

Qualidade de Vida, Estratégias de Enfrentamento e Sexualidade em Pessoas Vivendo com HIV

Quality of Life, Coping Strategies and Sexuality in People Living with HIV

Calidad de Vida, Estrategias de Afrontamiento y Sexualidad en Personas Viviendo con VIH

Whigney Edmilson da Costa

Hospital Estadual de Doenças Tropicais

Alexandre Castelo Branco Herênio

Centro Universitário Alfredo Nasser

Eliane Maria Fleury Seidl

Universidade de Brasília (UnB)

Resumo

Introdução: O diagnóstico de HIV ainda é considerado uma má notícia devido ao seu impacto possivelmente deletério sobre a qualidade de vida. O estudo objetivou investigar a relação entre as variáveis qualidade de vida (QV), estratégias de enfrentamento e sexualidade de pessoas com HIV, acompanhadas em um ambulatório de infectologia em Goiânia, GO. **Método:** Estudo observacional e transversal, participaram 150 pessoas vivendo com HIV, 98 (65,66%) do gênero masculino, com idades entre 19 e 75 anos ($M=39$; $DP=12,286$), em uso da terapia antirretroviral. Instrumentos validados para a população brasileira foram utilizados, em coleta presencial. Análises descritivas e inferenciais foram realizadas. **Resultados:** O maior escore médio dos participantes nas dimensões da QV foi em relação à percepção geral, com diferença significativa para o gênero feminino. As estratégias de enfrentamento com maiores médias totais foram aceitação, *coping* ativo e religião. **Discussão:** Pessoas com maior percepção da QV utilizam estratégias de enfrentamento mais adaptativas, enquanto o grupo com menor QV utiliza estratégias mais evitativas. **Conclusão:** A sexualidade e as estratégias de enfrentamento influenciam na percepção da QV em PVHIV tendo por base os resultados do presente estudo.

Palavras-chave: HIV, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento, sexualidade

Abstract

Introduction: The HIV diagnosis is still considered bad news due to its possibly deleterious impact on quality of life. The study aimed to investigate the relationship between the variables quality of life (QoL), coping strategies and sexuality of people with HIV, followed at an infectious diseases clinic in Goiânia, GO. **Method:** Observational and cross-sectional study; 150 people living with HIV participated, 98 (65.66%) male, aged between 19 and 75 years ($M=39$; $SD=12.286$), using therapy antiretroviral. Instruments validated for the Brazilian population were used in face-to-face collection. Descriptive and inferential analyzes were performed. **Results:** The participants' highest average score in the QoL dimensions was in relation to general perception, with a significant difference for females. The coping strategies that obtained the highest total averages were acceptance, active coping and religion. **Discussion:** People with a higher perception of QoL use more adaptive coping strategies, while the group with lower QoL uses more avoidant strategies. **Conclusion:** Sexuality and coping strategies influence the perception of QoL in people living with HIV, based on the results of the present study.

Keywords: HIV, quality of life, coping strategies, sexuality

Resumen

Introducción: El diagnóstico de VIH aún se considera una mala noticia debido a su impacto posiblemente deletéreo en la calidad de vida. El estudio tuvo como objetivo investigar la relación entre las variables calidad de vida (CV), estrategias de afrontamiento y sexualidad de personas con VIH, seguidas en una clínica de enfermedades infecciosas en Goiânia, GO. **Método:** Estudio observacional y transversal; participaron 150 personas viviendo con VIH, 98 (65,66%) hombres, edades entre 19 y 75 años ($M=39$; $DE=12.286$), en uso de terapia antirretroviral. En la recogida presencial se utilizaron instrumentos validados para la población brasileña. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. **Resultados:** El puntaje promedio más alto de los participantes en las dimensiones de CV fue en relación a la percepción general, con diferencia significativa para las mujeres. Las estrategias de afrontamiento que obtuvieron mayores promedios totales fueron la aceptación, el afrontamiento activo y la religión. **Discusión:** Las personas con una mayor percepción de CV utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas, mientras que el grupo con menor CV utiliza más estrategias de evitación. **Conclusión:** La sexualidad y estrategias de

afrontamiento influyen en la percepción de la CV de las personas con el VIH, basado en los resultados del presente estudio.

Palabras clave: VIH, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, sexualidad

Introdução

Desde sua descoberta na década de 1980, avanços biomédicos e psicossociais transformaram a infecção pelo vírus HIV em uma condição crônica e controlada, por meio da terapia antirretroviral (TARV) e do acesso a marcadores biológicos. Mesmo com a contribuição positiva dos avanços tecnológicos para as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), este diagnóstico ainda é considerado uma má notícia devido ao seu impacto possivelmente deletério, reverberando na qualidade de vida destas pessoas (Brasil, 2018; Costa et al., 2019).

A qualidade de vida (QV) é um construto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (The World Health Organization Quality of Life assessment [WHOQOL]1, 1995), que se refere à percepção do indivíduo sobre sua inserção na vida, no contexto da cultura, nos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Dessa forma, a QV está diretamente relacionada com o contexto em que o sujeito está inserido, a forma como ele o percebe e, neste sentido, favorece a identificação das condições psicossociais que podem auxiliar a entender maiores e menores impactos desta variável (Pinto & Guerra, 2018).

A relação entre QV e viver com HIV é um tema amplamente discutido na literatura científica. Contudo, os estudos apresentam resultados variados a depender do ano de publicação e a região em que foram realizados. No entanto, percebe-se que tempo de diagnóstico e adesão à TARV estão associadas a uma percepção de melhor QV em determinados fatores (Cecilio et al., 2019; Hipolito et al., 2017; Santos et al., 2019).

Devido a características potencialmente traumáticas, compreende-se que as PVHIV precisam estabelecer novas estratégias de enfrentamento para lidar com esta condição, ainda estigmatizante e geradora de sofrimento psíquico. Estas estratégias são esforços comportamentais, cognitivos e emocionais utilizados diante de eventos com uma carga estressora que rompe com a rotina habitual e, consequentemente, influencia e pode promover mudanças na QV (Sousa et al., 2019).

Acerca das estratégias de enfrentamento utilizadas por PVHIV, estudos apontam que a espiritualidade/religião e a busca de suporte social e familiar desempenham grande importância para estas pessoas. Além disso, estratégias direcionadas à aceitação do diagnóstico, distração e suporte instrumental estariam relacionadas a maiores níveis de QV percebida; menor utilização de desinvestimento comportamental também é uma estratégia que favorece efeitos positivos (Brandão et al., 2020; Catunda et al., 2016; Foch et al., 2017).

Além da QV e das estratégias de enfrentamento, o diagnóstico de HIV tem implicações significativas na sexualidade humana devido à sua historicidade, aspectos culturais com certos grupos sociais e o fato de ser uma infecção sexualmente transmissível (IST). A sexualidade refere-se a uma dimensão humana fundamental e está baseada no sexo, nas identidades de gênero, na orientação sexual, na vinculação afetiva e na reprodução humana. É vivenciada e se expressa em forma de pensamentos, desejos, crenças, atitudes, valores, práticas, papéis e relações. Nesta perspectiva, é resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, éticos e religiosos (Villela & Arilha, 2003).

Ao explorar a variável sexualidade nas categorias identidade de gênero e orientação sexual, constata-se que estudos realizados – além de analisá-las como variáveis sociodemográficas – apontam que se identificar com o gênero masculino ou feminino, bem como se orientar heterossexualmente ou transgredir esta norma, tem influência nas vulnerabilidades específicas em PVHIV e, com isso, também se estabelecem relações com estratégias de enfrentamento e maiores ou menores índices de QV (Oliveira et al., 2017). Em relação ao gênero masculino, aspectos socioculturais e institucionais tendem a gerar um comportamento aversivo em homens diante de espaços no campo da saúde. Por ser um ambiente que transparece aspectos de vulnerabilidade e fragilidade, características que estes homens não reconhecem como inerentes ao seu aparato biológico, estes tendem a perceber instituições de saúde como ambientes predominantemente femininos ou infantis. Com isso, muitos agravos, como o HIV, poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas preventivas (Paula & Rocha, 2019). Perante esta demanda, foi lançada, no Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), visando minimizar os impactos da construção da masculinidade deletéria na saúde dos homens. Essa política almejou promover, em uma ação em parceria com o Programa Nacional de DST/aids (nomenclatura utilizada à época), a prevenção e o controle de infecções sexualmente transmissíveis, com especial atenção ao HIV (Brasil, 2009).

No que tange ao gênero feminino, a construção do que é ser mulher, baseada nas noções culturais, econômicas, políticas e sociais, é perpassada por relações de poder e dominação corporal, legal e institucional. Apesar das transformações ocorridas nos últimos séculos perante esta problemática, conquistas são necessárias em face do sistema de dominação potente e que, por vezes, corre o risco de ser naturalizado (Foucault, 2020). Vale ressaltar que os cuidados com a saúde da mulher que vive com HIV é pauta do Ministério da Saúde desde 2004, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004).

Desde 2007, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH (homens que fazem sexo com homens) e Travestis, com o objetivo de garantir prioridade, ampliar abrangência geográfica, promover visibilidade positiva, somar intersetorialidade, produzir conhecimento e garantir monitoramento para travestis/trans em relação à temática do HIV/aids. Em 2013, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais também reforçava esta questão em seus objetivos. Contudo, fatores relacionados a preconceito, falta de profissionais de saúde e não respeito ao uso do nome social podem influenciar negativamente a saúde destas pessoas (Brasil, 2013, 2017; Solka & Antoni, 2020).

Com base nas ideias expressas e ao se constatar a complexidade que envolve aspectos psicossociais e de saúde acerca da vivência de PVHIV, o presente estudo teve por objetivo investigar a relação entre as variáveis QV, estratégias de enfrentamento e sexualidade (identificação de gênero e orientação sexual) de pacientes com diagnóstico de HIV, acompanhados em um ambulatório de infectologia da cidade de Goiânia, GO.

Método

Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo observacional transversal, realizado no Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA) localizado em Goiânia, Goiás. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HDT/HAA com o parecer de número 4.209.646.

Participantes

Participaram 150 PVHIV, sendo 98 (65,66%) do gênero masculino e 52 (35,44%) do gênero feminino, 85 (56,7%) heterossexuais, 52 (34,7%) homossexuais e 13 (8,7%) bissexuais, com idades entre 19 e 75 anos ($M=39$; $DP=12,27$) em uso regular da terapia antirretroviral (TARV) que eram acompanhados e utilizavam o serviço de atendimento ambulatorial do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA).

Os critérios de inclusão foram: ser paciente HIV positivo; ser alfabetizado em língua portuguesa; ter como cidade de residência algum município do estado de Goiás. Já os critérios de exclusão consideraram: uso irregular de terapia antirretroviral (TARV); ter lesão neurológica; ser portador de transtorno mental severo; estar submetido a algum tipo de tratamento imunossupressor; possuir outra doença crônica, além da infecção pelo HIV; ter se submetido à cirurgia de transplante de órgãos há menos de cinco anos; possuir outras doenças imunossupressoras; apresentar quaisquer condições clínicas que comprometessem a coleta de dados, levando em conta que estas informações foram obtidas por meio de autorrelato.

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos: o questionário incluiu também informações referentes à sexualidade, como a identificação de gênero e orientação sexual. A fim de abranger pessoas travestis/trans, o instrumento considerou a categoria gênero, e não sexo.

Instrumento de avaliação de qualidade de vida – The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref: O instrumento possibilita que se descreva a percepção de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive. Avalia quatro dimensões, além de percepção geral da QV e satisfação com a saúde, com 26 itens, respondidos em escala Likert de 5 pontos. Exemplos de itens são: “como você avaliaria a sua qualidade de vida?”, “o quanto você aproveita a vida?”, “você é capaz de aceitar sua aparência física?”. O índice de confiabilidade da escala, que é medido pelo Alfa de Cronbach, é de 0,89 (Almeida-Brasil et al., 2017). Na amostra do estudo o Alfa de Cronbach, foi de 0,90.

Questionário Brief Cope: Com versão em português do Brasil (Brasileiro et al., 2012), é um instrumento para medir estratégias de enfrentamento em situações estressoras. Um total de 28 itens avaliam 14 estratégias de enfrentamento, com respostas em escala Likert de quatro pontos (1 = nunca fiz isso; 4 = faço isso sempre). Exemplos de itens são: “rezo ou medito”, “faço críticas a mim próprio”, “tento aprender a viver com a situação”. O índice de confiabilidade, medido pelo Alfa de Cronbach, é de 0,77. Na amostra do estudo, o Alfa de Cronbach foi de 0,77.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada na sala de espera do ambulatório do hospital, entre os meses de agosto e outubro de 2020, enquanto os pacientes aguardavam pela consulta médica. Os instrumentos foram aplicados em 194 participantes, dos quais 150 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão. Estes foram abordados e convidados a participar voluntariamente do estudo, sem que fossem constrangidos ou houvesse exposição diagnóstica no momento da abordagem. Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi apresentado e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado pelo pesquisador e pelo participante, sendo que este ficou com uma cópia do TCLE.

A aplicação dos instrumentos foi feita simultaneamente em mais de um participante no ambiente de espera do ambulatório, após orientações e convite realizados individualmente, sendo disponibilizados aos interessados os instrumentos, em versão impressa, a serem respondidos e caneta. O tempo médio de resposta aos instrumentos foi de 35 minutos.

Análise de dados

Os dados foram analisados com o uso do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 28, em que foram submetidos a análises descritivas e inferenciais. Média, desvio-padrão e frequência foram utilizados para caracterização da amostra, e o Teste T de Student para amostra independente, para analisar a associação entre os dados. Os grupos considerados nas análises estão ligados às categorias de gênero, orientação sexual e QV. As categorias de gênero (masculino e feminino), orientação sexual (heterossexual e homossexual) e a de QV (menor e maior QV) foram criadas por meio de um índice geral de QV. Tal índice consiste na soma das quatro dimensões que compõem este construto: aspecto físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Neste caso, os grupos foram diferenciados entre aqueles com um menor QV (percentil menor que 50) e maior QV (percentil maior que 50).

Resultados

Na Tabela 1, estão descritos os escores médios referentes às dimensões da QV da amostra, e a sua distribuição por gênero e orientação sexual. Percebe-se que as maiores médias dos participantes diante das dimensões da QV se referiram à percepção geral da QV (78,21), satisfação com a saúde (74,25) e aspecto psicológico (71,51). O fator ambiental (68,11) teve o menor escore. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à orientação sexual e ao gênero nas dimensões da QV analisadas.

Tabela 1

Dimensões da Qualidade de Vida da Amostra, por Gênero (N=150) e Orientação Sexual (N=137)

Dimensões da QV	Gênero	N	Média	p	Orientação sexual	N	Média	p
Percepção geral da QV	Masculino	98	76,17	0,07	Hetero	85	79,65	0,43
	Feminino	52	82,42		Homo	52	76,77	
	Total	150	78,21	–	Total	137	78,21	–

Dimensões da QV	Gênero	N	Média	p	Orientação sexual	N	Média	p
Satisfação com a saúde	Masculino	98	74,41	0,91	Hetero	85	75,51	0,38
	Feminino	52	73,93		Homo	52	71,61	
	Total	150	74,25	–	Total	137	74,25	–
Aspecto físico	Masculino	98	69,28	0,63	Hetero	85	68,42	0,65
	Feminino	52	68,22		Homo	52	69,40	
	Total	150	68,93	–	Total	137	68,93	–
Aspecto psicológico	Masculino	98	71,07	0,61	Hetero	85	71,49	0,58
	Feminino	52	72,42		Homo	52	72,90	
	Total	150	71,51	–	Total	137	71,51	–
Aspecto social	Masculino	98	71,86	0,42	Hetero	85	71,38	0,68
	Feminino	52	70,70		Homo	52	73,12	
	Total	150	71,28	–	Total	137	72,25	–
Aspecto ambiental	Masculino	98	67,38	0,41	Hetero	85	67,88	0,65
	Feminino	52	69,62		Homo	52	69,11	
	Total	150	68,11	–	Total	137	68,11	–

Nota. As 13 pessoas que se definiram como bissexuais não foram incluídas na análise, em função do número reduzido.

A Tabela 2 apresenta as estratégias de enfrentamento dos participantes, bem como a sua distribuição por gênero e orientação sexual. As estratégias de enfrentamento que obtiveram escores médios mais elevados foram aceitação (3,49), *coping* ativo (3,21) e religião (3,14). Em contrapartida, as menores médias relacionaram-se ao humor (1,47), abuso de substâncias (1,45) e ao desinvestimento comportamental (1,31). Ao se relacionarem as estratégias de enfrentamento com as categorias de gênero, notaram-se diferenças estatisticamente significativas no que tange à religião ($p=0,01$): pessoas do gênero feminino obtiveram os maiores escores. Em relação à orientação sexual, a estratégia relacionada à religião ($p=0,000$) foi associada a pessoas heterossexuais, ao contrário das estratégias de desabafo ($p=0,01$) e humor ($p=0,05$), utilizadas em maior frequência por participantes homossexuais.

Tabela 2

Estratégias de Enfrentamento, por Gênero e Orientação Sexual, a partir dos Escores Médios (N=150)

Estratégias de enfrentamento	Gênero	n	Média	p	Orientação sexual	n	Média	p
<i>Coping</i> ativo	Masculino	98	3,15	0,33	Hetero	85	3,24	0,92
	Feminino	52	3,31		Homo	52	3,25	
Planejamento	Masculino	98	2,98	0,62	Hetero	85	2,86	0,18
	Feminino	52	2,88		Homo	52	3,14	
Suporte instrumental	Masculino	98	2,51	0,73	Hetero	85	2,54	0,62
	Feminino	52	2,59		Homo	52	2,6	
Suporte emocional	Masculino	98	2,85	0,74	Hetero	85	2,82	0,30
	Feminino	52	2,92		Homo	52	3,06	
Religião	Masculino	98	2,94	0,01	Hetero	85	3,44	0,00
	Feminino	52	3,54		Homo	52	2,83	

Estratégias de enfrentamento	Gênero	n	Média	p	Orientação sexual	n	Média	p
Reinterpretação positiva	Masculino	98	2,96	0,85	Hetero	85	3,00	0,91
	Feminino	52	3,00		Homo	52	3,03	
Autoculpa	Masculino	98	2,17	0,56	Hetero	85	2,18	0,59
	Feminino	52	2,04		Homo	52	2,06	
Aceitação	Masculino	98	3,42	0,25	Hetero	85	3,53	0,49
	Feminino	52	3,63		Homo	52	3,40	
Desabafo	Masculino	98	1,91	0,74	Hetero	85	1,76	0,01
	Feminino	52	1,98		Homo	52	2,30	
Negação	Masculino	98	1,69	0,66	Hetero	85	1,73	0,52
	Feminino	52	1,78		Homo	52	1,87	
Autodistração	Masculino	98	2,86	0,27	Hetero	85	3,04	0,83
	Feminino	52	3,25		Homo	52	3,00	
Desinvestimento comportamental	Masculino	98	0,64	0,82	Hetero	85	1,28	0,41
	Feminino	52	0,69		Homo	52	1,40	
Abuso de subst. psicoativas	Masculino	98	0,93	0,15	Hetero	85	1,31	0,08
	Feminino	52	0,58		Homo	52	1,66	
Humor	Masculino	98	1,52	0,37	Hetero	85	1,37	0,05
	Feminino	52	1,37		Homo	52	1,70	

Nota. As 13 pessoas que se definiram como bissexuais não foram incluídas na análise, em função do número reduzido.

A Tabela 3 exibe as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos subgrupos com maior e menor QV em participantes que se identificaram com o gênero masculino. Do total de 150 sujeitos, 75 foram categorizados como grupo com menor QV e 75 como grupo de maior QV, considerando-se o grupo de maior QV os indivíduos com o índice geral da QV cujo percentil foi maior que 50, e aqueles cujo índice geral da QV teve percentil menor que 50, o grupo de menor QV. Acerca do subgrupo com maior QV, as estratégias de enfrentamento significativamente mais utilizadas foram a aceitação (3,64; $p=0,05$), *coping* ativo (3,38; $p=0,03$), planejamento (3,20; $p=0,04$) e suporte emocional (3,09; $p=0,05$). Já o grupo com menor QV fazia uso, de forma significativa, das estratégias de enfrentamento relacionadas à autoculpa (2,45; $p=0,02$), ao abuso de substâncias (1,77; $p=0,04$) e ao desinvestimento comportamental (1,50; $p=0,00$).

Tabela 3

Estratégias de Enfrentamento por Subgrupos com Maior e Menor Qualidade de Vida do Gênero Masculino (N=98)

Estratégias de enfrentamento	Qualidade de vida	n	Média	Desvio-padrão	p
<i>Coping</i> ativo	Menor QV	51	2,94	0,88	0,03
	Maior QV	47	3,38	0,73	
Planejamento	Menor QV	51	2,78	0,88	0,04
	Maior QV	47	3,20	0,87	
Suporte instrumental	Menor QV	51	2,51	1,04	0,99
	Maior QV	47	2,51	0,95	

Estratégias de enfrentamento	Qualidade de vida	n	Média	Desvio-padrão	p
Suporte emocional	Menor QV	51	2,62	1,10	0,05
	Maior QV	47	3,09	0,85	
Religião	Menor QV	51	2,94	1,00	0,96
	Maior QV	47	2,95	1,11	
Reinterpretação positiva	Menor QV	51	2,81	0,82	0,15
	Maior QV	47	3,12	0,93	
Autoculpa	Menor QV	51	2,45	1,09	0,02
	Maior QV	47	1,88	0,91	
Aceitação	Menor QV	51	3,23	0,96	0,05
	Maior QV	47	3,64	0,73	
Desabafo	Menor QV	51	1,93	1,07	0,93
	Maior QV	47	1,91	0,86	
Negação	Menor QV	51	1,87	1,04	0,12
	Maior QV	47	1,51	0,83	
Autodistração	Menor QV	51	2,71	0,88	0,20
	Maior QV	47	3,01	1,06	
Desinvestimento comportamental	Menor QV	51	1,50	0,81	0,00
	Maior QV	47	1,10	0,26	
Abuso de substâncias psicoativas	Menor QV	51	1,77	1,14	0,04
	Maior QV	47	1,36	0,60	
Humor	Menor QV	51	1,40	0,69	0,17
	Maior QV	47	1,65	0,68	

A Tabela 4 exibe as estratégias de enfrentamentos utilizadas pelos subgrupos com maior e menor QV em participantes que se identificaram com o gênero feminino. Do total de 52 sujeitos pertencentes a esse gênero, 28 foram categorizados como grupo com menor QV e 24 participantes com maior QV. Quanto ao grupo com maior escore de QV, as estratégias de enfrentamento mais utilizadas, de forma significativa, foram aceitação (3,96; $p=0,00$) e reinterpretação positiva (3,28; $p=0,04$). No que tange ao grupo com menor QV, a estratégia de enfrentamento mais utilizada foi autoculpa (2,63; $p=0,02$).

Tabela 4

Estratégias de Enfrentamento por Subgrupos com Maior e Menor Escores de Qualidade de Vida do Gênero Feminino (N=52)

Estratégias de enfrentamento	Qualidade de vida	n	Média	Desvio-padrão	p
Coping ativo	Menor QV	28	3,27	0,75	0,98
	Maior QV	24	3,27	0,65	
Planejamento	Menor QV	28	2,50	1,36	0,30
	Maior QV	24	2,93	0,75	
Suporte instrumental	Menor QV	28	2,86	1,18	0,72
	Maior QV	24	2,70	1,11	
Suporte emocional	Menor QV	28	2,68	1,36	0,20
	Maior QV	24	3,27	0,94	
Religião	Menor QV	28	3,73	0,90	0,47
	Maior QV	24	3,47	0,89	

Estratégias de enfrentamento	Qualidade de vida	n	Média	Desvio-padrão	p
Reinterpretação positiva	Menor QV	28	2,41	1,37	0,04
	Maior QV	24	3,20	0,90	
Autoculpa	Menor QV	28	2,63	1,21	0,02
	Maior QV	24	1,80	1,04	
Aceitação	Menor QV	28	3,00	1,24	0,00
	Maior QV	24	3,96	0,12	
Desabafo	Menor QV	28	2,18	1,03	0,70
	Maior QV	24	2,03	0,93	
Negação	Menor QV	28	1,77	1,00	0,57
	Maior QV	24	2,00	1,00	
Autodistração	Menor QV	28	3,22	0,84	0,66
	Maior QV	24	3,36	0,74	
Desinvestimento comportamental	Menor QV	28	1,63	0,95	0,22
	Maior QV	24	1,26	0,56	
Abuso de substâncias psicoativas	Menor QV	28	1,36	0,92	0,18
	Maior QV	24	1,03	0,12	
Humor	Menor QV	28	1,31	0,90	0,96
	Maior QV	24	1,33	0,64	

Discussão

A fim de compreender a relação entre qualidade de vida, estratégias de enfrentamento, identificação de gênero e orientação sexual de pacientes com diagnóstico de HIV em um ambulatório de infectologia, notou-se que participantes do gênero masculino foram de 65,66%, em relação aos 35,44% pertencentes ao gênero feminino, havendo consonância com o último boletim epidemiológico de HIV/aids do ano de 2023: no período de 2007 a junho de 2023, foi notificado, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), um total de 345.069 (70,5%) casos em homens e 144.364 (29,5%) casos em mulheres (Brasil, 2023). Ressalta-se que esta prevalência do vírus HIV em homens pode ser compreendida por meio de uma análise das categorias gênero e comportamento sexual. Aspectos referentes a características patriarcais da sociedade, que perpassam a construção de identidades de masculinidades, operam, desde o Brasil colonial, em uma livre expressão do comportamento sexual do homem, que, devido a suas vias (inserção vaginal e anal desprotegida), aumenta a probabilidade de infecção, com pouca ressalva para suas consequências. Contudo, este modelo social que se fundamenta em uma visão patriarcal, à medida que exalta certos caracteres de masculinidade, também é deletério para a saúde, em todos os seus aspectos, do homem (Paula & Rocha, 2019).

Apesar de a construção das identidades homossexuais e do movimento gay possuir uma relação direta com a epidemia de HIV/aids, desde seu início, nos anos 1980, ainda hoje a infecção pelo vírus se faz presente no contexto da vivência sexual desses sujeitos, não acontecendo com homens heterossexuais. Seja pela crença errônea, culturalmente estruturada, que relaciona o HIV à homossexualidade, seja pela possibilidade de gravidez como o maior temor no imaginário deste grupo de homens heterossexuais, além dos fatores já descritos associados à construção do ser masculino e sua posição de provedor, o diagnóstico de HIV ainda é recebido por homens heterossexuais com grande surpresa e incredulidade (Knauth et al., 2020). Dessa forma, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

também buscou incentivar o uso do preservativo a fim de prevenir não somente a gravidez, mas também ISTs e o HIV (Brasil, 2009).

Devido à coleta de dados ter sido realizada em uma instituição de referência no tratamento de doenças infectocontagiosas, incluindo o HIV, travestis e pessoas trans, em razão das situações de vulnerabilidade a que são expostas diariamente, comumente são um público que se faz presente na emergência e na internação hospitalar. Com isso, a ausência de pessoas trans/travestis na amostra colhida em um acompanhamento ambulatorial pode sinalizar as dificuldades enfrentadas na continuidade de seu acesso aos serviços de saúde, para além de emergências, de forma preventiva e com acompanhamento regular (Ferreira et al., 2017). Ressalta-se que a construção do questionário sociodemográfico considerou a categoria gênero e não sexo, diferentemente dos dados expostos no boletim epidemiológico de HIV/aids do ano de 2022, que utiliza a categoria sexo em sua apuração, não visibilizando estas vivências.

Acerca da percepção da QV total da amostra, notou-se que, independentemente do gênero e da orientação sexual, os participantes consideraram possuir qualidade em relação à sua vida em geral, além de satisfação com a saúde física e mental. Contudo, o aspecto que recebeu o menor escore destinou-se ao meio ambiente, que avalia a QV em relação à segurança, moradia, recursos financeiros, cuidados de saúde, lazer e transporte, resultados semelhantes a um estudo realizado no Rio de Janeiro, com 281 PVHIV (Cecilio et al., 2019), dimensão afetada por condições socioeconômicas precárias. Destaca-se que a coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2020, período pandêmico da covid-19, o que pode ter influenciado nesta percepção dos participantes.

Acerca das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes de forma total, por gênero e orientação sexual, percebeu-se a aceitação, *coping* ativo e religião como estratégias mais utilizadas, e menos de estratégias de humor, abuso de substâncias e desinvestimento comportamental. De acordo com o estudo de Brito (2017), a aceitação e o *coping* ativo estariam associados a estratégias mais adaptativas, a depender de determinados contextos. Ressalta-se que a amostra foi composta apenas por PVHIV em uso regular de TARV, o que pode indicar pessoas com maior compreensão, adesão ao tratamento e aceitação do diagnóstico (Catunda et al., 2016). Além disso, o uso de álcool e outras drogas é descrito como um preditor de baixa adesão ao tratamento, sendo uma prática pouco utilizada pelos participantes (Brasil, 2018).

Os dados também indicaram que os sujeitos que se definiram como gênero feminino utilizavam mais a religião como estratégia de enfrentamento, o que é coerente com resultados encontrados em outros estudos (Foch et al., 2017). Assim como discutido acerca das expectativas sociais em relação à construção da ideia de masculinidade, esta sociedade que se fundamenta em um modelo de heterossexualidade compulsória (Butler, 2020) exige interpretações de papéis no que tange ao comportamento feminino, sendo que mulheres são inseridas em uma cultura judaico-cristã e a preceitos religiosos desde a infância. Contudo, esta complexa e subjetiva dimensão possui efeitos deletérios e protetivos, como em relação à diminuição do abuso de substâncias (Faria et al., 2017).

Quanto à orientação sexual, as informações de relevância estatística associaram a religião como uma estratégia de enfrentamento utilizada por sujeitos heterossexuais, o que faz sentido ao se pensar na construção sócio-histórica do país, enquanto uma nação fortemente

influenciada pelo judaísmo cristão e que, conseqüentemente, privilegia certos grupos (Orth et al., 2017). Dessa forma, pessoas homossexuais, muitas vezes, não são incluídas de forma positiva em grande parte das religiões. Ademais, ressalta-se que a problemática imposta pela construção da masculinidade e feminilidade da categoria gênero também exerce opressão perante as vivências homossexuais (Eccel et al., 2015; Oliveira et al., 2017).

Entre os participantes que se definiram como gênero masculino, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com maior e menor QV. Foi possível perceber certa semelhança entre as estratégias utilizadas; contudo, o grupo com maior QV fazia uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas (*coping* ativo, planejamento, aceitação) e de apoio (suporte emocional), de maneira oposta ao grupo com menor QV, que lançava mão de estratégias evitativas ou de cunho paliativo (desinvestimento comportamental, autculpa, abuso de substâncias). Dessa forma, com base nas ideias levantadas acerca da construção da masculinidade e seus aspectos, os dados indicam que o grupo com maior QV parece ter o seu foco na assimilação e resolução do problema, enquanto o grupo com menor QV pode se defrontar com vulnerabilidades que foram instruídos e moldados a ignorar, exigindo, assim, uma reestruturação não somente perante o seu diagnóstico, mas também no que diz respeito ao que compreender, por ser homem (Paula & Rocha, 2019).

Entre os participantes que se definiram como gênero feminino, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com maior e menor QV: o grupo com maior QV utilizava estratégias de enfrentamento mais adaptativas (aceitação, reinterpretção positiva), que possibilitavam uma convivência mais satisfatória com o *status* sorológico, diferentemente da estratégia adotada pelos sujeitos do grupo com menor QV (autculpa).

Por fim, faz-se uma relação entre os dados obtidos sobre os sujeitos que se definiram como gênero feminino e faziam mais uso da religião enquanto estratégia de enfrentamento em comparação aos homens, com o predomínio da autculpa utilizada pelas mulheres do grupo com menor QV, a fim de retomar a discussão acerca do dispositivo social e da imposição de papéis de feminilidade que são exigidos pela mulher. Neste aspecto, compreende-se que as instituições atuam como agentes reguladores da sexualidade e do comportamento de forma geral, em especial as instituições religiosas. Embates atuais são travados a fim de assegurar, legalmente, o controle sobre a liberdade do corpo feminino. Dessa forma, há sentido na culpa vivenciada pela mulher perante a sua vivência com HIV, ao se compreender o caráter ambíguo que a religião pode representar na subjetividade destes sujeitos (Vital & Lopes, 2013).

Considerações Finais

O estudo permitiu identificar como a QV, as estratégias de enfrentamento e a sexualidade, a partir da identificação de gênero e da orientação sexual, relacionam-se com o diagnóstico de HIV em pacientes atendidos em um ambulatório especializado em infectologia. A QV dos participantes revelou certa fragilidade no que tange ao meio ambiente onde vivem. Contudo, pontua-se que a coleta de dados foi realizada em um momento pandêmico, em que as PVHIV, por fazer parte de um grupo mais vulnerável, necessitaram de um isolamento mais rigoroso, além de incertezas e angústias perante a continuidade de seu tratamento.

Foi observado que as pessoas com maior percepção de QV tendiam a utilizar estratégias de enfrentamento mais adaptativas e de suporte, enquanto aquelas com uma menor

percepção de QV usavam estratégias de enfrentamento mais deletérias, evitativas ou paliativas. Ademais, observou-se que, em relação à QV e às estratégias de enfrentamento, a variável gênero teve uma maior predominância em relação aos resultados, se comparada à orientação sexual. Dessa forma, abrem-se novas possibilidades para um aprofundamento teórico, construção do conhecimento e, conseqüentemente, novas políticas e ações em saúde perante a temática. Por fim, apesar da presença de políticas públicas destinadas à saúde integral de travestis/trans, o estudo clarificou a vulnerabilidade enfrentada por estes sujeitos no que tange à garantia de acesso e, principalmente, ao acompanhamento ininterrupto nos serviços de saúde.

Referências

- Almeida-Brasil, C. C., Silveira, M. R., Silva, K. R., Lima, M. G., Faria, C. D. C. M., Cardoso, C. L., Menzel, H. J. C., & Ceccato, M. G. B. (2017). Qualidade de vida e características associadas: Aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(5), 1705–1716. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
- Brandão, B. M. G. M., Angelim, R. C. M., Marques, S. C., Oliveira, R. C., & Abrão, F. M. S. (2020). Convivendo com o HIV: Estratégias de enfrentamento de idosos soropositivos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03576. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027603576>
- Brasil. (2004). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2018). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Ministério da Saúde. <http://www.aids.gov.br/pt66br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccaopelo-hiv-em-adultos>
- Brasil. (2023). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico HIV/aids 2023*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>
- Brasileiro, S. V., Costa, L. R. R. S., & Cavalcante, J. A. (2012). *Adaptação transcultural do instrumento “Brief COPE” para o Brasil*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás]. <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3351>

- Brito, T. R. S. (2017). *Adesão ao tratamento antirretroviral: Uma explicação pautada nos valores humanos, na positividade e no coping*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba]. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14869>
- Butler, J. B. (2020). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade* (19ª ed.). Civilização Brasileira.
- Catunda, C., Seidl, E. M. F., & Lemétayer, F. (2016). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: Efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, 1–7. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne218>
- Cecilio, H. P. M., Oliveira, D. S., Marques, S. C., Apostolidis, T., & Oliveira, D. C. (2019). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV atendidas em serviços públicos de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 27. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.37461>
- Costa, M. A. R., Teston, E. F., Spigolon, D. N., Dias, L. O., & Soares, C. C. (2019). Qualidade de vida sob a ótica de portadores de HIV/Aids: Perspectivas futuras nas práticas educativas. *Revista de Pesquisa UFRJ*, 11(5), 1326–1332. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1326-1332>
- Eccel, C. S., Saraiva, L. A. S., & Carrieri, A. P. (2015). Masculinidade, autoimagem e preconceito em representações sociais de homossexuais. *Revista Pensamento Contemporâneo e Administração*, 9(1), 1–15. <http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v9i1.465>
- Faria, M. G. A., David, H. M. S. L., & Rocha, P. R. (2017). Inserção e prática religiosa entre mulheres: Aspectos protetores ao uso de álcool e violência. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 7(1), 32–37. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v7i1p32-37>
- Ferreira, B. O., Nascimento, E. F., Pedrosa, J. I. S., & Monte, L. M. I. (2017). Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1023–1038. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400009>
- Foch, G. F. L., Silva, A. M. B., & Enumo, S. R. F. (2017). Coping religioso/espiritual: Uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 53–71.
- Foucault, M. (2020). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. (9ª ed.). Paz & Terra.
- Grupo WHOQOL. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. [Artigo escrito pelo Dr. Willem Kuyken]. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Hipolito, R. L., Oliveira, D. C., Costa, T. L., Marques, S. C., Pereira, E. R., & Gomes, A. M. T. (2017). Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/aids: Relação temporal, sociodemográfica e perceptiva da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>
- Knauth, D. R., Hentges, B., Macedo, J. L., Pilecco, F. B., Teixeira, L. B., & Leal, A. F. (2020). O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: A surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>
- Oliveira, F. B. M., Queiroz, A. A. F. L. N., Sousa, A. F. L., Moura, M. E. B., & Reis, R. K. (2017). Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com

- HIV/aids. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1004–1010. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0420>
- Orth, G. M. N., Santos, A. C., Santos, E. C., Carneiro, F. P., Moreira, J. D. O., & Pedroso, M. I. S. (2017). A propagação da homofobia a partir de um grupo de religiosos cristãos. *Gênero*, 17(2), 169–188. <https://doi.org/10.22409/rg.v17i2.955>
- Paula, R. C. M., & Rocha, F. T. (2019). Os impactos da masculinidade tóxica no bem-estar do homem contemporâneo: Uma reflexão a partir da Psicologia Positiva. *Revista Mosaico*, 10(2), 82–88. <https://doi.org/10.21727/rm.v10i2Sup.1835>
- Pinto, C. R., & Guerra, M. (2018). A influência do sentido de vida e de fatores psicossociais na qualidade de vida de doentes com esclerose múltipla. *Análise Psicológica*, 36(4), 439–453. <https://doi.org/10.14417/ap.1394>
- Santos, A. P., Braide, A. S. G., Silva, P. G. B., Mendes, I. C., Viana, M. C. C., & Caldas, J. M. P. (2019). Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com HIV/aids. *Cadernos ESP – Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, 13(1), 27–36. <http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/166>
- Solka, A. C., & Antoni, C. (2020). Homens trans: Da invisibilidade à rede de atenção em saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 8(1), 7–16. <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v8i1.4895>
- Sousa, I. V., Brasil, C. C. P., Silva, R. M., Vasconcelos, D. P., Vasconcelos, J. E., Finan, T. J., Bezerra, I. N., & Pinheiro, C. P. O. (2019). Enfrentamento de problemas que impactam na saúde de uma comunidade socialmente vulnerável sob a ótica dos moradores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1647–1656. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04392019>
- Villela, W. V., & Arilha, G. (2003). Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In E. Berquó (Org.), *Sexo & Vida: Panorama da saúde reprodutiva no Brasil* (pp. 95–144). Editora da UNICAMP.
- Vital, C., & Lopes, P. V. L. (2013). *Religião e política: Uma análise da atuação de parlamentares evangélicos sobre direitos das mulheres e de LGBTs no Brasil*. Fundação Heinrich Böll.

Recebido em: 04/01/2024

Última revisão: 08/10/2024

Aceite final: 27/02/2025

Sobre os autores:

Whigney Edmilson da Costa: [Autor para contato]. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Especialista em Psicologia e Sexualidade pela Universidade de Araraquara. Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, com Residência Multiprofissional em Infectologia, pela Universidade Evangélica de Goiás. Psicólogo da saúde no Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad, Goiânia, GO. Contribuição do autor para o manuscrito: revisão teórica, construção do método, resultados e discussão. **E-mail:** whigney10@hotmail.com, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-8274-1704>

Alexandre Castelo Branco Herênio: Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Brasileira

de Educação e Cultura, Saúde Mental e Dependência Química pela Faculdade Delta, e em Psicologia Jurídica pela Universidade de Araraquara. Psicólogo pela PUC Goiás. Professor do Centro Universitário Alfredo Nasser, Aparecida de Goiânia, GO. Contribuição do autor para o manuscrito: análise estatística e orientação na construção de todas as etapas. **E-mail:** herenioacb@gmail.com, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4966-8477>

Eliane Maria Fleury Seidl: Doutora em Psicologia e Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB). Professora titular da UnB, Instituto de Psicologia, Brasília, DF. Contribuição do autor para o manuscrito: revisão geral do texto e da análise de dados. **E-mail:** eliane.seidl@gmail.com, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1942-5100>