

## A PERCEÇÃO DE LIPODISTROFIA ASSOCIADA AO HIV - E SUAS REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

THE PERCEPTION OF HIV ASSOCIATED LIPODYSTROPHY - AND ITS REPERCUSSIONS IN THE QUALITY OF LIFE OF MEN GETTING SEX WITH MEN

LA PERCEPCIÓN DE LA LIPODISTROFÍA ASOCIADA AL VIH - Y SUS REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HOMBRES QUE HACEN SEXO CON HOMBRES

Roberto Garcia\*, Denise Gimenez Ramos\*\*, Mariliza Henrique da Silva\*\*\*

### Resumo

**Introdução:** A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), desde seu início vem acarretando inúmeras consequências à vida das pessoas vivendo com HIV (PVHIV). O surgimento de uma nova classe de medicamentos conhecida como Terapia Antirretroviral de Alta Potência (HAART) é considerada uma das maiores conquistas no tratamento do HIV/AIDS. Entretanto, entre os seus inúmeros efeitos colaterais, está a Lipodistrofia Associada ao HIV (LAHIV). **Objetivo:** Relatar a percepção de LAHIV e suas repercussões na qualidade de vida de homens que se relacionam sexualmente com homens (HSH). **Método:** Estudo qualitativo desenvolvido por entrevistas com 33 pessoas, de 20 a 60 anos, do sexo masculino, com comportamento sexual HSH, HIV+, e que estavam em tratamento em um Centro de Referência e Tratamento (CRT) DST/HIV/AIDS de São Bernardo do Campo, São Paulo-Brasil. **Resultados:** Entre os resultados observados, no que se refere a percepção de alterações corporais, 13 citaram enormes dificuldades em lidar com as consequências visuais da lipodistrofia corporal, e 1 com a atrofia facial. Quanto à percepção de alterações clínicas, 9 apresentaram dificuldades em conviver com enjoos, diarreias e desconfortos estomacais. E no que tange às repercussões emocionais, 11 reportaram sentimentos acentuados de persecutoriedade, hipervigilância, baixa autoestima e desesperança. O isolamento durante a hospitalização foi apontado de forma unânime entre os participantes como a principal consequência do diagnóstico do HIV. **Conclusão:** As alterações percebidas no processo de tratamento do HIV afetaram diretamente a qualidade de vida física, social e emocional dos entrevistados, marcado por um sofrimento psíquico crônico, em especial pelo aumento da persecutoriedade.

**Palavras-chave:** Comportamento sexual. Homens. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Síndrome de lipodistrofia associada ao HIV.

### Abstract

**Introduction:** Since the beginning, the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) has caused countless consequences for the lives of people living with HIV (PLHIV). The emergence of a new class of medicines known as High Potency Antiretroviral Therapy (HPART) is considered one of the greatest achievements in the treatment of HIV/AIDS. However, among their many side effects we find the Lipodystrophy associated with HIV (LAHIV). **Objective:** To report the perception of LAHIV and its repercussions on the quality of life of men who use to be sexually related with men (MSM). **Method:** It is a qualitative study, carried out through interviews to 33 people, 20 - 60 years old, male, with sexual behavior MSM, HIV+, who were being treated at a CRT/ STD/HIV/AIDS Reference and Treatment Center in São Bernardo do Campo, São Paulo-Brazil. **Results:** Among the results observed, regarding the perception of body changes, 13 of them mentioned huge difficulties in dealing with the visual consequences of corporal lipodystrophy, and 1 with facial atrophy also. Regarding the perception of clinical alterations, 9 presented difficulties in living with nausea, diarrhea and stomach discomfort. And with regard to emotional repercussions, 11 reported marked feelings of persecuteness, hypervigilance, low self-esteem and hopelessness. The isolation during hospitalization was unanimously pointed out among the participants as the main consequence of HIV diagnosis. **Conclusion:** The changes perceived during the HIV treatment process directly affected the physical, social and emotional quality of life of the interviewees, marked by chronic psychic suffering, especially by the increase in persecuteness.

**Keywords:** Sexual behavior. Men. Acquired immunodeficiency syndrome. HIV-associated lipodystrophy. Syndrome lipodystrophy associated with HIV.

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), desde su creación ha estado causando numerosas consecuencias en la vida de las personas que viven con el VIH (PVVIH). La aparición de una nueva clase de fármacos conocidos como terapia antirretroviral de alta potencia (HAART) es considerado uno de los mayores logros en el tratamiento del VIH/SIDA. Sin embargo, entre sus numerosos efectos secundarios esta la lipodistrofia asociada al VIH. **Objetivo:** Reportar la percepción de LDHIV y su impacto en la calidad de vida de los hombres que se relacionan sexualmente con hombres (HSH). **Método:** Estudio cualitativo desarrollado por entrevistas con 33 personas, 20 a 60 años de edad, de sexo masculino, con el comportamiento sexual HSH, VIH+ y que seguían en tratamiento en un Centro de Referencia en Tratamiento (CRT/VIH/ SIDA) en San Bernardo do Campo, Sao Paulo-Brasil. **Resultados:** Entre los resultados observados, en cuanto a la percepción de cambios en la forma del cuerpo, 13 citaron enormes dificultades para enfrentar las consecuencias visuales de la lipodistrofia del cuerpo, y uno con atrofia facial. Sobre la percepción de alteraciones clínicas, 9 tenían dificultades con la sensación de náusea, diarrea y malestar estomacal. Y en el caso de las repercusiones emocionales, 11 reportaron sentimientos de persecutoriedad, hipervigilancia, baja autoestima y desesperación. El aislamiento durante la hospitalización fue nombrado por unanimidad entre los participantes como la principal consecuencia del diagnóstico de VIH. **Conclusión:** Los cambios percibidos en el proceso de tratamiento del VIH afectan directamente a la calidad física, social y emocional de los encuestados, marcada por la angustia psicológica crónica, en particular el incremento de persecutoriedad.

**Palabras clave:** Conducta sexual. Hombres. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Síndrome de lipodistrofia asociada a VIH.

\* PhD Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil. Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Contato: robgarc@uol.com.br

\*\* PhD Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil. Contato: deniseraamos@uol.com.br

\*\*\*MD. Centro de Referência e Tratamento de DST/AIDS de São Bernardo do Campo-SP. Contato: mariliza.rocha@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

Segundo o último Boletim Epidemiológico HIV/AIDS<sup>1</sup>, considerando a última década, do início da epidemia de AIDS no Brasil até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos de AIDS, com tendência de crescimento de 10,8% em homens, na categoria de exposição heterossexual, porém, com uma tendência de aumento na proporção de casos de homens que se relacionam sexualmente com homens (HSH), de 34,9% em 2005 para 44,9% em 2014.

Para o Programa Conjunto das Nações Unidas HIV/AIDS<sup>2</sup>, o índice de novos infectados pelo vírus do HIV no Brasil alcançou 11% entre 2005 e 2013, opondo-se às estatísticas globais, que apresentaram queda. De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), no que se refere à América Latina, 47% dos novos casos registrados foram constatados no Brasil. Entre os grupos particularmente mais vulneráveis a novas infecções estão os HSH, os profissionais do sexo e seus clientes, além de usuários de drogas injetáveis.

No início da detecção dos primeiros casos, a AIDS foi caracterizada com um prognóstico praticamente fatal, e a disseminação do estigma a determinados grupos, entre eles os HSH, vem consolidando graves representações da doença que permanecem até hoje.

A introdução da terapia antirretroviral de alta potencia (HAART) para pessoas que vivem com HIV (PVHIV), em meados da década de 1990, representou uma nova perspectiva na qualidade de vida<sup>3</sup>, pois passa de doença aguda para crônica com redução da mortalidade e morbidade pelo HIV<sup>4</sup>. Apesar de todos os benefícios da HAART, eventos adversos como as complicações metabólicas caracterizadas por sinais de lipodistrofia associada ao HIV (LAHIV), resistência insulínica, aterosclerose, dislipidemia e aumento do risco cardiovascular têm aparecido<sup>5</sup>.

A LAHIV é uma síndrome caracterizada por alterações na distribuição da gordura corporal e por mudanças metabólicas, de etiopatogenia ainda obscura, relacionadas à HAART, à infecção crônica provocada pelo HIV, a fatores genéticos e a hábitos de vida. Apesar de não completamente compreendida<sup>6</sup> apresenta muitas consequências clínicas, emocionais e sociais; e está associada à baixa percepção de saúde, elevada utilização dos serviços e ao aumento dos custos quando comparados

às PVHIV sem lipodistrofia<sup>7</sup>.

Segundo demonstrado na pesquisa de Diehl et al.<sup>8</sup>, a prevalência da LAHIV foi observada em 55% dos 180 indivíduos participantes, bastante próxima às estatísticas internacionais que apontam para uma média 40 a 50%. Novas pesquisas serão necessárias para compreender a etiologia da LAHIV e estabelecer um consenso internacional sobre os métodos de avaliação, de uma definição sobre a prevalência, fatores de risco, resultados cardiovasculares e estratégias eficazes de gestão no diagnóstico<sup>9</sup>. Neste sentido, Santos et al.<sup>10</sup> afirmam a importância de considerarmos a autopercepção com relação às alterações corporais de PVHIV para busca da melhor intervenção e de qualidade de vida. Nas pesquisas de Nicholas et al.<sup>11</sup>, a qualidade de vida de PVHIV está intimamente associada aos sintomas, dentre eles a LAHIV, que as afeta de maneira bastante negativa.

Atualmente, existem recursos que podem descomplexificar esse diagnóstico, tais como a antropometria e os exames de imagem: a densitometria (*Dual Energy X-ray Absorptiometry* – DEXA), a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM); sendo estes orientados pela concordância entre as queixas reportadas pelo paciente e a avaliação feita pela equipe de saúde<sup>12</sup>.

## Alterações clínicas em decorrência da LAHIV

A LAHIV é um importante efeito adverso, não somente pelas deformidades que acarreta e pelo potencial estigmatizante característico das alterações corporais, mas também da "síndrome metabólica", intimamente associada com o aumento do risco de doença cardiovascular. É uma síndrome que envolve alterações moderadas a graves na distribuição da gordura corporal podendo ser classificadas como lipoatrofia, lipohipertrofia e a forma mista<sup>13</sup>. Na lipodistrofia ocorre a redução da gordura em regiões periféricas, como face, nádegas, braços e pernas, podendo resultar em proeminência relativa de musculatura e circulação venosa; na lipohipertrofia, o acúmulo de gordura na região abdominal, presença de gibosidade dorsal, ginecomastia nos homens e aumento de mamas em mulheres e acúmulo de gorduras em outros locais, como as regiões submentoniana e pubiana; e na forma mista, observa-se comumente a associação de lipoatrofia e lipo-hipertrofia<sup>14</sup>.

A LAVHIV está frequentemente associada a distúrbios metabólicos como as alterações na homeostase da glicose (resistência insulínica e ou diabetes *mellitus* tipo 2), alterações lipídicas [hipercolesterolemia, hipoalfalipoproteinemia (baixo HDL-colesterol)<sup>15</sup> e hipertrigliceridemia com acumulação excessiva de triglicerídios em múltiplas regiões, especialmente no fígado e nos músculos]<sup>16</sup> e aumento do risco cardiovascular<sup>17</sup>. Além desses eventos adversos ela também tem sido associada a alterações da saúde psicossocial, como não adesão a HAART<sup>18</sup>, má qualidade de vida<sup>19</sup>, depressão<sup>20</sup> e insatisfação corporal<sup>21</sup>.

Com o uso da HAART tem ocorrido uma síndrome de disfunção sexual envolvendo lipodistrofia, baixo desejo sexual e níveis elevados de estrogênio no sangue, sugerindo que a LAHIV pode contribuir diretamente com o aumento dos níveis de estrógeno e, portanto, com o baixo desejo sexual<sup>22</sup>. Observou-se, também, alta prevalência de problemas que afetam as relações sexuais que os homens atribuíram a HAART (falta de interesse em sexo, disfunção erétil e problemas de ejaculação precoce), e maior propensão de utilizarem automedicação para melhorar seu funcionamento e desempenho sexual, o que poderia interferir na HAART<sup>23</sup>. McDermott et al.<sup>24</sup> relatam que apesar da HAART estar associada à redistribuição da massa de gordura na região das pernas e do tronco, não existem diferenças significativas na massa total de gordura ou do peso e, nos homens, a HAART também pode estar associada com uma redução no teor mineral do osso, o que sugere que a HAART poderia aumentar o risco de obesidade central e osteoporose. Assim, refrear ganho de peso associado à atividade física são fatores que poderiam beneficiar na diminuição do acúmulo de gordura<sup>25</sup>. Por outro lado, Carr<sup>26</sup> relata que o papel da dieta não foi avaliado, assim, nenhuma dieta deveria interferir na absorção de medicamentos antirretrovirais ou no bem-estar geral dos pacientes.

Alves et al.<sup>27</sup> expuseram que outras condições clínicas, dentre elas a perda de gordura subcutânea, menor contagem de células CD4 e carga viral mais elevada, foram preditores de lipoatrofia em algumas pesquisas.

A LAHIV pode causar sintomas físicos e emocionais como dores nas costas e pescoço, alteração da autoimagem, dificuldade de respirar ou dormir e o medo expressivo de que a aparência seja imediatamente

associada a "Cara da AIDS"<sup>28</sup>. Na visão de Guaraldi et al.<sup>29</sup>, estas alterações corporais afetam diretamente a imagem corporal e, conseqüentemente, a qualidade de vida das PVHIV. Atualmente, algumas intervenções são realizadas em pacientes com LAHIV, dentre elas: preenchimento facial com polimetilmetacrilato; preenchimento facial com tecido gorduroso; reconstrução glútea; lipoaspiração de giba; lipoaspiração de parede abdominal; redução mamária; tratamento de ginecomastia; lipoenxertia de glúteo; e reconstrução glútea<sup>30</sup>. Embora o tratamento da LAHIV pareça inteiramente justificado, não existe um em específico que seja inteiramente comprovado, ainda que exista um número considerável destes que tenha sido utilizado com sucesso variável<sup>31</sup>. Neste sentido, abordagens de novos tratamentos, incluindo a mudança de estilo de vida, com a adesão a hábitos nutricionais adequados, exercícios físicos e determinadas intervenções médicas, demonstraram benefícios modestos<sup>27</sup>.

### **Repercussões psicossociais em decorrência da LAHIV**

Entre as repercussões psicossociais negativas em decorrência da LAHIV, está a associação desta aos primeiros registros da AIDS, em que o indivíduo era exposto às implicações visualmente observadas, em consequência do desenvolvimento da doença. Segundo Hermann et al.<sup>32</sup>, o estresse psicológico do diagnóstico de HIV exerce grande influência na vida do indivíduo, podendo ser agravado em pessoas com a saúde física debilitada, com o desemprego e em casos de depressão. Dentre suas maiores consequências estão o estreitamento do mundo social e intenso isolamento<sup>33,34</sup>, devido a problemas com autoimagem e autoestima nas relações sociais e sexuais, ameaças ao locus de controle; sentimentos de menos valia e depressão<sup>35</sup>. Além destas questões, o estigma e a discriminação demonstram ser os fatores responsáveis por afetarem severamente a vida das PVHIV. Por conta de seu enorme impacto psicológico, podem dificultar a adesão ao tratamento<sup>31,36</sup>. Neste sentido, destaca-se a lipoatrofia facial, em que se observa uma dupla preocupação relativa à aparência e sua visível exposição com fortes impactos na autoestima<sup>27</sup>. Vários estudos têm descrito o impacto da LAHIV na qualidade de vida e sua influência nas alterações da saúde mental como a depressão e a ansiedade<sup>37</sup>.

Assim, diante das múltiplas questões envolvidas,

este estudo teve como objetivo relatar a percepção de LAHIV e suas repercussões na qualidade de vida de HSH, no que diz respeito às alterações clínicas, corporais e emocionais.

## MATERIAL E MÉTODO

Neste estudo foram entrevistados 33 homens, selecionados no Centro de Referência e Tratamento de DST/HIV/AIDS (CRT/DST/HIV/AIDS) em São Bernardo do Campo, São Paulo-Brasil. Os critérios de inclusão foram: a) serem do sexo masculino, b) de comportamento sexual HSH, c) HIV+, e) maior de 18 anos; e que estivessem em tratamento no CRT/DST/HIV/AIDS. Foram utilizados dois instrumentos, um questionário sociodemográfico com questões associadas a hábitos e aspectos da vivência com HIV, e um roteiro de entrevista estruturada semidirigida, composta de dez questões relacionadas ao objetivo da pesquisa. A seleção dos participantes foi efetuada com o auxílio de toda a equipe de profissionais da instituição responsável pelo tratamento, após reunião de discussão e esclarecimento dos detalhes do projeto. A equipe selecionou os participantes - de acordo com os critérios de inclusão - e os encaminhou para a entrevista. Antes de cada entrevista foram lidos e explicados todos os itens do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitado o consentimento através da assinatura dos participantes em duas vias, uma que ficou com o entrevistador e a outra que foi entregue ao participante. Esta pesquisa foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) sob protocolo número 223/2011.

No que diz respeito ao método de análise empregado, foi utilizado o do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>38,39</sup>, que tem como objetivo resgatar e descrever os conteúdos mais significativos na forma de "discursos coletivos"; e revelar como as pessoas percebem, refletem e atribuem sentidos e posicionamentos a eventos por elas vivenciados; permitindo que o sujeito manifeste uma ou mais opiniões frente a cada questão. Assim, os depoimentos individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupados em um discurso único, representando uma opinião coletiva, e processados em um *software Qualiquantisoft* ([www.spi-net.com.br](http://www.spi-net.com.br)).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização da amostra

A amostra neste estudo foi caracterizada por indivíduos de: a) faixa etária de 20 a 60 anos, sendo 4 de 20-30 anos, 9 de 31-40, 8 de 41-50; e 12 de 51-60; b) cor: 17 branca, 14 parda e 2 preta; c) estado civil: 14 solteiros, 3 divorciados, 8 casados e 8 com união estável; d) nível de instrução: 4 do ensino fundamental I; 7 do ensino fundamental II; 13 ensino médio, e 8 universitários; e) comportamento sexual: 21 HSH e 12 HSHM (homens que fazem sexo com homens e mulheres)<sup>\*\*\*\*1</sup> e; f) histórico do HIV: 24 foram infectados antes da terapia HAART e 9 após.

Os participantes do estudo relataram que além do HIV, foram diagnosticados e tratados infecções (1 hepatite B, 2 hepatite C, e 3 sífilis), e infecções oportunistas (1 citomegalovírus e 1 toxoplasmose). Apesar dos relatos de dificuldades em lidar com os efeitos colaterais da medicação, dentre eles o LAHIV, não houve nenhuma ocorrência de falta de adesão ao tratamento no período da realização desta pesquisa. Neste período, eram oferecidas a todos os pacientes da instituição ações preventivas e de tratamento referentes ao evitamento da LAHIV.

### Percepção de alterações clínicas em decorrência do tratamento do HIV

Nove entrevistados reportaram dificuldades em lidar com as consequências clínicas e metabólicas durante o processo de tratamento do HIV. Estas foram percebidas como limitadoras e de difícil convivência e manejo; reportadas com desmotivação, desânimo, falta de esperança, vergonha, culpa e medo. As comorbidades associadas ao HIV potencializaram ainda mais a percepção de impacto clínico negativo da LAHIV. Não houve discernimento entre os participantes quanto às comorbidades diagnósticas adquiridas devido à idade, à genética, ou em consequência de outras patologias; sendo estas, na percepção dos participantes, atribuídas às consequências do HIV. Este fato evidencia a autoculpabilização por estar infectado, e potencializa ainda mais as dificuldades e inseguranças do uso contínuo da medicação, conforme o discurso a seguir.

\*\*\*\* A terminologia HSH é amplamente utilizada em pesquisas como categoria de análise, assim como por órgãos governamentais e ONGs. Além disso, ela integra as diretrizes do Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de AIDS e das DSTs entre Gays, HSH e Travestis (2007)<sup>40</sup>, em resposta às reduções de vulnerabilidades e no combate aos estigmas e discriminações homofóbicas. Entre o comportamento sexual de HSH, estão os homens que também fazem sexo com homens e mulheres (HSHM).

Ah, a gente fica mais limitado do que sem HIV. Limitado em tudo! A gente tem que fazer regime, tem que manejar. E no meu caso, também tenho diabetes, colesterol alto, tenho que tomar muitos remédios... tenho problema de estômago seríssimo por causa disso. Eu faço tratamento com gastro e nunca tá bom. Diarreia, é constante. Tem dias que tá bom, tem dias que do nada... mexe muito com o organismo da gente, entendeu? Um dia você tá bem, outro dia você não tá bem. E dói o corpo todo, parece que tá "tudo" quebrado: dói a cabeça, o estômago... tudo o que você come faz mal. É uma coisa difícil, né, porque mexe muito com a mente da gente. Inclusive até a minha vida sexual abalou... não é que nem antes. Às vezes surge uma pessoa e tal, pinta um clima, mas na hora "h" não vai. Não vai. Depois que eu comecei a tomar o remédio que começou isso na minha mente. Eu não falei pra ninguém. Ninguém sabe.

### Percepção das alterações corporais em decorrência do tratamento do HIV

Treze entrevistados reportaram alterações corporais e pavor de ter sua aparência associada a AIDS, gerando uma elevação da persecutoriedade e muitos medos. A falta de um repertório de enfrentamento foi observada na manifestação de baixa autoestima, sentimentos de inferiorização, despotencialização e autoestigmatização. As constantes percepções de alterações corporais acarretaram uma espécie de despersonalização, fazendo com que o indivíduo não se reconhecesse mais em seu próprio corpo, tornando-o hipervigilante e defensivo. Observa-se, neste contexto, que a ativação de núcleos emocionais inconscientes potencialmente destrutivos é retroalimentada por sentimentos de culpa, autopunição, desamparo e abandono. A reverberação destes sentimentos de autocomiseração pode ativar outros núcleos emocionais fragilizados, e pode conduzi-los a: a) resignação e isolamento, e, conseqüentemente, afastamento de sua rede de apoio social, importantíssima no contexto do tratamento; b) auto e hetero agressão; c) atuação sexual impulsiva e compulsiva; d) uso de substâncias psicoativas, como álcool ou drogas para conseguirem lidar com as circunstâncias de difícil manejo e solidão, dentre outros. Nestes casos, observam-se estratégias primárias de enfrentamento e recursos emocionais bastante precários para lidar com os sentimentos ameaçadores.

*Minha aparência mudou, sei que não sou o mesmo e que pareço estranho, olha só meu rosto e braços... nunca mais voltarão a ser os mesmos, tenho vergonha de ir a praia, minha perna afinou...as pessoas não são bobas não cara, elas sacam de longe. ...A minha vida não é como era antes, entendeu? Mudou bastante. Você tem que evitar muita coisa... não te olham nos olhos, não te tocam, você se sente um monstro, alguém que não merece mais ninguém...as pessoas te evitam. "Eu tava uma caveira! Quando ele me viu, ele se espantou!"*

Em contrapartida, foi observado em um dos entrevistados com atrofia facial que, ao passar por uma intervenção clínica de preenchimento facial, teve sua autoestima restabelecida de forma instantânea. Este exemplo evidencia o quanto esses procedimentos são importantes, não somente pela questão física, mas também emocional e social.

*O que me elevou a minha autoestima foi a aplicação no rosto. ...O rosto volta a engordar. Te eleva a tua autoestima. Dois dias depois, parece mentira!!*

### Implicações emocionais em decorrência do tratamento do HIV

As principais implicações emocionais desencadeadas pela percepção da LAHIV nos participantes estão destacadas a seguir.

a) **Persecutoriedade.** A tentativa em evitar a qualquer custo que o diagnóstico do HIV e o comportamento sexual não hegemônico sejam descobertos deixa os participantes em constante estado de alerta, conforme observado no relato de 11 participantes.

*Você muda todo o comportamento, muda todo o esquema de vida, a abordagem com relação às pessoas e interesses, né? Isso gera insegurança... Enfim, é arriscado né, meio questão de vida e morte... tem que ficar ligado... se ligar senão o bicho pega, e a batata esquenta pro seu lado, ficar sempre "ligadasso"... É desagradável, o tempo todo tem que ser moderado. Se namorar, periga do cara descobrir...se souber, acaba mandando te matar. Não pode falar né? Senão aí sim, você corre muito risco, ninguém entende né? Ninguém sabe. Se amanhã ou depois souber, tô morto...Preconceito cara, todo mundo tem. É lâmpada pra todo lado na rua, e imagina do povo que te conhece...Tô sem vontade de viver, ninguém aceita, se desconfiar que eu tô com esta porra me matam...então cara, não dá pra ter esperança...não sei, tô num beco sem saída. Às vezes dá vontade de dividir com as pessoas, mas...como você não sabe como os outros vão receber...então é melhor não falar. A gente entende que os outros têm uma carga de preconceito com isso, não sabem lidar, então é melhor não falar...o quanto este risco é real eu não sei, não sei dizer como as pessoas, todas, reagem, ... as pessoas percebem, começam a perguntar e você sempre tem que inventar, as pessoas não são idiotas.*

Observa-se, neste discurso, o quanto o outro é sentido como ameaçador e visto com desconfiança, desencadeando, assim, elevados sofrimentos psíquicos. Nesse processo, o indivíduo sente uma potente carga de angústia e, por conseqüência, projeta sentimentos de raiva, hostilidade e medo. Em seguida, estes sentimentos são sentidos como punitivos, ameaçadores, excludentes, estigmatizantes e discriminatórios, acarretando comportamentos auto e hetero agressivos, quadros dissociativos e intenso sentimento de perseguição.

b) **Isolamento.** Diante da percepção de que as pessoas possam ter acesso ao diagnóstico do HIV, o núcleo persecutório é ativado. As consequências sentidas neste contexto, ainda que reportadas em diferentes graus e intensidades, conduzem os participantes à resignação, reclusão e isolamento.

*Após isso ter acontecido eu não tive mais relacionamento com ninguém... fica uma solidão, uma situação de isolamento, de você se autoisolar, não se permitir uma relação mais íntima, mais afetiva. Eu tenho medo de me relacionar com as pessoas... medo de me apegar a elas e elas se apegarem a mim, como foi o primeiro, e aí eu ter que revelar. Então eu acabo me afastando. O pessoal tende a se afastar. Fala que não, mas no fundo se afastam. Por isso que não é bom ficar falando. Ninguém sabe, principalmente a minha família, né? Falar seria o fim... as pessoas não te olhariam na cara, te colocam pra fora de casa... nem "falaria" mais com você. Eu nunca conversei com pessoas que sabem que eu tenho. Me sinto rejeitado...*

Os estigmas e discriminações no contexto do HIV/AIDS ainda são fatores de enorme mobilização, fazendo com que os participantes omitam, neguem, se autoexcluem do convívio social e se privem de relacionamentos afetivos pelo medo de serem rejeitados, humilhados e agredidos, física e psicologicamente. Em consequência, são desencadeados múltiplos sofrimentos, dentre eles, medo, autopunição e desesperança. O evitamento das relações e a falta de uma rede de apoio que os acolha e lhes propicie um espaço para dividir seus sentimentos e sofrimentos, fizeram com que estes indivíduos se sentissem em extrema solidão, desamparo e abandono. Este processo, por sua vez, torna-os cada vez mais enfraquecidos e com menos recursos emocionais necessários para o enfrentamento.

## CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, a percepção de LAHIV por

HSH foi demonstrada com intenso sofrimento e hipervigilância, diante da possibilidade desta levá-los a serem visualmente identificados como portadores do vírus e, conseqüentemente, de estarem mais vulneráveis aos estigmas e discriminações da AIDS. No que se refere às implicações clínicas, constataram-se fatores limitantes que influenciaram diretamente o cotidiano dos entrevistados. As alterações corporais foram percebidas como persecutórias, caracterizadas pelo medo de serem associadas à AIDS e a um comportamento sexual não hegemônico e promíscuo. A dinâmica desses conflitos internos foi exteriorizada com enorme persecutoriedade, reverberando sentimentos destrutivos e deixando-os em constante estado de alerta. Este contínuo esforço para controlar estas situações potencializou quadros estressantes e de expressivo isolamento, comprometendo sobremaneira a qualidade de vida dos entrevistados. A reclusão social adotada para minimizar os medos e conflitos demonstrou a falta de recursos emocionais de enfrentamento, e o quanto esses indivíduos se sentem mobilizados por um contexto percebido como tão ameaçador.

Os significativos apontamentos revelados nesta pesquisa são de extrema relevância para a unidade de serviço onde foi realizada. Para que estes dados possam ser generalizados, serão necessárias futuras investigações com metodologias indicadas. E para que novos estudos no campo da percepção de LAHIV possam contribuir com o ampliamto de diretrizes clínicas, de políticas públicas e de ações de combate e enfrentamento nas realidades de HSH, é necessário o entendimento em profundidade das vulnerabilidades envolvidas, bem como de seus contextos afetivos, sexuais e sociais.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV AIDS. Brasília, DF; 2015. Ano IV - nº 01; da 27ª a 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014; da 01ª a 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. [Internet] [citado em 20 mar. 2015]. Disponível em: [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_AIDS\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_AIDS_11_2015_web_pdf_19105.pdf)
2. UNAIDS. Infecções por HIV caem no mundo, mas crescem no Brasil, diz ONU. [Internet] [citado em 16 jul. 2014]. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/07/infecoes-por-AIDS-caem-no-mundo-mas-crescem-no-brasil-diz-onu.html>
3. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet* [Internet]. 2013 [citado em 25 nov. 2015]; 382(9903):1525-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24152939>
4. Passaes CP, Sáez-Cirió A. HIV cure research: advances and prospects. *Virology* [Internet]. 2014 [citado em 25 nov. 2015]; 454-455:340-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24636252>
5. Carr A, Emery S, Law M, Puls R, Lundgren JD, Powderly WG. An objective case definition of lipodystrophy in HIV-infected adults: a case-control study. *Lancet* [Internet]. 2003 [citado em 25 nov. 2014]; 361(9359):726-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12620736>
6. Martínez E, Mocroft A, García-Viejo MA, Pérez-Cuevas JB, Blanco JL, Mallolas JL, et al. Risk of lipodystrophy in HIV-1-infected patients treated with protease inhibitors: a prospective cohort study. *Lancet*. 2001 Feb; 357(9256):592-8.
7. Huang JS, Becerra K, Fernandez S, Lee D, Mathews WC. The impact of HIV-associated lipodystrophy on healthcare utilization and costs. *AIDS Res Ther*. 2008 Jul 1; 5:14.

8. Diehl LA, Dias JR, Paes ACS, Thomazini MC, Garcia LR, Cinagawa E, et al. Prevalência da lipodistrofia associada ao HIV em pacientes ambulatoriais brasileiros: relação com síndrome metabólica e fatores de risco cardiovascular. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008 Jun; 52(4):658-67.
9. Shevitz A, Wanke CA, Falutz J, Kotler DP. Clinical perspectives on HIV-associated lipodystrophy syndrome: an update. *AIDS.* 2001 Oct 19; 15(15):1917-30.
10. Santos CP, Felipe YX, Braga PE, Ramos D, Lima RO, Segurado AC. Self-perception of body changes in persons living with HIV/AIDS: prevalence and associated factors. *AIDS.* 2005 Oct; 19 Suppl 4:S14-21.
11. Nicholas PK, Kirksey KM, Corless IB, Kempainen J. Lipodystrophy and quality of life in HIV: symptom management issues. *Appl Nurs Res.* 2005 Feb; 18(1):55-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Lipodistrofia. [Internet] 2014 [citado em 25 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pcdt/10>
13. Bacchetti P, Gripshover B, Grunfeld C, Heymsfield S, McCreath H, Osmond D, et al. Fat distribution in men with HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005 Oct; 40(2):121-31.
14. Cabrero E, Griffa L, Burgos A. Group HIVBPCS. Prevalence and impact of body physical changes in HIV patients treated with highly active antiretroviral therapy: results from a study on patient and physician perceptions. *AIDS Patient Care STDs* [Internet]. 2010 [citado em 25 nov. 2015]; 24(1):5-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20095903>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Síndrome lipodistrófica em HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. [Internet] [citado em 25 nov. 2015]. Disponível em: [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50427/vers\\_o\\_final\\_63134.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50427/vers_o_final_63134.pdf)
16. Oral EA. Generalized lipodystrophy. [Internet] [citado em 20 set. 2015]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/128355-overview#aw2aab6b2>
17. Juchem GMV, Lazzarotto AR. Treinamento físico na síndrome lipodistrófica: revisão sistemática. *Rev Bras Med Esporte.* 2010; 16(4):310-3.
18. Ammassari A, Antinori A, Cozzi-Lepri A, Trota MP, Nasti G, Ridolfo AL, et al. Relationship between HAART adherence and adipose tissue alterations. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002 Dec; 31 Suppl 3:S140-4.
19. Guaraldi G, Murri R, Orlando G, Giovanardi C, Squillace N, Vandelli M, et al. Severity of lipodystrophy is associated with decreased health-related quality of life. *AIDS Patient Care STDs.* 2008 Jul; 22(7):577-85.
20. Marín A, Casado JL, Aranzabal L, Moya J, Antela A, Dronza F, et al. Validation of a specific questionnaire on psychological and social repercussions of the lipodystrophy syndrome in HIV-infected patients. *Qual Life Res.* 2006 Jun; 15(5):767-75.
21. Kelly JS, Langdon D, Serpell L. The phenomenology of body image in men living with HIV. *AIDS Care.* 2009 Dec; 21(12):1560-7.
22. Goldmeier D, Scullard G, Kapembwa M, Lamba H, Frize G. Does increased aromatase activity in adipose fibroblasts cause low sexual desire in patients with HIV lipodystrophy? *Sex Transm Infect* [Internet]. 2002 Feb [citado em 12 out. 2015]; 78(1):64-6. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.690.1390&rep=rep1&type=pdf>
23. Kremer H, Sonnenberg-Schwan U, Arendt G, Brockmeyer NH, Potthoff A, Ulmer A, et al. HIV or HIV-therapy? Causal attributions of symptoms and their impact on treatment decisions among women and men with HIV. *Eur J Med Res.* 2009 Apr; 14(4):139-46.
24. McDermott AY, Shevitz A, Knox T, Roubenoff R, Kehayias J, Gorbach S. Effect of highly active antiretroviral therapy on fat, lean, and bone mass in HIV-seropositive men and women. *Am J Clin Nutr.* 2001; 74(5):679-86.
25. Chen D, Misra A, Garg A. Clinical review 153: lipodystrophy in human immunodeficiency virus-infected patients. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002 Nov; 87(11):4845-56.
26. Carr A. HIV lipodystrophy: risk factors, pathogenesis, diagnosis and management. *AIDS.* 2003 Apr; 17 Suppl 1:S141-8.
27. Alves MD, Brites C, Sprinz E. HIV-associated lipodystrophy: a review from a Brazilian perspective. *Ther Clin Risk Manag.* 2014; 10:559-66.
28. Cichocki MRN. Lipodystrophy - the problem of fat redistribution. Are there any treatment choices? *About.com AIDS/HIV.* [Internet] [citado em 22 abr. 2014]; Disponível em: <http://AIDS.about.com/cs/conditions/a/lipodystrophy.htm>
29. Guaraldi G, Murri R, Orlando G, Squillace N, Stentarelli C, Zona S, et al. Lipodystrophy and quality of life of HIV-infected persons. *AIDS Rev.* 2008 Jul-Sep; 10(3):152-61.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. [Internet] [citado em 11 out. 2015]; Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pagina/lipodistrofia-tratamento>. 2014
31. Martínez E, Garcia-Viejo MA, Blanch L, Gatell J.M. Lipodystrophy syndrome in patients with HIV Infection. *Drug Saf* [Internet]. 2001 [citado em 17 out. 2015]; 24(3):157-66. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.2165/00002018-200124030-00001>
32. Hermann S, Mckinnon E, Hyland N.B, Lalanne C, Mallal S, Nolan D, et al. HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. *Health Qual Life Outcomes.* 2013 Apr 8; 11:56.
33. Green G, Smith R. The psychosocial and health care needs of HIV-positive people in the United Kingdom: a review. *HIV Med.* 2004 May; 5 Suppl 1:5-46.
34. Power R, Tate HL, McGill SM, Taylor C. A qualitative study of the psychosocial implications of lipodystrophy syndrome on HIV positive individuals. *Sex Transm Infect.* 2003; 79(2):137-41.
35. Collins E, Wagner C, Walmsley S. Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. Department of Psychiatry, University of Toronto. *The AIDS Reader.* 2000; 10(9):546-50.
36. Machon K. AFAO/NAPWA Draft: a discussion document on Positive Education. Positive Education Part 3 – psychosocial issues this is part 3 of a 3-part document about positive education in 2002. [Internet] [citado em 10 out. 2014]. Disponível em: [https://www.afao.org.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/4484/DP\\_posed3\\_02.pdf](https://www.afao.org.au/_data/assets/pdf_file/0020/4484/DP_posed3_02.pdf)
37. Verolet CM, Delhumeau-Cartier C, Sartori M, Toma S, Zawadzinski S, Becker M, et al. Lipodystrophy among HIV-infected patients: a cross-sectional study on impact on quality of life and mental health disorders. *AIDS Res Ther* [Internet]. 2015 [citado em 12 nov. 2015]; 12:21. Disponível em: <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-015-0061-z>
38. Lefevre F, Lefevre A.M.C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Principais conceitos. 2ª ed. Caxias do Sul: Educus; 2005.
39. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo. A metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Liber Livro; 2010.
40. Plano de enfrentamento da epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis. Brasília, DF; 2007. [Internet] [citado em 25 nov. 2014]; Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2008/40373/plano\\_hsh\\_pdf\\_25272.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2008/40373/plano_hsh_pdf_25272.pdf)

Recebido em: 18/03/2016

Aceito em: 25/09/2016