

Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids

Sexual orientation and quality of life of people living with HIV/Aids
Orientación sexual y calidad de vida de personas viviendo con VIH/SIDA

**Francisco Braz Milanez Oliveira¹, Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz^{II},
Álvaro Francisco Lopes de Sousa^{II}, Maria Eliete Batista Moura^I, Renata Karina Reis^{II}**

^I Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Teresina-PI, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira FBM, Queiroz AAFLN, Sousa AFL, Moura MEB, Reis RK. Sexual orientation and quality of life of people living with HIV/Aids. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):1004-10. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society"] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0420>

Submissão: 04-08-2016 Aprovação: 09-03-2017

RESUMO

Objetivo: Analisar se a orientação sexual afeta a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHAs). **Método:** Estudo analítico, transversal, realizado com 146 PVHAs em Teresina, PI, no ano de 2013, por aplicação da escala WHOQOL HIV-bref. Para análise dos dados, utilizou-se análise descritiva e regressão linear múltipla. **Resultados:** Houve predominância de homens (63,7%), não-heterossexuais (57,0%), com idade entre 19 e 39 anos (89%). Do total, 75,5% mencionaram presença de sentimentos negativos como medo e ansiedade e 38% informaram terem sofrido estigma. Com relação aos domínios investigados, os mais comprometidos foram "meio ambiente" e "nível de independência". A orientação não-heterossexual associou-se negativamente à qualidade de vida em, praticamente, todos os domínios. **Conclusão:** Viver com HIV/aids e ter uma orientação não-heterossexual tem impacto negativo na qualidade de vida.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Qualidade de Vida; Orientação Sexual; Minorias Sexuais.

ABSTRACT

Objective: To analyze whether sexual orientation affects the quality of life of people living with HIV/Aids (PLWHA). **Method:** A cross-sectional analytical study was carried out with 146 PLWHA in Teresina, capital city of the state of Piauí, in 2013, by means of the WHOQOL-HIV-bref. Descriptive analysis and multiple linear regression were used for data analysis. **Results:** There was a prevalence of men (63.7%), non-heterosexual (57.0%), aged between 19 and 39 years (89%). Of the total, 75.5% mentioned presence of negative feelings, such as fear and anxiety, and 38% reported have suffered stigma. With regard to the dimensions investigated, the most affected were "environment" and "level of independence". Non-heterosexual orientation was negatively associated with quality of life in almost all dimensions. **Conclusion:** Living with HIV/Aids and having a non-heterosexual orientation have a negative impact on quality of life.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Quality of Life; Sexual Orientation; Sexual Minorities.

RESUMEN

Objetivo: Analizar si la orientación sexual afecta la calidad de vida de personas viviendo con VIH/SIDA (PVHAs). **Método:** Estudio analítico, transversal, realizado con 146 PVHAs en Teresina, PI, durante 2013, mediante aplicación de escala WHOQOL HIV-bref. Datos analizados por análisis descriptivo y regresión lineal múltiple. **Resultados:** Hubo predominio de hombres (63,7%), no heterossexuales (57,0%), con edad de 19 a 39 años (89%). Del total, 75,5% refirió presencia de sentimientos negativos como miedo y ansiedad, y 38% reportó haber sufrido estigmatización. Respecto a los dominios investigados, los más comprometidos fueron: "medio ambiente" y "nivel de independencia". La orientación no heterossexual se asoció negativamente a la calidad de vida en prácticamente todos los dominios. **Conclusión:** Vivir con VIH/SIDA y tener orientación no heterossexual impacta negativamente en la calidad de vida.

Descritores: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Calidad de Vida; Conducta Sexual; Minorías Sexuales.

AUTOR CORRESPONDENTE

Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz

E-mail: arturqueiroz@usp.br

INTRODUÇÃO

A vigilância global do HIV/aids está condicionada a compreensão de diferenças e especificidades regionais, bem como características e padrões epidemiológicos que contribuirão para propor a criação de intervenções eficazes⁽¹⁾.

Apesar da heterogeneidade, observada na população em geral, estudos indicam grandes grupos de vulnerabilidade dentro dessa epidemia global, como a população de homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e população privada de liberdade, segmentos estes, quase sempre, marginalizados nas sociedades⁽²⁻³⁾.

No Brasil, onde há altas taxas de incidência⁽³⁾, o acesso universal à terapia antirretroviral proporcionou uma alteração na percepção sobre a doença, que ultrapassa o *status* de doença fatal para uma condição de saúde crônica⁽⁴⁾. O acesso ao tratamento, aliado a uma boa adesão à terapia antirretroviral e ampliação da oferta do diagnóstico têm provocado impactos na qualidade de vida dessas pessoas, levando a um aumento no tempo de sobrevivência, à queda da morbimortalidade, ao aumento da expectativa de vida e à resignificação de projetos futuros⁽⁵⁾.

Conviver com o HIV, atualmente, exige bem mais que somente tratar a doença. Pessoas vivendo com HIV/aids necessitam lidar constantemente com problemas transdisciplinares que envolvem sintomas depressivos, estigma, discriminação e os efeitos adversos do regime terapêutico⁽⁶⁻⁸⁾.

Aliado a isso, preconceitos relacionados à orientação sexual configuram-se em um desafio em potencial, uma vez que a aids continua a ser um grave problema no cotidiano de homossexuais. Coletivamente, os homossexuais, principalmente masculinos, ainda carregam a representação social de vilões e vítimas dessa doença, o que os leva a sofrer estigmas e preconceitos⁽⁹⁾.

Segundo a *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association*, ser homossexual é considerado crime em 73 países, e, em pelo menos 13 deles, a punição para tal crime é a pena de morte, sendo que 37 desses países possuem as maiores taxas de novas infecções por HIV no mundo⁽¹⁰⁾. Apesar de não estar incluído nessa lista, o Brasil apresenta um contraste entre a imagem de uma sociedade tolerante e aberta e crescentes manifestações de preconceitos e discriminações contra homossexuais, as quais têm se constituído em obstáculo para a construção de identidades positivas e de projetos de vida que conduzam a uma existência menos traumática dessas pessoas.

Estudos apontam que a orientação sexual pode influenciar a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids, embora não explorem o tema com a profundidade necessária. Geralmente, as pesquisas extrapolam os achados, subsidiando-os a partir do cruzamento entre variáveis sociodemográficas, sem correlacioná-los com domínios da qualidade de vida⁽⁷⁻⁸⁾.

Os aspectos elencados ressaltam a importância de avaliar a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV, relacionando-a com a orientação sexual. Este estudo objetiva analisar se a orientação sexual afeta a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids.

MÉTODO

Aspectos éticos

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Na ocasião da coleta, foram apresentados os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e população

Trata-se de um estudo analítico, de delineamento transversal, realizado em um Serviço de Assistência Especializado de um Centro Integrado de Saúde, em uma capital do Nordeste brasileiro.

A amostra do estudo foi composta por 146 pessoas vivendo com HIV, selecionados pelo método de amostragem aleatória estratificada, de um universo de 790 pessoas acompanhadas pelo serviço e que atendiam aos critérios de inclusão do estudo: indivíduos de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 18 anos; resultado de exame sorológico reagente para HIV, tendo desenvolvido ou não a síndrome; fazer uso da terapia antirretroviral; ser domiciliado na cidade em estudo; apresentar condições para participar da entrevista e aquiescer em participar do estudo. Foram critérios de exclusão: indivíduos privados de liberdade e com dificuldades cognitivas.

Os participantes foram abordados após a consulta de rotina por dois dos pesquisadores devidamente treinados. Foram apresentados aos objetivos de pesquisa e puderam manifestar de forma autônoma interesse em participar da mesma ou não. Os dados foram coletados em sala fechada do próprio serviço, mediante entrevista, no período de agosto a dezembro de 2013, por meio: da aplicação de um questionário para avaliação socioeconômica, demográfica, epidemiológica e clínica dos participantes; e de um instrumento previamente traduzido e validado para o português, a escala *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) HIV-bref*, utilizada para mensurar parâmetros de qualidade de vida específica para pessoas que vivem com HIV/aids.

Análise dos resultados e estatística

Para análise dos dados, foi usado o pacote estatístico *Statistical Package Social Sciences for Windows (SPSS)*, versão 20.0. Para caracterização da população do estudo (análise univariada), foi feita a análise descritiva por meio das médias e desvios-padrão para as variáveis quantitativas; e das proporções, para as variáveis qualitativas. As variáveis socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e clínicas relacionadas ao HIV foram apresentadas mediante uso de distribuições de frequências univariadas e medidas descritivas. Para análise dos dados, dicotomizou-se a orientação sexual em: heterossexuais e não-heterossexuais (homossexuais e bissexuais).

A análise da confiabilidade do questionário *WHOQOL HIV-bref* foi realizada por intermédio do coeficiente alfa de *Cronbach*. O cálculo dos escores se deu seguindo a sintaxe proposta pelo *WHOQOL Group*. No modelo final da análise, por meio da regressão linear múltipla, as variáveis socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e clínicas foram

dicotomizadas e transformadas em variáveis indicadoras (*dummy*), adotando a modelagem *stepwise forward* e com a significância estatística fixada em 5% ($p \leq 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Das 146 pessoas vivendo com HIV/aids, 63,7% eram homens, com idade média de 38 anos. Do total dos participantes, 61% encontraram-se na faixa etária de 19 a 39 anos e 67% não possuíam companheiro(a). Observou-se que 56% da população estudada tinha o Ensino Médio completo ou superior (mais de oito anos de estudo), 76% eram não brancos(as), 56,8% referiram ser religiosos não-praticantes e

39,4% possuíam ocupação com renda individual maior que um salário mínimo.

Quanto à orientação sexual, observou-se que 57% dos homens referiram ser homossexual/bissexual e 86,8% das mulheres relataram ser heterossexuais ($p < 0,001$). Foi identificado diferença estatística entre orientação sexual, sexo, faixa etária e escolaridade ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Quanto aos hábitos e estilo de vida (Tabela 2), verificou-se que 77 (52,7%) das PVHAs informaram não praticar atividade física, 132 (90,4%) eram etilistas e 91 (62,3%) tabagistas. Em contrapartida, 98 (67,1%) apontaram não usar drogas ilícitas e 111 (76%) mencionaram presença de sentimentos negativos como medo e ansiedade ($p = 0,027$). Ainda, 56 (38,3%) indivíduos informaram ter sofrido estigma.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica e demográfica das pessoas vivendo com HIV/aids segundo orientação sexual (N = 146), Teresina, Piauí, Brasil, 2013

	Orientação sexual				Total		Valor de p^*
	Não-heterossexual		Heterossexual		n	%	
	n	%	n	%			
Sexo							< 0,001
Masculino	53	57,0	40	43,0	93	100,0	
Feminino	07	13,2	46	86,8	53	100,0	
Faixa etária							< 0,001
19-39 anos	48	53,9	41	46,1	89	100,0	
40-59 anos	11	22,9	37	77,1	48	100,0	
≥ 60 anos	01	11,1	08	88,9	09	100,0	
Relacionamento afetivo atual							0,091
Sem companheiro	45	45,9	53	54,1	98	100,0	
Com companheiro	15	31,2	33	68,8	48	100,0	
Escolaridade							< 0,001
Até Fundamental completo	13	20,3	51	79,7	64	100,0	
Ensino Médio ou +	47	53,7	35	42,7	82	100,0	
Raça/Cor							0,303
Branco (a)	17	48,6	18	51,4	35	100,0	
Não Branco (a)	43	38,7	68	61,3	111	100,0	
Religião							0,763
Praticante	25	39,7	38	60,3	63	100,0	
Não praticante	35	42,2	48	57,8	83	100,0	
Ocupação							0,743
Com ocupação	42	42,0	58	58,0	58	100,0	
Sem ocupação	18	39,1	28	60,9	46	100,0	
Renda familiar							0,698
Até 1 S-M	06	46,2	07	53,8	13	100,0	
≥ 1 S-M	54	40,6	79	59,4	133	100,0	
Renda individual							0,409
Com renda	47	39,5	72	60,5	119	100,0	
Sem renda	13	48,1	14	51,9	27	100,0	

Nota: S-M: Salário-mínimo (R\$ 678,00); *Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2 – Dados relativos aos hábitos e estilo de vida, presença de medo/ansiedade e estigma em pessoas vivendo com HIV/aids segundo orientação sexual (N = 146), Teresina, Piauí, Brasil, 2013

	Orientação sexual				Total		Valor de p*
	Não-heterossexual		Heterossexual		n	%	
	n	%	n	%			
Pratica atividade física							0,580
Sim	30	43,5	39	56,5	69	100,0	
Não	30	39,0	47	61,0	77	100,0	
Etilismo							0,200
Bebe ou já bebeu	52	39,4	80	60,6	132	100,0	
Não bebe	08	57,1	06	42,9	14	100,0	
Tabagismo							0,366
Fuma ou já fumou	40	44,0	51	56,0	91	100,0	
Não fuma	20	36,4	35	63,6	55	100,0	
Uso drogas ilícitas							0,241
Usa ou já usou	23	47,9	25	52,1	48	100,0	
Não usa	37	37,8	61	62,2	98	100,0	
Presença de medo/ansiedade							0,027
Sim	40	36,0	71	64,0	111	100,0	
Não	20	57,1	15	42,9	35	100,0	
Já sofreu estigma							0,996
Sim	23	41,1	33	58,9	56	100,0	
Não	37	41,1	53	58,9	90	100,0	

Nota: *Teste Qui-quadrado de Pearson.

Observou-se diferença estatística entre os domínios “físico” ($p = 0,018$) e “meio ambiente” ($p = 0,024$) no grupo não-heterossexual, cujos escores médios de qualidade de vida foram mais baixos quando comparados ao grupo heterossexual (Tabela 3).

O modelo de regressão que utilizou a orientação sexual como variável dependente, permitiu estimar o impacto dos

grupos nos principais domínios. Na análise multivariada (Tabela 4), a orientação não-heterossexual associou-se negativamente à qualidade de vida em todos os domínios, exceto Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais. As variáveis que mais contribuíram para explicar positivamente, por ordem de influência, foram os domínios Físico e Psicológico ($p < 0,001$).

Tabela 3 – Distribuição dos escores de qualidade de vida segundo orientação sexual de pessoas vivendo com HIV/aids (N = 146), Teresina, Piauí, Brasil, 2013

Whoqol HIV-Bref	Orientação sexual						Valor de p*
	Não-heterossexual			Heterossexual			
	Média	D-P	Mediana	Média	D-P	Mediana	
Físico	57,8	23,2	56,3	65,8	17,5	68,8	0,018
Psicológico	64,7	20,4	70,0	70,2	15,6	70,0	0,115
Nível de independência	52,2	17,6	56,3	57,1	13,6	56,3	0,161
Relações sociais	62,4	19,2	62,5	66,8	19,2	68,8	0,162
Meio Ambiente	44,6	17,5	45,3	50,9	13,8	50,0	0,024
ERCP	65,8	22,5	68,8	65,6	23,6	68,8	0,998
Global	62,9	20,7	62,5	65,0	19,8	62,5	0,483

Nota: D-P: Desvio-padrão; ERCP: Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais; *Teste Mann-Whitney.

Tabela 4 – Análise de regressão linear múltipla ajustada da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids segundo orientação sexual (N = 146), Teresina, Piauí, Brasil, 2013

Whoqol HIV-Bref	β	IC95%(β)	Valor de p	r ^{2a}
Físico	-14,96	-22,41;-7,51	< 0,001	0,180
Psicológico	-12,44	-18,99;-5,89	< 0,001	0,177
Nível de Independência	-7,93	-13,86;-1,99	0,009	0,104
Relações sociais	-10,27	-17,73;-2,82	0,007	0,086
Meio Ambiente	-8,12	-14,29;-1,95	0,010	0,056
ERCP	-7,00	-15,86;1,86	0,121	0,103
Global	-10,25	-17,79;-2,71	0,008	0,145

Nota: ERCP: Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais; Variável dependente: Não-heterossexual; β : Coeficiente de regressão linear ajustado; r^{2a}: Coeficiente de determinação ajustado; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

A presença de sentimentos negativos como medo e ansiedade, ter também sofrido estigma, afeta negativamente a qualidade de vida de pessoas não heterossexuais vivendo com HIV/aids, diminui a autoestima e o apoio social, bem como o acesso aos serviços de saúde e adesão à medicação, potencializando o comportamento sexual de risco e as vulnerabilidades associadas.

Neste estudo, o perfil socioeconômico, demográfico, epidemiológico e clínico dos participantes do estudo evidenciou prevalência do sexo masculino (63,7%) e adultos jovens com média de idade de 38,4 anos. Homens homossexuais/bissexuais mais jovens tendem a ter melhor disposição para lidar com o estigma relacionado a “ser gay”, quando comparado a outros mais velhos, devido ao aumento dos sistemas de apoio em comparação com 20 ou 30 anos atrás, o que pode influenciar os escores na avaliação da qualidade de vida⁽¹¹⁻¹²⁾.

Homens que fazem sexo com homens (HSH) estão em risco acrescido de infecção pelo HIV, quando comparados a homens heterossexuais. Uma vez com HIV, o estigma tende a ser mais presente e incrementa a identidade de “grupo socialmente desvalorizado”. O preconceito associado a não ser heterossexual ainda restringe a visibilidade pública dos HSHs e os mantém escondidos de esforços governamentais de prevenção, seja pelo medo da discriminação ou do dano físico pela divulgação da sua identidade ou comportamento sexual⁽¹²⁻¹⁴⁾.

O estigma a pessoas vivendo com o HIV/aids pode variar entre países e mesmo dentro de cada um deles.¹³ Em todos os casos, esse estigma está associado a menor oportunidade de diagnóstico do HIV, por conta da invisibilidade social, menor acesso a serviços e menos parceiros sexuais fixos. No entanto, há a maior presença de necessidades humanas não satisfeitas, comportamentos sexuais de risco, múltiplos parceiros sexuais e baixa taxa de uso de serviço⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Sofrer estigma e preconceito contribui para o aumento nas taxas de novas infecções pelo HIV, principalmente pelas novas possibilidades proporcionadas pela *internet*. Países onde a busca por parcerias *on-line*, por meio de sites como o *Facebook* ou de aplicações móveis, tem se tornado mais popular parecem

ter maiores taxas de estigma, uma vez que o sexo casual com parceiro conhecido de forma *on-line* é mais presente e constante⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Entre os domínios da qualidade de vida afetados, o “Meio ambiente” mostrou-se prejudicado em ambos os grupos (heterossexuais e não-heterossexuais). Este achado pode ser explicado pela homogeneidade do grupo, tanto em relação a fatores socioeconômicos quanto, principalmente, ao seu acesso aos serviços de saúde, recursos financeiros e ambiente físico. Como a amostra reside na mesma cidade, frequenta o mesmo serviço de saúde e está exposta ao mesmo estresse físico (temperatura, poluição e barulho), é justificável que não haja diferença em seus resultados, ainda que esses dois grupos possuam diferentes *backgrounds* sociais.

Outro domínio, prejudicado igualmente nos dois grupos, foi o “Nível de independência”, que avalia a capacidade de trabalho e atividades diárias, entre outras questões. Os aspectos debilitantes da infecção pelo HIV, bem como os efeitos colaterais da HAART (*highly active antiretroviral therapy*), parecem exercer maior influência sobre este domínio do que o *spectrum* da sexualidade. Isso se deve ao fato de que a constante infecção pelo vírus pode causar inflamações musculares, bem como diminuição da função pulmonar e cardíaca⁽¹⁶⁾. A alta toxicidade dos medicamentos que compõem a HAART pode causar fadiga, perda de apetite e energia bem como prejuízo das funções hepáticas. Tais efeitos podem ter sido potencializados entre o grupo de heterossexuais da amostra visto que estes tinham maiores níveis de sedentarismo (52%), tabagismo (62%) e etilismo (90%)⁽⁶⁾.

Houve entre os usuários, independentemente de sua sexualidade, grande impacto da presença de medo e ansiedade na qualidade de vida. No entanto, esses sentimentos são intimamente relacionados ao diagnóstico de HIV e à expressão de seus relacionamentos afetivo-sexuais, ainda que, face aos avanços na terapia antirretroviral, a infecção pelo HIV e a aids ainda sejam representadas como uma doença estigmatizada, mortal e digna de medo⁽¹²⁾.

Tal medo restringe as formas de relações afetivo-sexuais, enclausurando a sexualidade por medo de expor-se, e também a *outrem*, gerando distanciamento forçado, angústias, repressão e sentimentos de negação.

Devido à construção histórica da doença no meio LGBT+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), essa condição causa estranheza entre pessoas heterossexuais que, antes de se infectarem, não percebiam-se em risco. Daí surge a preocupação em manter em sigilo seu diagnóstico, como uma forma de preservar sua identidade pessoal, social e perante o constructo da família⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Já entre os participantes com orientações não-heterossexuais, o convívio com a possibilidade da infecção é algo presente desde o momento da descoberta ou aceitação de sua sexualidade; fato este que permite uma maior familiaridade com a infecção e um maior apoio da comunidade LGBT+.

Uma vez que o constructo “família” não é tão forte entre este grupo, há um medo maior em relação a um possível “castigo divino”, em razão de seus comportamentos e estilo de vida “condenável” pela maioria das religiões ocidentais⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Após a regressão linear ajustada, os resultados mostram que os domínios “Físico, Psicológico, Relações sociais, Nível de Independência, Meio Ambiente, ERCP e o domínio Global” foram prejudicados caso o participante tenha uma sexualidade não-heterossexual. Os impactos de uma sexualidade que fuja ao padrão imposto e construído pela sociedade são claramente percebidos nas manifestações (violentas ou não) de homofobia, na negação de direitos básicos (como acesso ao serviço de saúde), no sofrimento psíquico causado pela invisibilidade imposta pela sociedade e pela mídia a esses sujeitos e principalmente nas mortes causadas por homofobia⁽¹⁹⁾.

Estudo de revisão sistemática evidenciou que o risco de depressão entre pessoas LGBT+ é pelo menos o dobro do que entre heterossexuais. Da mesma forma, pessoas LGBT+ também estão em maior risco de vida e prevalência de transtornos de ansiedade em comparação com heterossexuais. O estigma, preconceito e discriminação sofrida por pessoas LGBT+ promovem um ambiente hostil e estressante que leva a problemas de saúde mental⁽²⁰⁾.

Limitações e contribuições para a Enfermagem

Nosso estudo possui limitações. A maioria das variáveis de interesse, como a orientação sexual, foi autorrelatada. O fato de ter sido realizado em uma instituição de saúde estadual restringe os resultados e pode ser influenciado por fatores socioculturais presentes na região. Além disso, o delineamento de pesquisa utilizado, do tipo transversal, não permitiu um

seguimento dos participantes, o qual poderia contribuir no estabelecimento de relações de causa e efeito. No entanto, acreditamos que estudos dessa natureza são importantes por permitir explorar assuntos pertinentes, como a orientação sexual relacionada a qualidade de vida, pouco abordado no Brasil. Além disso, não há registros de estudos dessa natureza no Nordeste, apesar da alta prevalência do HIV/aids nessa região.

A mensuração e avaliação da qualidade de vida de PVHA pode contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem prestada à pessoa soropositiva para HIV, permitindo um cuidar individualizado e uma assistência holística, capaz de englobar, além dos aspectos voltados ao HIV/aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, tópicos ligados à sexualidade desses indivíduos.

CONCLUSÃO

Viver com HIV/aids e ter uma orientação não-heterossexual tem impacto negativo na qualidade de vida. Ser não-heterossexual associa-se negativamente aos principais domínios da qualidade de vida: Físico, Psicológico, Nível de independência, Relações sociais, Meio Ambiente e Global. As variáveis que mais contribuíram para explicar positivamente os domínios foram “Físico” e “Psicológico”.

Faz-se necessário o fortalecimento da atenção individualizada e acolhedora a este grupo por meio da política de acesso à saúde integral da população LGBT+ de modo a gerar em caráter coletivo e assistencial um ambiente acolhedor, livre de discriminações e/ou preconceitos, promovendo o enfrentamento à doença e a promoção da qualidade de vida e de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Kagotho N, Ssewamala FM. Correlates of depression among caregivers of children affected by HIV/AIDS in Uganda: findings from the Suubi-Maka Family Study. *AIDS Care*[Internet]. 2012[cited 2016 Aug 03];24(10):1226-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375826>
2. Beyrer C. A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. *Lancet* [Internet]. 2012[cited 2016 Aug 03];380(9839):424-38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22819663>
3. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. The reemergence of the Aids epidemic in Brazil: Challenges and perspectives to tackle the disease. *Interface* [Internet]. 2015[cited 2016 Aug 03];19(52):5-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/en_1807-5762-icse-19-52-0005.pdf
4. Campos LN, César CC, Guimarães MD. Quality of life among hiv-infected patients in Brazil after initiation of treatment. *Clinics*[Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 03];64(9):867-75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19759880>
5. Domingues CS, Waldman EA. Causes of death among people living with SIDA in the pre-and pos-HAART eras in the city of São Paulo, Brazil. *PLoS ONE*[Internet]. 2014[cited 2016 Aug 03];9(12):1-16. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0114661>
6. Oguntibeju OO. Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy. *HIV/AIDS. HIV/AIDS (Auckl)*[Internet]. 2012[cited 2016 Aug 03];4:117-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418767/>
7. Oliveira FBM, Moura MEB, Araújo TME, Andrade EMLR. Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2015[cited 2016 Aug 03];28(6):510-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/en_1982-0194-ape-28-06-0510.pdf
8. Emler CA, Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ. Risk and protective factors associated with health-related quality of life among older gay and bisexual men living with HIV disease. *Gerontologist*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 03];53(6):963-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23355449>

9. Terto Júnior V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horiz Antrop*[Internet]. 2002[cited 2016 Aug 03];8(17):147-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19080.pdf>
10. International lesbian, gay, bisexual, trans and intersex association. A map of sexual orientation laws in the world [Internet]. 2016[cited 2016 Aug 03]. Available from: http://ilga.org/downloads/03_ILGA_WorldMap_ENGLISH_Overview_May2016.pdf
11. Halkitis PN, Wolitski RJ, Millett GA. A holistic approach to addressing HIV infection disparities in gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Am Psychol*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 03];68(4):261-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23688093>
12. Rongkavilit C, Wright K, Chen X, Naar-King S, Chuenyam T, Phanuphak P. HIV stigma, disclosure and psychological distress among Thai youth living with HIV. *Int J STD AIDS*[Internet]. 2010[cited 2016 Aug 03];21(2):126-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20089999>
13. Fay H, Baral SD, Trapence G, Motimedi F, Umar E, Lipinge S, et al. Stigma, healthcare access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS Behav*[Internet]. 2011[cited 2016 Aug 03];15(6):1088-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21153432>
14. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U, et al. Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*[Internet]. 2015[cited 2016 Aug 03];29(10):1239-46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26035323>
15. Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ. Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. *BMC Public Health*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 03];13:919-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24088198>
16. Olsen M, Jensen NK, Tesfaye M, Holm L. Conceptual equivalence of WHOQOL-HIV among people living with HIV in Ethiopia. *Qual Life Res*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 03];22(2):361-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22367635>
17. Malavé S, Ramakrishna J, Heylen E, Bharat S, Ekstrand ML. Differences in testing, stigma, and perceived consequences of stigmatization among heterosexual men and women living with HIV in Bengaluru, India. *AIDS Care*[Internet]. 2014[cited 2016 Aug 03];26(3):396-403. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23869716>
18. Okoror TA, Falade CO, Walker EM, Olorunlana A, Anaele A. Social context surrounding HIV diagnosis and construction of masculinity: a qualitative study of stigma experiences of heterosexual HIV positive men in southwest Nigeria. *BMC Public Health*[Internet]. 2016[cited 2016 Aug 03];16(1):507. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906588/>
19. Barrientos J, Vidal F, Cárdenas M. Homophobia and quality of life among people living with HIV in Chile. *Int J Hisp Psychol*[Internet]. 2012[cited 2016 Aug 03];5(2):195-205. Available from: https://www.researchgate.net/publication/298820320_Homophobia_and_quality_of_life_among_people_living_with_HIV_in_Chile
20. King M, Semlyen J, Tai SS, Helen K, Osborn D, Dmitri Popelyuk. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*[Internet]. 2008[cited 2016 Aug 03];8:70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533652/>