vivência	Cena 8 (00:12:30 – 00:13:22) Cena 10 (00:31:25 – 00:31:53) Cena 11 (00:35:52 – 00:36:20) Cena 12 (00:39:55 – 00:40:30)
	Valores de criação	Cena 4 (00:11:54 – 00:12:29) Cena 11 (00:35:52 – 00:36:20) Cena 12 (00:39:55 – 00:40:30)

Fonte: a autora, 2019.

A Categoria 1, aspectos do desenvolvimento da adolescência, foi dividida em quatro unidades de análise, com o intuito de desenvolver conceitos que puderam ser observados no artefato escolhido. Identificou-se as unidades: pensamento imediatista, início da vida sexual, busca pela identidade e direcionamento profissional. A partir disso, foi criada a Tabela 2, com a descrição das cenas e suas respectivas unidades de análise conforme segue.

Tabela 2

Categoria 1: Aspectos do desenvolvimento da adolescência

Cenas	Unidades de análise
Cena 1 - João: <u>“Eu tinha 17 pra 18 anos, no auge da minha adolescência, onde eu simplesmente achava que nada ia acontecer comigo. E foi nesse momento que eu abri mão de camisinha, de preservativo e de qualquer outro tipo de cuidado que eu pudesse ter.”</u>	Pensamento imediatista
Cena 2: Narrador: <u>“Ele tinha 17 anos quando começou sua vida sexual e revelou sua homossexualidade à família.”</u>	

João: “Quando eu comecei a minha vida sexual com homens eu já entendia tudo sobre sexo e tudo sobre doenças sexualmente transmissíveis. Na verdade, a minha primeira relação sexual foi com preservativo. Segunda, terceira, e assim por diante. Algumas foram sem, mas quando eu abri mão do preservativo, foi algo muito consciente.”

Pensamento imediatista
Início da vida sexual
Busca pela identidade

Cena 3: Narrador: “Formado em marketing digital, João cursava a pós-graduação quando foi fazer exames de rotina para começar a treinar em uma academia de ginástica. Ao entregar os resultados para o médico, veio a surpresa.”

Direcionamento profissional

João: “Ele falou, ‘Então, João, é o seguinte: o seu exame deu positivo para HIV. E a gente vai precisar fazer outro exame pra poder pegar o resultado definitivo.’ Na hora eu empalideci, devo ter ficado todo branco, fiquei todo dormente. E eu só pensava na minha mãe, no meu pai, como eu ia contar pra eles isso. Eu cresci na década de 80, eu me lembro de Renato Russo morrendo. Quando ele morreu, eu tinha 15 anos, eu lembro muito bem disso. Eu lembro do Cazuzza morrendo, eu era mais jovem, mas eu lembro quando ele morreu.”

Cena 4 - Narrador: “Já envolvido com o tema e a militância voluntária, João foi convidado a participar de uma campanha para a prevenção do HIV/AIDS.”

João: “A oportunidade de trabalhar no departamento de DST e AIDS do Ministério da Saúde veio na segunda campanha que eu fiz. Todas as características, a maioria delas, se encaixava comigo. Foi então que eu mandei meu

Direcionamento profissional

currículo pra eles, fizeram a análise e 20/30 dias
depois eu comecei a trabalhar em Brasília. Eu me
mudei de Petrópolis para Brasília.”

Fonte: a autora, 2019.

Na cena 1, o primeiro destaque está na afirmação de João, “eu tinha 17 para 18 anos”, situa o período da adolescência no qual se encontrava quando ocorreu a infecção pelo HIV. Essa etapa corresponde ao final da adolescência, onde a forma corporal adulta já está definida, bem como a identidade e a sexualidade (Griffa & Moreno, 2001). A primeira unidade de análise, pensamento imediatista, pode ser destacada na fala da cena 1, “[...] achava que nada ia acontecer comigo. E foi nesse momento que eu abri mão do uso de camisinha, de preservativo e de qualquer outro tipo de cuidado que eu pudesse ter” e na cena 2, em dois trechos da narrativa, “Quando eu comecei minha vida sexual [...] eu já entendia tudo sobre sexo e tudo sobre doenças sexualmente transmissíveis” e “Algumas (relações sexuais) foram sem, mas quando eu abri mão do preservativo, foi algo muito consciente”. Mesmo que os adolescentes saibam o que são preservativos e tenham acesso, por vezes, desconsideram possíveis danos de uma prática sexual sem os devidos cuidados e agem por impulso, sustentados, unicamente, na sorte, mostrando que a educação sexual se apresenta deficitária (McKinney et al., 1983). A prática sexual sem proteção é citada como um dos comportamentos de risco observados na adolescência, deixando-os expostos às doenças e infecções sexualmente transmissíveis (Silva & Mattos, 2004). A partir da definição dos autores, entende-se que João tinha conhecimento dos métodos de prevenção e afirma ter deixado de usá-los de forma consciente, assumindo os riscos de uma prática sexual sem preservativo, aspecto comumente observado na adolescência. Apesar de saber sobre doenças sexualmente transmissíveis, o pensamento imediatista e a ideia de que não aconteceria com ele, o deixaram suscetível à infecção pelo HIV.

Na cena 2, o narrador do documentário cita o início da vida sexual de João, que é a segunda unidade de análise da categoria 1, e que, neste caso, ocorre aos 17 anos. Com início na puberdade, as mudanças corporais consolidam-se na adolescência, conferindo à aparência do adolescente um aspecto mais próximo ao adulto (Griffa & Moreno, 2001). Outro marco importante desse período é o amadurecimento sexual, no qual ocorrem as primeiras ejaculações, a voz muda, tornando-se mais grave e a genitália se desenvolve, tomando a forma adulta (McKinney et al., 1983). A possibilidade de ter relações sexuais torna-se real, há o desejo pelo outro e a vontade de aproximar-se, bem como o próprio corpo passa a ser explorado. Além disso, ocorre também a definição sexual (Griffa & Moreno, 2001).

Ainda na cena 2, destaca-se a busca pela identidade, na parte em que o narrador menciona que João “revelou sua homossexualidade à família”. A definição sexual e de identidade acontecem na segunda etapa da adolescência, que corresponde ao período dos 12 ou 13 aos 16 anos. Há o afastamento afetivo da família e a aproximação dos grupos (Griffa & Moreno). A inserção em grupos permite que haja o compartilhamento de vivências boas e ruins, contribuindo para o acolhimento, a identificação e para a criação da própria identidade (Pinsky & Bessa, 2009; Escorsin, 2016). Nessa fase, o adolescente precisa ter vivências para criar sua própria identidade, sendo a família e a sociedade como um todo, responsáveis por fornecer proteção e subsídios para que isso ocorra de forma saudável (Chimeli et al., 2016).

O direcionamento profissional pode ser observado na cena 3, na qual o narrador relata “Formado em marketing digital, João cursava a pós-graduação” e na cena 4, na fala de João “A oportunidade de trabalhar no departamento de DST e AIDS do Ministério da Saúde veio na segunda campanha que eu fiz. [...]mandei meu currículo pra eles, fizeram a análise e 20, 30, dias depois eu comecei a trabalhar em Brasília”. A etapa final da adolescência corresponde ao momento em que a identidade já está fixada e o adolescente dá os primeiros passos em direção à vida adulta (Griffa & Moreno, 2001). A adolescência é, além de um momento de instabilidade, uma fase de vivências e planejamentos para o futuro (Quiroga & Vitalle, 2013), como a entrada no mercado de trabalho, a saída da casa dos pais e relacionamentos entre pares (Escorsin, 2016).

A Categoria 2, vivendo com HIV, corresponde ao segundo objetivo específico deste trabalho, que é caracterizar HIV. A partir desse tópico e do documentário, foram criadas 3 unidades de análise: impactos do diagnóstico, impactos psicossociais e adesão ao tratamento. A descrição das cenas e unidades de análise condizentes, são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3

Categoria 2: Vivendo com HIV

Cenas	Unidades de análise
Cena 3 - Narrador: “Formado em marketing digital, João cursava a pós-graduação quando foi fazer exames de rotina para começar a treinar em uma academia de ginástica. Ao entregar os resultados para o médico, veio a surpresa.”	Impactos do diagnóstico

João: “Ele falou, ‘Então, João, é o seguinte: o seu exame deu positivo para HIV. E a gente vai precisar fazer outro exame pra poder pegar o resultado definitivo.’ Na hora eu empalideci, devo ter ficado todo branco, fiquei todo dormente. E eu só pensava na minha mãe, no meu pai, como eu ia contar pra eles isso. Eu cresci na década de 80, eu me lembro de Renato Russo morrendo. Quando ele morreu, eu tinha 15 anos, eu lembro muito bem disso. Eu lembro do Cazuzza morrendo, eu era mais jovem, mas eu lembro quando ele morreu.”

Cena 5 - Narrador: “João Netto tem 31 anos e HIV acerca de 11. O diagnóstico precoce foi fundamental para sua qualidade de vida.”

Impactos do diagnóstico

João: “Eu nunca tive nenhum sintoma de AIDS, por isso costumo dizer que sou soropositivo ou pessoa vivendo com HIV. Eu não cheguei a viver com AIDS, porque eu não cheguei a ter a doença. Não cheguei a ter nenhuma doença oportunista, nada disso.”

Cena 6 – Narrador: “Antes de revelar ao mundo sua sorologia, João se munuiu com informações sobre o vírus e a AIDS e foi contar para a mãe.”

Impactos psicossociais

João: “Foi um momento muito difícil para mim, foi o mais difícil da minha vida. Eu acho que muito mais difícil do que contar pra ela que eu era gay. Na hora ela ficou estática, parada olhando pra mim e falou assim pra mim: as pessoas não são culpadas pelo que tem, mas elas têm responsabilidade de como vão viver com aquilo. Então ela ia ficar destruída se ela ficasse sabendo que um dia eu não me cuidei.”

Cena 7 – Narrador: “João soube que tinha HIV num exame de rotina. Na época, morava há 5 anos com seu namorado, que não tinha HIV, o que o faz acreditar eu tenha contraído o vírus numa relação anterior.”

Impactos psicossociais

João: “Ninguém te pergunta como você pegou diabetes, a pessoa pergunta como você pegou AIDS. É uma pergunta extremamente deselegante, mas as pessoas ainda fazem porque tem pessoas que não gostam. Eu não me importo de falar que foi com sexo que eu peguei.”

Cena 8 – Narrador: “João ainda morava em Petrópolis quando começou a namorar com André, que ele conhecia da época da faculdade e não tem HIV.”

Impactos psicossociais

André: “Eu descobri que ele era soropositivo acerca de 1 mês e meio antes da gente começar a se envolver. Eu sempre o paquerei pelas redes sociais e um belo dia eu mexendo no perfil dele vi um vídeo de uma campanha que ele fez.”

João: “Nesse vídeo eu falava que descobri o soropositivo quando estava no meio de uma pós-graduação e mais detalhes.”

André: “E uma coisa que eu vi com isso é que a AIDS não tem cara. Não podia imaginar que uma pessoa bonita, bem saudável, pode ter uma doença dessas.”

João: “E foi então que ele procurou mais informações, mais detalhes pra entender como aquilo funcionava, se ele tinha condições psicológicas pra encarar um relacionamento com uma pessoa que vivia com HIV.”

Cena 9 – Narrador: “O tratamento de João é feito parte em Petrópolis e parte em Brasília, onde ele mora.”

João: “Eu vou em médicos de 3 em 3 meses, faço um check-up sanguíneo, sem contar também que faço um exame de carga viral, que faz a contagem de vírus no meu sangue de CD4 que é da imunidade.”

Adesão ao tratamento

Cena 10 – Narrador: “João começou com antirretrovirais quando teve um pequeno acidente e André ficou exposto ao seu sangue.”

João: “Eu não tinha as características da doença pra começar o tratamento. Eu não tinha imunidade baixa e não tinha carga viral alta, mas eu era parceiro de uma pessoa soronegativa e esse sangue contaminado poderia ter contaminado ele. Então ele teve que fazer um tratamento, que a gente chama de profilaxia pós exposição.”

Adesão ao tratamento

Fonte: a autora, 2019.

Os impactos do diagnóstico puderam ser analisados nas cenas 3 e 5. Destacam-se os trechos a seguir, transcritos na ordem em que se apresentam: “Na hora eu empalideci, devo ter ficado todo branco, fiquei dormente. E eu só pensava na minha mãe, no meu pai, como eu ia contar isso pra eles. Eu cresci na década de 80, eu me lembro de Renato Russo morrendo. [...] eu lembro do Cazuzza morrendo”; “O diagnóstico precoce foi fundamental para sua qualidade de vida”, “Eu nunca tive nenhum sintoma de AIDS”. A década de 80 foi marcada mundialmente pela descoberta da AIDS, do HIV e a relação entre ambos. Estar com a infecção ou com doenças oportunistas, já no estágio de AIDS, propriamente dito, era a certeza de um prognóstico reservado (<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo2>). No Brasil, nessa mesma década, a mídia divulgava a imagem escrachada do corpo doente e raquítico da pessoa vivendo com HIV, já com seu sistema imunológico enfraquecido e com infecções oportunistas. Antes da

população ter acesso a informações efetivas sobre o HIV e a AIDS, instalou-se no imaginário coletivo uma visão distorcida dos fatos, bem como o medo do contato com as populações-chave que, supostamente, ofereciam perigo (Daniel & Parker, 2018). Os avanços na área farmacológica e o acesso gratuito ao tratamento pelo SUS fizeram com que o diagnóstico positivo de HIV não fosse mais fatal (<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo2>). Além disso, o diagnóstico precoce e o uso da TARV permitem qualidade de vida à pessoa vivendo com HIV, aumentando o período de latência do vírus, não permitindo que evolua para a AIDS (<https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>). João exemplifica nas suas falas o medo de chegar ao estágio da AIDS, baseado nas suas vivências dos anos 80, onde havia uma imagem “padrão” da pessoa vivendo com AIDS e a certeza de ser esta uma sentença de morte. Por ter descoberto o HIV pouco tempo depois da infecção, isso permitiu que tivesse os cuidados necessários para que não evoluísse para a AIDS, diminuindo o impacto inicial do diagnóstico.

Os impactos psicossociais foram assinalados nas cenas 6, 7 e 8. Na cena 6, João relata: “(contar para a mãe) Foi um momento muito difícil para mim, foi o mais difícil da minha vida. Eu acho que muito mais difícil do que contar para ela que eu era gay.” O apoio familiar tem se mostrado um importante fator para a qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV. Em especial, após o diagnóstico positivo, receber o afeto da família permite que a pessoa busque tratamento. A discriminação e a rejeição contribuem para a omissão do HIV e conseqüentemente, para a falta de procura pelos serviços de saúde (Jesus et al., 2017). A partir disso, pode-se entender o receio de João ao revelar sua sorologia para a família, temendo uma possível reação negativa.

Na cena 7, João refere: “Ninguém te pergunta como você pegou diabetes, a pessoa pergunta como você pegou AIDS. É uma pergunta extremamente deselegante, mas as pessoas ainda fazem porque não gostam”. Segundo Daniel e Parker (2018), a terceira epidemia da AIDS, que é a do preconceito e da intolerância é a potencialmente mais perigosa, pois segrega a pessoa vivendo com HIV da sociedade. A curiosidade em torno de como ocorreu a infecção pelo vírus vem mascarada pela condenação, por vezes, com fundo religioso, da pessoa que mantém relações sexuais, sendo acusada de promíscua. Ainda mais no caso de homossexuais (Daniel & Parker, 2018). João vive as duas realidades, a de pessoa vivendo com HIV e a de homossexual, sofrendo duplamente o estigma. É possível associar esse estigma ao fato de que, inicialmente, a AIDS foi diagnosticada, principalmente, em homossexuais. Mesmo depois de crianças, heterossexuais e profissionais da saúde serem

infectados, os homossexuais ainda sofrem acusações de serem os propagadores da infecção (<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo2>).

Ainda sobre os impactos psicossociais, destaca-se a cena 8, em que André, namorado de João, fala sobre quando descobriu a sorologia positiva de João: “Eu descobri que ele era soropositivo acerca de 1 mês e meio antes da gente começar a se envolver”. Além disso, na mesma cena há a fala de João, se referindo a André: “E foi então que ele procurou mais informações, mais detalhes pra entender como aquilo funcionava, se ele tinha condições psicológicas pra encarar um relacionamento com uma pessoa que vivia com HIV”. Uma rede de apoio deficitária pode ser um complicador na aceitação do diagnóstico, contribuindo para a incidência de depressão e resistência ao tratamento (Rodrigues & Maskud, 2017). Isso também favorece o isolamento afetivo e a evitação de relações sexuais, causada muitas vezes pelo medo de transmitir o vírus (Jesus et al., 2017). No caso de André, a aceitação da condição de João, permitiu o acolhimento, bem como a aproximação afetiva e sexual. Ainda, há na fala de João, a percepção da dificuldade de assumir um relacionamento com um parceiro de sorologia diferente, principalmente para a pessoa sem o diagnóstico de HIV. Porém, a reação positiva de André permitiu que iniciassem um relacionamento sem julgamentos ou estigmas.

A última unidade de análise da categoria 2 é a adesão ao tratamento, contemplada pelas cenas 9 e 10. Na cena 9, João explica como realiza o tratamento: “Eu vou em médicos de 3 em 3 meses, faço um check-up sanguíneo, sem contar também que faço um exame de carga viral, que faz a contagem de vírus no meu sangue de CD4, que é da imunidade”. Na cena 10, João fala sobre o início do tratamento antirretroviral: “Eu não tinha as características da doença pra começar o tratamento. Eu não tinha imunidade baixa e não tinha carga viral alta, mas eu era parceiro de uma pessoa soronegativa e esse sangue contaminado poderia ter contaminado ele”. A adesão ao tratamento tem ligação com os impactos psicossociais do diagnóstico positivo de HIV, mas entendeu-se a necessidade de fazer uma categoria a parte, por ser um tema relevante para uma discussão mais aprofundada. Atualmente, há uma estimativa de, aproximadamente, 200 mil pessoas no Brasil com o diagnóstico de HIV sem tratamento. Mesmo sendo disponibilizado de forma gratuita pelo SUS e de trazer benefícios à pessoa vivendo com HIV, a resistência à TARV é significativa e é possível pensar que suas raízes estão na década de 80. Os primeiros anos da descoberta da AIDS e do HIV foram marcadas pelas reações sociais, culturais, políticas e econômicas. Havia a culpabilização dos homossexuais, travestis, prostitutas e população de rua como os disseminadores da infecção, sofrendo negativa de atendimento por parte dos profissionais da saúde e rejeição da sociedade (Daniel & Parker, 2018). Essa cultura ainda se faz presente, uma vez que algumas

peças vivendo com HIV, mesmo neste século, relatam um tratamento hostil pelos serviços de saúde ou evitam-nos, no intuito de manter no sigilo sua sorologia (Almeida & Labronici, 2007). A busca ou a manutenção do emprego, após o diagnóstico, aparece também como entrave. Em função das constantes faltas para comparecer às consultas, o ambiente de trabalho torna-se um complicador, caso o indivíduo não queira compartilhar seu diagnóstico (Garrido et al., 2007). Ainda, os efeitos colaterais do início do tratamento não são bem tolerados por algumas pessoas vivendo com HIV, o que contribui para o abandono do tratamento (Rodrigues & Maskud, 2017). Uma rede de apoio adequada, com o acolhimento dos familiares, amigos e profissionais da saúde, é um importante incentivador para que haja a procura pelo tratamento e a manutenção deste (Freitas et al., 2017). João não apresentou resistência ao tratamento, pois recebeu o apoio emocional de sua família desde o momento da revelação do diagnóstico e a compreensão do namorado antes mesmo de iniciarem um relacionamento. Além de cuidar de sua qualidade de vida, preocupa-se, também, com a saúde de André, ao iniciar a TARV, mesmo podendo apresentar efeitos colaterais. Ao receber esse apoio, João não temeu a reação das pessoas fora do seu círculo familiar e de amigos, expondo publicamente sua sorologia. E, neste caso em específico, diferente do abordado pelos autores, João não teve dificuldade em encontrar emprego.

A categoria 3 refere-se ao sentido da vida, na perspectiva da logoterapia. Esta foi separada em 3 unidades de análise, sendo elas: valores de atitude, valores de vivência e valores de criação. Os valores, na logoterapia, são as formas de encontrar o sentido da vida e de realizá-lo. Assim, buscou-se na história de João, encontrar falas que pudessem explicitar a realização dos valores e que, a partir disso, conferissem sentido para sua vida. Para tal, foi criada a Tabela 4, com as cenas e as unidades de análise correspondentes.

Tabela 4

Categoria 3: Sentido da vida

Cenas	Unidades de análise
<p>Cena 6 - Narrador: “Antes de revelar ao mundo sua sorologia, João se munuiu com informações sobre o vírus e a AIDS e foi contar para a mãe.”</p> <p>João: “<u>Foi um momento muito difícil para mim, foi o mais difícil da minha vida.</u> Eu acho que muito mais difícil do que contar pra ela que eu era gay. Na hora ela ficou estática, parada olhando</p>	<p>Valores de atitude</p>

pra mim e falou assim pra mim: as pessoas não são culpadas pelo que tem, mas elas têm responsabilidade de como vão viver com aquilo. Então ela ia ficar destruída se ela ficasse sabendo que um dia eu não me cuidei.”

Cena 7 - Narrador: “João soube que tinha HIV num exame de rotina. Na época, morava há 5 anos com seu namorado, que não tinha HIV, o que o faz acreditar eu tenha contraído o vírus numa relação anterior.”

Valores de atitude

João: “Ninguém te pergunta como você pegou diabetes, a pessoa pergunta como você pegou AIDS. É uma pergunta extremamente deslegante, mas as pessoas ainda fazem porque tem pessoas que não gostam. Eu não me importo de falar que foi com sexo que eu peguei.”

Cena 9 - Narrador: “O tratamento de João é feito parte em Petrópolis e parte em Brasília, onde ele mora.”

João: “Eu vou em médicos de 3 em 3 meses, faço um check-up sanguíneo, sem contar também que faço um exame de carga viral, que faz a contagem de vírus no meu sangue de CD4, que é da imunidade.”

Valores de atitude

Cena 8 - Narrador: “João ainda morava em Petrópolis quando começou a namorar com André, que ele conhecia da época da faculdade e não tem HIV.”

Valores de vivência

André: “Eu descobri que ele era soropositivo há cerca de 1 mês e meio antes da gente começar a se envolver. Eu sempre o paquerei pelas redes

sociais e um belo dia eu mexendo no perfil dele vi um vídeo de uma campanha que ele fez.”

João: “Nesse vídeo eu falava que descobri o soropositivo quando estava no meio de uma pós-graduação e mais detalhes.” (João)

André: “E uma coisa que eu vi com isso é que a AIDS não tem cara. Não podia imaginar que uma pessoa bonita, bem saudável, pode ter uma doença dessas.”

João: “E foi então que ele procurou mais informações, mais detalhes pra entender como aquilo funcionava, se ele tinha condições psicológicas pra encarar um relacionamento com uma pessoa que vivia com HIV.”

Cena 10 - Narrador: “João começou com antirretrovirais quando teve um pequeno acidente e André ficou exposto ao seu sangue.”

Valores de vivência

João: “Eu não tinha as características da doença pra começar o tratamento. Eu não tinha imunidade baixa e não tinha carga viral alta, mas eu era parceiro de uma pessoa soronegativa e esse sangue contaminado poderia ter contaminado ele. Então ele teve que fazer um tratamento, que a gente chama de profilaxia pós exposição.”

Cena 4 - Narrador: “Já envolvido com o tema e a militância voluntária, João foi convidado a participar de uma campanha para a prevenção do HIV/AIDS.”

Valores de criação

João: “A oportunidade de trabalhar no departamento de DST e AIDS do Ministério da Saúde veio na segunda campanha que eu fiz.”

Todas as características, a maioria delas, se encaixava comigo. Foi então que eu mandei meu currículo pra eles, fizeram a análise e 20/30 dias depois eu comecei a trabalhar em Brasília. Eu me mudei de Petrópolis para Brasília.”

Cena 11 - Narrador: “João é ativista pela igualdade de direitos e na luta para a prevenção da AIDS.”

João: “Eu tento sempre ajudar as pessoas no acolhimento ou com informações. Eu criei um grupo ‘Rede nacional de pessoas vivendo e convivendo com HIV e AIDS’, onde eu incluí, também, pessoas que convivem com a AIDS. É um grupo secreto do Facebook, então só entra quem conhece alguém. É assim que a gente tem que fazer pra manter a privacidade das pessoas que estão ali dentro. As vezes elas não querem que sejam identificadas.”

Valores de vivência
Valores de criação

Cena 12 – Narrador: “João faz parte do grupo de jovens que se assume perante a sociedade e ainda se dedica ao serviço voluntário de informar sobre o HIV e AIDS.”

João: “Eu acredito que eu tenho a capacidade de falar para as pessoas de uma maneira que elas consigam entender, compreender e ver que viver com HIV é possível. Não é uma vida normal como as pessoas dizem, porque você tem que tomar remédio todos os dias, você tem que encarar efeitos colaterais. Porém, você pode viver com dignidade, com saúde. Você pode ter um relacionamento com uma pessoa que não vive com HIV e você pode ser muito feliz com isso.”

Valores de atitude
Valores de vivência
Valores de criação

Fonte: a autora, 2019.

Os valores de atitude, primeira unidade de análise da Categoria 3, puderam ser destacados nas cenas 6, 7, 9 e 12. Na cena 6, João relata como contou para sua mãe sobre o HIV e a reação dela: “Foi um momento muito difícil para mim, foi o mais difícil da minha vida. [...] (a mãe) falou assim pra mim: as pessoas não são culpadas pelo que tem, mas elas têm responsabilidade de como vão viver com aquilo”. Dentro dessa fala, pode-se destacar a liberdade de vontade, onde o ser humano, mesmo que tenha diminuído sua liberdade de escolha, ainda é responsável pela atitude que toma frente ao que lhe é posto (Kroeff, 2012).

Na cena 7, João fala sobre como lida com o seu diagnóstico: “Ninguém te pergunta como você pegou diabetes, a pessoa pergunta como você pegou AIDS. [...] Eu não me importo de falar que foi com sexo que eu peguei.” Nessa fala, pode-se pensar na culpa que carrega a pessoa vivendo com HIV. A culpa, junto com o sofrimento e a morte, forma a tríade trágica. Diante desses três aspectos da condição humana, é preciso tomar uma atitude, na intenção de extrair o sentido. Assim, a culpa pode ser a chance do indivíduo de mudar, melhorando a si próprio (Frankl, 2013).

Na cena 9, João explica como tem feito o tratamento desde a descoberta do HIV: “Eu vou em médicos de 3 em 3 meses, faço um check-up sanguíneo, sem contar também que faço um exame de carga viral, que faz a contagem de vírus no meu sangue de CD4 que é da imunidade”. Na cena 12, o narrador fala da atitude de João a partir do diagnóstico: “Não é uma vida normal como as pessoas dizem, porque você tem que tomar remédio todos os dias, você tem que encarar efeitos colaterais. Porém, você pode viver com dignidade, com saúde”. É possível encontrar sentido na vida mesmo quando a pessoa se depara com situações imutáveis. Nesse momento, é dada a oportunidade de mudar a si mesma, transformando a tragédia em uma vitória pessoal. Manter o otimismo, apesar do sofrimento, da culpa e da morte, possibilita que o ser humano encontre sentido, extraindo algo de bom até nas piores situações (Frankl, 2013). Alterando a sua atitude frente ao que lhe é inevitável, abre a possibilidade para o ser humano transcender, deixando de sofrer por si, e indo ao encontro do sofrimento do outro (Xausa, 1988). Nos recortes das falas de João, é possível destacar que, ao receber o diagnóstico de HIV, uma infecção que não tem cura e não pode ser revertida, havia, mesmo que reduzidas, possibilidades de tomar uma atitude e encontrar um sentido. João, apesar da tríade trágica, conseguiu realizar os valores de atitude, assumindo a responsabilidade pelo seu diagnóstico e das escolhas a partir dele, como o tratamento e tornar pública sua sorologia. Ao deixar para trás o seu sofrimento, abriu espaço para a realização

humana, deixando a culpa e agarrando a oportunidade de melhorar a si mesmo. Além de que, ao se deparar com a finitude pode, a partir de suas ações, ajudar muitas outras pessoas.

Os valores de vivência, segunda unidade de análise da Categoria 3, puderam ser observados nas cenas 8, 10 e 12. Na cena 8, há a fala de André e a de João, respectivamente, sobre como se conheceram e iniciaram o relacionamento: “Eu descobri que ele era soropositivo há cerca de 1 mês e meio antes da gente começar a se envolver” e “E foi então que ele procurou mais informações, mais detalhes pra entender como aquilo funcionava, se ele tinha condições psicológicas pra encarar um relacionamento com uma pessoa que vivia com HIV”. Na cena 10, o narrador relata o início da TARV de João: “João começou com antirretrovirais quando teve um pequeno acidente e André ficou exposto ao seu sangue”. Além disso, há a fala de João sobre o motivo: “[...] eu era parceiro de uma pessoa soronegativa e esse sangue contaminado poderia ter contaminado ele”. Na cena 12, João fala sobre a possibilidade de relacionamento, apesar da sua sorologia: “Você pode ter um relacionamento com uma pessoa que não vive com HIV e você pode ser muito feliz com isso”. Os valores de vivência referem-se ao que se recebe do mundo, de forma gratuita. Dentro disso, pode-se destacar a contemplação da natureza, os vínculos de afeto e, em especial, o amor. No sentido do amor, o ser humano olha para além de si e enxerga as potencialidades do outro, evidencia-as e ajuda a realizá-las. Assim, o amor é a meta última a qual o ser humano pode desejar. O amor é, portanto, a salvação do ser humano (Xausa, 1988; Frankl, 2013). Dentro da perspectiva apresentada pelos autores, é possível afirmar que André e João encontraram e vivenciaram o sentido do amor. André, mesmo sabendo da sorologia de João, decide investir numa relação amorosa, enxergando as potencialidades no seu parceiro. Da mesma forma, João, na intenção de cuidar de André, assume a responsabilidade de tomar a TARV, mesmo com efeitos colaterais, para que não houvesse a possibilidade de infectá-lo. Essa troca, permitiu que ambos pudessem se mostrar um ao outro como realmente são e viver um para o outro, contribuindo para a realização das potencialidades de cada um.

Os valores de criação são destacados nas cenas 4, 11 e 12. Na cena 4, o narrador refere que “Já envolvido com o tema e a militância voluntária, João foi convidado a participar de uma campanha para a prevenção do HIV/AIDS”, e João complementa, dizendo que “A oportunidade de trabalhar no departamento de DST e AIDS do Ministério da Saúde veio na segunda campanha que eu fiz”. A cena 11 fala sobre os trabalhos voluntários de João: “João é ativista pela igualdade de direitos e na luta para a prevenção da AIDS” e “Eu tento sempre ajudar as pessoas no acolhimento ou com informações. Eu criei um grupo ‘Rede nacional de pessoas vivendo e convivendo com HIV e AIDS’, onde eu incluí, também, pessoas que

convivem com a AIDS”. Na cena 12, o narrador fala: “João faz parte do grupo de jovens que se assume perante a sociedade e ainda se dedica ao serviço voluntário de informar sobre o HIV e AIDS.” Há ainda o complemento de João: “Eu acredito que eu tenho a capacidade de falar para as pessoas de uma maneira que elas consigam entender, compreender e ver que viver com HIV é possível”. Os valores de criação são realizados quando o ser humano consegue deixar um legado para o mundo, seja através de ações ou de seu trabalho, e que lhe tragam satisfação (Xausa, 1988). A partir dessa definição, pode-se pensar que João encontrou sentido, também na realização de valores de criação. Após seu diagnóstico, João engajou-se na militância voluntária e participou de campanhas, com o intuito de conscientizar as pessoas sobre a importância da prevenção do HIV. O seu trabalho dentro do Ministério da Saúde e pelas redes sociais, também contribuiu para que outras pessoas tivessem acesso às informações sobre HIV e AIDS e pudessem se sentir respeitadas e acolhidas. A partir do trabalho de João, ele conseguiu encontrar a realização, deixando para o mundo o seu legado sobre prevenção do HIV e possibilidades de viver bem após o diagnóstico.

A partir do exposto, pode-se concluir que João vivenciou as três categorias de valores propostas pela logoterapia, conferindo um novo sentido para sua vida após o diagnóstico positivo de HIV. Ao ver-se diante da tríade trágica, optou por aceitar essa nova condição, encontrando formas de ajudar outras pessoas, espalhando conhecimento e informações sobre o HIV, proporcionando espaços de compartilhamento de vivências e acolhimento. Mostrou, ainda, possibilidades de relacionar-se com outras pessoas, sem culpa. Além disso, ao encontrar um novo sentido para sua vida, conseguiu aderir ao tratamento, superando medos anteriormente experienciados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível aprofundar os conhecimentos sobre a adolescência, fase marcada pelas significativas mudanças físicas e psicológicas e pela busca e definição da identidade e da sexualidade. Além disso, a falsa sensação de onipotência é responsável por colocar o adolescente em situações de risco, como sexo sem proteção e a consequente exposição ao HIV. Dentre os principais dados observados, em relação às pessoas vivendo com HIV, percebe-se a dificuldade de adesão ao tratamento e os impactos psicossociais, fatores potencializados pelo estigma e o preconceito, presentes desde a sua descoberta, até os dias atuais. Ao relacionar o conceito de sentido da vida, na perspectiva da logoterapia, com o tema da adolescência e do HIV, foi possível responder ao problema de pesquisa, identificando as contribuições do sentido da vida em adolescentes vivendo com HIV. Frente ao diagnóstico imutável e, muitas vezes, desorganizador, numa fase importante do desenvolvimento, ainda há a oportunidade de realizar os valores de criação, de vivência e de atitude, fazendo com que o adolescente vivendo com HIV encontre sentido. O sentido da vida contribui para a adesão ao tratamento, para a aproximação afetiva de parceiros e para a realização de um trabalho que seja significativo.

A limitação principal para a realização desta pesquisa, diz respeito ao fato de haver poucos artefatos culturais que abordassem a questão do adolescente vivendo com HIV no contexto atual. Ainda, algumas produções que foram encontradas, reforçam o estereótipo da pessoa vivendo com HIV ser homem e homossexual. Vale ressaltar que o aumento do HIV na adolescência é registrado tanto em adolescentes do sexo masculino, como do sexo feminino. Apesar disso, a escolha por usar o documentário retratando a descoberta da sorologia e consequentes atitudes de um homem gay, se deve ao fato de ter sido o que conseguiu dar conta do problema de pesquisa. Objetivou-se, também, dar visibilidade e voz para essa população que é culpabilizada pela disseminação da doença e da infecção, desde a descoberta da AIDS e do HIV.

Novos estudos nessa área se fazem necessários, visto que é escasso o material, em língua portuguesa, que aborde o sentido da vida em adolescentes vivendo com HIV. Acredita-se ser este um tema relevante para pesquisar e aplicar. Propõe-se, para futuros estudos, a abordagem de outras faixas etárias, pois o HIV tem sido diagnosticado em todas elas. Além disso, uma pesquisa de campo poderia trazer dados mais atualizados e fidedignos, que serviriam para ampliar o conhecimento, possibilitando uma intervenção. Estudos com essa temática podem contribuir para a disseminação do conhecimento sobre o HIV,

diminuindo a “epidemia” de preconceito e estigma contra pessoas vivendo com HIV, iniciada na década de 80 e presente até os dias atuais.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. & Knobel, M (1988). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almeida, M. R. de C. & Labronici, L. M. (2007). A trajetória silenciosa das pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(1), 263-274. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100030>.
- Aquino, T. A. A. de; Silva, J. P. da; Figueirêdo, A. T. B. de; Dourado, É. T. S. & Farias, E. C. S. de. (2011). Avaliação de uma proposta de prevenção do vazio existencial com adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1), 146-159. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100013>.
- Chalfon, E. (Produtora), & Braga, M. (Diretor). (2014). *Tabu Brasil – Soropositivo*. Brasil: Bossa Nova Films.
- Chimeli, I. V., Nogueira, M. J., Pimenta, D. N. & Scall, V. T. (2016). A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência. *Physis* 26 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200004>
- Cedaro, J. J., Vilas Boas, L.M. da S., & Martins, R. M. (2012). Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho - RO. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(2), 320-339. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000200005>
- Daniel, H. & Parker, R. (2018). *AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. [Versão eletrônica]. Rio de Janeiro: ABIA.
- Escorsin, A. P. (2016). *Psicologia e desenvolvimento humano*. [Versão eletrônica]. Curitiba: Intersaberes.
- Fizzotti, E. (1977). *De Freud a Frankl: interrogantes sobre el vacio existencial*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.
- Flick, U. (2009) *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Boockman.
- Frankl, V. E. (1989). *Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da Logoterapia e análise existencial*. (A.M. Castro trad.) São Paulo: Quadrante. (Trabalho original publicado em 1967).
- Frankl, V. E. (1992). *A presença ignorada de Deus*. (W. O. Schupp & H. H. Reinhold, trads.) 2ª edição. São Leopoldo: Editora Sinodal. (Trabalho original publicado em 1988).

- Frankl, V. E. (2005). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. 21ª ed. São Leopoldo: Editora Sinodal.
- Frankl, V. E. (2013). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. 34ª ed. São Leopoldo: Editora Sinodal.
- Freitas, M. I. de F., Bonolo, P. de F., Miranda, W. D. de & Guimarães, M. D. C. (2017). Interações sociais e a adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170011>
- Garrido, P. B., Paiva, V., Nascimento, V. L. V. do, Sousa, J. B. & Santos, N. J. S. (2007). Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Revista Saúde Pública*, 41(Supl.2). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000900012>.
- Gill, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª edição. São Paulo: Atlas.
- Griffa, M. C. & Moreno, J. E. (2001). *Chaves para a psicologia do desenvolvimento*. (V. Vacari trad.) São Paulo: Paulinas.
- Groisman, M. (1984). *A questão sexual na adolescência*. In. Groisman, M. & Kusnetzoff, J. C. (1984). *Adolescência e saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Grossman, E. (1998) A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latinoamericana*
- Jesus, G. J. de, Oliveira, L. B. de, Calian, J. de S., Queiroz, A. A. F. L., Gir, E. & Reis, R. K. (2017). Dificuldades do viver com HIV/Aids: entraves na qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 301-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700046>.
- Kroeff, P. (2012). *Possibilidades e desafios da pessoa com deficiência: contribuições da logoterapia e da teoria sistêmica*. Ribeirão Preto: Instituto de Educação e Cultura Viktor Frankl.
- Kroeff, P. (2014). *Logoterapia e Existência: a importância do sentido da vida*. Porto Alegre: Evangraf
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. (H. Monteiro & F. Settineri, trads.). Porto Alegre: Artes Médicas/Belo Horizonte: Editora da UFMG. (Trabalho original publicado em 1997)
- Lima, T. C. S. de, & Mioto, R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis. Florianópolis v. 10 n. esp.*,37-45. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>.

- McKinney, J. P., Fitzgerald, H. E. & Strommen, E. A. (1983). *Psicologia do desenvolvimento: o adolescente e o adulto jovem*. (A. Cabral trad.) Rio de Janeiro: Campus.
- Pinsky, I. & Bessa, M. A. (2009). *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. dos. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo, Maringá, 12 (2), 247-256*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05.pdf>
- Quiroga, F. L. & Vitalle, M. S. de S. (2013). O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2013.v23n3/863-878/>
- Rodrigues, R. (1991). *Fundamentos da Logoterapia na clínica psiquiátrica e psicoterapêutica*. Petrópolis: Vozes.
- Rodrigues, M. & Maskud, I. (2017). Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *Saúde Debate, v. 41, n. 113*. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711314>
- Santos, D. M. B. dos. (2016). Logoterapia: compreendendo a teoria através dos conceitos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 68(2)*. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000200011&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, A.S. & Deus, A.F. (2005) Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo comparativo. *Análise Psicológica*. In: Coutinho, R. X., Santos, W. M. dos, Folmer, V., & Puntel, R. L. (2013). Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. *Cadernos Saúde Coletiva, 21(4), 441-449*. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400013>
- Silva, V. M. & Mattos, H. F. (2004). Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In: Pinsky, I. & Bessa, M. A. (Eds.). *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto.
- Souza, M. T. S. de & Oliveira, A. L. (2011). Fatores de proteção familiares, situações de risco, comportamentos e expectativas dos jovens de baixa renda. In: Dell'Aglio, D. D. & Koller, S. H. (2011). *Adolescência e juventude brasileira: vulnerabilidade e contextos de proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Xausa, I. de M. (1988). *A psicologia do sentido da vida*. Petrópolis: Vozes.
- Zappe, J. G. & Dell'Aglio, D. D. (2015). Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 65(1), 44-52*. Disponível em: <https://doi/10.1590/0047-2085000000102>