

SER GAY, VIVER COM HIV E RESISTIR: NARRATIVAS DE SOFRIMENTO E CUIDADO NO CONTEXTO BRASILEIRO



<https://doi.org/10.22533/at.ed.378122507048>

Data de aceite: 30/04/2025

Iara Teixeira

Escola de Psicologia da Universidade do
Minho
Braga, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-7931-4237>

Felipe Alckmin-Carvalho

Escola de Enfermagem, Universidade de
São Paulo
São Paulo, Brasil
Departamento de Psicologia e Educação,
Faculdade de Ciências Sociais e
Humanas, Universidade da Beira Interior
Covilhã, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-0203-2650>

Guilherme Welter Wendt

Centro de Ciências da Saúde,
Departamento de Medicina e Programa de
Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à
Saúde Universidade Estadual do Oeste do
Paraná (UNIOESTE).
Francisco Beltrão (PR), Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9014-6120>

Henrique Pereira

Departamento de Psicologia e Educação,
Faculdade de Ciências Sociais e
Humanas, Universidade da Beira Interior
RISE-Health
Research Center in Sports Sciences,
Health Sciences and Human Development

(CIDESD)

Covilhã, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-9448-682X>

Lúcia Nichiata

Escola de Enfermagem, Universidade de
São Paulo
São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6515-4404>

RESUMO: Investigamos as experiências de homens gays brasileiros com HIV, com foco no momento do diagnóstico e seus potenciais impactos biopsicossociais. Este estudo clínico-qualitativo envolveu 15 participantes entrevistados on-line e de forma síncrona por um psicólogo clínico em 2021. A análise temática foi utilizada para analisar os dados. As interpretações foram fundamentadas na Teoria do Estresse das Minorias. Surgiram quatro eixos temáticos, incluindo “Revelação diagnóstica”, “Estigma social e internalizado”, “Efeitos biopsicossociais de viver com HIV” e “Gratidão pelos avanços no tratamento e pelo sistema de saúde brasileiro”. O diagnóstico foi frequentemente vivenciado como traumático, exacerbado pela ausência de empatia e apoio emocional dos

profissionais de saúde. Os participantes comumente relataram culpa, medo ao saberem de seu status de HIV, isolamento social, solidão, falta de apoio social e danos aos relacionamentos afetivo-sexuais. Muitos também notaram um declínio na saúde mental, mesmo aqueles sem complicações médicas relacionadas ao HIV. Apesar dos mais de 40 anos desde o início da epidemia de HIV, a prevalência da homofobia e da sorofobia entre os homens gays continua generalizada, inclusive dentro das equipes multidisciplinares dos serviços especializados. Isso indica que o estigma associado à homossexualidade e ao HIV persiste, apesar do significativo progresso biomédico no diagnóstico e tratamento da infecção, principalmente no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/AIDS; minorias sexuais e de gênero; estigma relacionado ao HIV; homossexualidade; estudo qualitativo

BEING GAY, LIVING WITH HIV AND RESISTING: NARRATIVES OF SUFFERING AND CARE IN THE BRAZILIAN CONTEXT

ABSTRACT: We investigated the experiences of Brazilian gay men with HIV, focusing on the moment of diagnosis and its potential biopsychosocial impacts. This clinical-qualitative study involved 15 participants interviewed online and synchronously by a clinical psychologist in 2021. Thematic analysis was used to analyze the data. The interpretations were based on Minority Stress Theory. Four thematic axes emerged, including “Diagnostic disclosure”, “Social and internalized stigma”, “Biopsychosocial effects of living with HIV” and “Gratitude for advances in treatment and the Brazilian health system”. The diagnosis was often experienced as traumatic, exacerbated by the lack of empathy and emotional support from health professionals. Participants commonly reported guilt, fear upon learning of their HIV status, social isolation, loneliness, lack of social support and damage to affective-sexual relationships. Many also noted a decline in mental health, even those without HIV-related medical complications. Despite more than 40 years since the start of the HIV epidemic, the prevalence of homophobia and serophobia among gay men remains widespread, even within the multidisciplinary teams of specialized services. This indicates that the stigma associated with homosexuality and HIV persists, despite significant biomedical progress in the diagnosis and treatment of the infection, especially in Brazil.

KEYWORDS: HIV/AIDS; sexual and gender minorities; HIV-related stigma; homosexuality; qualitative study

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma condição complexa que progride lentamente e, se não for tratada, leva ao desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (OMS, 2021). A doença foi registrada pela primeira vez em meados de 1977 nos Estados Unidos, Haiti e África do Sul. Entretanto, não foi classificada como uma nova doença até 1982 em São Francisco, no oeste dos Estados Unidos (OMS, 2021). O primeiro caso no Brasil foi diagnosticado em 1982, em São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

No Brasil, aproximadamente 1,2 milhão de pessoas vivem com o HIV, sendo que muitas outras estão infectadas, mas não sabem de sua condição (BRASIL, 2023). A população gay masculina é desproporcionalmente afetada pelo HIV (BRASIL, 2023; ROBINEAU, et al., 2020). Um estudo epidemiológico realizado em 10 capitais brasileiras avaliou a sorologia de 3.384 Homens que fazem Sexo com Homem (HSH), os dados coletados em 2009 revelaram uma taxa de infecção pelo HIV de 14,2% (IC95%: 12,1-16,6%) (KERR et al., 2013). Um estudo subsequente da mesma equipe, usando métodos idênticos, foi realizado em 12 cidades brasileiras (KERR et al., 2018). Em 2016, a sorologia de 3958 HSH foi avaliada, mostrando uma prevalência média nacional de HIV de 18,4% (IC95%: 15,4-21,7%). São Paulo, a maior área urbana do Brasil, teve uma prevalência de 24,8% (IC95%: 18,5-32,4%), indicando que cerca de um em cada quatro homens na cidade vive com HIV (KERR et al., 2018). Esses achados demonstram significativamente taxas mais altas de HIV entre HSH em comparação com a população em geral, ressaltando a necessidade de pesquisas direcionadas.

A infecção pelo HIV é hoje uma doença crônica (SCANDLYN et al., 2000). Os avanços biomédicos, como o autoteste, possibilitam o diagnóstico precoce, enquanto o desenvolvimento de antirretrovirais altamente eficazes e de baixa toxicidade permite que a maioria dos indivíduos diagnosticados com HIV mantenha uma boa saúde física e tenha uma alta expectativa de vida, conforme identificado em vários países (AHMED et al., 2021; ALCKMIN-CARVALHO et al., 2024; SEGUITI, et al., 2022; JARRÍN et al., 2022). No Brasil, desde 1996, a Lei nº 9.313/96 assegura a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais por meio Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-o o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso ao tratamento antirretroviral, o que foi reconhecido mundialmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Estudos recentes realizados em países desenvolvidos indicam que os homens vivendo com HIV têm expectativas de vida comparáveis às de seus pares não infectados pelo HIV, particularmente aqueles diagnosticados precocemente e que aderem consistentemente à terapia antirretroviral (SCANDLYN et al., 2000; JARRIN et al., 2022; TRICKEY et al., 2023). Aparentemente, os principais desafios de saúde física para os homens gays brasileiros com HIV que têm acesso ao tratamento foram superados devido aos avanços no atendimento a indivíduos com essa condição. No entanto, o estigma que envolve a homossexualidade (homofobia) e o HIV (sorofobia) continua sendo um problema significativo no Brasil (ALCKMIN-CARVALHO et al., 2023; COSTA, et al., 2013; STUCKY et al., 2020).

Embora o Supremo Tribunal Federal brasileiro tenha criminalizado a homofobia em 2019, o fenômeno continua generalizado em todo o país (AMORIM; AMORIM; PEREIRA, 2021). Por exemplo, um estudo recente constatou um alto nível de homofobia percebido na comunidade brasileira e internalizado pelos participantes (ALCKMIN-CARVALHO; CHIAPETTI; NICHATA, et al., 2023). Mais de 93% acreditavam que a sociedade brasileira

pune indivíduos homossexuais e 98,55% reconheceram que a discriminação contra pessoas homossexuais ainda prevalece no país. Além disso, mais de 22% não se sentem à vontade para contemplar sua sexualidade e 22% preferem se envolver em parcerias sexuais anônimas. Esses índices alarmantes de homofobia internalizada e percebida ressaltam a necessidade urgente de ações intersectoriais no Brasil para reduzir o estigma.

Alckmin-Carvalho et al. (2023) investigaram a percepção da sorofobia internalizada e comunitária entre homens gays que vivem com HIV. O estudo constatou que os participantes comumente percebiam a sorofobia, tanto na comunidade quanto internamente. A maioria relatou esconder sua soropositividade devido aos riscos associados e ao ostracismo da comunidade brasileira. Além disso, o preconceito social persiste, com a população em geral frequentemente vendo o HIV como uma infecção exclusiva de homens gays, bissexuais, transexuais e travestis, especialmente aqueles com hábitos sexuais “promíscuos” (ALCKMIN-CARVALHO et al., 2023). Um estudo brasileiro recente destacou a surpresa e a percepção de imunidade à infecção pelo HIV entre homens heterossexuais após o diagnóstico (KNAUTH et al., 2020).

Em um estudo brasileiro, Costa et al. (2021) avaliou a percepção do estigma associado ao HIV entre 1784 indivíduos diagnosticados. A amostra, que era diversa em termos de gênero e orientação sexual, relatou experiências de discriminação por parte dos funcionários da unidade de saúde com base em seu status sorológico ao procurar atendimento para o HIV nos últimos 12 meses. O estudo constatou que 15,21% sofreram discriminação, com uma probabilidade maior entre gays, bissexuais, transgêneros e indivíduos não binários, pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo e usuários de drogas, em comparação com a população em geral (OR = 1,77; 95% CI [1,30-2,42]). Esses resultados ressaltam a amplificação do estigma relacionado ao HIV na presença de outras identidades marginalizadas.

Embora alguns estudos quantitativos nacionais tenham investigado as implicações de um diagnóstico de HIV na qualidade de vida, na autoestima e nas psicopatologias de homens gays, este estudo está entre as primeiras pesquisas qualitativas sobre os impactos biopsicossociais associados à comunicação do diagnóstico para homens gays brasileiros vivendo com HIV na era das “Terapias Antirretrovirais Altamente Eficazes” e das “Cargas Virais Indetectáveis”, como tem sido realizado em outros países mais desenvolvidos (PEREIRA et al., 2018). Afirmamos que os estudos qualitativos são fundamentais para compreender a fundo a dinâmica da epidemia de HIV no Brasil e seus desafios em populações específicas, como a de homens gays.

Compreender os modos de sofrimento e a natureza da carga física e mental vivenciada pelos usuários dos serviços de saúde especializados em HIV/AIDS pode aumentar a empatia dos profissionais da equipe interdisciplinar ao prestar atendimento a essa população. Uma atitude mais acolhedora e bem informada e a redução do estigma promovem melhores relacionamentos e comunicação entre os pacientes e os profissionais

de saúde. Isso, por sua vez, contribui para a adesão ao tratamento e melhora o prognóstico. Portanto, acreditamos que este estudo pode ser benéfico para psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, especialistas em doenças infecciosas, assistentes sociais, farmacêuticos e outros profissionais de saúde que cuidam de homens gays que vivem com HIV. Nosso objetivo foi investigar as experiências de homens gays brasileiros que vivem com HIV, com foco no momento do diagnóstico e seus possíveis impactos biopsicossociais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo clínico-qualitativo é particularmente valioso em contextos de saúde, pois facilita uma compreensão profunda dos significados e das narrativas dos indivíduos associados à experiência da doença (TURATO, 2005; TURATO, 2011). Ele abrange uma série de tópicos clinicamente relevantes, inclusive a compreensão do indivíduo sobre a doença e suas causas, os impactos biopsicossociais vivenciados atualmente e previstos para o futuro e as percepções sobre o tratamento e a equipe de saúde.

Seleção de participantes

Este artigo enfoca o aspecto qualitativo do projeto intitulado “Adesão ao Tratamento Antirretroviral, Psicopatologias e Qualidade de Vida de Homens que Fazem Sexo com Homens e Vivem com HIV”, com ênfase especial na saúde mental de populações-chave afetadas pelo HIV. O projeto empregou uma concepção de métodos mistos. Durante a fase quantitativa inicial, os pesquisadores exploraram o impacto da homofobia e da sorofobia na qualidade de vida e nos indicadores de saúde mental entre homens gays com HIV (ALCKMIN-CARVALHO et al., 2024; ALCKMIN-CARVALHO et al., 2023a; ALCKMIN-CARVALHO, 2023b). Os instrumentos de avaliação psicológica foram preenchidos on-line e anonimamente por 138 homens gays brasileiros diagnosticados com HIV. A coleta de dados para esse estudo quantitativo foi inicialmente realizada pessoalmente em uma instituição especializada em diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS dentro do serviço público de saúde brasileiro. No entanto, devido à pandemia da COVID-19, que registrou altas taxas de transmissão comunitária e mortes no Brasil de abril de 2020 a janeiro de 2022, o formato foi alterado para on-line.

Na fase quantitativa, os participantes foram recrutados por meio de amostragem em bola de neve (PATRICK; DAN, 1981). Esse método foi escolhido porque, mesmo 40 anos após o início da epidemia de HIV/AIDS, ainda é difícil encontrar participantes no Brasil para discutir tópicos como HIV, homofobia, sorofobia e saúde mental. Cinco pesquisadores afiliados ao programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde Pública nos níveis de mestrado e doutorado e que trabalham em instituições públicas dedicadas ao atendimento de indivíduos com HIV/AIDS foram selecionados como sementes iniciais. Os dados sociodemográficos e clínicos dos 138 participantes do estudo quantitativo podem ser encontrados em Alckmin-Carvalho et al. (2023b).

Após o protocolo on-line do estudo quantitativo, foi feita a seguinte pergunta aos participantes: “Você estaria disposto a ser entrevistado por um psicólogo clínico por videoconferência para discutir suas experiências relacionadas ao HIV?” Aqueles dispostos a participar foram instruídos a fornecer seus endereços de e-mail.

Os critérios de inclusão incluíram ser brasileiro, ter vivido no Brasil durante a maior parte da vida, identificar-se como gay, viver com HIV/AIDS, ter sido diagnosticado com HIV/AIDS e ter mais de 18 anos de idade. Os critérios de exclusão foram se identificar como bissexual (esse critério de inclusão foi usado porque consideramos que há muitas diferenças na dinâmica social relacionada ao estigma em relação aos homens bissexuais, o que justificaria um novo estudo para buscar uma compreensão aprofundada das particularidades do impacto do diagnóstico exclusivamente nessa população) ou como qualquer outra orientação sexual que não fosse gay, não ter um local privado para discutir tópicos sensíveis e não ter uma conexão estável com a Internet.

Dos 138 participantes que responderam ao formulário quantitativo, 36 concordaram em participar da fase de entrevista clínica e forneceram seus endereços de e-mail. O pesquisador conduziu as entrevistas individualmente para avaliar o critério de saturação teórica (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), que foi usado para determinar o tamanho da amostra. Concluiu-se que, após 15 entrevistas, discussões adicionais sobre as experiências de homens gays com HIV produziram um número mínimo de novos dados. Apenas um participante se recusou a ter a entrevista gravada e, conseqüentemente, foi excluído do estudo.

Entrevista clínica

A entrevista foi conduzida usando um roteiro semiestruturado criado para este estudo. O primeiro autor, um homem branco, cisgênero, gay, de 36 anos, brasileiro, de nível socioeconômico médio-alto, conduziu o processo. O entrevistador, um psicólogo clínico com 13 anos de experiência, tem doutorado em Psicologia Clínica por uma universidade pública brasileira.

A pergunta de pesquisa que orientou este estudo foi “De que forma o diagnóstico de HIV impactou a vida dos homens gays brasileiros e como ele influencia a vida no presente?”. As entrevistas clínico-qualitativas foram realizadas no segundo semestre de 2021 usando um roteiro semiestruturado desenvolvido especificamente para este estudo. Foram feitas as seguintes perguntas aos participantes: (1) O diagnóstico de HIV é geralmente um momento delicado para muitas pessoas. Poderia descrever sua experiência de diagnóstico com o máximo de detalhes possível? (2) De que forma o diagnóstico de HIV afetou sua vida? (3) Como você lida com seu diagnóstico de HIV atualmente?

Procedimentos

A entrevista foi agendada para um dia e horário convenientes para o paciente e foi realizada de forma síncrona usando o Google Meet. O entrevistador se apresentou como um homem gay brasileiro profundamente interessado na dinâmica dos direitos LGBTQIA+. Em seguida, ele estabeleceu um relacionamento ao se envolver em alguns minutos de conversa agradável sobre a cidade mencionada pelo entrevistado e outros tópicos do cotidiano, com o objetivo de criar uma atmosfera neutra ou até mesmo agradável.

Posteriormente, os participantes forneceram informações sociodemográficas, incluindo idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, renda e estado civil, bem como informações clínicas, como a data do diagnóstico de HIV, presença de diagnóstico de AIDS e estado de saúde atual. A avaliação do estado de saúde atual foi categorizada em duas possibilidades, como segue:

(a) sintomático, quando o paciente relatou doenças agudas ou crônicas, associadas ou não ao HIV/AIDS no momento da entrevista e (b) assintomático, quando o paciente não relatou nenhuma doença aguda ou crônica no momento.

As fases de relacionamento e identificação do participante não foram intencionalmente gravadas para minimizar a exposição individual e aumentar a probabilidade de discussão de tópicos delicados. Os participantes foram informados de que a gravação começaria após o preenchimento do questionário sociodemográfico e no início das perguntas da entrevista clínica. A confidencialidade da pesquisa e a escolha metodológica de gravar foram enfatizadas. Os participantes puderam escolher entre uma chamada de vídeo com áudio e vídeo ou uma gravação somente de áudio. A duração das entrevistas não foi pré-estabelecida. Os participantes não receberam incentivo financeiro para participar do estudo.

Análise de dados

As entrevistas foram transcritas, e os nomes dos participantes foram codificados para evitar o reconhecimento. Após a transcrição, as gravações foram excluídas. O primeiro e o segundo autores transcreveram e analisaram as entrevistas de forma independente. Eles realizaram a análise qualitativa usando a técnica de análise temática (CLARKE; BRAUN, 2017). Os autores desenvolveram de forma colaborativa categorias e subcategorias de análise, que não foram predeterminadas. Eles trabalharam juntos para resolver quaisquer discordâncias sobre temas emergentes. Nenhum software foi utilizado para avaliar o conteúdo.

Para analisar os temas emergentes, ancoramos o estudo na Teoria do Estresse das Minorias (FROST; MEYER, 2023), que fornece uma compreensão abrangente dos determinantes sociais associados à alta prevalência de problemas de saúde mental em populações socialmente discriminadas e marginalizadas, como homens gays vivendo com HIV. Estudos empíricos demonstraram que essas populações sofrem um estresse

desproporcional desde o desenvolvimento inicial. Estressores sociais específicos, inclusive a sorofobia e a homofobia, agravam os estressores cotidianos que afetam a população em geral, aumentando a vulnerabilidade dos indivíduos ao desenvolvimento e à exacerbação de problemas de saúde mental.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, de acordo com a legislação brasileira. O número do processo é 4.601.952, CAAE: 31527820.7.0000.5392, datado de abril de 2021. Todos os participantes forneceram suas assinaturas no termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a entrevista, o pesquisador propôs encontros adicionais dentro de uma estrutura psicoterapêutica para as semanas seguintes, caso o participante se sentisse enfraquecido, angustiado ou ansioso por relembrar tópicos delicados ou potencialmente traumáticos associados ao seu diagnóstico de HIV e à sua vida. Apenas um participante (P1) procurou apoio psicoterapêutico. Foram realizadas quatro sessões, após as quais o participante foi formalmente encaminhado para acompanhamento psicoterapêutico contínuo e avaliação psiquiátrica em uma unidade pública de saúde mental em sua cidade.

RESULTADOS

Entre os quinze participantes entrevistados, dois (P2 e P7) optaram por chamadas de vídeo somente com áudio; P2 citou uma conexão instável com a Internet, enquanto P7 preferiu não ter sua imagem gravada. As entrevistas, sem uma duração predeterminada, variaram de 30 a 90 minutos.

Os perfis sociodemográficos e clínicos dos 15 participantes selecionados eram notavelmente diversos. Por exemplo, P4 possuía um alto nível de educação e renda, foi diagnosticado precocemente durante a fase aguda da infecção pelo HIV e não teve complicações de saúde relacionadas à AIDS. Por outro lado, P1 era um indivíduo de baixa renda com educação limitada, foi diagnosticado no estágio avançado da AIDS e sofria de doenças oportunistas com risco de vida. Apesar dessas disparidades, a maioria dos participantes tinha entre 30 e 40 anos, identificou-se como branca, pertencia a faixas socioeconômicas baixas ou médias, possuía diploma de graduação e/ou pós-graduação, era solteira, assintomática e havia sido diagnosticada com HIV há menos de 10 anos. Sete dos quinze participantes recebiam menos de R\$ 2.900 por mês, o que os classificava como classe baixa (D e E) de acordo com os critérios do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (CPS/FGV). Outros sete participantes tinham renda mensal superior a 2,9 salários e inferior a R\$ 22.000, sendo classificados como classe média (B e C). Apenas um participante tinha renda superior a R\$ 22.000 por mês, sendo classificado como classe alta (A).

Todos os participantes relataram uma carga viral indetectável em seu exame de sangue mais recente e aderiram de forma consistente à terapia antirretroviral. A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

ID	Idade	Raça	Escolaridade	Ocupação	Renda¹	Estado civil	Tempo desde diagnóstico²	AIDS	Estado de saúde
P1	36	Branco	Mestrado	Servidor público afastado	2	Solteiro	2,5	Sim	S*
P2	35	Pardo	Graduação	Pesquisador (bolsista de mestrado)	2	Solteiro	7,2	Sim	A**
P3	52	Preto	Ensino médio	Comerciante	2,5	Solteiro	23,1	Não	A**
P4	35	Branco	Doutorado	Biomédico e professor de pós-graduação	20	Solteiro	2,5	Não	A**
P5	32	Preto	Técnico	Analista técnico (setor privado)	2	União estável	4,3	Não	A**
P6	43	Pardo	Graduação	Professor do ensino médio	5,5	União estável	3,0	Não	A**
P7	39	Branco	Mestrado	Farmacêutico e professor universitário	7,5	Solteiro	2,5	Não	A**
P8	31	Pardo	Ensino médio	Secretária (setor privado)	1	Solteiro	2,1	Sim	A**
P9	43	Branco	Ensino fundamental	Cabeleireiro autônomo	2,5	Solteiro	8,9	Não	A**
P10	39	Branco	Graduação	Publicitário autônomo	7	Solteiro	2,1	Sim	A**
P11	46	Branco	Mestrado	Advogado (setor privado)	8	Solteiro	8,4	Sim	A**
P12	24	Branco	Mestrado	Advogado (setor privado)	5	Namorando	0,0	Não	A**
P13	34	Branco	Mestrado	Engenheiro e empresário	10	União estável	2,0	Não	A**
P14	62	Branco	Graduação	Comerciante	8	União estável	26,6	Sim	S*
P15	29	Branco	Ensino médio	Garçom e comerciante	2	Solteiro	12,6	Sim	A**

Tabela 1. Descrição sociodemográfica e clínica dos participantes da pesquisa.

¹ O salário mínimo no primeiro semestre de 2022, ano em que os participantes foram entrevistados, era de R\$ 1.212,=+/- 220€ /245\$USD; ² Tempo apresentado em anos; * S= Sintomático; ** A= Assintomático.

Quatro categorias emergiram da análise do corpus da entrevista, que estão listadas e discutidas abaixo, incluindo (1) revelação do diagnóstico e seus efeitos; (2) estigma social e internalizado; (3) efeitos biopsicossociais de viver com o HIV; e (4) gratidão pelos avanços no tratamento do HIV pelo sistema de saúde brasileiro.

Divulgação de diagnóstico

Em geral, os entrevistados descreveram o momento em que receberam o diagnóstico como angustiante, assustador e traumático. Mesmo aqueles que estavam munidos de informações atualizadas sobre o HIV e seu tratamento e que conheciam outras pessoas que viviam com o vírus sentiram uma sensação de alienação inicial após o diagnóstico, que depois deu lugar à preocupação, ao medo, à ansiedade e à culpa. O apoio psicológico, a aceitação e a abordagem compassiva da equipe de saúde que forneceu o diagnóstico pareceram aliviar os efeitos negativos dessa revelação.

Eu sabia das informações, mas, no momento do diagnóstico, esquecemos tudo e achamos que vamos morrer, tanto o corpo pela doença quanto a alma por tanta solidão.

Tive a sorte de ter uma enfermeira esclarecida que me informou sobre o diagnóstico. Ela era muito carinhosa e tinha uma voz calma. Lembro-me de seu rosto até hoje. Foi um anjo que Deus colocou em minha vida. Ela trabalha lá [no serviço de saúde] até hoje. Ela fez muita diferença em minha vida. Uns três meses depois [da revelação do diagnóstico], eu levei um presentinho para ela para agradecer a forma como ela me tratou (P5).

O médico infectologista me deu o diagnóstico. Eu o achei muito firme, mas um bom jeito firme. Ele me acalmou e disse tudo corretamente, e me senti confiante em seu estilo. Ele era um médico muito inteligente. Senti que estava em boas mãos e que ele não estava me julgando. Ele tinha um jeito acolhedor (P11).

Descobri o HIV em 1999, há mais de 20 anos, durante uma campanha de doação de sangue. A assistente social que veio conversar comigo sobre o diagnóstico foi muito empática, muito calma e transmitia confiança. Era um anjo. Parecia uma mãe falando com seu filho (P3).

Por outro lado, alguns participantes relataram experiências negativas com as atitudes e a conduta dos profissionais de saúde ao revelarem seu diagnóstico de HIV, o que potencialmente exacerbou o trauma do evento. Eles criticaram a privacidade insuficiente, a natureza apressada da consulta, o início precipitado dos processos burocráticos para a inscrição no programa de tratamento e a desconsideração de seu sofrimento emocional e necessidade de apoio.

O dia do diagnóstico foi terrível. A moça [referindo-se à profissional de saúde] falou comigo com a porta aberta, nunca perguntou se eu estava bem. Parecia um robô executando uma tarefa. Ela estava no piloto automático. Eu achava que ela não tinha humanidade. O “Humaniza SUS” é lindo na teoria, mas, na prática, não funciona (P7).

O Humaniza SUS é um programa do governo federal brasileiro que existe desde 2003 para implementar os princípios do SUS nas práticas cotidianas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública e estimulando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. O programa prioriza a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos

de cidadania, destacando as necessidades específicas de gênero, étnico-raciais, de orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (negros, rurais, indígenas, quilombolas, população em situação de rua, entre outros) (BRASIL, 2008).

Eu não tive nenhum apoio psicológico na época do diagnóstico. A enfermeira me ligou dizendo que eu tinha que ir lá [na unidade de diagnóstico e tratamento de HIV do sistema público de saúde brasileiro] para refazer o exame. Fiz novamente e, no dia seguinte, o médico me chamou. Entrei na sala dele, ele me entregou o exame e disse: você tem HIV, e começou a falar muito sobre o tratamento, sobre o que eu deveria fazer e sobre a papelada para preencher. Parece que não houve acolhimento. Eu não tive apoio emocional. Depois que ele falou sobre o diagnóstico, não ouvi nada. A consulta não durou 15 minutos, mas uma eternidade. Houve uma falta de humanidade. Eu sei que o HIV hoje em dia não é a mesma coisa que costumava ser se você tomar o remédio corretamente, mas não é gripe(P2).

Estigma social e internalizado

Quase todos os participantes descreveram ter se deparado com a homofobia e a sorofobia, seja ela evidente ou insidiosa, praticadas por profissionais da área de saúde, principalmente médicos. Os entrevistados disseram que esses profissionais se recusaram a administrar tratamentos essenciais ou a fazer ajustes pertinentes na medicação.

Uma vez tive um episódio de preconceito com um médico que ia operar meu nariz porque eu tinha uma adenoide. Quando ele descobriu que eu tinha HIV, não quis mais me operar. Ele cancelou a cirurgia sem dar nenhum motivo. É claro que a secretária não me contou isso, mas eu não sou bobo. Percebi o preconceito. É por isso que não falo com ninguém. Hoje em dia, não falo nem com médicos. Se um médico já tem pavor, imagine pessoas normais (P14).

Outro participante atribuiu à homofobia a atitude e o manejo clínico de um profissional médico de um serviço especializado no diagnóstico e tratamento do HIV. Isso se baseou na maneira rude do profissional durante o atendimento e na sua recusa em trocar um medicamento que causou um evento adverso altamente desconfortável ao entrevistado.

Lembro-me de que, há algum tempo, tomei aquele remédio [para HIV] que deixou meus olhos amarelos. E muitas pessoas sabem o que isso significa. Na época, eu era garçom. Fiquei muito envergonhado. Pedi muito ao médico para trocar meu remédio, mas ele não queria trocar. A enfermeira disse que havia uma maneira de mudar, mas ele disse que não havia como. Ele era mais velho, provavelmente com cerca de 60 anos. Acho que ele não gostava de homossexuais, era um pouco rude. Eu tinha pavor de sofrer preconceito no trabalho, de as pessoas terem nojo de mim, então parei de tomar o remédio por um mês. Não aconteceu nada, mas achei que seria melhor voltar (P15).

Outros participantes relataram o impacto negativo da revelação do diagnóstico em vários aspectos de suas vidas, incluindo relacionamentos românticos e trabalho. Esses impactos abrangeram não apenas a sorofobia, mas também violações do direito à confidencialidade em relação ao status sorológico do HIV.

Após o diagnóstico, contei ao meu marido. Ele não aceitou. Terminamos um relacionamento de 10 anos. Eu estava em vias de ser demitido da empresa em que trabalhava. Pedi ao RH [o departamento de recursos humanos da empresa] para manter o plano de saúde por mais algum tempo. Achei que poderia precisar dele por causa do HIV. Contei a eles meu diagnóstico. Eles aceleraram minha demissão, e meu diagnóstico de HIV vazou para uma empresa com mais de 4.000 funcionários. Eu era um peixe pequeno, um ninguém. Fiquei isolado, envergonhado e sozinho. Mas eu os processei e, depois de dois anos, consegui ser reinserido na empresa e recebi uma quantia alta, como se tivesse trabalhado durante todo o tempo em que estive fora. Deus estava cochilando, mas acordou no final (P5).

Também foram comuns relatos indicando a prevalência de homofobia internalizada e de sorofobia internalizada entre os participantes. Por exemplo, P7 revelou que, antes de seu diagnóstico de HIV, ele tinha percepções negativas sobre os indivíduos que viviam com o vírus.

Eu achava que era sujo ter HIV. Eu já tinha contato com um casal heterossexual que tinha HIV na igreja, e todos sabiam. Lembro-me de ir até a casa deles, inclusive, mas tinha medo de beber água lá, de chegar perto demais. E olha é a vida. Agora eu tenho HIV, e acho que as pessoas vão sentir isso comigo também - esse medo, essa repulsa (P7).

Para esse participante, seu preconceito internalizado pré-diagnóstico sobre pessoas vivendo com HIV influenciou sua percepção do estigma da comunidade em relação à sua condição. Os pacientes frequentemente descreviam o HIV como um fardo emocional que, agravado pela homofobia, complicava a vida cotidiana e a formação e manutenção de relacionamentos. Além disso, alguns participantes vivenciaram o estigma social e internalizado, demonstrando a relação bidirecional entre esses fenômenos.

Eu já sou gay e ainda tenho HIV. É muito ruim. É demais. As pessoas não podem saber uma coisa ou outra. Senão, fico perdido (P7). Faço parte de um serviço voluntário muito importante dentro da Igreja Católica. Já houve várias acusações internas de que sou gay. Eles não me expulsaram - acho que fazem vista grossa. Agora, se eles souberem que eu tenho HIV, não tem jeito. Com certeza serei expulso e isolado. Pouquíssimas pessoas sabem da minha sorologia, e quero que continue assim (P7).

Eu achava que o HIV estava muito longe da minha realidade. Eu tinha a impressão de que os portadores de HIV eram pessoas promíscuas que tinham muitos parceiros. Para mim, o diagnóstico foi muito impactante (P2).

Depois de saber que minha saúde não estava em risco, que minha contagem de linfócitos estava boa e que a carga viral era indetectável, comecei a pensar em questões sociais, sabe? Nossa, às vezes ser gay e ter HIV é cansativo. É muito armário para sairmos nesta vida. Primeiro, a homossexualidade, que é um golpe desde a infância, depois você sai do armário e lida com o medo, a rejeição e a baixa autoestima. Quando você acha que está mais estável na vida adulta, surge o HIV. Mais um armário para sairmos. Cansado. Mas eu sigo em frente (P15).

Entre os comportamentos e sentimentos relatados característicos tanto da sorofobia percebida na comunidade quanto da sorofobia internalizada, os mais frequentes incluíam o medo de descobrirem o diagnóstico de HIV devido ao possível ostracismo social, a vergonha em relação ao diagnóstico de HIV e a compulsão de ocultar a medicação antirretroviral.

Tenho muito medo de que as pessoas descubram que tenho HIV. O medicamento é um fardo para mim. É feio, algo que tenho de esconder. É como um parente feio que não queremos mostrar a ninguém. Escondo meus medicamentos no carro. Na verdade, tenho vergonha de que as pessoas descubram que eu tomo esse remédio para o HIV (P11).

Na narrativa do participante P2, fica clara a ligação entre a homofobia e a sorofobia na comunidade. P2 percebe o HIV como um estigma social adicional e, com isso, sua identidade como homem gay e feminino. Ele acredita que essa combinação exacerba os desafios que enfrenta na formação de relacionamentos afetivo-sexuais.

O HIV foi muito ruim para mim. Seria melhor viver sem esse vírus. Eu já sou gay, afeminado, e ainda tenho o HIV. Muito difícil encontrar alguém [referindo-se à parceria afetivo-sexual] (P2).

Efeitos biopsicossociais de viver com o HIV

Observamos que os efeitos biopsicossociais de viver com o HIV variaram significativamente com base em vários fatores: o estágio da vida em que ocorreu o diagnóstico, o estágio da infecção pelo HIV (fase inicial/intermediária vs. fase da AIDS), o conjunto de habilidades socioemocionais presentes no momento do diagnóstico, a duração desde o diagnóstico do HIV, o conhecimento preexistente sobre o HIV, o grau de sorofobia (internalizado e socialmente percebido) e a extensão em que a rede de apoio social foi estabelecida.

Em geral, a saúde mental se deteriorou, com o aumento do isolamento e o surgimento ou a exacerbação de psicopatologias. Os participantes também experimentaram sentimentos de desamparo, solidão, isolamento, medo, desesperança e uma sensação de perda, mesmo quando a infecção pelo HIV era recente e assintomática, sem complicações clínicas significativas. Além disso, muitos participantes acharam cada vez mais difícil retomar as atividades diárias após o diagnóstico.

Tive muita depressão. Perdi muito peso. Não me reconhecia mais. O diagnóstico [de HIV] me tirou do caminho. Eu tinha muitos planos, muitos sonhos. O diagnóstico de AIDS e tudo o que veio depois [referindo-se a quatro internações para tratamento de doenças oportunistas] me tirou do eixo. Foi muito sofrimento. Não tive um relacionamento com ninguém por um ano. Você toma o remédio para HIV, mas o remédio não trata sua cabeça (P8).

Treze dos quinze participantes não revelaram seu diagnóstico de HIV à família de origem, nem consideraram que os membros da família nuclear seriam capazes ou estariam emocionalmente disponíveis para oferecer apoio e afeto. Três participantes não mencionaram a família nuclear. Essa hesitação em revelar o diagnóstico na família pode ser observada no discurso de P7:

Fui criado em um contexto evangélico; tudo era pecado. Minha família é muito preconceituosa. Nunca contei nada a eles sobre minha homossexualidade. Também não vou contar a eles sobre o HIV. Depois do HIV, me senti ainda mais sozinho. Não tenho muitos amigos. Sou uma pessoa mais fechada. Agora mais fechado por medo do preconceito. Teve uma época em que eu estava tão sozinho que até pensei em me matar (P7).

Entre os efeitos psicossociais mais prevalentes estava o impacto negativo na vida afetivo-sexual dos participantes, com muitos começando a evitar oportunidades de vínculo emocional e encontros sexuais devido ao medo de revelar seu diagnóstico e o risco de transmissão do HIV.

Depois do HIV, senti muita vergonha e medo de passar para alguém [referindo-se à transmissão do HIV]. Eu não gostava nem de beijar na boca. Fiquei sozinho por muito tempo. Não conseguia me relacionar. Em uma das poucas vezes em que tentei, fiquei com medo. Depois, a situação ficou ainda pior. Aí eu comecei a levar tudo como amizade, nunca como paquera (P5).

Sempre terei esse problema de contar o diagnóstico. Minha vida sexual é muito inativa. Já era difícil antes [do diagnóstico de HIV]. Depois ficou pior. Eu fico sozinho para me proteger (P8).

A maioria dos entrevistados foi diagnosticada com HIV durante os estágios iniciais ou intermediários, relatando pouca ou nenhuma repercussão negativa em sua saúde física. No entanto, sete participantes receberam seus diagnósticos tardiamente, apresentando comprometimento do sistema imunológico consistente com a AIDS. Desses, apenas dois estavam sintomáticos no momento da entrevista, incluindo P1, devido a complicações ainda associadas à AIDS (devido à incapacidade de restaurar o sistema imunológico apesar de uma carga viral indetectável), e P14, que apresentou condições típicas do envelhecimento prematuro em pacientes com HIV, como hipertensão e diabetes. Esses participantes passaram por um sofrimento significativo relacionado a doenças oportunistas com risco de vida, internações hospitalares prolongadas, isolamento social e perdas financeiras. Para pacientes diagnosticados com AIDS a partir 2020, como P1, os desafios mencionados acima foram agravados pelo medo da infecção por COVID-19, que representa um risco maior para indivíduos imunocomprometidos.

Descobri o HIV muito avançado. Eu já tinha destruído minhas defesas [referindo-se a mudanças irreversíveis no sistema imunológico]. Mesmo tomando o medicamento corretamente, minhas células de defesa não voltaram ao normal. Fiquei muito doente. Minha saúde piorou muito. Antes eu era normal. Depois do HIV, Sarcoma de Kaposi, neurosífilis, citomegalovírus e muitas outras infecções oportunistas. Em 2021, passei mais de três meses

no hospital. Totalmente isolado por causa da COVID-19. Pensei em me matar muitas vezes. Todo mês tenho um problema de saúde - infecção dentária, problema pulmonar, problema cardíaco. Ainda tenho AIDS, porque minhas defesas não se recuperaram. Não faço mais planos para o futuro, nem mesmo a curto prazo. Agora só tenho o presente. Não tenho certeza de nada. É como viver em uma corda bamba eterna. Eu me vejo como uma bomba-relógio. Não sei quando vou explodir (P1).

Mais da metade dos participantes indicou que o diagnóstico de HIV catalisou o aprimoramento de suas práticas de autocuidado. As melhorias relatadas incluíram a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, como garantir uma nutrição adequada, estabelecer uma rotina regular de exercícios físicos, gerenciar padrões de sono e moderar o uso de álcool e outras substâncias.

Depois do HIV, comecei a olhar mais atentamente para minha saúde. Gosto de viver. Sei que o medicamento me salva. Parei de beber muito, estou me exercitando mais, comendo melhor. Agora preciso melhorar meu sono, mas minha saúde está melhor (P6).

Minha saúde física mudou para melhor. Mudou completamente. Sono, colesterol, alimentação. Tudo melhorou. Continuo fumando e bebendo minha cerveja, mas os exercícios físicos melhoraram muito. Ando de bicicleta e nado. Antes, eu não fazia nada. Também nunca fiz um exame de sangue para verificar minha saúde. Agora faço duas vezes por ano (P5).

Minha saúde melhorou muito depois do HIV porque eu cuidei melhor. Faço reposição das vitaminas D e B12. Parei de fumar e comecei a beber muito menos. Comecei a caminhar mais horas por semana e a cuidar mais da minha alimentação. Comecei a comer mais ômega-3. Eu já era cuidadoso, mas depois do HIV passei a ser ainda mais. E a parte boa é que eu já sabia, por estar na área da saúde, como era uma infecção aguda por HIV. Assim, fiz um diagnóstico precoce e comecei o tratamento muito rapidamente. Não houve tempo para o vírus alterar minha função imunológica. Antes do HIV, eu tinha uma infecção de garganta todo ano, tomava antibióticos e tudo mais. Depois que comecei a me exercitar, dormir melhor e comer melhor, nunca mais tive uma infecção bacteriana (P4).

Eu me cuidei mais agora. Nós amadurecemos. Vem esse diagnóstico e a gente tem medo de morrer, de ter problemas sérios. Parei de usar maconha e “padê” [referindo-se à cocaína]. Ainda bebo muito, mas só cerveja. Parei de usar bebidas destiladas (P11).

Assim, foi confirmado nas seções anteriores que o aprimoramento das habilidades de autocuidado resultou em melhor saúde física após o diagnóstico de HIV, exceto nos casos identificados durante a fase de AIDS.

Gratidão pelos avanços no tratamento pelo sistema de saúde brasileiro

Foram confirmados os discursos de gratidão em relação aos avanços biomédicos no tratamento do HIV, principalmente em relação à redução do número de comprimidos, ao aumento da eficácia da medicação no controle do vírus

e à diminuição dos efeitos adversos. Esse sentimento foi mais pronunciado entre os indivíduos diagnosticados e tratados por períodos prolongados, exemplificados por P3 e P14, que controlam o vírus e seu tratamento há 23 e 26 anos, respectivamente.

Felipe [referindo-se ao entrevistador], eu costumava tomar mais de 20 comprimidos. Você sabe o que é isso? Tomar comprimidos no almoço? Era uma tristeza sem fim. Eu tomava e chorava. Hoje eu só tomo dois. É uma coisa maravilhosa (P14).

Os sentimentos de gratidão também estavam ligados à consciência de que a manutenção de uma carga viral indetectável ao longo do tempo e a adesão consistente à medicação evitam a transmissão do HIV, mesmo durante o sexo desprotegido. O conceito “indetectável= intransmissível” foi mencionado espontaneamente por oito dos quinze participantes entrevistados. Esse conhecimento foi associado a uma diminuição acentuada do medo de transmitir o vírus durante os encontros sexuais. Isso diminuiu a percepção da necessidade de revelar um diagnóstico de HIV a parceiros sexuais comuns. Consequentemente, isso teve um efeito positivo no bem-estar sexual da maioria dos entrevistados.

Essa coisa de ser indetectável, que aconteceu nos últimos anos, me ajudou muito porque agora posso fazer sexo sem medo com quem eu quiser e, como não estou colocando a vida da pessoa em risco, acho que não preciso contar a ela. Eu sei disso porque meu médico disse. Essa coisa de ser indetectável é uma coisa séria, uma pesquisa que já foi feita no mundo todo. Isso realmente não acontece. Foi minha salvação. Eu tinha pavor de passar para alguém, então não fazia sexo, e as pessoas perdiam a paciência e iam embora. Elas não entendiam por que eu não queria fazer sexo. Depois da indetectabilidade, voltei a fazer sexo. Era bom demais (P12).

Sempre confiei na ciência. Tanto que fiz um doutorado na minha área. Agora, nesta crise de saúde da COVID-19, eu estava tentando convencer minha família, que é toda bolsonarista [referindo-se ao presidente brasileiro Jair Messias Bolsonaro, um político brasileiro de extrema-direita que desencorajou os brasileiros a se vacinarem durante a pandemia da COVID-19]. Quando soube dos estudos da Partner, que concluíram que indetectável significa intransmissível, fiquei muito feliz. Agradeço profundamente aos pesquisadores que nos ajudaram com isso. É uma maneira de acabar com a epidemia de AIDS, é claro, mas em termos pessoais, para mim, isso significou recuperar minha sexualidade. Eu simplesmente não gosto dessa expressão: [nome do entrevistado] é indetectável. Eu não sou indetectável. Ainda estou aqui. É o vírus que é indetectável (P15).

Os participantes também expressaram satisfação com o Sistema Único de Saúde (SUS), que adere aos princípios de assistência médica abrangente e universalidade no atendimento aos brasileiros. A maioria dos participantes valorizou particularmente a distribuição gratuita de medicamentos. Aqueles que observaram a progressão dos métodos de tratamento desde o início da epidemia de AIDS, como P14, e os participantes com níveis educacionais mais altos, como P4 - um profissional de biomedicina familiarizado com os avanços na área - reconheceram a importância desses desenvolvimentos.

O SUS é muito bom. Ele fornece meus medicamentos gratuitamente. E são medicamentos muito bons, os mesmos usados na Europa. Sei disso porque sou biomédico e fiz algumas pesquisas. O dolutegravir, que é um dos que eu tomo, é excelente. Não tive nenhum efeito colateral com o medicamento. Só retirei o Tenofovir porque ele causava problemas renais. Fiquei apenas com o Dolutegravir e a Lamivudina em uma combinação simplificada. Sinto muita gratidão pelo SUS (P4).

DISCUSSÃO

Nosso estudo teve como objetivo compreender profundamente as experiências de homens gays brasileiros que vivem com HIV, com foco no momento do diagnóstico e seus possíveis impactos sociais subsequentes. Descobrimos que o diagnóstico era frequentemente percebido como um evento potencialmente traumático, principalmente quando associado à falta de empatia e apoio emocional dos profissionais de saúde. As experiências comuns entre os participantes incluíram culpa, medo ao saber de seu status de HIV, isolamento social, solidão e efeitos prejudiciais nos relacionamentos afetivo-sexuais relacionados ao HIV.

Em geral, os participantes relataram uma alta percepção de sorofobia e homofobia na população em geral e entre os profissionais de saúde, incluindo os dos serviços de saúde brasileiros especializados no atendimento de pessoas vivendo com HIV. Essa observação está alinhada com os resultados de um estudo brasileiro recente (COSTA et al., 2021), que indicou que minorias marginalizadas, como homens gays com HIV, tinham duas vezes mais chances de sofrer sorofobia em serviços de saúde brasileiros especializados para pessoas com HIV em comparação com grupos não marginalizados.

Por outro lado, esses resultados contrastam com os de um estudo qualitativo português (PEREIRA; CALDEIRA; MONTEIRO, 2018), no qual nenhum dos 31 homens gays entrevistados vivendo com HIV relatou discriminação em unidades de tratamento de HIV. Acreditamos que os episódios de sorofobia por parte dos membros da equipe de saúde têm um impacto particularmente prejudicial sobre os indivíduos com HIV. Uma consequência comportamento é clara: a diminuição da confiança em revelar seu diagnóstico a outros profissionais de saúde e o aumento do medo de compartilhar seu status de HIV com suas conexões sociais. Isso resulta na perda de oportunidades de obter apoio emocional de experiências positivas de revelação.

Estudos sugerem que os possíveis impactos negativos na saúde mental associados ao recebimento de um diagnóstico positivo de HIV e ao gerenciamento das consequências psicossociais do vírus podem ser atenuados por uma rede de apoio social robusta (BRASIL, 2008; YUAN et al., 2023; BROWN et al., 2023). Os pesquisadores também apontam o efeito benéfico dessas redes de apoio na adesão ao tratamento antirretroviral (OLIVEIRA et al., 2020) e a redução consistente da carga viral em homens gays vivendo com HIV

(FRIEDMAN et al., 2017). Entretanto, o estudo constatou que quase todos os entrevistados compartilhavam o desejo de ocultar seu status sorológico para evitar julgamentos morais relacionados a práticas sexuais ou orientação social, bem como a culpa individual pela infecção pelo HIV. Essa falta de apoio social ficou evidente, pois nenhum dos 13 participantes, inclusive o mais jovem, sentiu-se à vontade para revelar seu diagnóstico a membros da família nuclear ou mesmo a amigos próximos. A hesitação em revelar um diagnóstico de HIV e a ausência de apoio social, que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo e a exposição ao estresse relacionado ao estigma, também foi observada no estudo de Pereira, Caldeira e Monteiro (2018). Os autores identificaram sentimentos ambivalentes como os do presente estudo; por um lado, há o desejo de revelar o diagnóstico de HIV a possíveis parceiros românticos, amigos e familiares para obter apoio social e emocional, e, por outro lado, há o medo da rejeição, os riscos da revelação e o potencial de julgamento moral e culpa.

Em nosso estudo, a maioria dos entrevistados considerou crucial manter a confidencialidade de seu status de HIV. Consequentemente, muitos se afastaram de relacionamentos românticos para evitar a revelação ou para minimizar o esforço necessário para ocultar sua condição. Esse comportamento se alinha com os resultados de outros estudos nacionais ALCKMIN-CARVALHO et al. (2023b) e internacionais (ALGARIN et al., 2019; RZESZUTEK et al., 2021). Um estudo transversal brasileiro que avaliou a sorofobia internalizada entre 138 homens gays vivendo com HIV constatou que uma maioria significativa (72-95%) se esforçava para manter o diagnóstico de HIV em segredo. Eles expressaram arrependimento em relação a qualquer revelação anterior, perceberam os riscos associados à revelação de seu status sorológico e relataram o assédio a pessoas que vivem com HIV no Brasil (ALCKMIN-CARVALHO et al., 2023b).

Em nosso estudo, alguns participantes optaram por não revelar seu diagnóstico de HIV depois de enfrentar repercussões negativas ao compartilhar sua homossexualidade ou status sorológico com pessoas que consideravam próximas. Essas experiências incluíram rejeição e culpa explícitas ou insidiosas ou foram influenciadas pela antecipação de reações adversas de amigos e familiares. Essas reações geralmente estavam ligadas a crenças religiosas que equiparam a homossexualidade à “imoralidade” e à “promiscuidade” e veem o HIV como uma punição por “desvio sexual”.

No Brasil, o impacto das narrativas católicas e evangélicas sobre a homossexualidade e o HIV é inconfundível (NATIVIDADE, 2006; NATIVIDADE; DE OLIVEIRA, 2009). Essas duas religiões, que juntas representam as crenças de mais de 80% da população, são as mais difundidas no país, e as facções evangélicas ultraconservadoras têm se proliferado rapidamente nos últimos anos (NATIVIDADE, 2006; NATIVIDADE; DE OLIVEIRA, 2009). Apesar das variações individuais entre os diferentes ramos das igrejas católicas e evangélicas, uma linha comum é a crença de que a homossexualidade equivale à imoralidade e ao pecado e que o HIV serve como punição para aqueles que desafiam a suposta ordem natural heteronormativa (NATIVIDADE, 2006; NATIVIDADE; DE OLIVEIRA, 2009).

No início da década de 1990, no Brasil, os primeiros diagnósticos de infecção pelo HIV entre jovens gays reforçaram as crenças estigmatizantes, dando credibilidade à ideia errônea de que o HIV afeta exclusivamente esse grupo demográfico. Termos como “câncer gay” e “peste gay” se difundiram no país (BRITO; DE MOURA ROSA, 2018). Essas percepções parecem persistir no Brasil. Relacionado a isto, um estudo qualitativo examinou o impacto psicossocial da revelação de um diagnóstico de HIV em 36 homens heterossexuais de uma capital do sul do Brasil. Os pesquisadores relataram que a surpresa foi uma reação comum entre os participantes, que antes acreditavam que o HIV era uma condição associada exclusivamente a homens gays (KNAUTH al., 2020).

Em nosso estudo, confirmamos a relação entre a homofobia e a sorofobia no contexto religioso por meio de indicações sutis nas narrativas de alguns participantes. Por exemplo, o participante P7, um membro ativo da Igreja Católica envolvido em serviços voluntários, observou que havia “denúncias” dentro da igreja com relação à sua orientação sexual. Isso provavelmente reflete a percepção do participante de que a orientação sexual é um pecado, crime, desvio ou contravenção. P7 também indicou que, embora os membros da igreja pudessem tolerar sua orientação sexual, eles não estenderiam a mesma tolerância a um homem gay com HIV.

Em relação ao impacto na saúde física dos entrevistados, sete atingiram o estágio mais avançado da infecção pelo HIV e foram diagnosticados com AIDS e várias complicações físicas. Esse achado indica que, apesar dos esforços e investimentos públicos nas últimas décadas para detectar a infecção pelo HIV em estágios mais precoces, que estão associados a melhores prognósticos, o desafio persiste no Brasil. De fato, muitos participantes admitiram não realizar testes de triagem de HIV com a frequência recomendada e três revelaram que nunca haviam feito um teste de HIV antes do diagnóstico.

Seis dos sete participantes diagnosticados na fase da AIDS superaram as complicações físicas relacionadas a doenças oportunistas por meio de hospitalização, cuidados intensivos, adesão ao tratamento antirretroviral e medidas de autocuidado. No entanto, para o participante P1, que foi diagnosticado com AIDS e com uma contagem de linfócitos TCD4 criticamente baixa em 2020, o diagnóstico em estágio avançado e a incapacidade de recuperar o sistema imunológico, mesmo depois de obter uma carga viral indetectável, significou uma mudança total de vida. P1 expressou essa mudança da seguinte forma:

“Agora só tenho o presente. Não tenho certeza de nada. É como viver em uma corda bamba eterna. Eu me vejo como uma bomba-relógio. Não sei quando vou explodir”.

P1 também relatou perdas financeiras, solidão, dor causada por procedimentos médicos invasivos, fadiga física e emocional, falta de energia e medo de morrer, todos descritos como uma profunda angústia.

A relação entre o estigma relacionado ao HIV e o atraso no diagnóstico foi examinada por meio de uma revisão sistemática e meta-análise (GESESEW et al., 2017). Essa análise sintetizou os resultados de cinco estudos em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil. Os dados sugeriram que os indivíduos com uma percepção elevada de sorofobia tinham uma probabilidade duas vezes maior de receber um diagnóstico tardio de HIV, especificamente durante o estágio da AIDS (LELU, TIU-WEINBERGER et al., 2019). Portanto, consideramos plausível que a alta percepção de sorofobia na comunidade e a sorofobia internalizada, conforme verificado entre os entrevistados neste estudo, estejam relacionadas diagnóstico tardio de sete dos quinze participantes. Estudos indicam que tanto a sorofobia quanto a homofobia, sejam elas internalizadas ou percebidas na comunidade, aumentam a probabilidade de homens gays se envolverem em comportamentos sexuais de alto risco para exposição ao HIV (LELU, TIU-WEINBERGER et al., 2019; PEREZ-BRUMER et al., 2019). Eles também diminuem a probabilidade de os indivíduos se submeterem a exames regulares (ABU-BA'ARE et al., 2024; SULLIVAN et al., 2020) e de aderirem ao tratamento entre aqueles já diagnosticados (KATZ, et al., 2013; MIRELE et al., 2023). Esses três efeitos do estigma, em suas várias formas, explicam parcialmente o aumento desproporcional da incidência e prevalência do HIV entre homens gays no Brasil (BRASIL, 2023; ROBINEAU et al., 2020; KERR et al., 2013; KERR et al., 2018), inclusive entre aqueles diagnosticados tardiamente.

Assim, acreditamos que o desenvolvimento e a avaliação de intervenções baseadas em evidências voltadas tanto para a população em geral quanto para os profissionais de saúde são cruciais para reduzir o estigma relacionado à homossexualidade e ao HIV. Essas intervenções devem ter como objetivo melhorar a qualidade de vida dessa população, diminuir os problemas de saúde mental associados ao estresse das minorias e facilitar a identificação e o tratamento precoce dos casos. Essa abordagem permanece subutilizada no Brasil, mas poderia melhorar significativamente a resposta à epidemia de AIDS ao atingir as metas do UNAIDS 2023: identificar 95% dos casos de HIV, garantir que 95% dos diagnosticados adiram de forma ideal ao tratamento e tornar a carga viral indetectável em 95% dos casos (UNAIDS, 2023).

Todos os participantes relataram um declínio na saúde mental e na qualidade de vida nos meses seguintes ao diagnóstico, sendo que 10 consideravam a vida mais difícil e tinham menos esperança, mesmo muitos meses após o diagnóstico. Três indivíduos revelaram ideação suicida nos anos após receberem o diagnóstico de HIV. Esses resultados sugerem que os efeitos adversos de viver com o HIV no Brasil podem ser crônicos, estendendo-se além dos meses iniciais após o diagnóstico. Isso indica um risco maior de desenvolvimento de transtornos mentais ou de exacerbação de condições preexistentes. A deterioração dos indicadores de saúde mental após o diagnóstico de HIV entre homens gays foi documentada em vários estudos (BROWN et al., 2023; ARMOON et al., 2022). Consequentemente, o estigma social e a discriminação sistemática relacionados à orientação sexual e ao status

de HIV contribuem para um ambiente social estressante marcado por eventos prejudiciais que afetam negativamente a saúde mental de nossos entrevistados. O modelo de estresse das minorias postula que o estresse psicológico decorrente do estigma e da discriminação relacionados ao HIV está ligado a distúrbios de saúde mental (FROST; MEYER, 2023).

Em nosso estudo, os participantes geralmente relataram isolamento social, solidão e falta de apoio social. Portanto, também sugerimos intervenções baseadas em evidências destinadas a homens gays que vivem com HIV, com foco no desenvolvimento de conexões sociais com outros na mesma condição. Essa medida já foi adotada por iniciativas individuais em redes sociais, nas quais pessoas que vivem com HIV falam sobre seu diagnóstico e convivência com o vírus e dão as boas-vindas a indivíduos recém-diagnosticados. Entretanto, faltam evidências dos possíveis efeitos benéficos dessas iniciativas, que poderiam ser avaliadas em futuros estudos quantitativos e qualitativos. Acreditamos que o contato de indivíduos recém-diagnosticados com HIV com pessoas semelhantes, que já desenvolveram mecanismos de enfrentamento eficazes para enfrentar possíveis dificuldades relacionadas à convivência com o HIV, sejam elas de natureza física ou psicossocial, é uma medida promissora, com provável potencial para mitigar os efeitos da homofobia e da sorofobia sobre a saúde mental.

Pontos fortes, limitações e direções futuras

Acreditamos que alcançamos os objetivos do nosso estudo ao compreender profundamente as experiências de homens gays brasileiros que vivem com HIV, abrangendo tanto a experiência do diagnóstico quanto suas repercussões ao longo da vida. Os homens gays brasileiros são, epidemiologicamente, uma população altamente relevante para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, vez que são desproporcionalmente afetados pelo HIV. Entretanto, os impactos psicossociais relacionados ao diagnóstico e aos aspectos da convivência com o HIV no Brasil têm sido pouco explorados em profundidade em estudos qualitativos. A maioria das pesquisas qualitativas que investigam os impactos biopsicossociais do diagnóstico de HIV e suas repercussões foi realizada em países desenvolvidos, deixando especialmente os homens gays latino-americanos e africanos com HIV e suas necessidades sub-representados. Portanto, acreditamos que nosso estudo contribui para preencher essa lacuna de representação.

Além disso, consideramos que as entrevistas clínicas atingiram um nível significativo de profundidade e foram capazes de produzir elementos originais, que contribuem para a compreensão das peculiaridades da convivência com o HIV entre homens gays brasileiros. Fenômenos como a homofobia percebida e internalizada, além do estigma sorológico, inclusive na interação com as equipes multidisciplinares de profissionais de saúde dos serviços especializados em HIV/AIDS, foram corroborados com pesquisas anteriores, incluindo o aumento do isolamento social, a redução da qualidade de vida e a piora dos

indicadores de saúde mental após o diagnóstico de HIV. Pontos de interesse relativos a novos temas, como a melhoria da saúde física, a gratidão pelos avanços científicos na área de HIV/AIDS e a qualidade da assistência prestada pelo sistema de saúde brasileiro, foram mencionados por muitos participantes, sendo que essas duas últimas categorias de análise, até onde sabemos, são novas contribuições, exigindo, portanto, pesquisas futuras.

Por isso, acreditamos que nosso estudo é relevante e único. No entanto, ele não está isento de limitações. O contato on-line com os participantes impediu a confirmação de diagnósticos de HIV e a validação de informações clínicas, como carga viral e status imunológico. Nossos participantes foram selecionados a partir de um estudo quantitativo anterior, no qual os participantes semente indicaram homens gays que sabidamente viviam com HIV.

No protocolo de pesquisa, esses indivíduos consentiram em participar de uma entrevista, durante a qual revelaram seus dados sociodemográficos e clínicos ao entrevistador. Isso introduz um viés de seleção significativo, pois provavelmente não alcançamos indivíduos cuja orientação sexual e status de soropositivo não são conhecidos publicamente. Suspeitamos que, entre esses indivíduos, o nível de sofrimento decorrente do estigma agravado e a ausência de uma rede de apoio social podem levar a repercussões psicossociais ainda mais significativas do que as relatadas em nosso estudo.

Além disso, como o estudo foi realizado on-line, ele excluiu digitalmente homens gays vivendo com HIV que não puderam participar. É importante realizar novos estudos qualitativos que deem voz a esses indivíduos, pois essa pesquisa revelará a dinâmica do estigma em relação às suas particularidades únicas e experiências individuais dentro desse grupo específico. Além disso, confiar somente em dados de entrevistas de autorrelato pode não capturar toda a gama ou profundidade das experiências relacionadas ao diagnóstico de HIV e seus impactos, pois os participantes podem não estar conscientemente cientes de manifestações mais sutis ou menos previsíveis das vicissitudes de viver com HIV ou podem resistir a relatá-las no contexto de uma única entrevista clínica.

Além disso, a natureza transversal de nosso estudo qualitativo produziu evidências experiências de homens gays brasileiros vivendo com HIV em um específico, o que pode não ter capturado totalmente a natureza dinâmica de lidar com um diagnóstico de HIV ao longo do tempo. A coleta de dados longitudinais poderia fornecer insights mais profundos sobre a evolução dos impactos biopsicossociais e dos mecanismos de enfrentamento dos indivíduos que vivem com o HIV.

Os perfis sociodemográficos e clínicos dos participantes desta pesquisa foram diversos. Entrevistamos indivíduos com níveis de educação e renda altos, médios e baixos. Nossos participantes variaram de pessoas recentemente diagnosticadas com HIV a indivíduos que convivem com o vírus há mais de 20 anos. Eles incluíam pessoas diagnosticadas durante a fase aguda da infecção pelo HIV, que não apresentavam manifestações clínicas significativas, bem como aquelas diagnosticadas tardiamente,

durante a fase da AIDS, com sistemas imunológicos comprometidos e doenças com risco de vida. Nossos eixos foram amplos, mas consistentemente analisados em profundidade, abrangendo vários aspectos dos efeitos biopsicossociais de viver com o HIV entre homens gays brasileiros.

Reconhecemos a importância de novos estudos qualitativos com foco em homens gays brasileiros com HIV que se aprofundem nas nuances das experiências de acordo com cada perfil examinado. Isso é particularmente crucial para homens que, apesar de terem alcançado uma carga viral indetectável, não tiveram uma recuperação imunológica adequada e permanecem na fase da AIDS. Dar a esses indivíduos uma voz para expressar suas experiências e o sofrimento associado à doença física é de extrema importância. Além disso, a investigação dos mecanismos por trás do diagnóstico tardio é relevante, pois permite a compreensão a partir da perspectiva das pessoas afetadas, possivelmente oferecendo novas percepções para as equipes de saúde e os formuladores de políticas em saúde pública para evitar novos casos de diagnóstico tardio.

O Brasil é um país de dimensões continentais, caracterizado por diferenças regionais significativas em termos de cultura, costumes, renda, educação e outros indicadores psicossociais. Em nosso estudo, a maioria dos participantes era graduada, jovem e branca. Portanto, as generalizações de nossos resultados devem ser feitas com cautela, pois nossa amostra é relativamente pequena e não representa necessariamente o perfil sociodemográfico da população brasileira, que é composta principalmente por pardos e negros com baixo nível de escolaridade. Acreditamos que é especialmente importante, em estudos futuros, explorar as interseções de múltiplas formas de estigma, como racismo, classismo e sua relação com a homofobia e o estigma sorológico. Isso permite uma compreensão mais profunda dos efeitos da sobreposição de diferentes formas de marginalização social e produz conhecimento que pode apoiar as políticas de atendimento público para essa população-chave no combate à epidemia de HIV/AIDS.

CONCLUSÕES

Nosso estudo proporcionou uma compreensão abrangente das experiências de homens gays brasileiros que vivem com o HIV, com foco no momento do diagnóstico e suas consequências biopsicossociais. As descobertas ressaltam que o diagnóstico de HIV foi muitas vezes percebido como um evento potencialmente traumático, principalmente quando associado à recepção inadequada e ao apoio emocional dos profissionais de saúde. Os participantes relataram um declínio na saúde mental após o diagnóstico, independentemente de terem sofrido consequências de saúde física relacionadas ao HIV. Esse declínio foi atribuído ao estigma agravado por ser homossexual e soropositivo, seja ele internalizado ou percebido na comunidade. Esse estigma foi associado ao afastamento das redes de apoio e à relutância em buscar relacionamentos afetivo-sexuais. As experiências

comuns entre os participantes incluíam culpa, medo associado à descoberta de seu status de HIV, sentimentos de isolamento social e solidão, percepção de falta de apoio social e efeitos prejudiciais nos relacionamentos afetivo-sexuais. Mais de 40 anos após o início da epidemia de HIV, os participantes brasileiros relataram percepções generalizadas de homofobia e sorofobia entre homens gays que vivem com o vírus. Essas atitudes estavam presentes até mesmo nas equipes multidisciplinares de serviços especializados, o que indica que o estigma associado à homossexualidade e ao HIV não evoluiu junto com os avanços biomédicos significativos no diagnóstico e tratamento da infecção, principalmente no Brasil. Consequentemente, há um duplo desafio, que inclui o desenvolvimento de políticas de assistência à saúde mental para homens gays vivendo com HIV que enfrentam um estigma agravado e a criação e implementação consistente de políticas públicas que educam a população brasileira. população sobre o HIV e promover o respeito à diversidade sexual.

REFERÊNCIAS

- Abu-Ba'are, G. R. et al. "I told myself, be bold and go and test": motivadores e barreiras ao teste de HIV entre gays, bissexuais e outros homens cisgêneros que fazem sexo com homens em Gana - África Ocidental. *PLOS Global Public Health*, v. 4, e0002231, 2024.
- Ahmed, A.; Saqlain, M.; Bashir, N.; Dujaili, J.; Hashmi, F.; Mazhar, F.; Khan, A.; Jabeen, M.; Blebil, A.; Awaisu, A. Health-related quality of life and its predictors among adults living with HIV/AIDS and receiving antiretroviral therapy in Pakistan. *Quality of Life Research*, v. 30, p. 1653-1664, 2021.
- Alckmin-Carvalho, F.; Chiapetti, N.; Nichiata, L. I. Homofobia internalizada e opressão social percebida por homens gays que vivem com HIV. *Psicologia e Saúde em Debate*, v. 9, p. 685-704, 2023.
- Alckmin-Carvalho, F.; Costa, Â. B.; Chiapetti, N.; Nichiata, L. Y. I. Percepção de sorofobia entre homens gays que vivem com HIV. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, v. 9, p. 1-16, 2023.
- Alckmin-Carvalho, F.; Silva, M. M. S.; Simão, N. S.; Nichiata, L. Y. I. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV no Brasil: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 16, e17425, 2024.
- Algarin, A. B.; Zhou, Z.; Cook, C. L.; Cook, R. L.; Ibañez, G. E. Idade, sexo, raça, etnia, orientação sexual: interseccionalidade de identidades de grupos marginalizados e estigma relacionado ao HIV decretado entre pessoas que vivem com HIV na Flórida. *AIDS and Behavior*, v. 23, p. 2992-3001, 2019.
- Amorim, E. B.; Amorim, A. B.; Pereira, A. C. N. O entendimento do Supremo Tribunal Federal a respeito da transfobia e homofobia como racismo/The Federal Supreme's understanding regarding transphobia and homophobia as racism. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, p. 118120-118150, 2021.
- Armoon, B. et al. HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, v. 16, p. 17, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 10 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>. Acesso em: 5 jan. 2024.

Brito, F. L. C. B.; de Moura Rosa, J. “Os leprosos dos anos 80”, “câncer gay”, “castigo de Deus”: homossexualidade, AIDS e capturas sociais no Brasil dos anos 1980 e 1990. *Revista de História*, v. 4, p. 751-778, 2018.

Brown, M. J.; Gao, C.; Kaur, A.; Qiao, S.; Li, X. Apoio social, estigma internalizado do HIV, resiliência e depressão entre pessoas vivendo com HIV: a moderated mediation analysis. *AIDS and Behavior*, v. 27, p. 1106-1115, 2023.

Clarke, V.; Braun, V. Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, v. 12, p. 297-298, 2017.

Costa, A. B. et al. Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health care settings: resultados do Stigma Index Brasil. *AIDS Care*, v. 34, p. 16-20, 2021.

Costa, A. B.; Peroni, R. O.; Bandeira, D. R.; Nardi, H. C. Homofobia ou sexismo? Uma revisão sistemática do preconceito contra a orientação não heterossexual no Brasil. *International Journal of Psychology*, v. 48, p. 900-909, 2013.

Fontanella, B. J.; Campos, C. J. G.; Turato, E. R. Coleta de dados em pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas com perguntas abertas por profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, p. 812-820, 2006.

Fontanella, B. J.; Ricas, J.; Turato, E. R. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 17-27, 2008.

Friedman, M. R. et al. Someone to count on: social support as an effect modifier of viral load suppression in a prospective cohort study (Apoio social como modificador de efeito da supressão da carga viral em um estudo de coorte prospectivo). *AIDS Care*, v. 29, p. 469-480, 2017.

Frost, D. M.; Meyer, I. H. Minority Stress Theory: application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, v. 51, 101579, 2023.

Gesew, H. A. et al. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, v. 12, e0173928, 2017.

Hamann, C.; Pizzinato, A.; Weber, J. L. A.; Rocha, K. B. Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 651-663, 2017.

Jarrín, I. et al. Expectativa de vida de pessoas com HIV em terapia antirretroviral na Espanha. *AIDS*, v. 38, p. 387-395, 2022.

Katz, I. T. et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, v. 16, 18640, 2013.

Kerr, L. R.; Mota, R. S.; Kendall, C.; Pinho, A. D. A.; Mello, M. B.; Guimarães, M. D.; Dourado, I.; Brito, A. M.; Benzaken, A.; McFarland, W.; et al. HIV entre HSH em um grande país de renda média. *AIDS*, v. 27, p. 427-435, 2013.

Kerr, L.; Kendall, C.; Guimarães, M. D. C.; Mota, R. S.; Veras, M. A.; Dourado, I.; Pontes, A. K.; Merchan-Hamann, E.; Knauth, D. R.; Mota, R. S.; et al. Prevalência do HIV entre homens que fazem sexo com homens no Brasil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine*, v. 97, supl. S1, p. S9-S15, 2018.

Knauth, D. R. et al. O diagnóstico do HIV/AIDS em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, e00170118, 2020.

Leluțiu-Weinberger, C. et al. The role of gay-related stigma in HIV-risk behavior among sexual minority men in Europe. *AIDS and Behavior*, v. 23, p. 684-694, 2019.

Mireles, L. et al. The moderating role of social support and HIV stigma on the association between depression and ART adherence among young Thai men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, v. 27, p. 2959-2968, 2023.

Natividade, M. Homossexualidade, gênero e cura em perspectivas pastorais evangélicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, p. 115-132, 2006.

Natividade, M.; de Oliveira, L. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 2, p. 121-161, 2009.

Oliveira, R. D. S.; Primeira, M. R.; Santos, W. M. D.; Paula, C. C. D.; Padoin, S. M. D. M. Associação entre suporte social com adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, e20190290, 2020.

Organização Mundial da Saúde. HIV/AIDS. 2021. Disponível em: <https://bit.ly/46teQWh>. Acesso em: 17 abr. 2024.

Patrick, B.; Dan, W. Snowball sampling: problemas e técnicas de amostragem de referência em cadeia. *Sociological Methods & Research*, v. 10, p. 141-163, 1981.

Pereira, H.; Caldeira, D.; Monteiro, S. Percepções de estigma relacionado ao HIV em Portugal entre HSH com infecção pelo HIV e uma carga viral indetectável. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, v. 29, p. 439-453, 2018.

Perez-Brumer, A. G. et al. Homofobia e heteronormatividade como dimensões do estigma que influenciam comportamentos sexuais de risco entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres (HSHW) em Lima, Peru: a mixed-methods analysis. *BMC Public Health*, v. 19, p. 617, 2019.

Robineau, O.; Gomes, M. F.; Kendall, C.; Kerr, L.; Périssé, A.; Boëlle, P. Y. Model-based respondent-driven sampling analysis for HIV prevalence in Brazilian MSM. *Scientific Reports*, v. 10, p. 2646, 2020.

Rzeszutek, M.; Gruszczyńska, E.; Pięta, M.; Malinowska, P. HIV/AIDS stigma and psychological well-being after 40 years of HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, v. 12, 1990527, 2021.

Scandlyn, J. When AIDS became a chronic disease (Quando a AIDS se tornou uma doença crônica). *Western Journal of Medicine*, v. 172, p. 130-133, 2000.

Seguiti, C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) na perspectiva dos pacientes com HIV: comparação de medidas de resultados relatados pelo paciente (PRO) entre pessoas que vivem com HIV (PLWH) e outras condições clínicas crônicas. *Resultados do Representante do Paciente Journal*, v. 6, p. 27, 2022.

Stucky, J. L. et al. Preconceito contra a diversidade de gênero e sexual nas escolas públicas brasileiras de ensino médio. *Sexuality Research and Social Policy*, v. 17, p. 429-441, 2020.

Sullivan, M. C. et al. Falling short of the first 90: HIV stigma and HIV testing research in the 90-90-90 era. *AIDS and Behavior*, v. 24, p. 357-362, 2020.

Trickey, A. et al. Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies (Uma análise colaborativa de estudos de coorte). *Lancet HIV*, v. 10, p. e295-e307, 2023.

Turato, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, p. 507-514, 2005.

Turato, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. The path that ends AIDS: 2023 UNAIDS global AIDS update, 2023. Disponível em: <https://policycommons.net/artifacts/8981354/the-path-that-ends-aids/9865836/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

Yuan, G. F.; Zhang, R.; Qiao, S.; Li, X.; Zhou, Y.; Shen, Z. Longitudinal analysis of the relationship between internalized HIV stigma, perceived social support, resilience, and depressive symptoms among people living with HIV in China: a four-wave model. *AIDS and Behavior*, v. 28, p. 645-656, 2023.