Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

JULIANO DE SOUZA CALIARI

**Estigmatização de pessoas que vivem com HIV/aids e sua
relação com suporte social e qualidade de vida**

Ribeirão Preto

2016

JULIANO DE SOUZA CALIARI

**Estigmatização de pessoas que vivem com HIV/aids e sua
relação com suporte social e qualidade de vida**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Doenças infecciosas:
problemática e estratégias de enfrentamento

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elucir Gir

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte.

Caliari, Juliano de Souza

Estigmatização de pessoas que vivem com HIV/aids e sua relação com suporte social e qualidade de vida. Ribeirão Preto, 2016.

293p. : il. ; 30 cm

Tese de doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Gir, Elucir.

1. Aids. 2. HIV. 3. Estigma social. 4. Qualidade de vida. 5. Apoio social.

CALIARI, Juliano de Souza

Estigmatização de pessoas que vivem com HIV / aids e sua relação com suporte social e qualidade de vida

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação de Enfermagem
Fundamental.

Aprovado em ..... / ..... / .....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Armando e Lúcia Helena,
por estarem sempre ao meu lado, incentivando nas decisões, acreditando em mim,
torcendo pelas conquistas. Deus não poderia ter me dado pais melhores.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos,
por terem partilhado comigo todas as etapas, dividindo as angústias e as alegrias.
Agradeço muito a Deus por serem minha família.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus,

Por sempre me proteger, conduzir, acompanhar, suportar, iluminar e acalmar meu coração.

À Prof^a. Dr^a Elucir Gir,

pela paciência, companheirismo, profissionalismo e por ter acreditado em mim e neste estudo, por ter contribuído com a minha formação de pesquisador, de profissional e como pessoa. Foi um grande prazer ter estado ao seu lado.

A Prof^a. Dr^a Renata Karia Reis,

pelos direcionamentos no projeto, pelos trabalhos partilhados, os quais colaboraram muito para o meu desenvolvimento no grupo.

À equipe de profissionais do AMBES,

pelo acolhimento, respeito, carinho, que sempre tiveram comigo e por terem sido muito solícitos na realização deste estudo.

Aos usuários do serviço, que participaram deste estudo,

que confiaram em meu trabalho e que partilharam comigo um pouco de suas dores, medos e estigmas.

Ao estatístico Jonas Bodini e a Dr^a Míyeko Hayashída,

por toda a paciência e colaboração na organização, na análise e na compreensão dos dados deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas e amigos do grupo NAIDST, em especial a Giselle, Lilian, Daiana, Maria Cristina, Nádia, Natália, Carol e Fernanda,
por terem me acolhido, por terem ajudado na realização de várias etapas deste processo e por terem marcado positivamente a minha passagem pela EERP.

As ex-alunas do curso técnico em enfermagem do IFSULDEMINAS, Úrsula, Lígia, Luciene e Kerlly,
pela colaboração e pela dedicação a este projeto.

A todos os servidores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
pelo acolhimento e pelo apoio.

Ao campus Passos do IFSULDEMINAS,
por ter permitido que eu me ausentasse de todas as atividades para que pudesse concluir este estudo.

A todas as amigas feitas e àquelas reencontradas ao longo destes anos na EERP,
pela presença, pelo apoio imediato e pelos muitos momentos de alegria e descontração.

Estigma

*Filhos dum deus selvagem e secreto
E cobertos de lama, caminhamos
Por cidades,
Por nuvens
E desertos.*

*Ao vento semeamos o que os homens não querem.
Ao vento arremessamos as verdades que doem
E as palavras que ferem.
Da noite que nos gera, e nós amamos,
Só os astros trazemos.
A treva ficou onde
Todos guardamos a certeza oculta
Do que nós não dizemos,
Mas que somos.*

Ary dos Santos

RESUMO

CALIARI, J. S. **Estigmatização de pessoas que vivem com HIV/aids e sua relação com suporte social e qualidade de vida**. 2016. 293 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Introdução: A aids é uma patologia clínica incurável que marca as pessoas por rótulos discriminantes e preconceituosos. **Objetivo:** Analisar a estigmatização de pessoas que vivem com HIV/ aids e sua relação com o suporte social recebido e com a qualidade de vida. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, realizado em um Serviço de Assistência Especializado no atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids no Estado de Minas Gerais. Participaram do estudo 258 usuários do serviço que atenderam aos critérios de inclusão, idade igual e superior a 18 anos e estar em uso da terapia antirretroviral, há pelo menos seis meses; e excluídos os indivíduos em situações de confinamento e institucionalizados. A coleta aconteceu por meio de entrevista individual e consulta em prontuário médico, utilizou-se questionário sociodemográfico e de saúde, Escala de Estigmatização, Escala de Suporte Social e Questionário HAT-QoL. Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Office Excel® 2010 e processados no IBM® SPSS 23.0. Para a caracterização do perfil dos participantes, utilizou-se a estatística descritiva. Utilizou-se os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparar as variáveis e as escalas. Para a análise da influência conjunta das variáveis sobre a estigmatização, utilizou-se o programa R versão 3.1.2 através da biblioteca GAMLSS. **Resultados:** Do total destaca-se: sexo masculino (56,2%), faixa etária de 40 a 49 anos (36,0%), um a cinco anos de escolaridade (44,2%); solteiros (45,7%); recebiam até um salário mínimo (63,2%); 61,2% residiam em casa própria e 75,6% participavam de algum movimento religioso. Quanto aos dados da vida afetivo-sexual, 80,6% eram heterossexuais; 57,4% haviam tido parceria sexual nos últimos 12 meses; 41,1% conheciam a condição diagnóstica da parceria sexual e 34,5% referiram uso de preservativo masculino. Em relação às variáveis epidemiológicas, 36,8% conviviam com o diagnóstico há mais de 10 anos e 78,3% foram expostos ao HIV pelo contato sexual. Com relação ao tratamento com antirretrovirais, 82,2% faziam uso de até dois comprimidos ao dia; 76,4% não possuíam efeitos adversos e 29,5% suspenderam o tratamento alguma vez. Em análise das variáveis clínicas, 59,3% apresentavam contagem de linfócitos T CD4+ ≥ 500 células por mm³/sangue e 65,9% com carga viral indetectável; 82,6% não referiram comorbidades e 71,3% não faziam uso de drogas. Em relação aos resultados da análise de regressão, permaneceram no modelo final o escore geral da escala de suporte social; os domínios preocupação com o sigilo e com a saúde, do questionário HAT-QoL; e as variáveis tipo de parceria sexual, quem sabe do diagnóstico, categoria de exposição, efeitos adversos e comorbidades. **Considerações Finais:** Na análise de regressão, constatou-se que os fatores relacionados com a estigmatização percebida pelos participantes indicaram que partilhar o diagnóstico com a família e amigos, desconhecer a categoria de exposição ao HIV, apresentar efeitos adversos e comorbidades, foram preditores associados positivamente ao aumento médio da estigmatização.

Descritores: Aids; HIV; Estigma social; Apoio social; Qualidade de vida.

ABSTRACT

CALIARI, J. S. **Stigmatizing people living with HIV / AIDS and its relationship with social support and quality of life.** 2016. 293 p. Thesis (Ph. D.). Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Introduction: Aids is an incurable clinical pathology that marks people for discriminating and biased labels. **Objective:** To analyze the stigmatization of people living with HIV / AIDS and its relationship with the received social support and quality of life. **Methods:** Cross-sectional study, quantitative, conducted in a Specialized Care Service in the State of Minas Gerais. The study included 258 people that are cared at the service who met the inclusion criteria: age over 18 years and use of antiretroviral therapy for at least six months; and excluded individuals in isolation situations, such as prisoners and institutionalized. The data were collected through individual interviews and consultation on medical records sociodemographic questionnaire were used and health questionnaire, Stigma Scale, Social Support Scale and HAT-QoL questionnaire. Data were organized in Microsoft Office Excel® 2010 spreadsheet and processed in IBM® SPSS 23.0. To characterize the profile of the participants, we used descriptive statistics. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used for phase comparison between variables and scales. The last phase was to analyze the combined influence of the variables on the stigma, using multiple regression analysis method, which used the R version 3.1.2 program by GAMLSS library. **Results:** Of the participants, 56.2% were male, 36.0% were aged 40 to 49 years; 44.2% had 1-5 years of complete schooling; 45.7% were single; 63.2% received up to one minimum wage; 61.2% lived in their own home and 75.6% participated in any religious movement. According to the characteristics of the affective-sexual life, 80.6% were heterosexual; 57.4% had had sexual partners in the last 12 months; 41.1% knew the diagnostic condition of sexual partners; 34.5% reported condom use. As for the epidemiological variables, 36.8% faced diagnosis for more than 10 years and 78.3% were exposed to HIV through sexual contact. Regarding antiretroviral treatment, 82.2% used up to two tablets a day; 76.4% referred no adverse effects and 29.5% discontinued treatment sometime. In analysis of clinical variables, 59.3% had CD4 + cell count ≥ 500 cells per mm³ / blood and 65.9% with undetectable viral load; 82.6% reported no comorbidities and 71.3% did not use drugs. Regarding the results of the regression analysis, the final model remained in the final model, the overall score of social support scale remained in the model; the areas concerned worry with secrecy and health, of HAT-QoL questionnaire. And the variables sexual partners who knows the diagnosis, exposure category, adverse effects and comorbidities. **Final Considerations:** In relation to the regression analysis, it was found that the factors related to stigma perceived by participants indicated that sharing the diagnosis with family and friends, ignoring the category of exposure to HIV, have adverse effects and comorbidity were predictors positively associated with the average increase of stigmatization.

Descriptors: AIDS; HIV; Social stigma; Social support; Quality of life.

RESUMEN

CALIARI, J. S. **Estigmatizar a las personas que viven con el VIH / SIDA y su relación con el apoyo social y calidad de vida.** 2016. 293 p. Tesis (Doctorado). Ribeirão Preto de Enfermería, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto de 2016.

Introducción: El SIDA es una condición médica incurable que marcan las personas con prejuicios discriminar y etiquetas. **Objetivo:** Analizar la estigmatización de las personas que viven con el VIH / SIDA y su relación con el apoyo social recibido y la calidad de vida. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo, realizado en un servicio de atención especializada en el cuidado de las personas que viven con el VIH / SIDA en el Estado de Minas Gerais. El estudio incluyó a 258 usuarios del servicio que cumplían los criterios de inclusión, la edad y mayores de 18 años y estar en uso de la terapia antirretroviral durante al menos seis meses; y excluidos los individuos en situaciones de confinamiento y en instituciones. La colección se llevó a cabo a través de entrevistas individuales y la consulta de los registros médicos, se utilizó el cuestionario sociodemográfico y de salud, estigma escala, escala de apoyo social y el cuestionario HAT-QoL. Los datos fueron organizados en Microsoft Office Excel 2010 hoja de cálculo y se procesan en IBM SPSS 23.0. Para caracterizar el perfil de los participantes, se utilizó la estadística descriptiva. Se utilizó la prueba de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para comparar las variables y escalas. Para analizar la influencia combinada de las variables sobre el estigma, se utilizó el programa R versión 3.1.2 de la biblioteca GAMLSS. **Resultados:** Del total se destaca: masculino (56,2%), con edades entre 40 y 49 años (36,0%), de uno a cinco años de educación (44,2%); solteros (45,7%); Recibieron hasta un salario mínimo (63,2%); 61,2% vivía en su propia casa y el 75,6% ha participado en ningún movimiento religioso. En cuanto a los datos de la vida afectiva-sexual, el 80,6% eran heterosexuales; 57,4% habían tenido parejas sexuales en los últimos 12 meses; 41,1% conocía la condición de diagnóstico de parejas sexuales y el 34,5% reportó el uso del condón. En cuanto a las variables epidemiológicas, el 36,8% vivía con el diagnóstico de más de 10 años y el 78,3% fueron expuestos al VIH a través del contacto sexual. Respecto al tratamiento antirretroviral, el 82,2% estaban utilizando hasta dos comprimidos al día; 76,4% no tuvo efectos adversos y el 29,5% abandonaron el tratamiento de la historia. En el análisis de las variables clínicas, 59,3% tenían recuento de linfocitos CD4 + $\geq$ 500 células por mm³ / sangre y el 65,9% con carga viral indetectable; 82,6% no informó las comorbilidades y el 71,3% no usó drogas. En cuanto a los resultados del análisis de regresión, el modelo final la puntuación total de la escala de apoyo social; las zonas afectadas por el secreto y la salud, el cuestionario de calidad de vida HAT-; y el tipo de variables de parejas sexuales, que conoce el diagnóstico, categoría de exposición, los efectos adversos y las comorbilidades. **Consideraciones finales:** En el análisis de regresión, se encontró que los factores relacionados con el estigma percibido por los participantes indicaron que compartir el diagnóstico con la familia y amigos, haciendo caso omiso de la categoría de exposición al VIH, tener efectos adversos y comorbilidad fueron predictores asociados positivamente el incremento medio de la estigmatización.

Descriptor: SIDA; VIH; El estigma social; El apoyo social; Calidad de vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Modelo de estigma percebido em pessoas com HIV/aids....	46
Figura 2 -	Localização da cidade de Passos.....	65
Figura 3 -	Fluxograma das etapas de inclusão dos usuários na pesquisa e composição dos participantes do estudo.....	67
Figura 4 -	Modelo das etapas realizadas na análise de regressão	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos itens e domínios da Escala de Estigmatização.....	71
Quadro 2 - Relação dos domínios e itens abordados. Questionário HAT-QoL.....	75
Quadro 3 - Relação dos códigos e distribuição dos pontos para cada item.....	76
Quadro 4 - Relação dos códigos e distribuição dos itens.....	76
Quadro 5 - Associação dos valores de r_s com suas interpretações.....	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Gráfico do Teste de Aderência para Distribuição Normal segundo a Escala de Estigmatização.....	138
Gráfico 2 -	Gráfico do Teste de Aderência para Distribuição t de Student segundo a Escala de Estigmatização.....	139
Gráfico 3 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o escore total da Escala de Suporte Social.....	142
Gráfico 4 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio satisfação com a vida, do Questionário HAT-QoL.....	143
Gráfico 5 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio preocupações financeiras, do Questionário HAT-QoL.....	143
Gráfico 6 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio preocupações sigilo, do Questionário HAT-QoL.....	144
Gráfico 7 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio preocupações com a saúde, do Questionário HAT-QoL.....	144
Gráfico 8 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio preocupações com a medicação, do Questionário HAT-QoL.....	145
Gráfico 9 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio função sexual, do Questionário HAT-QoL.....	145
Gráfico 10 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio função geral, do Questionário HAT-QoL.....	146
Gráfico 11 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio confiança no profissional, do Questionário HAT-QoL.....	146
Gráfico 12 -	Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio aceitação do HIV, do Questionário HAT-QoL.....	147

Gráfico 13 -	Gráfico de valores preditivos de suporte social e preocupação com o sigilo, em relação ao escore de estigmatização.....	153
Gráfico 14 -	Gráfico de valores preditivos de suporte social e preocupação com a saúde, em relação ao escore de estigmatização.....	154
Gráfico 15 -	Gráfico de valores preditivos de preocupação com a saúde e preocupação com o sigilo, em relação ao escore de estigmatização.....	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Resultado do teste de normalidade Shapiro-Wilk dos escores da Escala de Estigmatização, Suporte Social e Questionário HAT-QoL, aplicado em pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado, Passos – MG, 2014-2015.....	80
Tabela 2 -	Distribuição das frequências e porcentagens das pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado(n=258), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos – MG, 2014 – 2015.....	91
Tabela 3 -	Distribuição das frequências e porcentagens das pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis da vida afetivo-sexual, Passos – MG, 2014-2015.....	92
Tabela 4 -	Distribuição das frequências e porcentagens das pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, Passos – MG, 2014 - 2015.....	95
Tabela 5 -	Distribuição dos escores dos domínios da Escala de Estigmatização aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), Passos – MG, 2014 – 2015.....	96
Tabela 6 -	Distribuição dos escores da Escala de Estigmatização, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos – MG, 2014 - 2015.....	99
Tabela 7 -	Distribuição dos escores da Escala de Estigmatização, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis da vida afetivo-sexual, Passos – MG, 2014 – 2015.....	102
Tabela 8 -	Distribuição dos escores da Escala de Estigmatização, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, Passos – MG, 2014 – 2015.....	106
Tabela 9 -	Distribuição dos escores dos domínios da Escala de Suporte Social, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), Passos – MG, 2014 - 2015..	108
Tabela 10 -	Distribuição dos escores da Escala de Suporte Social, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório	

	especializado (n=258), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos – MG, 2014 - 2015.....	111
Tabela 11 -	Distribuição dos escores da Escala de Suporte Social, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis da vida afetivo-sexual, Passos – MG, 2014 - 2015.....	115
Tabela 12 -	Distribuição dos escores da Escala de Suporte Social, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, Passos – MG, 2014 – 2015.....	119
Tabela 13 -	Distribuição dos escores dos domínios do Questionário HAT-QoL, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), Passos – MG, 2014 – 2015.	121
Tabela 14 -	Distribuição dos escores do Questionário HAT-QoL, aplicado nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos – MG, 2014 – 2015.....	125
Tabela 15 -	Distribuição dos escores do Questionário HAT-QoL, aplicado nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis da vida afetivo-sexual, Passos – MG, 2014 – 2015.....	128
Tabela 16 -	Distribuição dos escores do Questionário HAT-QoL, aplicado nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, Passos – MG, 2014 – 2015.....	133
Tabela 17 -	Coeficiente de correlação de Spearman (r_s) entre os domínios da Escala de Estigmatização e a Escala de Suporte Social e o Questionário HAT-QoL, aplicados nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), Passos – MG, 2014 - 2015.....	137
Tabela 18 -	Teste de Aderência para justificar a distribuição t para a análise e regressão.....	139
Tabela 19 -	Modelo inicial da primeira etapa dos ajustes das variáveis das escalas: inserção dos termos lineares na equação de regressão da média.....	141
Tabela 20 -	Modelo final da primeira etapa dos ajustes das variáveis das escalas: inserção dos termos lineares na equação de regressão da média.....	142

Tabela 21 -	Modelo inicial de inserção de termos quadráticos para as variáveis de suporte social total e variáveis do Questionário HAT-QoL, segundo análise de gráficos de dispersão.....	150
Tabela 22 -	Resultado do ajuste de inserção termos quadráticos das variáveis de suporte social total e variáveis do Questionário HAT-QoL, segundo análise de gráficos de dispersão.....	151
Tabela 23 -	Modelo final das escalas, com as variáveis de controle da média e da heterocedasticidade.....	152
Tabela 24 -	Modelo inicial das variáveis sociodemográficas.....	157
Tabela 25 -	Modelo final, após ajustes, das variáveis sociodemográficas.....	158
Tabela 26 -	Modelo inicial das variáveis da vida afetivo-sexual.....	159
Tabela 27 -	Modelo final, após ajustes das variáveis da vida afetivo-sexual.....	160
Tabela 28 -	Modelo inicial das variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas.....	162
Tabela 29 -	Modelo final das variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas.....	163
Tabela 30 -	Modelo final de regressão, com as variáveis afetivo-sexuais, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas, que permaneceram estatisticamente significantes com as variáveis das escalas.....	164

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIC	Critério de Informação de Akaike
AMBES	Ambulatório Especializado
ARV	Antirretrovirais
AVD	Atividades de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HAT-QoL	HIV/AIDS Targeted Quality of Life
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV e Aids
QV	Qualidade de Vida
SBC	Critério de Informação Bayesiano
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamento
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 A epidemia da aids no mundo e no Brasil.....	22
1.2 A cronicidade da doença e os novos desafios.....	24
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
2.1 A estigmatização e a sua relação com o HIV/aids.....	28
2.2 O suporte social e a sua relação com o HIV/aids.....	33
2.3 A qualidade de vida e a sua relação com o HIV/aids.....	37
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU QUADRO TEÓRICO.....	42
3.1 Estigma e Estigmatização.....	43
3.2 Suporte Social.....	47
3.3 Qualidade de Vida.....	50
4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	54
5 HIPÓTESES.....	58
6 OBJETIVOS.....	60
6.1 Objetivo Geral.....	61
6.2 Objetivos Específicos.....	61
7 MATERIAL E MÉTODO.....	63
7.1 Tipo de estudo.....	64
7.2 Local do estudo.....	64
7.3 População do estudo.....	66
7.4 Coleta de dados.....	68
7.5 Estudo piloto.....	68
7.6 Instrumento para coleta de dados.....	69
7.7 Variáveis de interesse para o estudo.....	77
7.8 Organização e análise dos dados.....	78
7.9 Aspectos éticos.....	86
8 RESULTADOS.....	87
8.1 Caracterização dos aspectos sociodemográficos, da vida afetivo-sexual, epidemiológicos, clínicos, de tratamento e uso de drogas da população do estudo....	89
8.2 Comparação da estigmatização, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo.....	96
8.3 Comparação do suporte social, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo.....	108

8.4	Comparação da qualidade de vida, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo.....	121
8.5	Correlação da Escala de Estigmatização, segundo os domínios da Escala de Suporte Social e do Questionário HAT-QoL.....	135
8.6	Regressão múltipla da influência conjunta das variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, suporte social e qualidade de vida sobre a estigmatização.....	138
9	DISCUSSÃO.....	165
9.1	Discussão da caracterização dos aspectos sociodemográficos, da vida afetivo-sexual, epidemiológicos, clínicos, de tratamento e uso de drogas da população do estudo.....	167
9.2	Discussão da comparação da estigmatização, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo.....	186
9.3	Discussão da comparação do suporte social, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo.....	192
9.4	Discussão da comparação da qualidade de vida, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo.....	199
9.5	Discussão da correlação da Escala de Estigmatização, segundo os domínios da Escala de Suporte Social e do Questionário HAT-QoL.....	214
9.6	Discussão da regressão múltipla da influência conjunta das variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, suporte social e qualidade de vida sobre a estigmatização.....	219
10	CONCLUSÕES.....	225
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	229
	REFERÊNCIAS.....	233
	APÊNDICES.....	261
	ANEXOS.....	277

1 Introdução

---

1 INTRODUÇÃO

1.1 A epidemia da aids no mundo e no Brasil

Desde o reconhecimento da aids nos anos de 1980 (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015; VILLARINHO et al., 2013), muitas têm sido as pesquisas em busca de compreender a dinâmica do HIV e da aids na população (ANDRADE; IRIART, 2015; HERRMANN et al., 2013; MONJOK; SMESNY; ESSIEN, 2009; SUIT; PEREIRA, 2008).

Inicialmente, a epidemia aparentava estar restrita aos homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo; contudo, ao longo dos anos, observou-se mudança deste perfil, com números de infectados cada vez mais expressivos entre os heterossexuais, mulheres e em regiões do interior do país, mostrando que o casos de infecção pelo HIV estavam ligados ao comportamento sexual de risco e ao compartilhamento de seringas e agulhas, podendo atingir a toda população (ANJOS et al., 2012; SANTOS et al., 2009; SILVA; VARGENS, 2009).

A falsa associação de que a doença estava restrita a um grupo específico de pessoas favoreceu a disseminação viral para indivíduos que pensavam estar protegidos, sendo esta causa apontada como favorável para a expansão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (SOUZA et al., 2012), em especial para grupos sociais mais vulneráveis (GALVÃO et al., 2013; LEE et al., 2015).

Dessa forma, dentre os indivíduos mais vulneráveis ao HIV tem-se aqueles que realizam práticas sexuais sem proteção, que não dispõem de informações sobre os riscos à saúde, em especial aqueles com baixa escolaridade e renda, desempregados ou ocupando empregos informais, que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas, possuem baixa autoestima e que se sentem excluídos socialmente (AYRES et al., 2003; PINHEIRO; MEDEIROS, 2013).

Assim, a infecção do HIV pode alcançar a todos os grupos, sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e de grandes proporções (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015), uma vez que, além de poder de disseminação que ultrapassa os limites da dimensão biomédica, é uma

patologia clínica incurável, a qual fere os indivíduos em suas áreas psicológicas e sociais, marcando-os por rótulos, como seres condenados por transgredir as regras da sociedade, podendo ainda levá-los à morte (ISHIKAWA et al., 2011; LEE et al., 2015).

Segundo os Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2016a), estima-se que no mundo existam 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA); destes, 17,1 milhões desconhecem que têm o vírus, e cerca de 22 milhões não têm acesso ao tratamento (THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS - UNAIDS, 2016).

Só em 2014, foram registrados dois milhões de casos novos de HIV e 1,2 milhão de óbitos. O que torna o HIV/aids um grave problema de saúde para muitas regiões, em especial para a África Sub-Sahariana, responsável por 66% das infecções mundiais e em outras em que a infecção tem tido grande impacto, como Ásia, América Latina, Caribe e Europa Oriental (CDC, 2016a).

No Brasil, desde o início da epidemia, foram registrados 798.366 casos, sendo 615.022 (77,0%) notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 45.306 (5,7%) no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e 138.038 (17,3%) no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) (BRASIL, 2015).

Inicialmente, os casos de HIV/aids estavam concentrados em algumas cidades das regiões Sul e Sudeste, mas, com o avanço da epidemia, percebeu-se a interiorização da infecção, havendo a distribuição dos casos para todo o território nacional (SILVA, R. et al., 2013).

O total de casos de HIV/aids no país estão distribuídos em 53,8% na região Sudeste; 20,0% na região Sul; 14,6% na região Nordeste; 5,9% na região Centro-Oeste e 5,7% em toda a região Norte do país. De forma que só na região Sudeste, foram 17 mil novos casos nos últimos anos, dos quais 55.474 (6,9%) estão no Estado de Minas Gerais. Assim, desde o início da epidemia até dezembro de 2014, foram registrados 290.929 óbitos, tendo a aids como causa básica, sendo a maioria na região Sudeste 177.599 (61,0%) e, destes, 19.330 (6,6%) em Minas Gerais (BRASIL, 2015).

Apesar de os números serem alarmantes, observa-se declínio do HIV em muitas regiões do mundo, com queda de 35,0% das novas infecções desde 2000 e diminuição de 42% das mortes relacionadas, desde 2004 (PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA – ONUSIDA, 2015).

Só no Brasil, nos últimos 10 anos, o número de óbitos diminuiu de 6,0 a cada 100 mil habitantes em 2005 para 5,7 em 2014, o que representa uma queda de 5,0% dos óbitos relacionados com este agravo (BRASIL, 2015).

Assim, apesar de alguns indicadores apontarem redução do impacto da doença, a incidência entre os grupos mais vulneráveis ainda continua a ser um problema de saúde, sendo 13 vezes maior a chance de homens que fazem sexo com homens contraírem o vírus (ONUSIDA, 2015). No Brasil, de 2009 a 2013, registrou-se aumento de 10,5% na incidência entre gays e de homens que fazem sexo com homens; 4,9% entre as profissionais do sexo e 5,9% entre os usuários de drogas (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS - UNAIDS-BRASIL, 2016).

1.2 A cronicidade da doença e os novos desafios

Com a introdução da terapia antirretroviral (TARV), a partir de 1996, os indicadores laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4 e carga viral passaram a melhorar progressivamente, sinalizando o controle da infecção (COHEN et al., 2011; UNAIDS-BRASIL, 2016). O uso adequado dos medicamentos possibilitou a supressão da replicação do HIV, levando à carga viral indetectável, o que reflete diretamente na interrupção da progressão da aids, na diminuição da transmissão viral pelo contato sexual e na diminuição do risco de transmissão de outras formas de exposição (JIN et al, 2010; MONTANER et al., 2014; WEISS, 2008).

Com a expansão da TARV, possibilitou-se reduzir a morbidade e a mortalidade relacionada com o HIV, bem como os novos casos de infectados, estimando-se que, para cada aumento de 1% no número de indivíduos suprimidos em TARV, diminua 1% a incidência de HIV (MONTANER et al., 2014).

Assim, com o tratamento, as PVHA passaram a ter menos infecções decorrentes da infecção, menos internações relacionadas à doença, melhor

qualidade de vida (QV), o que repercutiu no aumento da sobre vida desses indivíduos (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015; MEDEIROS; SALDANHA, 2012; VAN SIGHEM et al., 2010).

Com os avanços da tecnologia dos meios de diagnóstico e do tratamento gratuito e ambulatorial para o HIV, a infecção viral passou a caracterizar a aids como uma doença semelhante às definidas como crônicas; gerando um impacto positivo na vida das pessoas, o que diminuiu o medo da iminência de morte, melhorou a QV e possibilitou a permanência das relações sociais, afetivas, de trabalho e de lazer (CARVALHO et al., 2007; FONSECA; BASTOS, 2007).

Contudo, apesar dos benefícios da TARV, percebe-se que uma grande dificuldade vivenciada pelos pacientes é a adesão ao acompanhamento clínico e ao tratamento correto com os antirretrovirais (ARV) (LI, M. et al., 2014; TAM et al., 2011; TORRES; MIRANDA, 2010). Isso pode favorecer o surgimento de danos no sistema imunológico, que têm como consequências a progressão para a aids e o aumento da chance de manifestação de infecções oportunistas. Assim, a eficácia da terapia depende especialmente da adesão dos pacientes à tomada correta dos medicamentos (SILVA, D. et al., 2015; SILVA, J. A. et al., 2015).

Desse modo, sabe-se que os fatores sociais e econômicos, como a falta de recursos e dificuldade de locomoção (ALVARENGA et al., 2015; COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a); o consumo de álcool e de outras drogas (FERRO et al., 2015); a oferta de serviços de saúde e de acolhimento profissional (SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015), assim como o tempo entre a infecção pelo vírus e o diagnóstico da doença (SILVA, D. et al., 2015; SILVA, J. A. et al., 2015; SILVA, J. B. et al., 2015), estão muito associados à falta de suporte social de o paciente dispõe, ao estigma e à discriminação sentidos por ele, os quais repercutem no abandono da TARV (ANDRADE; IRIART, 2015).

O HIV/aids representa mais que uma doença de alterações físicas, mas de fortes impactos psicológicos, os quais manifestam nos indivíduos sensações de inferioridade que podem ser amenizadas pelas relações com igreja, situação conjugal e familiar, de empregos, cultura e conhecimento, os quais poderão ajudar no processo de adaptação da infecção e nos enfrentamentos da doença (MUKOLO et al., 2013a, 2013b; NYAMATHI et al., 2013; SOUSA et al., 2013).

Assim, com a possibilidade de melhoria das condições de vida das pessoas com HIV/aids, os estudos com esta população passaram a nortear a sua atenção para a necessidade de conhecer os fatores ligados a valorização das emoções, das questões referentes ao psíquico e das percepções, envolvidos na vivência da soropositividade (MEDEIROS, SALDANHA, 2012; SEIDL, 2005; SUIT; PEREIRA, 2008), a fim de se compreender o comportamento individual, sendo este considerado determinante final da vulnerabilidade à infecção na adesão ao tratamento (SOUSA et al., 2013).

Além dos desafios apresentados, têm-se ainda as dificuldades enfrentadas no país para o controle do HIV. Apesar de o Brasil ter sido um dos primeiros países a fornecer tratamento gratuito para as PVHA, e a ter expandido o uso da TARV para todas as pessoas com HIV, independentemente de seu estado imunológico, simplificando e descentralizando o tratamento de antirretroviral, aumentando a cobertura de testagem de HIV em populações-chave, ainda se encontram dificuldades para controlar a expansão da infecção em algumas populações, como a de homens gays e de outros homens que fazem sexo com homens, de usuários de drogas e de profissionais do sexo (UNAIDS-BRASIL, 2016); fazendo com que o país seja o segundo dentre os 30 países com 89% dos casos de HIV/aids do mundo (ONUSIDA, 2015).

Assim pelas dificuldades mundiais enfrentadas para o controle da infecção, e em especial pelos 30 países com o maior número de casos de HIV/aids, foi proposta a meta 90-90-90, a qual prevê que, até 2020, 90,0% das pessoas vivendo com HIV estejam diagnosticadas; que 90,0% delas estejam em tratamento; e que, das pessoas em tratamento, 90,0% apresentem carga viral indetectável, além da redução das novas infecções em 75,0% e eliminar a discriminação em relação à doença (ONUSIDA, 2015; UNAIDS, 2016; UNAIDS-BRASIL, 2016).

Revisão de Literatura

---

2. REVISÃO DE LITERATURA

A seguir, apresenta-se a revisão da literatura acerca dos temas: estigmatização, suporte social e qualidade de vida, relacionados com HIV/aids.

2.1 A estigmatização e a sua relação com o HIV/aids

O estigma relacionado ao HIV/aids é considerado como um importante problema de saúde pública, o qual já foi discutido pelo UNAIDS-BRASIL na tentativa de aprofundar a compreensão do estigma e da doença (DUFFI, 2005). Contudo poucos são os estudos que analisam a relação dos processos sociais e qualidade de vida com as situações de discriminação e estigma enfrentadas por PVHA (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012).

Em análise de estudos dos últimos 20 anos, nota-se que o estigma ao HIV/aids tem sido frequentemente associado à raça, à classe social, ao gênero, à religião e até à ocupação (VARAS-DÍAZ et al., 2012); e, apesar de acontecer de diferentes formas e em diferentes contextos, gêneros e condições sociais (SINGH et al., 2011), percebe-se mais associado com homens, em especial gays e negros (SMIT et al., 2012).

Com a população de mulheres, os estudos dessa natureza exploram sua identidade social e estereótipos de gênero, apontando as diversas situações de estigma vivenciado por elas (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012), os quais abalam tanto a figura social da mulher, como a figura da mãe, da esposa; destacando o medo, o qual é apontado como fator importante que levam as mães grávidas a não procurarem aconselhamento e testagem voluntária (MONJOK; SMESNY; ESSIEN, 2009).

Já em estudos com homens, observa-se que o estigma está mais ligado ao sentimento de culpa, de punição e de baixa autoestima, de forma que homens possuem duas vezes mais culpa e se punem quatro vezes mais por estarem infectados; e ainda apresentam os maiores índices de baixa autoestima, uma vez

que três, em cada quatro homens que vivem com HIV/aids, sentem vergonha por causa de seu *status* sorológico (HASAN et al., 2012).

Para Wyrod (2011), apesar de haver mudanças nessa representação, os homens culturalmente ainda são apontados como “sexo forte”, como aquele que provê, atendendo às necessidades conjugais, com a responsabilidade da decisão em sua família (WYROD, 2011); dessa forma, sentimentos de culpa, pela infecção; vergonha, por ter tido ações de risco, como no uso de drogas, envolvimento em relações sexuais desprotegidas ou na promiscuidade, podem expor e fragilizar a imagem do homem, deixando-os mais vulneráveis à estigmatização (HASAN et al., 2012).

Entre os homossexuais que convivem com o HIV/aids, a estigmatização tem estado relacionada ao envelhecimento, às mudanças na aparência física e a oferta de suporte social encontrada, de modo que, são encontrados altos índices de rejeição entre os próprios homossexuais, uma vez que os indivíduos mais velhos, que também convivem com HIV/aids, culpabilizam os mais jovens, por estes terem tido acesso a melhor educação sobre o HIV/aids, a serviços de apoio, diferentemente do que ocorria há anos (JIN et al., 2010; SMIT et al., 2012).

Apesar de haver pesquisas correlacionando o gênero e o estigma em PVHA, percebe-se ainda que faltam estudos que identifiquem as diferenças de gênero em várias dimensões, sendo este um passo importante para a investigação do construto na saúde (VARAS-DÍAZ et al., 2012; MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012).

Há também poucos estudos que associam o estigma com a homofobia, ou mesmo aos usuários de drogas ou travestis, ou seja, os grupos mais afetados pelo HIV/aids, os quais apresentam, segundo o conceito goffmaniano, “a marca corporal” (GOFFMAN, 1988; PARKER, 2013).

Em relação aos serviços de saúde, estes deveriam funcionar como espaços privilegiados para inclusão e de busca de diferentes formas de enfrentamento das dificuldades relacionadas com o estigma, incluindo em seu cotidiano rotinas de investigação das necessidades do indivíduo (MELO et al., 2016); contudo algumas políticas de organização e de procedimentos operacionais são vistos como meios de estigmatizar o indivíduo com HIV, por meio dos quais os profissionais não expressam apenas a falta de conhecimento sobre a doença, mas também suas

crenças negativas em relação aos pacientes infectados (KELLY et al., 1987; MUKOLO et al.; 2013b).

Quando os profissionais de saúde estigmatizam os usuários do serviço que vivem com HIV/aids, geram grande impacto negativo na vida destes, favorecendo o rompimento com a unidade e a não adesão ao tratamento (VARAS-DÍAZ et al., 2012).

Para Agnarson et al. (2010) e Diaz (2009), o estigma dos profissionais de saúde prejudicam a identificação, a notificação e o tratamento do HIV/aids; para Boivin (2014) e Chong et al. (2012) a falta de informação e de preparo dos profissionais pode contribuir para uma construção deteriorada da representação do HIV/aids.

Assim, são necessárias intervenções entre os profissionais de saúde de redução do estigma e da discriminação, a fim de sensibilizá-los para as dificuldades enfrentadas pelo paciente e de diminuir as restrições do acesso aos serviços de saúde (HASAN et al., 2012; MUKOLO et al., 2013a, 2013b).

Para Singh e colaboradores (2011), tal como as PVHA, os cuidadores destes e os profissionais de saúde, ligados ao cuidado desta população, também são estigmatizados além de sofrer pela sobrecarga mental e física, relacionada às exigências do cuidado (MUKOLO et al., 2013b; SMITH; MBAKWEM, 2010).

Segundo Goffman (1988), o estigma pode estar associado ao papel que o indivíduo com HIV/aids ocupa em um dado momento, podendo ser estendido a todas as pessoas que fazem parte do seu convívio diário, os quais sentem-se excluídos socialmente quando revelam alguma relação com HIV (MORENO, 1993).

Assim as consequências do cuidado destinado aos indivíduos com HIV/aids podem ser negativas para enfermeiros e para cuidadores (SINGH et al., 2011), podendo ser encontrados escores expressivos de depressão nesse grupo que na população geral de prestadores de serviços em saúde (SURKAN et al., 2010).

Uma característica importante das PVHA que são estigmatizadas é o reflexo na adesão à TARV (MUKOLO et al., 2013b; NYAMATHI et al., 2013; SAYLES et al., 2009), estando a baixa adesão ou o abandono do tratamento ligados à falta de acesso aos cuidados médicos e na revelação do estado sorológico, a qual desencadeia rejeição, em especial por parte dos (as) parceiros (as) sexuais (SMIT et al., 2012). A revelação do HIV para a família é uma tarefa difícil; o medo precoce do

abandono familiar induz muitos indivíduos a não aderirem ao tratamento, temendo serem descobertos, tornando-os mais vulneráveis à ação do vírus e às doenças oportunistas (SOUSA et al., 2013).

O medo da revelação está ligado ao rompimento das relações afetivas, favorecendo o abandono do tratamento (SOUSA et al., 2013). Assim, diante do estigma como barreira para a adesão à TARV, sugere-se que haja a implementação de intervenções que ajudem os pacientes a lidar com experiências e com sentimentos de vergonha ou de culpa, de forma a colaborar com o aumento da adesão (KIPP et al., 2011a, 2011b).

Apesar de o medo da revelação estar relacionado ao abandono da TARV, em algumas regiões da África, o medo de interromper os projetos familiares tem sido mencionado como estímulo para a adesão do tratamento. Muitos indivíduos soropositivos ao HIV aderem ao tratamento, como tentativa de manter os projetos de vida ligados à paternidade/maternidade e ao casamento, mantendo, assim, o papel de vida pública, sendo visto como um não infectado para a sociedade. Há inclusive relatos de cônjuges, que negativos para o HIV, rejeitam o estigma da infecção e se colocam dispostos a ignorar os riscos, como forma de apoio ao (a) parceiro (a) sexual soropositivo (SMITH; MBAKWEM, 2010).

Uma queixa muito presente na vida de PVHA é a dificuldade de relacionar a doença com o trabalho pelo medo da revelação do seu diagnóstico com colegas e patrão (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011; GARRITO et al., 2007).

Nesses casos, vê-se que a estigmatização está ligada à necessidade de realização de exames, ao comparecimento a consultas médicas, assim como ao uso dos medicamentos e aos próprios efeitos adversos do tratamento, os quais poderão levar o indivíduo a faltas e a atrasos constantes no trabalho, o que desperta a curiosidade e o questionamento de colegas que poderão intensificar o estigma (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011; GARRITO et al., 2007; SOUZA et al., 2013).

Diante do medo de ser estigmatizado, o indivíduo com HIV/aids enfrenta não apenas a dificuldade de revelação do *status* sorológico, mas o medo de ser demitido ou de ser alvo de preconceito e de discriminação, associados à exclusão em seu ambiente de trabalho (GARRITO; et al., 2007; SOUZA et al., 2013), revelando uma

forte humilhação, o que pode levar muitos à demissão espontânea (GARRIDO et al., 2007).

Outra variável também associada com o estigma é a influência da filiação religiosa; sabe-se que a estigmatização está muito ligada aos conceitos religiosos vividos, podendo estes ajudar na melhoria do modo de enfrentamento, bem como na adesão ao tratamento de PVHA (ANDRADE; IRIART, 2015; NYAMATHI et al., 2013).

Formações religiosas mais rígidas e conservadoras poderão reforçar o estigma envolto da doença, uma vez que os seguidores estão mais propensos a rotulagem negativa e à desvalorização de PVHA, quando comparados aos movimentos religiosos mais liberais (MUKOLO, 2013a).

Inclusive em comunidades religiosas na América, observa-se forte associação da infecção com HIV com atos de promiscuidade sexual; como castigo de Deus por causa de algum pecado cometido; o que leva o indivíduo ao sentimento de culpa por ter errado. Isso indica claramente que intervenções precisam ser aplicadas, a fim de se amenizar a percepção estigmatizadora em relação à doença (GARCIA; KOYAMA, 2008; LINDLEY et al., 2010).

As PVHA por herdarem consequências negativas para a sua vida, como mecanismo de fuga, optam por negar a condição de infectado, o que leva à perda de sua identidade, a fim de evitar o descrédito e a rejeição social (GOFFMAN, 1988; SIQUEIRA; CARDOSO, 2011). Dessa forma, a sociedade limita a ação do indivíduo, reduzindo sua liberdade, por não respeitar as diferenças, determinando uma imagem deteriorada, de acordo com o modelo que convém (GOFFMAN, 1988).

A aids, em sua fase tardia, ou nas baixas taxas de contagem de linfócitos de T CD4+, pode levar os indivíduos a desenvolver sintomas depressivos com sentimentos de culpa e de morte, por estarem mais expostos a infecções decorrentes da infecção (AKENA et al., 2012; GROUPO et al., 2010; NYAMATHI et al., 2013).

A percepção de ser moralmente inferior aumenta significativamente a ansiedade, a solidão, a depressão e o desejo de morte de PVHA, reduzindo sua autoestima e autoconfiança, o que leva ao isolamento social e sexual (ALVARENGA et al., 2015; ANDRADE; IRIART, 2015; SMIT et al., 2012).

Os sinais de depressão também podem ser encontrados em relatos de crianças, as quais, estando ou não com HIV/aids, enfrentam a condição de

orfandade, por presenciar o sofrimento e a morte de seus pais, desenvolvendo, assim, problemas psicossociais (LIN et al., 2010).

Assim, o HIV e a aids representam mais que um estado patológico, podem provocar impactos físicos, grandes impactos psicológicos, marcando os indivíduos, penalizando-os pelas crenças sociais sobre a doença (SOUSA et al., 2013). O que, segundo Hutton, Misajon e Collins (2012), pode ser amenizado com o tempo de diagnóstico e com a aceitação social (HERRMANN et al., 2013).

Apesar de serem muitos os prejuízos da estigmatização, observa-se que aceitação social, acolhimento familiar e de amigos, amparo dos equipamentos e profissionais de saúde, são apontados como colaboradores no processo de amenizar esses impactos e de melhorar a adesão ao tratamento. Assim, sugere-se que ocorram mais ações voltadas para o aumento do conhecimento acerca da doença, de envolvimento em grupos de interação e de relacionamento familiar cujo objetivo principal seja a redução do estigma, com a finalidade de se amenizarem as percepções negativas acerca do HIV/aids (MUKOLO et al., 2013a, 2013b; SOUSA et al., 2013).

2.2 O suporte social e a sua relação com o HIV/aids

O suporte social envolve a rede de relacionamentos, como as organizações religiosas, a família e os serviços de saúde, que prestam apoio e segurança aos indivíduos envolvidos (BULLOCK, 2004; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Em pesquisas envolvendo PVHA, o suporte social tem despertado interesse, devido ao estigma, ao preconceito e à discriminação, que, relacionados com a soropositividade, levam o indivíduo ao isolamento social, com impacto negativo na rede social de apoio (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006). Assim, segundo Seidl e Tróccoli (2006), “estudos têm investigado o impacto do suporte social percebido e das estratégias de enfrentamento sobre o bem-estar psicológico de pessoas com HIV/aids” (RAO et al., 2012a, 2012b).

Dentre os impactos significativos do suporte social na vida de PVHA, tem-se adesão à TARV, que pode ser prejudicada pela fragilidade do apoio da família, dos

amigos e dos profissionais de saúde (CHRISTAKIS; FOWLER, 2010; SANTOS et al., 2015; WATTS, STROGATZ, 1998).

Dessa forma, dentre os fatores que influenciam nos resultados da TARV, tem-se a satisfação com o suporte social, apontada pela disponibilização de encorajamento e de motivação para o autocuidado, o que pode atenuar os efeitos negativos da falta de adesão (BEKELE et al., 2012; SANTOS et al., 2015; SEIDL et al., 2007).

Assim, para Costa, Oliveira e Formozo (2015a; 2015b), a presença positiva da família e de amigos na vida do paciente ajudam o indivíduo a melhorar a sua adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a sua QV (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a; SANTOS et al., 2015; YADAV, 2010). Contudo, situações de preconceito, fomentadas pela desinformação quanto aos modos de transmissão, separando roupas e utensílios, podem revelar a falta de apoio de familiares, vizinhos e amigos (GALVÃO et al., 2013; QUADROS et al., 2016; SERRA et al., 2013).

Na falta de aceitação social, a maioria das PVHA buscam apoio emocional em outras famílias, deixando amigos e familiares, para construir suas redes de apoio em outros ambientes, onde encontrarão pessoas que vivem na mesma condição (GALVÃO et al., 2013; LIAMPUTTONG; HARITAVORN; KIATYING-ANGSULEE, 2009). O convívio de pessoas que partilham das mesmas angústias é descrito como uma importante fonte de apoio emocional que ameniza a estigmatização percebida, pelo sentimento de pertencimento ao grupo (ALVARENGA et al., 2015; ANDRADE; IRIART, 2015).

A existência de vínculo empregatício também tem sido uma forma de suporte social favorável ao indivíduo com HIV. A oportunidade de trabalhar, de sentir-se útil e produtivo, relaciona-se com a melhora da QV, de forma que pessoas afetadas pelo HIV e que não possuem ocupação, apresentam níveis mais baixos de esperança, com sensação de exclusão, pela condição da doença (OLIVEIRA, F. et al., 2015).

Percebe-se que o suporte financeiro para os pacientes com HIV é importante para que estes deem continuidade ao acompanhamento ambulatorial (ANDRADE; IRIART, 2015). Mesmo sendo gratuito o tratamento, os custos com o transporte e a distância de suas casas até o local dos exames e consultas poderão levar ao abandono do mesmo (GOVINDASAMY; FORD; KRANZER, 2012; SANTOS et al., 2015).

Assim, a dependência de ambulâncias para comparecer às consultas e coleta de material para os exames, leva muitos pacientes a deixarem de ir até as unidades, o que aumenta a mortalidade relacionada ao HIV (ALVARENGA et al., 2015; COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a).

Dessa forma, os serviços de saúde devem colaborar com as informações e oferecer condições favoráveis, como transporte necessário para evitar que se interrompa o tratamento (ALVARENGA et al., 2015; ANDRADE; IRIART, 2015).

Percebe-se que os indivíduos que vivem em precárias condições financeiras não conseguem os recursos necessários para a sua sobrevivência. Assim, podem apresentar prejuízos em sua alimentação, o que pode levar ao aumento dos efeitos adversos dos ARV (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a). Dessa forma, as doações financeiras, conseguidas na mendicância, podem ajudar os pacientes a suprir algumas necessidades, sendo apontadas por estes como importantes para a manutenção do tratamento (ANDRADE; IRIART, 2015).

Com o perfil de marginalidade econômica de muitos que vivem com HIV/aids, os quais, desempregados ou ocupando cargos com baixos salários, vê-se a importância da reconstrução das relações sociais, ou da manutenção das mesmas, as quais podem ajudar nas necessidades materiais, bem como no bem-estar emocional (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a; SEELEY; RUSSELL, 2010).

Nesse sentido, sustentar vidas mudadas pelo HIV exige compreensão e apoio das organizações sociais, de amigos, de parentes e de conhecidos, os quais contribuem para amenizar os prejuízos emocionais e de suporte social (MELO et al., 2016; SEELEY; RUSSELL, 2010).

O suporte social profissional, por meio de orientações de profissionais de saúde capacitados, também pode colaborar para a diminuição do estigma relacionado ao HIV/aids (SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015). A qualidade da interação dos profissionais de saúde com os usuários, por meio do estabelecimento do vínculo, de esclarecimento de dúvidas e de acolhimento, reflete melhores níveis de adesão ao tratamento (SEIDL et al., 2007; YADAV, 2010).

Contudo, profissionais pouco comprometidos podem representar uma barreira para a adesão ao tratamento com os ARV, em especial para mães e para cuidadores de crianças com HIV/aids, visto que, após a alta da maternidade, carentes de informação, poderão enfrentar dificuldades que aumentarão o nível de

ansiedade e medo, podendo prejudicar o tratamento destas crianças (BARROSO et al., 2009; SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015).

Mesmo encontrando apoio informativo e até emocional de profissionais de saúde, a falta de sigilo do diagnóstico e de humanização dos profissionais são apontados como reais em muitos contextos (COSTA et al., 2013; LIAMPUTTONG; HARITAVORN; KIATYING-ANGSULEE, 2009). Assim, a busca pelo suporte social profissional poderá ficar comprometida pelo medo do estigma na revelação da sua condição sorológica (ALVARENGA; DUPAS, 2014; SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015).

Contudo, além do estigma ao HIV apresentado pelos profissionais de saúde (AGNARSON et al., 2010), no estudo do suporte social em relação ao HIV, tem-se o sofrimento de profissionais de saúde e de cuidadores de PVHA, os quais, por serem também estigmatizados, necessitam de suporte social, tanto quanto os indivíduos com HIV/aids (SINGH et al., 2011).

Dessa forma, a oferta de suporte social voltado a esses profissionais, tem-se mostrado como um importante fator atenuante do estigma. A interação desses cuidadores com profissionais de saúde que superaram o estigma associado ao cuidado tem sido uma alternativa para minimizar o sentimento de rejeição. A oferta do suporte social pode estar, inclusive, relacionada com o aumento do desejo em continuar o cuidado com a população de doentes por aids (CHOO et al., 2003; SINGH et al., 2011).

A falta de apoio para as necessidades emocionais relacionadas ao cuidado de PVHA, pode levar os cuidadores e profissionais de saúde a se sentirem angustiados e deprimidos. Assim, o uso de intervenções como apoio social, estabelecimento de redes sociais de apoio ou programas de saúde mais amplos, incorporando elementos de suporte social, tem sido utilizados para amenizar o estresse de trabalhadores de saúde que cuidam de PVHA (CASALE et al., 2015; COSTA et al., 2013).

Assim diante do HIV e dos sentimentos de culpa pela infecção, tem o envolvimento das práticas religiosas, uma importante ferramenta de suporte aos indivíduos, por ser um ambiente envolto ao sentimento de compaixão, de solidariedade e de aceitação da soropositividade (ANDRADE; IRIART, 2015).

A busca da “normalidade” leva ao desejo de esquecer seu diagnóstico de HIV e tentar reconstruir uma nova vida social, incluindo relações íntimas, livre desse rótulo (COSTA et al., 2013; SEELEY; RUSSELL, 2010).

Mas a falta de ajuda para compreender a nova condição pode ser difícil para alguns indivíduos. Conviver com o HIV é uma condição que exige adaptação e manutenção das relações sociais. O sentimento da vida interrompida leva o indivíduo ao desejo de recuperar o seu lugar no mundo social, de tentar se adequar à nova condição, de enfrentar a rotina, apoiando a família em um ambiente econômico, bem como no enfrentamento do estigma (MELO et al., 2016; SEELEY; RUSSELL, 2010).

Assim, a associação dos diversos tipos de suporte social tem sido importante no tratamento do HIV, agindo como fator de proteção ao indivíduo (GOVINDASAMY; FORD; KRANZER, 2012; REMOR, 2013), uma vez que ameniza o sentimento de rejeição, de depressão e de ansiedade (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a, 2015b; MARTINEZ et al., 2012).

Em estudo realizado por Jorgensen e Marwit (2001), identificou-se que PVHA estão mais interessadas em receber amor, preocupação, encorajamento, e expressar seus pensamentos e sentimentos, do que receber mensagens filosóficas.

Assim, os profissionais atuantes com essa população devem reconhecer a necessidade de oferta de suporte social ao indivíduo, sendo este emocional ou material, não negligenciando o seu importante papel de fornecer o apoio para o manejo do acompanhamento ambulatorial e informações necessárias (JORGENSEN; MARWIT, 2001; SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015).

2.3 A qualidade de vida e a sua relação com HIV/aids

Desde a epidemia do HIV, são realizados estudos que avaliam o impacto desse agravo na QV de pessoas que convivem com HIV/aids (MEDERIOS; SILVA; SALDANHA, 2013). Assim, com o avanço no tratamento, com a diminuição das infecções secundárias, como o aumento das taxas de sobrevida e a cronicidade da doença, compreender os fatores relacionados com a melhor QV tornou-se um dos

principais objetivos das pesquisas com HIV/aids (DOMINGUES; WALDMAN, 2014; GASPAR et al., 2011; RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007).

A cronicidade da aids foi um marco para a melhoria das condições de vida das PVHA. O aumento do tempo de diagnóstico permitiu aos indivíduos infectados maior possibilidade de aceitação, de adaptação e de conformação com a doença, e assim de estabelecer relacionamentos afetivos e sexuais e até de melhorar a adesão ao tratamento (OLIVEIRA, F. et al., 2015).

Com a melhor QV as pessoas passaram a ter maior sobrevida, contudo, a possibilidade de vida mais longa nem sempre está relacionada com bons indicadores de QV (OLIVEIRA, F. et al., 2015), uma vez que a QV pode ser afetada por diversos fatores, como os individuais, idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, contagem de linfócitos T CD4+ e uso de TARV, mas também por fatores culturais, sociais e emocionais, os quais podem impactar na percepção deste construto (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; OLIVEIRA, F. et al., 2015).

Assim, a busca pela QV não encerra apenas com a extensão dos anos de vida, devendo-se levar em conta o significado de viver com HIV, o que pode representar a ruptura das relações afetivas, problemas com a sexualidade e falta de recursos sociais e financeiros, os quais podem comprometer a saúde mental, física e o bem-estar do indivíduo com HIV, de seus cuidadores e de familiares (CASTANHA et al., 2007).

Segundo Singh e colaboradores (2011), o convívio afetivo ou a relação profissional com o paciente com HIV podem levar o cuidador, os profissionais de saúde ou mesmo os familiares ao enfrentamento de situações de estigma e de discriminação, as quais podem gerar sobrecarga mental e psicológica, impactando em sua QV (CASALE et al., 2015).

Outro tema de grande investigação da QV é a adesão à TARV. Apesar de o tratamento precoce permitir melhora imunológica, amenizando os efeitos do HIV na saúde do indivíduo, influenciando positivamente em sua QV (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; MÛNENE; EKMAN, 2014), o uso incorreto ou descontínuo dos ARV, pode agravar o estado de saúde, o que aumenta potencialmente o risco de transmissão do HIV e os graves sintomas relacionados com a aids (GALVÃO et al., 2015; OLIVEIRA, F. et al., 2015).

Com a adesão ao tratamento, as PVHA podem apresentar melhorias clínicas, devido ao aumento de linfócitos T CD4+, de modo que os mais altos valores de T CD4+ têm estado associados com a melhor QV. No entanto, a diminuição dessas células pode levar à progressão da doença, bem como de vulnerabilidade a infecções decorrentes da infecção (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2013).

Contudo, para Mutabazi-Mwesigire et al. (2015b), a contagem de linfócitos T CD4+ nem sempre poderá influenciar na QV, o que reforça a influência dos fatores subjetivos, sociais e até culturais na determinação deste construto.

Diferentes variáveis, tais como gênero, renda e vínculo empregatício podem relacionar-se com as alterações psicológicas do indivíduo com HIV, e assim em sua QV (GASPAR et al., 2011; PASSOS; SOUZA, 2015).

Dessa forma, mesmo os homens referindo mais vergonha e medo na revelação sorológica, apresentam melhor QV que as mulheres vivendo na mesma condição, as quais são mais vulneráveis ao comprometimento da QV em relação ao HIV (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; HASAN et al., 2012; MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012).

Assim, por ser alta a incidência do HIV em mulheres de faixa etária produtiva e reprodutiva, estas poderão apresentar comprometimento em seu papel social de mãe e de trabalhadoras (MUTABAZI-MWESIGIRE et al., 2014). Nesse sentido, a dependência econômica e emocional é uma forte característica dessa população (GASPAR et al., 2011; PASSOS; SOUZA, 2015).

Sabe-se que os indivíduos mais jovens poderão sofrer mais com a condição de viver com HIV/aids que os mais velhos. Os efeitos adversos do tratamento ou mesmo o medo da revelação do diagnóstico podem impactar nas relações afetivas de pessoas mais jovens (PASSOS; SOUZA, 2015). Assim, conviver com o HIV/aids pode ser mais fácil para idosos, os quais, de modo geral, são menos preocupados com eventos futuros, sofrendo menos com o impacto da doença (SILVA; SALDANHA; AZEVEDO, 2010).

Com a disponibilidade de medicamentos que auxiliam na ereção e no desempenho sexual, muitos idosos passaram a ter vida sexual cada vez mais ativa. No entanto a falta de informações acerca da transmissão viral e de métodos de prevenção colabora para o aumento de casos de HIV nessa população

(BERTONCINI; MORAES; KULKAMP, 2007), impactando tanto na revelação do diagnóstico a (o) parceira (o) como no comprometimento da atividade sexual (OKUNO et al., 2014).

Os indivíduos com baixos níveis de educação podem apresentar comprometimento em seu nível de independência, com prejuízos em sua capacidade para o trabalho e para as atividades diárias, podendo repercutir na piora da QV (PASSOS; SOUZA, 2015).

Dessa forma, um maior e melhor nível de escolaridade poderá proporcionar mais conhecimento e fornecer benefícios financeiros, os quais estão diretamente relacionados a melhores oportunidades de emprego e de renda (GASPAR et al., 2011; REIS et al., 2011a, 2011b;). Além disso, fortalece a adesão à TARV, uma vez que o acesso e a compreensão das informações referentes ao tratamento e evolução da infecção poderão motivar os indivíduos na busca de melhores recursos para o convívio da condição sorológica (GALVÃO et al., 2015).

Os aspectos estruturais, como pobreza econômica e desigualdades sociais, podem dificultar a manutenção de hábitos saudáveis de vida e o acesso ao tratamento, acarretando prejuízos para PVHA, repercutindo negativamente na QV (MUTABAZI-MWESIGIRE et al., 2014).

A possibilidade de trabalhar permite ao indivíduo o sentimento de utilidade e produtividade, além de acesso às condições materiais de existência, sendo uma fonte de apoio social, emocional e de identidade (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011; REIS et al., 2011a, 2011b;).

A sexualidade é um aspecto da vida bastante comprometido pelo impacto da soropositividade (REIS et al., 2011a). A ausência da condição marital ou de relações afetivas estáveis está associada a baixos escores de QV (PASSOS; SOUZA, 2015).

O convívio com parceiros (as), em especial de parceiros que sejam soropositivos, possibilita o encontro de apoio social, reduzindo ansiedade na infecção do HIV, o que tem repercutido favoravelmente em melhores índices de QV (CUNHA et al., 2015; MELO et al., 2016; MUTABAZI-MWESIGIRE et al., 2014; SEELEY; RUSSELL, 2010).

Assim, a manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais é um aspecto fundamental na vida das PVHA para a busca de suporte emocional e, conseqüentemente, de QV (REIS et al., 2011a, 2011b;).

Desta forma, o convívio com o HIV/aids pode levar o indivíduo ao isolamento, à discriminação e à marginalização, sugerindo um forte impacto da infecção nas relações socialmente estabelecidas (GOVINDASAMY; FORD; KRANZER, 2012; REMOR, 2013). Assim, reforça-se a importância de formar uma rede social como o acesso aos serviços de saúde, recursos financeiros, à informação, moradia, entre outros, para apoiar os indivíduos, amenizando os impactos negativos em sua QV (FLECK, 2008; SANTOS; FRANÇA JUNIOR; LOPES, 2007).

O bom funcionamento psicológico, a oferta de suporte social e a capacidade física apresentada estão relacionadas com a melhor percepção de uma boa qualidade de vida por PVHA (CALVETTI et al., 2014).

Para Zeña et al. (2009), os sinais de depressão e ansiedade podem influenciar o sistema imunológico, reduzindo a resposta imune do organismo, o que pode levar ao surgimento de infecções oportunistas as quais impactarão na saúde de PVHA (REMOR et al., 2007).

Segundo Reis et al. (2011b), a prevalência de sintomas depressivos em indivíduos com HIV/aids comprovam o impacto negativo da depressão em muitos aspectos da QV, de modo que quanto maior a intensidade dos sintomas depressivos pior são os escores de QV encontrados (PASSOS; SOUZA, 2015).

Assim, segundo Szaflarski (2013), em meio ao sentimento de culpa, de solidão e de medo da morte, o exercício da espiritualidade por meio da fé ou crenças religiosas pode ajudar no enfrentamento à condição sorológica, melhorando a saúde, a QV e ajudando as pessoas que vivem com HIV a lidar com o estresse proveniente do estigma e de práticas discriminatórias.

Por meio dessa revisão, observa-se que os estudos que investigam a relação da qualidade de vida em PVHA, relacionam diferentes variáveis que podem impactar na saúde das pessoas (REIS et al., 2011a, 2011b; MEDERIOS; SILVA; SALDANHA, 2013), contudo, poucos estudos utilizam escalas específicas para avaliar a relação da qualidade de vida com o estigma, e, assim, ajudar na prática clínica, apontando a eficácia das intervenções aplicadas no controle da infecção e na satisfação do paciente (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; REIS et al., 2011a, 2011b).

3 Fundamentação Teórica

---

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir, apresenta-se os conceitos dos termos estigmatização, suporte social e qualidade de vida.

3.1 Estigma e Estigmatização

Entende-se por estigma o atributo que produz marcas que desvalorizam o sujeito, podendo ser considerado como “defeito”, “falha” ou alguma desvantagem que caracteriza o outro. E, por estigmatização, o ato ou efeito de estigmatizar, marcar alguém pelos estereótipos negativos, pelos rótulos discriminantes e preconceituosos (GOFFMAN, 1988; MUKOLO et al., 2013a); podendo estes rótulos estarem não apenas em um indivíduo, mas serem estendidos ao seus próximos, como familiares, amigos, profissionais de saúde e cuidadores (MUKOLO et al., 2013b; SMITH; MBAKWEM, 2010).

O pioneiro no estudo acerca do estigma foi o cientista social Erving Goffman, o qual, em sua obra, faz relação do estigma e da discriminação em temas voltados para doenças, sexualidade e problemas sociais, como a falta de moradia, com destaque para a relação do estigma com a doença mental e infecção pelo HIV (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012; PARKER, 2013).

Por vezes, o uso dos termos preconceito e discriminação aparecem juntos as pesquisas de investigação (MONTEIRO; VILLELA, 2014). Assim, se faz necessário diferenciar esses três construtos.

O estigma evidencia algo que, movido pelas crenças e sentimentos, extrapola em atitudes de prejulgamento, com representações sociais daquilo que é indigno, que mancha a reputação, que pressupõe contaminação, atribuindo descrédito ao outro que é diferente (GOFFMAN, 1988). Desde a obra de Goffman, esse construto tem sido mais utilizado no campo da saúde, relacionando-se com as doenças (BANDEIRA; BATISTA, 2002; BARD et al., 2016).

O termo preconceito é definido como um julgamento prematuro e inadequado, uma atitude hostil elaborada sem conhecimentos prévios. Implica na

negação do outro, por ser diferente e, na autoafirmação imediata como indivíduo superior/dominante (ALPORT, 1954; BANDEIRA; BATISTA, 2002). Desde a sua origem, o termo preconceito tem sido utilizado na investigação de questões sociais ligadas à discriminação (PARKER, 2013).

Discriminação é a conduta propriamente dita de rejeitar, diferenciar, excluir e restringir o indivíduo com base na sua raça, cor, sexo, idade, trabalho, credo religioso ou até mesmo convicções políticas. Em relação ao HIV/aids, a discriminação poderia ser por meio de atitudes e crenças estigmatizantes, leis, políticas e práticas que poderiam ser desiguais e injustas com PVHA (PARKER; AGGLETON, 2001).

O uso desses construtos juntos nas pesquisas da área da saúde começou nos últimos 10 a 15 anos, os quais ajudaram a compreender as consequências da discriminação sofrida na saúde, sob o efeito do estigma e preconceito (PARKER, 2013).

Assim, a partir do conceito de estigma, podem ser definidas duas categorias, os desacreditados e os desacreditáveis. As pessoas consideradas desacreditadas ou também conhecidas como estigmatizadas, apresentam uma característica ou atributo já conhecido ou que é imediatamente evidente. Nestas, o estigma é imposto, consistindo em experiências reais de discriminação descritos pelas pessoas estigmatizadas (GOFFMAN, 1988; PARKER, 2013; PARKER; AGGLETON, 2001).

Dessa forma, as pessoas ou grupos considerados desacreditados ou estigmatizados, são discriminados, sendo tratados incorreta e injustamente por seus atributos revelados (PARKER; AGGLETON, 2001). Assim, para compreender o significado do estigma na vida de PVHA, é preciso reconhecer o sofrimento por eles enfrentado (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012).

Como pessoas desacreditáveis, entende-se aquelas que possuem uma característica ou atributo que não é conhecido nem imediatamente visível. Nesses casos, os rótulos de discriminação não partem de outras pessoas, estão internalizados no próprio indivíduo, ligados muitas vezes a sentimentos de não aceitação da condição que vivem (GOFFMAN, 1988; VULETIC et al., 2013).

A falta de aceitação pode estar muito relacionada com sinais depressivos, com hostilidade, ansiedade e confusão, manifestados pelas pessoas que se sentem estigmatizadas (HASAN et al., 2012).

Sabe-se que estigma internalizado ou autoestigma pode levar os indivíduos ao isolamento social, movidos pela diminuição da autoestima, por sentimentos de vergonha, de culpa e de autoreprovação. Nesse sentido, a condição de estigmatização pode se tornar muito mais danosa do que a própria vivência da infecção e/ou doença (CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006).

Para Goffman (1988, p. 11) “(...) criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais os procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava”.

Assim, o que leva o indivíduo a se sentir inferiorizado é o fato de não se reconhecer igual aos outros, por perceber que apresenta um atributo “ruim” que o faz diferente. Goffman ainda diz que a relação com pessoas “normais” pode intensificar o estigma internalizado (GOFFMAN, 1988).

Diante da possibilidade de serem estigmatizados, os indivíduos poderão não mais assumir a sua identidade real, marcada pelos atributos que realmente possuem, para apresentar uma identidade, chamada por Goffman de identidade virtual, caracterizada por atributos que são falsamente adotados, apenas diante de estranhos, a fim de omitir características reais, como forma de corrigir ou de omitir a sua condição (GOFFMAN, 1988).

Nesse confronto, os indivíduos estigmatizados têm a sua identidade deteriorada. Apagar traços de origem, omitir fatos e maquiar a realidade, é uma forma de obter respeito e aceitação social na melhora de vida (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011). Assim, a questão não se torna apenas envolta da tensão gerada nos contatos sociais, mas na manipulação da identidade (GOFFMAN, 1988).

Em síntese, o processo de estigmatização se dá tanto por parte daqueles que rotulam como por aqueles que sendo marcados, estigmatizam a si próprios devido ao autoconceito e percepção deteriorada do indivíduo. Assim, o estigma pode provocar na pessoa estigmatizada baixa autoestima, depressão, isolamento social, que refletirão em sua qualidade de vida (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011).

A obra de Goffman influenciou outros trabalhos, como o estudo de Berger, Ferrans e Lashley (2001) que, utilizando o referencial de Goffman, desenvolveram um modelo conceitual, apresentado na **figura 1**, a fim de nortear a construção da Escala de Estigmatização para Pessoas que vivem com HIV/aids.

Nesse modelo, o estigma é retratado pela percepção dos participantes da pesquisa, acerca de como os outros e a sociedade enxergam as pessoas que vivem com HIV/aids, ou seja, estigma imposto; e por meio das autopercepções, de como as próprias pessoas com HIV/aids, se veem, sendo este o estigma internalizado (BERGER; FERRANS; LASHLEY, 2001).

Figura 1: Modelo de estigma percebido em pessoas com HIV/aids
Fonte: BERGER; FERRANS; LASHLEY, 2001.

Assim, as características precursoras estariam ligadas às percepções dos indivíduos que vivem com HIV/aids, acerca de sua relação com o meio social e consigo mesmos (BERGER; FERRANS; LASHLEY, 2001).

É possível encontrar associações das percepções relativas ao HIV/aids interferindo na adesão ao tratamento, seja por meio do abandono (MUKOLO et al.,

2013a; NYAMATHI et al., 2013; SAYLES et al., 2009; VARAS-DÍAZ et al., 2012) ou da melhora da adesão (SMITH; MBAKWEM, 2010).

Já o estigma percebido, estaria relacionado com a sensação de ser um indivíduo desqualificado socialmente, podendo levar ao isolamento social, por se achar merecedor da condição que vive, tornando-se causa de vergonha (AKENA et al., 2012; GROUY et al., 2010; NYAMATHI et al., 2013).

Isso muitas vezes desperta nos indivíduos um esforço para conseguir realizar atividades não possíveis para pessoas com o seu “defeito”, numa tentativa de mostrar que são diferentes, que podem superar as expectativas dos outros (SMITH; MBAKWEM, 2010; SOUZA et al., 2013).

Dessa forma, no eixo das possíveis respostas, estaria a mudança do atutoconceito, as reações emocionais em relação aqueles que estigmatizam e o emprego de técnicas que minimizem o estigma, as quais podem estar ligadas ora no desejo de corrigir a base do estigma, levando o indivíduo estigmatizado à predisposição à vitimização, ora no desejo de tentar corrigir sua condição, buscando o desenvolvimento de habilidades importantes (BERGER; FERRANS; LASHLEY, 2001; GOFFMAN, 1988).

3.2 Suporte Social

O conceito de suporte social ganhou destaque com os autores Cobb, Cohen e Wills, sendo definido por Cobb (1976, p.300) como “... a *informação que leva o indivíduo a crer que é cuidado, amado e estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mutuas*”. Pode, ainda, ser concebido segundo o modelo de buffering ou amortecimento, como o suporte que amortece as consequências negativas de um evento estressante no sujeito; ou como efeito direto, o suporte considerado benéfico independente de situações de estresse (COHEN; WILLS, 1985).

Em outra vertente de investigação, o suporte social está vinculado à desigualdade social, de forma que pessoas pertencentes a classes sociais mais altas recebem, em tese, mais atenção (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997).

Dressler, Balieiro e Santos (1997) ainda complementam que o construto ainda pode ser abordado segundo a sua dimensão cultural, em que o suporte social muda com a relação social.

Junto ao conceito de suporte social, estão dois conceitos intimamente ligados, o de apoio social e o de redes sociais; assim, vale diferenciá-los.

Se o suporte social é apoio emocional ou prático recebido da família, amigos, igreja, escola, serviços de saúde etc., na forma de cuidado e afeto, apoio social é qualquer auxílio material, informação, oferecidos a grupos e pessoas que apresentam familiaridade, resultando em benefícios para o indivíduo. Assim, pela proximidade dos termos suporte e apoio social, estes são utilizados como um só construto (COSTA; LUDERMIR, 2005).

Redes sociais são entendidas como as relações significativas ou diferenciadas em relação às demais, cujos laços de proximidade local, afinidades, parentesco e solidariedade ligam as pessoas. Assim, o suporte oferecido pelas redes, por seu caráter subjetivo, permite a aproximação pelo laço de amizade, formando uma teia que une as pessoas (SLUZKI, 1997).

O suporte social é um construto complexo e multidimensional, o qual pode ser utilizado para vários enfoques, sendo que na maioria dos estudos envolvendo este construto, este foi utilizado mais para avaliar o seu efeito sobre os níveis de saúde e bem-estar, em função de investigar os fatores não biológicos que afetam a saúde (CARDOSO; BAPTISTA, 2015; COBB, 1976; COHEN; WILLS, 1985; MELROSE; BROWN; WOOD, 2015).

Para Sarason et al. (1983, p,127), o suporte social é a “existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós”.

Esse construto pode estar associado à satisfação com as relações e com a vida, sendo utilizado para avaliar os efeitos das relações interpessoais (SILVA et al., 2003).

Assim, o construto suporte social relaciona-se ao grau em que as necessidades sociais de uma pessoa são satisfeitas por meio de sua interação com os outros, destacando sua importância em relação à melhoria da qualidade de vida do indivíduo, com redução do mal-estar, de sinais de depressão e de estresse, amenizando o desenvolvimento de doenças e agravos, e contribuindo para o

processo de recuperação das enfermidades (CARDOSO; BAPTISTA, 2015; MELROSE et al., 2015).

A oferta de suporte social pode influenciar positiva ou negativamente na forma como o indivíduo lida com as adversidades. Assim, mensurar o suporte social pode ser uma estratégia importante para identificar situações de risco para tomadas de decisão (MARÔCO et al., 2014).

O suporte social pode ser diferenciado em recebido e percebido, sendo o suporte social recebido aquele que o indivíduo está efetivamente recebendo; e suporte social percebido aquele que o indivíduo percebe ter disponível (RIBEIRO, 1999; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Contudo, atualmente, os estudos sobre suporte social têm investigado dois aspectos, os estruturais e os funcionais do suporte, de modo que os aspectos estruturais estão relacionados à frequência e à quantidade de suporte recebido; e os aspectos funcionais à disponibilidade e ao tipo de apoio recebido, assim como ao nível de satisfação com o mesmo (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2013; HABER et al., 2007).

No aspecto funcional do suporte social, destacam-se duas categorias predominantes na literatura, a instrumental e a emocional. Na categoria instrumental, tem-se a disponibilidade de apoio financeiro, material e auxílio para as atividades de vida diária; e em relação à categoria emocional, têm-se ações que contribuem para que a pessoa se sinta cuidada (HABER et al., 2007; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Para efeito deste trabalho, será considerado apenas o suporte social do tipo instrumental e emocional, sendo verificada a eficácia do modelo buffering (COHEN; WILLS, 1985).

Dessa forma, o suporte social é um conceito que envolve a rede de relacionamentos sociais do paciente e o seu grau de satisfação com o apoio social recebido (HABER et al., 2007; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006). Assim, o suporte social pode se dar por meio por profissionais de saúde, familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, etc., os quais têm como intenção colaborar para o bem-estar dos indivíduos, principalmente, daqueles que vivem em situação de exclusão (CHRISTAKIS; FOWLER, 2010; WATTS; STROGATZ, 1998).

O uso do construto é aceito para estudos que abordem tanto a saúde como as doenças, podendo considerar como variável do suporte social o número de

peessoas que se relaciona, o grau de proximidade, de intimidade e a frequência dos contatos (RIBEIRO, 1999).

Assim, o referido construto pode ser compreendido pelo apoio oferecido ao indivíduo por meio da assistência ao cuidado com suas necessidades biológicas, financeiras; e por meio de afetos, capaz de fazê-lo se sentir amado, seguro e protegido (CHOR et al., 2001), podendo amenizar perturbações induzidas pelo estresse e tornando as pessoas mais seguras para enfrentar as vicissitudes da vida (RUTTER; QUINE, 1996; SINGER; LORD, 1984).

3.3 Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como *“estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”*; estando ligada à melhoria da QV e à disponibilidade de direito à saúde, educação, lazer, moradia e trabalho (FLECK, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2009).

A QV sempre esteve entre os homens, remetendo ao interesse pela vida, contudo só ganhou importância nas ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que os sinais e sintomas, a diminuição da morbidade ou o aumento da expectativa de vida, sendo visto como sinônimo de bem-estar (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A introdução do conceito de QV, como objeto de investigação na saúde, passou a ser adotada desde a década de 1970, com o avanço dos meios de diagnóstico e de tratamentos, os quais repercutiram em prolongamento da expectativa de vida da população geral, refletindo positivamente na vida das pessoas. A partir daí, surgiu a preocupação de como as pessoas viveriam o aumento da sobrevida (MEDEIROS; SALDANHA, 2012).

Assim, a atenção voltada para o indivíduo vem crescendo nos últimos anos, com a preocupação de compreender e de valorizar mais os aspectos ligados a sua QV e aos fatores relacionados com o bem-estar físico, mental e social (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A definição do termo QV ainda não tem um consenso, sendo identificadas duas fortes tendências, uma mais genérica que apresenta a QV de forma mais ampla, sem fazer referência a disfunções ou agravos, e outra mais voltada para saúde, englobando as dimensões específicas do estado de saúde (CAMPOS; NETO, 2008).

Assim, segundo a Organização Mundial de Saúde, através do grupo WHOQOL, QV é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE - WHOQOL, 1995, p.1405).

É considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995).

Dessa forma, as definições de QV perpassam por duas esferas, os elementos objetivos e os subjetivos (VILARTA; GONÇALVES, 2004).

Ligadas aos elementos objetivos, estão as necessidades básicas para a manutenção da vida humana, como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, saúde e lazer (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000); assim como a aquisição de bens materiais, os avanços educacionais e as condições de saúde (VILARTA; GONÇALVES, 2004).

Já em relação aos elementos subjetivos, estariam as percepções dos sujeitos em relação à própria vida, ao amor, felicidade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000), englobando sentimentos, juízos de valor dos indivíduos (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012), cultura e expectativas pessoais e sociais, quanto à sua posição na vida (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a, 2015b).

A QV é um construto multidimensional que inclui questões econômicas, estilo de vida, condições de saúde, habitação, satisfação pessoal e do ambiente social, entre outras (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; OKUNO et al., 2014).

Assim, em relação às PVHA, para compreender suas esferas objetivas e subjetivas, é preciso conhecer qual o significado do impacto da sobrevida para esses indivíduos, identificando suas incertezas em relação ao futuro, aos papéis sociais, identidades e às relações interpessoais (MEDEIROS; SALDANHA, 2012; SILVA; SALDANHA; AZEVEDO, 2010).

A infecção afeta a QV das pessoas, a estigmatização impacta nos modos de convivência, no enfrentamento da doença, no processo de aceitação, bem como nos aspectos físicos, psicológicos, no nível de independência, no meio ambiente e na espiritualidade e crenças (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a, 2015b; HIPOLITO et al., 2014).

Com o avanço no tratamento repercutindo na expectativa de vida das PVHA, a doença tornou-se crônica, surgindo a necessidade de se avaliar a qualidade de vida dessas pessoas por meio da efetividade dos tratamentos e das intervenções na área da saúde (BENJAMIM et al., 2013).

Assim, estudos que exploram a relação entre determinantes psicossociais em PVHA têm levantado importantes dimensões no enfrentamento dessa doença, destacando-se também o envolvimento de determinantes clínicos na avaliação do sistema imunológico em estudos de QV no contexto do HIV (MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2013).

Dessa forma, é importante o uso de instrumentos que ajudem a avaliar e conhecer a QV desse grupo específico, uma vez que este construto permite comparar o impacto global da doença e dos diversos tratamentos, assim como avaliar o bem-estar dessa população como um todo. Desse modo, estudos nessa área ajudam a subsidiar intervenções assistenciais pautadas numa perspectiva ampla do processo saúde-doença (TEIXEIRA et al., 2015).

Em relação aos instrumentos já construídos para avaliar a QV, podem ser encontrados os genéricos e específicos. Os genéricos foram construídos para outras doenças crônicas, que não a aids e avaliam de forma global os aspectos físico, mental, psicológico, emocional, sexual, entre outros (SOÁREZ et al., 2009). Estes não se atentam para questões comuns de PVHA, como a adaptação à doença, a sexualidade e ao relacionamento interpessoal; além disso, não consideram o estigma, o preconceito e a segregação, a que estão expostos esses indivíduos (VIGNALE; CALANDRIA, 1999).

Já os instrumentos específicos, avaliam a QV de PVHA, relacionando a doenças, agravos ou intervenções médicas realizadas (SOÁREZ et al., 2009).

Dentre os questionários específicos para avaliar a QV de PVHA, destaca-se o *HIV/AIDS-Target Quality of Life* (HAT-QoL), construído em 1999 nos Estados Unidos, o qual, desde que foi validado para o português do Brasil, tem sido utilizado,

contribuindo para a avaliação da QV na população com HIV/aids no país, mostrando-se compreensível e de fácil aplicação (SOÁREZ et al., 2009).

4 Justificativa do Estudo

---

4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Com a existência do estigma acerca do HIV e da aids, muitas pessoas que vivem nesta condição sofrem por se sentirem diferentes, inferiores, culpadas e com vergonha, como se tivessem transgredido uma regra da sociedade, usando drogas ou se envolvendo em relações sexuais de risco, como na promiscuidade (HASAN et al., 2012).

Muitas vezes, na revelação da sorologia positiva, o estigma relacionado com este agravo, pode impactar negativamente nas relações existentes, provocando o afastamento de familiares, de amigos até a falta de apoio de profissionais de saúde, levando os indivíduos que vivem com HIV/aids ao isolamento social, à baixa autoestima e à depressão (RAO et al., 2012a, 2012b; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006;).

Dessa forma, sentindo-se estigmatizados, e sem suporte social, muitos indivíduos abandonam o seguimento clínico, rompem com a adesão ao tratamento, tornando-se mais suscetíveis às infecções oportunistas, com déficit em sua qualidade de vida (OLIVEIRA, F. et al., 2015; OLIVEIRA, A. et al., 2015).

Assim, para compreender o significado da estigmatização para PVHA, é preciso identificar o impacto do HIV/aids no suporte social percebido e na qualidade de vida referida pelos indivíduos.

Sabe-se que os aspectos que tornam o indivíduo mais vulnerável ao HIV e ao tratamento, apesar de abranger diversas dimensões, não dependem apenas da informação e da postura individual, mas de uma série de fatores estruturais que, ligados ao estigma e as percepções da doença, afetam os indivíduos, independentemente de sua vontade (CAMPOS et al., 2014).

Com a aids, vieram também as dúvidas, os sentimentos e os estigmas que influenciaram o imaginário social, com concepções negativas da doença, as quais estigmatizam os indivíduos que vivem nesta condição, acarretando danos em sua qualidade de vida (CARVALHO; PAES, 2011).

A revelação da condição sorológica é algo extremamente difícil para PVHA, podendo ser um evento crucial na vida deste indivíduo, de sua família e dos amigos. Assim, a percepção negativa e a falta de conhecimento que levam ao estigma e à

discriminação são uma barreira importante no enfrentamento da epidemia do HIV (ANDRADE; IRIART, 2015).

Para Vermeer et al. (2009), a desinformação sobre a doença, sobre a transmissão, o tratamento e os métodos de diagnóstico, associados às crenças estigmatizantes, representam potenciais barreiras para o sucesso do tratamento, com possibilidades de diminuição da qualidade de vida, pelo isolamento social e pela perda do interesse em viver.

Assim, o estigma associado ao HIV/aids representa uma força motriz que influencia os resultados comportamentais e podem levar à depressão, ao isolamento e à autodesvalorização, prejudicando a busca por novos casos, pelo medo de realização do teste, devido ao receio do resultado, além de interferir na relação dos usuário com o serviço de saúde, prejudicando o tratamento dos casos já confirmados (AYRES et al., 2003; SOUSA et al., 2013).

Sabe-se que o suporte social, vindo da família, dos amigos e dos profissionais de saúde, pode facilitar o enfrentamento frente ao diagnóstico da infecção pelo HIV e ao estigma relacionado a infecção (YOUCHUN et al., 2014; ZHANG et al., 2014).

Para Herrmann et al. (2013), o sofrimento psicológico pode interferir na qualidade de vida de PVHA, com possibilidade de suspensão do acompanhamento clínico e do tratamento dos ARV.

Assim, pelo impacto negativo do estigma na vida de PVHA, percebe-se que que são necessários estudos que ajudem a compreender os efeitos deste construto e a sua relação com o suporte social e qualidade de vida de pessoas que vivem na soropositividade, identificando a percepção de pessoas, valores, objetivos, expectativas e especulações (WHOQOL, 1995).

Estudos desta natureza são necessários por subsidiar intervenções específicas ao contexto, ajudando nos enfrentamentos e na angústia persistente relacionada ao estigma, reformulando percepções pessoais e públicas acerca da infecção pelo HIV e amenizando os efeitos sociais e psicológicos (GUILHEM; AZEVEDO, 2008).

Assim, pelas muitas relações negativas do estigma na vida de PVHA, vem este estudo: traçar um diagnóstico da população participante, sendo o primeiro estudo desta natureza a ser realizado com a população nesse ambulatório; sensibilizar a equipe de profissionais para ações de intervenção que ajudem a

minimizar os efeitos do estigma em relação a soropositividade; e, contribuir com a investigação acerca da temática, uma vez que são poucos os estudos que relacionam os construtos estigma, suporte social e QV, utilizando instrumentos específicos para mensurar o efeito na população de PVHA (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012).

5 Hipóteses

---

5 HIPÓTESES

- A estigmatização das PVHA tem relação com os fatores sociodemográficos;
- A estigmatização das PVHA tem relação com os fatores da vida afetivo-sexual;
- A estigmatização das PVHA tem relação com os fatores epidemiológicos e clínicos;
- A estigmatização das PVHA tem relação com os fatores de tratamento e uso de drogas;
- A estigmatização das PVHA está inversamente relacionada com o suporte social e com a qualidade de vida.

6 Objetivos

---

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Analisar a estigmatização de pessoas que vivem com HIV/ aids e sua relação com o suporte social recebido e a qualidade de vida de usuários de um Ambulatório Especializado.

6.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população segundo as variáveis:
  - sociodemográficas (procedência; sexo; idade; escolaridade; situação conjugal; presença de filhos; renda; ocupação; condição da moradia; arranjo domiciliar; religião e convívio com familiares com HIV/aids);
  - da vida afetivo-sexual (orientação sexual; parceria afetiva; situação diagnóstica do (a) parceiro (a) e uso de preservativo masculino);
  - epidemiológicas e clínicas (tempo de ciência de infecção pelo HIV; categoria de exposição ao HIV; contagem de carga viral e linfócitos T CD4+; internações; comorbidades e necessidade de cuidados);
  - de tratamento e uso de drogas (início/interrupção do tratamento; efeitos adversos; consumo de drogas);

- Analisar a estigmatização e sua relação com as variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo;

- Analisar o suporte social e sua relação com as variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo;
- Analisar a qualidade de vida e sua relação com as variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas da população do estudo;
- Analisar as correlações da escala de estigmatização com os domínios da escala de suporte social e qualidade de vida;
- Analisar a influência conjunta das variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas, de uso de drogas, de suporte social e qualidade de vida sobre a estigmatização, por meio de um modelo de análise de regressão múltipla.

7 Material e Método

---

7 MATERIAL E MÉTODO

7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa, utilizado para investigar a relação da estigmatização de PVHA em acompanhamento clínico ambulatorial na rede de serviços de saúde de Passos – MG, com fatores sociodemográficos, clínicos, de suporte social e de qualidade de vida.

Os estudos transversais, também conhecidos como estudos de prevalência, envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo, o que, segundo Polit e Beck (2011), são muito apropriados para descrever uma situação, um fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo, além de propiciarem o conhecimento direto da realidade que se está estudando por meio de um mecanismo rápido e econômico (GIL, 1999).

A pesquisa quantitativa tem a finalidade de mensurar resultados, realizando comparações entre as variáveis, objetivando uma representatividade numérica. Trata de associações, de comparações e de correlações com significância estatística, importantes para se conhecer uma determinada realidade (MARCONI; LAKATOS, 2006).

7.2 Local do estudo

O estudo foi realizado Ambulatório Escola da Faculdade de Enfermagem de Passos (AMBES), localizado na cidade de Passos – MG, o qual possui serviço especializado para atender pessoas que vivem com HIV/aids e hepatites virais. Este ambulatório foi criado em 1992, por iniciativa da Faculdade de Enfermagem de Passos e pela união de esforços entre a Prefeitura Municipal de Passos e Gerenciamento Regional de Saúde de Passos, objetivando, inicialmente, desenvolver atividades para PVHA.

O município de Passos está localizado na região sudoeste do Estado (Figura 2). Com uma população estimada em 2015 de 113.122 habitantes, distribuídos em uma área total de 1.339 km², com uma densidade demográfica de 79,44 hab/km², é

a 4.^a maior cidade do Sul/Sudoeste Mineiro e a 26^a do Estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA – IBGE, 2016).

A cidade é um pólo regional, cuja economia é baseada principalmente na agropecuária, no agronegócio, em pequenas indústrias de confecções e de móveis, além de um forte setor de serviços. Nos transportes, a cidade é cortada pelas rodovias MG-050 e pela BR-146, as quais se destacam o tráfego de caminhões, no transporte de cargas, por estas serem um elo importante entre o Estado de São Paulo e a capital de Minas Gerais.

Figura 2: Localização da cidade Passos

Fonte: Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Passos_\(Minas_Gerais\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Passos_(Minas_Gerais))>. Acesso em: 10 jul. 2016.

Para os atendimentos em saúde, Passos apresenta recursos para o tratamento de várias enfermidades, com quatro hospitais:

- Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos – filantrópico;
- Hospital São José (Unimed) – particular;
- Hospital Regional do Câncer de Passos – filantrópico;
- Hospital Psiquiátrico Otto Krakauer – filantrópico.

Além disso, conta com uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, com 17 Unidades de Programa de Saúde da Família, com 10 Ambulatórios de Saúde para atendimento básico, e com um Ambulatório Especializado para HIV/aids e para hepatites virais (AMBES) (IBGE, 2016).

O AMBES nasceu de uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Passos e a Fundação de Ensino Superior de Passos e se tornou referência regional em prevenção e em tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), aids e hepatites virais. O serviço possui o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que realiza aproximadamente 2.000 sorologias anti-HIV por ano; atende cerca de 300 pacientes soropositivos que estão em tratamento e 350 pacientes com hepatites virais; e ainda conta com uma Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM), responsável pela entrega e controle de medicamentos antirretrovirais para Passos e toda microrregião.

O AMBES é um serviço que atende a cidade de Passos e mais 18 municípios da microrregião, sendo referência no tratamento de pessoas que vivem com HIV/aids e hepatites.

7.3 População do estudo

No início da pesquisa, havia 756 cadastros de PVHA no AMBES, os quais somavam todos os registros de HIV/aids da unidade, desde a sua inauguração. Destes, 418 (55,3%) representavam os óbitos e os cadastros de pacientes que haviam transferido ou abandonado o serviço.

Assim, fizeram parte do estudo os 338 (44,7%) pacientes com HIV/aids, cadastrados no AMBES, os quais eram considerados pacientes ativos no programa de DST/aids, por comparecerem à unidade para consultas, para exames laboratoriais e para a retirada de medicamentos na farmácia; destes, 213 residiam na cidade de Passos e os demais eram pacientes de outros municípios da área assistida.

Dessa forma, os participantes deste estudo foram a população de pacientes com HIV/aids do AMBES, de ambos os sexos, ativos no programa e residentes no município de Passos e na microrregião (Figura 3).

Os critérios utilizados para a inclusão:

- ser sabiamente soropositivo para o HIV/aids há pelo menos seis meses;
- estar em uso da terapia antirretroviral há pelo menos seis meses;
- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- estar em seguimento clínico na unidade de saúde.

Crítérios utilizados para a exclusão:

- indivíduos em situações de confinamento, tais como presidiários e institucionalizados, residentes em casas de apoio.

Figura 3: Fluxograma das etapas de inclusão dos usuários na pesquisa e composição dos participantes do estudo

7.4 Coleta de dados

A coleta dos dados aconteceu em dois momentos; por meio de entrevistas individuais e consulta em prontuário médico.

As entrevistas foram realizadas em salas do ambulatório-escola, feitas pelo pesquisador ou por auxiliares de pesquisa, devidamente treinados para a abordagem e para aplicação dos instrumentos de coleta dos dados.

A consulta ao prontuário médico era feita no próprio ambulatório, preferencialmente após cada entrevista. Os dados selecionados para coleta no prontuário foram aqueles com possibilidade de viés de memória pelos participantes, como, data de diagnóstico; data de início do tratamento; contagem de linfócitos T CD4+ e contagem de carga viral.

Para os exames laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4+ e contagem de carga viral, utilizou-se os últimos resultados, disponíveis nos prontuários, os quais datavam até seis meses anterior à coleta.

O treinamento oferecido aos dois auxiliares de pesquisa consistiu-se de 20 horas de leitura e discussão acerca do HIV/aids (história, sinais e sintomas, tratamento, diagnóstico); o estigma; o suporte social; a qualidade de vida; e os instrumentos de coleta de dados deste estudo, a fim de aproximar a estrutura e linguagem desses auxiliares .

Antes da coleta, o pesquisador e os auxiliares de pesquisa compareceram à unidade por três meses, para se aproximar da rotina da unidade, de funcionários e usuários.

7.5 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto envolvendo 20 PVHA de diferentes faixas etárias, sexo e escolaridade e que estavam em acompanhamento no AMBES.

O objetivo da aplicação desse estudo piloto foi avaliar: os mecanismos de abordagem dos usuários; o melhor momento para a coleta dos dados; e, a eficácia na ordem de apresentação dos instrumentos de coleta.

Ao final desse processo, iniciou-se a coleta dos dados propriamente dita.

7.6 Instrumentos para coleta de dados

Os sujeitos que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, respondendo quatro questionários. Os instrumentos utilizados foram compreendidos por questionário sociodemográfico e de saúde, com questões que ajudaram a traçar o perfil da população; a Escala de Estigmatização para pessoas que vivem com HIV/aids; a Escala de Suporte Social para pessoas que vivem com HIV/aids e o Questionário HAT-Qol.

Os instrumentos foram aplicados invariavelmente na seguinte sequência: 1) Questionário sociodemográfico e de saúde; 2) Questionário HAT-Qol; 3) Escala de Suporte Social para pessoas que vivem com HIV/aids; e 4) Escala de Estigmatização para pessoas que vivem com HIV/aids .

7.6.1 Questionário Sociodemográfico e de Saúde

Trata-se de um questionário estruturado previamente (Apêndice A), o qual está dividido em 44 questões distribuídas em três diferentes abordagens, sendo 20 questões para identificar os dados sociodemográficos, 07 para dados da vida afetivo-sexual e 17 questões de investigação clínica, epidemiológica e laboratorial.

O instrumento foi submetido à validação teórica de face e conteúdo, por sete especialistas no assunto, seguindo recomendação descrita por Pasquali (2010), sendo avaliado os seguintes aspectos:

Objetivo de medida do questionário, a fim de evitar itens que não atendam ao objetivo do instrumento;

População-alvo, importante para julgar a relevância e a abrangência dos itens para a população participante;

Conceitos que o questionário se destina a medir, para julgar a adequação do questionário para a finalidade específica;

Seleção de itens e redução de itens, para julgar a necessidade de redução ou a inclusão de item.

Interpretabilidade dos itens, conferindo se o questionário apresenta questões curtas e simples, sem uso de palavras ou de termos de difícil compreensão, sem haver itens com duas ou mais perguntas ao mesmo tempo.

7.6.2 Escala de Estigmatização para pessoas que vivem com HIV/aids

Trata-se de uma escala construída por Berger, Ferrans, e Lashley (2001), traduzida do inglês para o português e utilizada em trabalho realizado com o mesmo tipo de população (SUIT; PEREIRA, 2008).

Onde se lia “HIV” ou “soropositivo”, nesta escala, passa-se a ler “AIDS”. Essa mudança foi feita em função de o termo “AIDS” ser mais representativo do que o termo “Portadores do HIV” na cultura local, para designar ambos os tipos de portadores, isto é, os que não desenvolveram a AIDS e os que já desenvolveram. A partir desse ponto do trabalho, estigmatização personalizada, revelação, atitudes públicas e autoimagem negativa são denominadas ora como dimensões da vivência de estigma, ora como subescalas da escala de vivência de estigma, objetivando, porém, um mesmo significado em ambos os casos.

A escala é composta por 40 itens que estão distribuídos em 4 domínios: 1) Estigmatização personalizada, 2) Revelação, 3) Autoimagem negativa e 4) Atitudes públicas (Anexo A) .

Durante as etapas de validação deste instrumento, verificou-se que 16 itens poderiam ser atribuídos a mais de um domínio ou subescala, estando todos os 40 itens pertencentes a pelo menos um dos quatro domínios, como descrito no Quadro 1.

DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS	DOMÍNIOS
01) Em muitos setores da minha vida, ninguém sabe que eu tenho AIDS.	2
02) Eu me sinto culpado por ter AIDS.	3
03) As atitudes das pessoas em relação à AIDS fazem com que eu me sinta pior comigo mesmo.	3
04) Dizer a alguém que eu tenho AIDS é um risco.	2, 4
05) As pessoas que têm AIDS perdem o emprego quando os patrões descobrem.	4
06) Eu me esforço muito para que as pessoas não saibam que eu tenho o HIV.	2, 3
07) Eu não me sinto uma pessoa tão boa quanto as outras, porque eu tenho AIDS.	3
08) Eu nunca tenho vergonha de ter AIDS.	3
09) Pessoas que têm AIDS são tratadas como pessoas excluídas.	4
10) A maioria das pessoas acredita que alguém que tem AIDS é promíscua.	4
11) É mais fácil evitar novas amizades do que ficar me preocupando em dizer a alguém que eu tenho AIDS.	3, 2, 4
12) Ter AIDS faz com que eu me sinta sujo(a).	3
13) Desde que eu soube que tinha AIDS, eu me sinto isolado(a) e excluído(a) do resto do mundo.	1, 3, 4
14) A maioria das pessoas acha que uma pessoa que tem AIDS é nojenta.	4
15) Ter AIDS faz com que eu me sinta uma pessoa ruim.	3
16) A maioria das pessoas que têm AIDS é rejeitada quando as outras pessoas descobrem.	4, 1
17) Eu tomo bastante cuidado ao decidir a quem eu digo que tenho AIDS.	2
18) Algumas pessoas que sabem que eu tenho AIDS se distanciaram de mim.	1
19) Desde que eu soube que tinha AIDS, eu fico preocupado(a) se as pessoas vão me discriminar.	4, 2
20) A maioria das pessoas se sente desconfortável quando está com alguém que tem a AIDS.	4
21) Eu nunca sinto a necessidade de esconder o fato de que eu tenho AIDS.	2
22) Eu fico achando que as pessoas podem me julgar quando elas sabem que eu tenho AIDS.	2, 4
23) Ter AIDS em meu corpo me causa nojo.	3
24) Eu me sinto magoado(a) pela maneira como as pessoas reagiram quando souberam que eu tinha AIDS.	1
25) Eu fico preocupado(a) com o fato de que as pessoas que sabem que eu tenho AIDS possam contar a outras pessoas.	2
26) Eu me arrependo de ter contado a algumas pessoas que eu tenho AIDS.	1
27) De forma geral, contar a outras pessoas que eu tenho AIDS foi um erro.	1, 4, 3
28) Algumas pessoas evitam me tocar quando sabem que eu tenho AIDS.	1, 4
29) As pessoas que eu considero importantes para mim pararam de me ligar depois que souberam que eu tenho AIDS.	1
30) As pessoas me disseram que eu mereci estar com AIDS por causa do modo como eu estava vivendo minha vida.	1, 4
31) Algumas pessoas próximas a mim temem que elas sejam rejeitadas se todos ficarem sabendo que eu tenho AIDS.	1
32) As pessoas não querem que eu tenha contato com seus filhos ou filhas depois que elas sabem que eu tenho AIDS.	1, 4
33) As pessoas evitam contato físico comigo depois que sabem que eu tenho AIDS.	1, 4
34) Algumas pessoas agem como se eu fosse culpado(a) por ter AIDS.	1, 4
35) Eu parei de me encontrar com algumas pessoas por causa da reação delas ao fato de eu ter AIDS.	1
36) Eu perdi amigos quando contei para eles que eu tinha AIDS.	1
37) Eu pedi às pessoas próximas a mim que não contassem a ninguém que eu tenho AIDS.	2
38) As pessoas que sabem que eu tenho AIDS têm a tendência de ignorar minhas qualidades.	1, 3, 4
39) As pessoas sentem medo de mim quando sabem que eu tenho AIDS.	1, 4, 3
40) Quando alguém sabe que você tem AIDS, procura defeitos em seu caráter.	4, 1

Quadro 1: Distribuição dos itens e domínios da Escala de Estigmatização
Fonte: BERGER; FERRANS; LASHLEY, 2001

Na **subescala ou domínio de estigmatização personalizada (domínio 1)**, composta por 18 itens, objetiva-se a avaliação da vivência do estigma, em termos das atitudes negativas das pessoas em relação à própria pessoa, pelo fato de ser soropositiva, assim como consequentes sentimentos de mágoa e de isolamento social a partir da soropositividade.

A **subescala ou domínio de revelação (domínio 2)** é composta por 10 itens, e seu objetivo é avaliar como a pessoa lida e se sente com a revelação ou a possibilidade de revelar sua soropositividade a outras pessoas, e como se sente com as reações das pessoas às quais já revelou.

A **subescala ou domínio de autoimagem negativa (domínio 3)** é composta por 13 itens, e tem por objetivo avaliar sentimentos de autodesvalorização e autoexclusão, decorrentes do ser soropositivo.

A **subescala de atitudes públicas (domínio 4)**, composta por 20 itens, toma-se como objetivo a avaliação do respondente sobre como as pessoas, de um modo geral, consideram quem é soropositivo.

Trata-se de uma escala do tipo Likert de quatro pontos, discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4); de forma que as dimensões da escala de estigmatização são medidas em escores que variam de um (menor vivência de estigma) a quatro (maior vivência de estigma).

Para o cálculo do escore da escala de estigmatização, considera-se a inversão dos itens 8 e 21. O escore total se dá pela soma dos 40 itens da escala, os quais terão pontuação mínima de 40 e máxima de 160 pontos. Já as subescalas, terão pontuação variável, ou seja, a pontuação da subescalas estigmatização personalizada varia de 18 a 72 pontos; a subescala revelação, de 10 a 40 pontos; a subescala autoimagem negativa, de 13 a 52 pontos; e a subescala atitudes públicas, de 20 a 80 pontos.

A escala permite a avaliação do escore total de estigmatização pela soma dos 40 itens e ainda possibilita a soma dos itens por domínio, sendo utilizados como subescalas para a reflexão e para a interpretação do conceito (BERGER; FERRANS e LASHLEY, 2001).

Assim, para melhor análise da escala ou subescalas, após a inversão dos itens, para a pontuação, deve ser realizada a média aritmética das respostas, obtidas dos itens pertencentes a essa escala ou subescala.

Foi solicitada permissão para uso da escala por meio de mensagem eletrônica para os autores da escala original (BERGER; FERRANS; LASHLEY, 2001) (Apêndice B), e para os autores que validaram a escala no Brasil (SUIT; PEREIRA, 2008) (Apêndices C e D), a qual foi concedida.

7.6.3 Escala de Suporte Social para pessoas que vivem com HIV/aids

A Escala de Suporte Social para PVHA foi elaborada para mensurar o suporte social percebido e a satisfação com o apoio de indivíduos com HIV/aids. Foi construída no Canadá, sendo denominada *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids* (RENNICK et al., 1999), sendo desenvolvida com base em estudos sobre o suporte social para a população geral e para pessoas acometidas soropositivas para o HIV.

No Brasil, o instrumento foi adaptado e validado por Seidl e Tróccoli (2006), contendo 24 itens, contudo foram excluídos dois itens que apresentaram carga fatorial baixa, resultando em uma escala de 22 itens (SEIDL et al, 2007), os quais avaliam a disponibilidade e a satisfação percebida em duas dimensões ou domínios, com os suportes do tipo emocional e instrumental. O instrumento ainda possui no final uma questão aberta que tem por objetivo identificar outro tipo de apoio social recebido e não relacionado nos itens (Anexo B).

Apoio instrumental ou operacional (domínio 1), o qual aborda a percepção e a satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira. Essa dimensão é formada por 10 itens, sendo cinco sobre disponibilidade, que vão dos itens 1 ao 5 e seus correspondentes sobre satisfação, que somam mais cinco. Para esse fator operacional, devem-se somar os escores obtidos nesses 10 itens e dividir o resultado por 10.

Apoio emocional ou de estima (domínio 2), trata-se da percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, de atenção, de informação, de estima, de companhia e de apoio emocional em relação à soropositividade. Essa dimensão possui 12 itens, sendo seis sobre disponibilidade de apoio emocional, os quais vão do item 6 ao 11 e seus correspondentes, que somam mais seis que tratam da satisfação. Para esse fator, devem-se somar os escores obtidos nesses 12 itens e dividir o resultado por 12.

Os itens são respondidos em escalas Likert de cinco pontos, e pontuados em frequência do apoio (1=nunca; 2=raramente; 3=às vezes; 4=frequentemente; 5=sempre) e satisfação (1=muito insatisfeito; 2=insatisfeito; 3=nem satisfeito e nem insatisfeito; 4=satisfeito; 5=muito satisfeito). Os escores são obtidos mediante o cálculo da média aritmética das respostas à escala, podendo variar de 1 a 5. Escores mais elevados indicam maior disponibilidade percebida e/ou satisfação com o suporte social recebido.

Por meio da análise fatorial exploratória realizada para validar a escala, Seidl e Tróccoli (2006) concluíram que as duas versões – bifatorial ou unifatorial – são semelhantes quanto à validade de construto, sendo que a escolha quanto a usar uma ou outra depende dos objetivos do pesquisador e da investigação proposta.

Foi solicitada permissão para uso da escala por meio de mensagem eletrônica para os autores da escala original (RENNICK et al., 1999) e para os autores que validaram a escala no Brasil (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006) (Apêndice E), obtendo-se resposta apenas da autora Seidl, que autorizou o uso do instrumento (Apêndice F).

7.6.4 Questionário HAT-QoL

O HAT-QoL é um instrumento específico para a avaliação da qualidade de vida de PVHA, elaborado por Holmes e Shea (1998), originalmente escrito em língua inglesa e utilizado dentro do contexto sociocultural da população norte-americana soropositiva ao HIV. Ele foi traduzido e validado por Soárez e colaboradores (2009), numa amostra de pacientes com HIV/aids assistidos no ambulatório de infectologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);

sendo considerado confiável, podendo contribuir para avaliar o impacto do HIV/aids sobre a qualidade de vida de pacientes brasileiros.

O instrumento apresenta 34 itens que avaliam nove dimensões ou domínios: função geral (seis itens); satisfação com a vida (quatro itens); preocupações com a saúde (quatro itens); preocupações financeiras (três itens); preocupações com a medicação (cinco itens); aceitação do HIV (dois itens); preocupações com o sigilo (cinco itens); confiança no profissional (médico, enfermeiro, ou qualquer profissional de saúde que atenda o paciente) (três itens), e função sexual (dois itens) (Quadro 2).

Domínio 1	Função geral Satisfação com a atividade física Limitação física para realizar tarefas domésticas Dor limita a capacidade de estar ativo Preocupação em não conseguir realizar atividades de rotina Limitação do HIV no volume de trabalho Cansaço para atividades sociais
Domínio 2	Satisfação com a vida Desfrutando a vida No controle da vida Satisfação com o nível de atividades físicas Contente por estar saudável
Domínio 3	Preocupação com a saúde Não foi capaz de viver do jeito que gostaria Preocupação com a contagem de CD4 Preocupação com a carga viral Preocupado com a morte
Domínio 4	Preocupações financeiras Preocupação em ter que viver com renda determinada Preocupação se terá como pagar contas O dinheiro é muito pouco para se cuidar
Domínio 5	Preocupações com a medicação Tomar remédios é um peso Dificuldade em ter uma vida normal por tomar remédios Presença de efeitos colaterais Preocupação com os efeitos que a medicação pode ter no corpo Dúvidas quanto aos motivos que levaram a tomar remédios
Domínio 6	Aceitação do HIV Arrependimento da vida anterior ao HIV Zangado consigo, pelo comportamento de risco anterior ao HIV
Domínio 7	Preocupação com o sigilo Limitação do falar de si para outros Medo de contar para outras pessoas sobre o diagnóstico Preocupação de que a família descobrisse Preocupação de que as pessoas do dia a dia descobrissem Preocupação em perder fonte de renda
Domínio 8	Confiança no profissional Possibilidade de ver o médico Decisões do médico sobre o tratamento Preocupação do médico
Domínio 9	Função sexual Dificuldade de ficar excitado Dificuldade de chegar ao orgasmo

Quadro 2: Relação dos domínios e itens abordados do Questionário HAT-QoL

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA – SBI, 1999

Para responder cada questão, o indivíduo deve ser conduzido a pensar sobre a sua qualidade de vida nas últimas quatro semanas.

A resposta para todos os itens é obtida por meio de uma escala tipo Likert que contém cinco diferentes respostas: todo o tempo; a maior parte do tempo; alguma parte do tempo; pouca parte do tempo e nenhuma parte do tempo; devendo-se marcar apenas uma alternativa para cada questão do questionário (Anexo C). Para cada item, é dada uma pontuação, previamente definida, a qual deve estar relacionada com o código (Quadros 3 e 4).

Opção de Resposta	Código A	Código B
"Todo o tempo"	1	5
"A maior parte do tempo"	2	4
"Parte do tempo"	3	3
"Pouco tempo"	4	2
"Nunca"	5	1

Quadro 3: Relação dos códigos e distribuição dos pontos por item
Fonte: SBI, 1999

Todas as dimensões são pontuadas e o escore final de cada dimensão é transformado em uma escala linear de 0-a-100, onde zero é o escore mais baixo e 100 o melhor escore possível, o que indica o melhor estado de saúde, e melhor qualidade de vida percebida. Quanto maior o escore, menor o impacto da infecção pelo HIV na qualidade de vida dos indivíduos.

Códigos	Distribuição dos itens
A	1b – 1c – 1d – 1e – 1f – 3a – 3b – 3c – 3d – 4a – 4b – 4c – 5a – 5b – 5c – 5d – 5e – 6a – 6b – 7a – 7b – 7c – 7d – 7e – 9a – 9b
B	1a – 2a – 2b – 2c – 2d – 8a – 8b – 8c

Quadro 4: Relação dos códigos e distribuição dos itens.
Fonte: SBI, 1999

Foi solicitada e obtida permissão para uso da escala para os autores da escala no Brasil (SOÁREZ et al., 2009) (Apêndice G).

7.7 Variáveis de interesse para o estudo

Variáveis sociodemográficas: procedência; sexo; faixa etária; escolaridade; situação conjugal; presença e número de filhos; renda (individual); ocupação; condição da moradia; arranjo domiciliar; religião praticante e convivência com familiar com HIV.

Variáveis relacionadas à vida afetivo-sexual: orientação sexual; parceria sexual e uso de preservativo masculino.

Variáveis epidemiológicas: tempo de ciência de infecção pelo HIV e categoria de exposição ao HIV.

Variáveis de tratamento: início do uso de antirretrovirais; número de comprimidos utilizados; interrupção de uso e efeitos adversos.

Variáveis clínicas: número de linfócitos T CD4+ e contagem de carga viral; internações por complicações do HIV/aids; presença de comorbidades e dependência para as atividades diárias.

Variáveis consumo de drogas: uso de drogas.

Variáveis relacionadas à estigmatização: avaliadas por meio da Escala de Estigmatização para Pessoas que vivem com HIV/aids, utilizando os quatro domínios (estigmatização personalizada; revelação; autoimagem negativa e atitudes públicas).

Variáveis relacionadas ao suporte social: avaliadas por meio da Escala de Suporte Social para Pessoas Portadoras do HIV/AIDS, utilizando os dois domínios (apoio instrumental ou operacional e apoio emocional ou de estima).

Variáveis relacionadas com a qualidade de vida: avaliadas, utilizando o Questionário HAT-QoL, por meio de suas nove dimensões ou domínios (função geral; satisfação com a vida; preocupações com a saúde; preocupações financeiras; preocupações com a medicação; aceitação do HIV; preocupações com o sigilo; confiança no profissional e função sexual).

Segundo Polit e Beck (2011), “variáveis são qualidades ou pessoas, grupos ou situações que variam ou adquirem valores diferentes” [p. 87], sendo considerados conceitos – chave, ou seja, conceitos centrais em estudos quantitativos, as quais quando identificadas, se destinam a compreender as causas e/ou as associações de fenômenos. Dessa forma, para a associação entre as variáveis deste estudo, destaca-se a existência da variável estigma, que é uma variável dependente, representando um efeito presumido influenciável pelas demais variáveis em estudo, e as demais variáveis, consideradas independentes, por influenciar, determinar ou afetar o estado da primeira.

7.8 Organização e análise dos dados

Para a organização e análise dos dados, foram estabelecidas várias etapas:

7.8.1 Organização dos dados

Etapas A: foi formatada planilha do Excel for Windows, realizada dupla digitação, pelo próprio pesquisador, a fim de validar os dados inseridos, conferir erros de digitação e obter dados fidedignos, livres de erros;

Etapas B: os dados foram transportados para um banco de dados definitivo, utilizando o software IBM® SPSS, versão 20.0.

7.8.2 Análise dos dados

Etapas 1: num primeiro momento, foi realizada a caracterização do perfil dos participantes, com a descrição dos dados sociodemográficos, da vida afetivo-sexual, epidemiológicos, de tratamento, clínicos e de uso de drogas da população do estudo utilizando a estatística descritiva, como frequência simples, medidas de tendência

central (média e mediana) e medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo), os quais são procedimentos estatísticos importantes, por permitir que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique a informação coletada por meio da informação numérica (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 312-320).

Após a composição dos escores das Escalas de Estigmatização, Suporte Social e Qualidade de vida, utilizou-se a estatística descritiva, como medidas de posição ou de tendência central, medidas de variabilidade ou dispersão e consistência interna das variáveis de interesse.

As medidas de posição ou de tendência central são valores representativos de distribuição, importantes na apresentação de dados quantitativos por apresentarem o valor do ponto em torno do qual os dados se distribuem, sendo consideradas, neste estudo, medidas de tendência central a média aritmética (ou simplesmente média) e a mediana (POLIT; BECK, 2011).

As medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) indicam como os valores são agrupados; são utilizadas para expressar a variabilidade das distribuições (POLIT; BECK, 2011).

A consistência interna é a correlação medida entre os itens de um mesmo instrumento e destes com o escore total. O instrumento que apresenta consistência interna tem seus itens medindo o mesmo traço (POLIT; BECK, 2011).

Para avaliar a consistência interna dos instrumentos utilizados, empregou-se *coeficiente alfa* (α) ou *alfa de Cronbach*, o qual pode variar entre zero e um (0,000 e +1,000), sendo que quanto maior for o valor, mais preciso e maior será a consistência interna do instrumento (POLIT; BECK, 2011), considerando-se o valor de 0,700 como mínimo ideal, mas também aceitando-se 0,600 em pesquisas exploratórias (CRONBACH, 1951).

Etapa 2: nesta etapa foi realizado o teste de normalidade e definidos os testes aplicados para a comparação entre os domínios dos instrumentos utilizados (escala de estigmatização, escala de suporte social e questionário HAT-QoL) com as variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo, a afim de testar as hipóteses do estudo.

Para verificar a distribuição normal das variáveis, aplicou-se Teste de Shapiro-Wilk (Tabela 1), o qual verifica a hipótese de normalidade dos dados por parte da amostra.

A escolha desse teste, se justifica por ser considerado o melhor teste de aderência à normalidade e ser superior aos outros testes, como Kolmogorovi-Smirnov, Qui-quadrado de Pearson e Lilliefors (TORMAN; RIBOLDI, 2012).

Tabela 1: Resultado do teste de normalidade Shapiro-Wilk dos escores da escala de estigmatização, suporte social e questionário HAT-QoL, aplicado em pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado, Passos – MG, 2014-2015

DOMÍNIOS/ESCALAS	SHAPIRO-WILK		
	Statistic	df	Sig.
ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO			
Estigmatização personalizada	0,946	258	0,000
Revelação	0,980	258	0,001
Autoimagem negativa	0,955	258	0,000
Atitudes públicas	0,953	258	0,000
Geral	0,958	258	0,000
ESCALA DE SUPORTE SOCIAL			
Apoio instrumental ou operacional	0,973	258	0,000
Apoio emocional ou de estima	0,944	258	0,000
Escore geral da escala	0,972	258	0,000
QUESTIONÁRIO HAT-QOL			
Função geral	0,935	258	0,000
Satisfação com a vida	0,893	258	0,000
Preocupações com a saúde	0,876	258	0,000
Preocupações financeiras	0,846	258	0,000
Preocupações com a medicação	0,776	258	0,000
Aceitação do HIV	0,803	258	0,000
Preocupações com o sigilo	0,890	258	0,000
Confiança no profissional	0,581	258	0,000
Função sexual	0,809	258	0,000

Por apresentar também melhor poder de controle da taxa de erro tipo 1(rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira), sendo recomendado pelos próprios autores Shapiro e Wilk (1965) por meio de análises, prova-se que este teste é poderoso em situações com tamanhos amostrais diversos, quando comparados aos testes já mencionados.

Esse teste foi aplicado nas escalas de estigmatização e suporte social e no questionário de qualidade e vida; considerando não significativo ($p \geq 0,05$), ou seja, quando os dados não diferem de uma distribuição normal e significativo ($p < 0,05$), quando a distribuição é significativamente diferente de uma distribuição normal, isto é, ela é não-normal (FIELD, 2009).

O teste de normalidade indicou que as variáveis não apresentam distribuição normal dos dados, por isso foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, para comparar os domínios dos instrumentos utilizados (escala de estigmatização, escala de suporte social e questionário HAT-QoL) com as variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo. O Teste de Mann-Whitney foi utilizado quando havia apenas dois grupos por variável e o Teste Kruskal-Wallis, para mais de dois grupos por variável.

A análise entre as variáveis deste estudo possibilitaram refutar ou não a real interferência na população estudada. Sendo assim, a fim de controlar o grau de risco cometido no aceitar ou rejeitar as hipóteses do estudo, adotou-se nível de significância alfa de 0,05 ($\alpha=0,05$) (POLIT, BECK, 2011).

O p-valor, também denominado nível descritivo do teste, é o nome que se dá à probabilidade de se observar um resultado estatístico, sendo comparado ao nível de significância alfa para decidir se a hipótese nula deve ou não ser rejeitada. Em outras palavras, o valor-p corresponde ao menor nível de significância que pode ser assumido para rejeitar a hipótese nula. Dessa forma, para a análise da probabilidade real da relação testada, utilizou-se de p maior do que α para os resultados não significativos e p menor ou igual a α para as análises significativas (PAGANO & GAUVREAU, 2004).

Etapas 3: a fim de investigar as correlações entre os domínios da Escala de Estigmatização (estigmatização personalizada, revelação, autoimagem negativa, atitudes públicas) com os domínios das Escalas de Suporte Social (apoio instrumental ou operacional e apoio emocional ou de estima) e Questionário HAT-QoL (função geral; satisfação com a vida; preocupações com a saúde; preocupações financeiras; preocupações com a medicação; aceitação do HIV; preocupações com o sigilo; confiança no profissional e função sexual), foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, o qual é considerado uma alternativa não paramétrica para o coeficiente de correlação de Pearson (ZANEI, 2006).

A investigação por correlação, analisa as relações entre as variáveis, ou seja, o grau de associação existente entre elas, sem haver manipulação das variáveis em

estudo. Tal análise não permite fazer inferência acerca da causalidade, mas apenas acerca das relações entre as variáveis (POLIT; BECK, 2011).

A correlação é o método mais comum para descrever o relacionamento entre duas variáveis, uma vez que mede o grau de relação entre duas variáveis, descreve a intensidade e a direção da relação (MUCELIN, 2010; POLIT; BECK, 2011, p.438-439).

O coeficiente de correlação resume o grau de “perfeição” da relação, é dado por um valor r_s que pode variar de -1,000 a +1,000, passando pelo zero. Os valores que estiverem de 0,000 e +1,000, expressam correlação positiva, ou seja, enquanto uma variável aumenta a outra também aumenta, o zero indica que não existe nenhuma correlação e os valores que estiverem entre 0,000 e -1,000 significa correlação negativa (inversa), em que o aumento de uma variável está relacionada com a diminuição de outra variável. Os valores de r_s (-1,000 ou +1,000) também podem ser interpretados quanto à força existente entre a correlação das variáveis, de forma que quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a relação entre elas (POLIT; BECK, 2011, p. 438-439). Dessa forma, a fim de facilitar as interpretações das correlações, foi proposto por especialistas do British Medical Journal, as seguintes associações de resultado de r_s (Quadro 5):

Valores de r_s	Interpretação
0,000 – 0,190	Ausente ou muito fraca
0,200 – 0,390	Fraca
0,400 – 0,590	Moderada
0,600 – 0,790	Forte
0,800 – 1,000	Muito forte

Quadro 5: Associação dos valores de r_s com suas interpretações.

Fonte: ZANEI, 2006.

Etapa 4: nesta etapa, ocorreu a análise da influência conjunta das variáveis sobre a estigmatização, utilizando-se o método de análise de regressão múltipla.

Para a presente análise de regressão, a variável dependente do estudo é o escore global da escala de estigmatização. As variáveis independentes do estudo das escalas são o escore total da escala de suporte social e os escores dos domínios da escala de qualidade de vida: função geral; satisfação com a vida; preocupações com a saúde; preocupações financeiras; preocupações com a

medicação; aceitação do HIV; preocupações com o sigilo; confiança no profissional e função sexual.

As demais variáveis independentes, ligadas aos aspectos sociodemográficos, da vida afetivo-sexual, clínicas, epidemiológicas e laboratoriais foram descritas a seguir.

As variáveis sociodemográficas utilizadas foram sexo (masculino/feminino); faixa-etária (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 ou mais); procedência (Passos/outra); faixa-escolar (0, 1 a 5, 6 a 10 e 11 ou mais); situação conjugal (solteiro, casado/amasiado ou viúvo/separado); ocupação (empregado, desempregado, aposentado, afastado); arranjo domiciliar (sozinho/acompanhado); condição de moradia (própria, emprestada ou alugada); renda individual (até 1 salário e acima de 1 salário); religião praticante (católica, evangélica, outra ou não tem), e convívio com alguém com HIV (sim/não).

Com relação à vida afetivo-sexual, têm-se as variáveis orientação sexual (heterossexual, homossexual ou bissexual); presença de parceria sexual nos últimos 12 meses (sim/não); tipo de parceria sexual (fixo, eventual ou não tem parceria); situação diagnóstica da parceria sexual (positiva, negativa ou desconhecida) e uso de preservativo masculino (sempre, às vezes, nunca ou não tem vida sexual).

Das variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas, há o tempo de ciência do diagnóstico (até 2, de 2 até 5, 5 a 10 e acima 10); quem sabe do diagnóstico (família, família e amigos, esconde o diagnóstico); categoria de exposição ao HIV (sexual, sanguínea, outra, não sabe); presença de internação (sim/não); tempo de início de tratamento (até 30, 31 a 365, 366 ou mais); interrupção de tratamento (sim/não); carga viral (detectável/indetectável); contagem de linfócitos T CD4+ (<200, 200 a 499, >500); presença de comorbidades (sim/não); número de antirretrovirais diferentes ao dia (até 2, 3 ou mais); presença de efeitos adversos (sim/não); depende de cuidados (sim/não) e uso de drogas (sim/não).

Para a realização das análises da regressão, foi utilizado o programa R versão 3.1.2 através da biblioteca GAMLSS (STASINOPOULOS; RIGBY, 2007). A classe de Modelos Aditivos Generalizados para Posição, Escala e Forma (GAMLSS em inglês) é adequada, sobretudo para a modelagem da variável resposta quando esta não segue a condição de distribuição da família exponencial e nos casos em que o regressando exibe heterogeneidade, ou seja, quando a escala ou a forma da

distribuição da variável resposta mudam com as variáveis explanatórias (FLORENCIO, 2010).

Sob heteroscedasticidade, os estimadores de mínimos quadrados ordinários permanecem não-viesados e consistentes, mas deixam de ser eficientes (variância mínima). Adicionalmente, o estimador usual de sua matriz de covariâncias não é válido. Em consequência, os testes t e F convencionais podem conduzir a inferências errôneas (BATES; WATTS, 1988).

A biblioteca ggplot2 (WICKHAM, 2009) foi utilizada para elaboração dos gráficos. Para a seleção da distribuição mais adequada, foram utilizados os critérios de informação da Deviance Global, informação de Akaike (AIC) e Bayesiano (SBC). Quanto menores os valores dos critérios, melhor o ajuste da distribuição aos dados.

A análise de regressão foi elaborada em partes, sendo estas ilustradas na Figura 4.

1ª parte – Nesta primeira parte da regressão, foram inseridas apenas as variáveis relacionadas ao questionário HAT-QoL e o suporte social total, as quais modelariam a média do escore de estigmatização. Inicialmente, foram inseridos apenas os termos lineares no modelo.

2ª parte - Em seguida, foi testada a adição, com base em indícios nos gráficos de dispersão, de termos quadráticos.

3ª parte – Foram inseridas as variáveis das escalas para modular a presença de heteroscedasticidade.

A partir do modelo ajustado das variáveis das escalas, qualidade de vida e suporte social, para modelar a média e a variabilidade, efetuou-se a interpretação dos parâmetros do modelo escolhido, sendo gerados os gráficos dos valores preditos de Escore de Estigmatização.

4ª parte - Ao modelo final da etapa anterior, foram inseridas as variáveis do grupo sociodemográficas. As variáveis com o maior p-valor desse grupo foram retiradas, uma a uma, até que restassem apenas variáveis estatisticamente significantes no modelo. O mesmo foi efetuado com as variáveis dos grupos afetivo-sexuais e epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas. As variáveis significantes de cada grupo foram inseridas ao modelo ajustado das variáveis das escalas, resultando no modelo final de regressão (Figura 4).

Figura 4: Modelo das etapas realizadas na análise de regressão

7.9 Aspectos éticos

Inicialmente, foi solicitada à coordenadora do Programa de DST/aids do Município de Passos, a autorização para a realização da pesquisa; após a aprovação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Passos – FESP/MG, para apreciação, recebendo parecer favorável com nº 801.295 e CAAE: 31107614.2.0000.5112 em 17/09/ 2014 (Anexo 4).

Após apreciação do projeto e escolha dos participantes, estes foram convidados a participar, após ciência do estudo e da garantia do sigilo das informações, sendo oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice H), atendendo às diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

8 RESULTADOS

---

8 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir serão agrupados em seis partes:

8.1 Caracterização dos aspectos sociodemográficos, da vida afetivo-sexual, epidemiológicos, clínicos, de tratamento e uso de drogas da população do estudo;

8.2 Comparação da estigmatização, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo;

8.3 Comparação do suporte social, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo;

8.4 Comparação da qualidade de vida, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo;

8.5 Correlação da Escala de Estigmatização, segundo os domínios da Escala de Suporte Social e do Questionário HAT-QoL;

8.6 Regressão múltipla da influência conjunta das variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, suporte social e qualidade de vida sobre a estigmatização.

8.1 Caracterização dos aspectos sociodemográficos, da vida afetivo-sexual, epidemiológicos, clínicos, de tratamento e uso de drogas da população do estudo

As características sociodemográficas da população estudada estão apresentadas na Tabela 2.

Participaram do estudo 258 usuários do ambulatório especializado, cuja maioria residia na cidade de Passos (61,6%), eram homens (56,2%), de 40 a 49 anos (36,0%) com média 45,1 ($\pm 11,1$) anos e mediana de 45,5, variando entre a idade mínima de 21 e máxima, de 75 anos.

Quanto à escolaridade, a média foi de 6,6 ($\pm 4,0$) anos completos e mediana de seis, variando de zero a 17 anos, com destaque para os participantes deste estudo que concluíram de um a cinco anos de estudo (44,2%).

Segundo a situação conjugal, prevaleceram os solteiros (45,7%) e aqueles que referiam possuir filhos (67,1%), dos quais 86 (49,7%) informaram ter um a dois filhos; 62 (35,8%), três a quatro filhos e 25 (14,5%), cinco a 10 filhos.

Em relação à renda, a maioria (63,2%) mencionou até um salário mínimo, e dentre os 95 (36,8%) que referiram receber mais de um salário mínimo, 49 (51,6%) ganhavam mais de dois salários mínimos.

Já segundo a ocupação dos participantes, 118 (45,7%) declararam estar trabalhando, dentre os quais sete (5,9%) ocupavam cargos que exigiam formação em nível superior, como enfermeiros, engenheiros e assistentes sociais; 13 (11,0%), cargos de nível médio e de serviços administrativos como técnicos em enfermagem e auxiliares administrativos; e 98 (83,1%), cargos de prestação de serviços e de vendedores do comércio, como pedreiros, padeiros, cabeleireiros, domésticas, vendedores de lojas, etc.

Sobre a condição da moradia e de arranjo domiciliar, a maioria (61,2%) referiu residir em casa própria e (85,7%), dividir a casa com outras pessoas, dentre os quais, 70 (31,7%) dividiam com até dois acompanhantes; 81 (36,6%), de três a quatro e 70 (31,7%), com cinco ou mais pessoas.

Segundo a religião praticante, 195 (75,6%) referiram participar de algum movimento religioso e 63 (24,4%) alegaram nenhuma crença religiosa.

Quando questionados sobre a convivência com membros da família com HIV/aids, 186 (72,1%) disseram não possuir familiares com este diagnóstico e 72 (27,9%) confirmaram já ter se relacionado com algum membro da família com HIV/aids, sendo 52 (72,2%), com os cônjuges, 15 (20,8%), com primos ou tios, 3 (4,2%), irmãos e 2 (2,8%), com os filhos.

Tabela 2: Distribuição das frequências e porcentagens das pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos – MG, 2014 - 2015

VARIÁVEIS	N	%
Procedência		
Passos-MG	159	61,6
Outros municípios	99	38,4
Sexo		
Masculino	145	56,2
Feminino	113	43,8
Idade (anos)		
20 - 29	27	10,5
30 - 39	57	22,1
40 - 49	93	36,0
50 - 59	56	21,7
≥ 60	25	9,7
Escolaridade (anos concluídos)		
0	12	4,7
1 - 5	114	44,2
6 - 10	70	27,1
≥ 11	62	24,0
Situação conjugal		
Solteiro	118	45,7
Casado/amasiado	110	42,6
Viúvo/separado	30	11,6
Presença de filhos		
Não	85	32,9
Sim	173	67,1
*Renda (salário mínimo)		
≤ 1	163	63,2
> 1	95	36,8
Ocupação		
Empregado	118	45,7
Desempregado	46	17,8
Aposentado	67	26,0
Afastado	27	10,5
Condição da moradia		
Própria	158	61,2
Alugada	79	30,6
Emprestada	21	8,1
Arranjo domiciliar		
Sozinho	37	14,3
Acompanhado	221	85,7
Religião praticante		
Católica	117	45,3
Evangélico	68	26,4
Não tem	63	24,4
Outra	10	3,9
Convivência com familiar com HIV		
Não	186	72,1
Sim	72	27,9

* Salário mínimo vigente no período da pesquisa foi de R\$724,00 (US\$ 224,00) em 2014 e de R\$788,00 (US\$ 241,00) em 2015. Disponível: <http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario_minimo.htm>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

Segundo as características relacionadas à vida afetivo-sexual dos participantes do estudo (Tabela 3), identificou-se que a maioria informou ser heterossexual (80,6%); com parceria sexual nos últimos 12 meses (57,4%), parceria fixa (50,4%), destacando-se aqueles que conheciam a situação diagnóstica do (a) companheiro (a) (41,2%).

Quanto ao uso de preservativo masculino nos últimos 12 meses, 89 (34,5%) referiram uso de preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses e 29 (11,2%) mencionaram ter feito uso às vezes, dos quais, 15 (51,7%) usaram menos da metade das vezes e 14 (48,3%) em mais da metade das vezes.

Tabela 3: Distribuição das frequências e porcentagens das pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis da vida afetivo-sexual, Passos – MG, 2014-2015

VARIÁVEIS	N	%
Orientação sexual		
Heterossexual	208	80,6
Homossexual	43	16,7
Bissexual	7	2,7
Parceria sexual nos últimos 12 meses		
Não	110	42,6
Sim	148	57,4
Tipo de parceria sexual nos últimos 12 meses		
Fixa	130	50,4
Eventual	18	7,0
Não tem parceria	110	42,6
Situação diagnóstica da parceria sexual dos últimos 12 meses		
Soronegativo ao HIV	58	22,6
Soropositivo ao HIV	48	18,6
Desconhecida	42	16,3
Não tem parceria	110	42,6
Uso de preservativo masculino nos últimos 12 meses		
Sempre	89	34,5
Nunca	30	11,6
Às vezes	29	11,2
Não tem vida sexual	110	42,6

As características epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população estudada estão apresentadas na Tabela 4.

Quanto às variáveis epidemiológicas, destacaram os participantes (36,8%) que conviviam com o diagnóstico de infecção do HIV por um período superior a 10,1 anos e aqueles que haviam compartilhado seu estado diagnóstico com a família

(76,7%), dos quais, 32 (16,2%) fizeram com apenas algum familiar, como companheiro (a), filho (a), pai/mãe ou irmão (a).

A principal categoria de exposição foi a sexual para 202 (78,3%) participantes; 21 (8,1%) referiram exposição sanguínea (transfusão sanguínea, uso de drogas injetáveis); 8 (3,1%) foram com outro tipo de exposição (transmissão vertical, acidente com material biológico) e 27 (10,5%) não souberam dizer como adquiriram o HIV.

Com relação ao tratamento com ARV, destacaram-se os participantes (59,7%) que iniciaram o uso da TARV em até 30 dias após a confirmação do diagnóstico de infecção para o HIV e os (82,2%) que faziam uso de até dois comprimidos diferentes de ARV ao dia.

Quanto aos efeitos adversos, apesar de 197 (76,4%) dos participantes mencionarem nenhum efeito, percebeu-se que 61 (23,6%) apresentavam algum desconforto, sendo os mais frequentes o enjoo, diarreia, tontura, desconforto gástrico e prurido.

Segundo a interrupção do tratamento, apesar de a maioria não ter deixado de fazer uso da TARV, 29,5% suspenderam o uso e 27,1 interrompeu por conta própria.

Das variáveis clínicas, destacaram-se os participantes (59,3%) com contagem de linfócitos T CD4+ $\geq$ 500 células por mm³/sangue e os 65,9% de carga viral indetectável.

Quanto à presença de internações, percebeu-se que a maioria (69,8%) não precisou ser internado devido complicações do HIV/aids; e dentre os 78 (30,2%) que estiveram internados, 49 (62,8%) relataram ter sido internados uma única vez e 29 (37,2%) de duas a oito vezes.

Em relação à presença de comorbidades, observou-se que estas não foram predominantes, estando presentes em apenas 45 (17,4%) dos participantes, sendo que, destes, 29 (64,4%) apresentavam uma única; 14 (31,2%), duas e 2 (4,4%) três comorbidades; sendo que as mais frequentes foram hipertensão 12 (4,7%); diabetes 10 (3,9%); depressão 9 (3,5%); hepatites 5 (1,9%) e sequelas neurológicas, em 5 (1,9 %) dos usuários do serviço.

A maioria também informou não apresentar dependência na realização das atividades de vida diária, sendo que apenas 17 (6,6%) necessitavam de

colaboração, dos quais, 7 (41,2%) para medicação; 6 (35,3%) para cuidados com a casa e 4 (23,5%) precisavam de ajuda com a higiene e com a alimentação.

Quanto ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, evidenciou-se que 74 (28,7%) participantes referiram fazer uso de drogas, dos quais, 51 (68,9%) usavam um único tipo de droga e 23 (31,1%) dois a seis tipos diferentes, sendo o álcool 41 (15,9%); a maconha 26 (10,1%); o cigarro 23 (8,9%) e o crack 9 (3,5%), as drogas mais consumidas pela população.

Tabela 4: Distribuição das frequências e porcentagens das pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, Passos - MG, 2014 - 2015

VARIÁVEIS	N	%
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (anos)		
≤ 2	43	16,7
2,1 - 5	59	22,9
5,1 - 10	61	23,6
≥ 10,1	95	36,8
Quem sabe do diagnóstico		
Família	198	76,7
Família e amigos	54	20,9
Escondem o diagnóstico	6	2,3
Exposição ao HIV		
Sexual	202	78,3
Sanguínea	21	8,1
Outra	8	3,1
Não sabem	27	10,5
Tempo de início de tratamento (dias)		
≤ 30	154	59,7
31 - 365	54	20,9
≥ 366	50	19,4
Número de ARV diferentes ao dia		
≤ 2	212	82,2
≥ 3	46	17,8
Efeitos adversos		
Não	197	76,4
Sim	61	23,6
Interrupção da TARV		
Não	182	70,5
Sim	76	29,5
Motivo pela interrupção da TARV		
Conta própria	70	27,1
Ordem médica	6	2,3
Não se aplica	182	70,5
Contagem T CD4+ (mm3/sangue)		
< 200	27	10,5
200 - 499	78	30,2
≥ 500	153	59,3
Contagem Carga viral (cópias/ml)		
Indetectável (≤ 50)	170	65,9
Detectável (> 50)	88	34,1
Internações por complicações HIV/aids		
Não	180	69,8
Sim	78	30,2
Comorbidades		
Não	213	82,6
Sim	45	17,4
Dependência nas AVD*		
Não	241	93,4
Sim	17	6,6
Usuário de drogas (lícitas e ilícitas)		
Não	184	71,3
Sim	74	28,7

*Atividades de vida diária.

8.2 Comparação da estigmatização, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo

As dimensões da Escala de Estigmatização são medidas em escores que variam de um (menor vivência de estigma) a quatro (maior vivência de estigma). Os resultados relacionados com a estatística descritiva da Escala de Estigmatização e sua relação com os dados da população serão apresentados a seguir.

No Apêndice I, está a distribuição dos escores para cada participante do estudo e na Tabela 5, está apresentada a estatística descritiva dos escores da Escala de Estigmatização; o domínio revelação destacou-se pelos mais altos valores de média e mediana e o de estigmatização personalizada, pelos mais baixos valores.

Segundo a consistência interna, vimos que o maior valor de Alfa de Cronbach foi no domínio estigmatização personalizada ($\alpha=0,960$) e o valor mais baixo para o domínio autoimagem negativa ($\alpha=0,837$).

Tabela 5: Distribuição dos escores dos domínios da Escala de Estigmatização aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), Passos – MG, 2014 - 2015

ESCORE - DOMÍNIOS	Número de itens	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach (α)
Estigmatização personalizada	18	1,0	4,0	2,3	2,3	0,7	0,960
Revelação	10	1,0	4,0	2,8	2,8	0,6	0,845
Autoimagem negativa	13	1,2	4,0	2,4	2,4	0,6	0,837
Atitudes públicas	20	1,0	4,0	2,5	2,6	0,6	0,933
Escala Geral	40	1,1	4,0	2,5	2,5	0,6	0,953

A distribuição dos escores médios dos domínios, e geral, da Escala de Estigmatização, segundo as variáveis sociodemográficas da população estudada, está apresentada na Tabela 6.

Para a variável procedência, não se obteve diferença estatisticamente significativa com o escore geral e domínios da Escala de Estigmatização, percebendo-se que os maiores valores de mediana (2,8) foram para as duas

categorias da variável e o maior valor de média foi apenas na categoria “Passos-MG” ($2,8 \pm 0,6$), ambos no domínio revelação.

A comparação da variável sexo com a Escala de Estigmatização não permitiu resultados estatisticamente significantes. A maior distribuição do escore de estigmatização foi na categoria “feminina” com mediana (3,0) e média ($2,9 \pm 0,7$), no domínio revelação.

Dentre estas variáveis analisadas, encontrou-se diferença estatisticamente significativa apenas na comparação da variável idade com o domínio estigmatização personalizada, com maior valor de mediana (2,4) e média ($2,5 \pm 0,8$) na categoria 40 a 49 anos e o menor valor de mediana (2,1) e média ($2,1 \pm 0,8$) na categoria maiores de 60 anos.

Quanto à variável escolaridade, o maior valor de mediana (3,0) foi para categoria de participantes do estudo com mais de 11 anos completos de escolaridade e média ($2,9 \pm 0,6$) para aqueles que possuíam acima de 6 anos completos de escolaridade, ambos associados ao domínio revelação. Não houve resultado estatisticamente significativo na comparação desta variável com a escala.

Na análise da situação conjugal, também não se encontrou diferença estatisticamente significativa, com destaque para as maiores medianas (2,8) em todas as categorias do domínio revelação e as maiores médias ($2,8 \pm 0,6$) nas categorias de solteiros, casados ou amasiados no mesmo domínio.

Segundo a presença ou não de filhos com a Escala de Estigmatização, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa; com os maiores valores de mediana (2,8) para as duas categorias no domínio revelação e média ($2,8 \pm 0,7$), para a categoria “sim” com o domínio revelação.

A renda individual relacionada com escore geral e domínios da escala também não possibilitou resultado estatisticamente significativo, mas seus valores de mediana (2,9) e média ($2,9 \pm 0,6$) concentraram-se no domínio revelação na categoria de mais de um salário mínimo por mês.

Para a variável ocupação, a diferença estatística não foi significativa quando comparada à Escala de Estigmatização, e os maiores escores médios de estigmatização estavam no domínio revelação, com medianas (3,1) foram para as categorias, desempregado e afastado, e as maiores médias para as categorias de

usuários do serviço que estavam empregados ($2,9 \pm 0,6$), desempregados ($2,9 \pm 0,7$) e afastados ($2,9 \pm 0,7$).

A comparação da variável condição da moradia com a escala de estigmatização, não possibilitou resultados estatisticamente significantes; seus maiores valores de média e mediana estiveram no domínio revelação, com mediana (2,8), para a categoria de condição da casa própria e alugada, e média ($2,9 \pm 0,7$), para a categoria de casa alugada.

No arranjo domiciliar, também não se encontrou diferença significativa, com concentração de seus valores no domínio revelação com destaque para mediana (2,8) e média ($2,8 \pm 0,6$) para os participantes do estudo que moravam acompanhados.

Na relação da religião praticante, não se obteve diferença estatisticamente significativa. A maior mediana (3,1) esteve na categoria outra religião, que não católica e evangélica, para o domínio revelação; e a maior média também alocou-se nesta mesma categoria com o domínio revelação ($3,1 \pm 0,4$) e atitudes públicas ($3,1 \pm 0,6$).

A análise da variável convivência com familiar com HIV não conseguiu resultado estatisticamente significativo e seus maiores valores estiveram no domínio revelação, com destaque da mediana (2,9), para aqueles que conviviam com familiares com HIV e de média ($2,8 \pm 0,7$), para as duas categorias desta variável.

Tabela 6: Distribuição dos escores da Escala de Estigmatização, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos – MG, 2014 - 2015

VARIÁVEIS	ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO														
	Estigmatização personalizada			Revelação			Autoimagem negativa			Atitudes públicas			Escore Geral		
	*IO	*Md	*M(*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Procedência ^(b)															
Passos-MG	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,7)	1,3 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Outro município	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,7 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 3,9	2,4	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,224			0,205			0,506			0,313			0,248	
Sexo ^(b)															
Masculino	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,3 - 4,0	2,7	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,6 - 4,0	2,4	2,5 (0,5)
Feminino	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,8)	1,0 - 4,0	3,0	2,9 (0,7)	1,2 - 4,0	2,9	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,7)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,744			0,094			0,673			0,535			0,437	
Idade (anos) ^(a)															
20 - 29	1,0 - 3,9	2,3	2,2 (0,7)	1,3 - 4,0	2,9	2,8 (0,7)	1,2 - 3,7	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 3,9	2,5	2,5 (0,6)	1,2 - 3,5	2,5	2,5 (0,6)
30 - 39	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,7)	1,2 - 4,0	2,8	2,8 (0,7)	1,4 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,4 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,4 - 3,9	2,4	2,5 (0,6)
40 - 49	1,0 - 4,0	2,4	2,5 (0,8)	1,0 - 4,0	2,7	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,7 (0,6)	1,1 - 4,0	2,8	2,6 (0,6)
50 - 59	1,0 - 4,0	2,2	2,2 (0,7)	1,3 - 4,0	2,8	2,7 (0,7)	1,2 - 4,0	2,3	2,3 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,5 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)
≥ 60	1,0 - 3,7	2,1	2,1 (0,8)	1,8 - 4,0	2,9	2,9 (0,6)	1,0 - 3,9	2,5	2,4 (0,7)	1,4 - 3,8	2,5	2,5 (0,6)	1,4 - 3,7	2,4	2,4 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,013			0,865			0,395			0,411			0,414	
Escolaridade (anos concluídos) ^(a)															
0	2,0 - 3,7	2,3	2,5 (0,5)	2,2 - 4,0	2,5	2,8 (0,6)	2,0 - 3,3	2,4	2,5 (0,4)	2,1 - 3,8	2,7	2,7 (0,4)	2,0 - 3,7	2,6	2,6 (0,4)
1 - 5	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,2 - 4,0	2,7	2,7 (0,7)	1,2 - 4,0	2,3	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
6 - 10	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,6)	1,3 - 3,8	2,8	2,9 (0,6)	1,6 - 4,0	2,4	2,4 (0,4)	1,4 - 4,0	2,5	2,6 (0,5)	1,4 - 3,9	2,5	2,5 (0,4)
≥ 11	1,0 - 4,0	2,2	2,2 (0,8)	1,0 - 4,0	3,0	2,9 (0,6)	1,2 - 3,8	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 3,8	2,5	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,438			0,133			0,724			0,606			0,628	
Situação conjugal ^(a)															
Solteiro	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,8)	1,3 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)	1,2 - 3,9	2,5	2,5 (0,6)
Casado/amasiado	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,6)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)	1,1 - 4,0	2,4	2,5 (0,5)
Viúvo/separado	1,0 - 4,0	2,3	2,5 (1,0)	1,3 - 4,0	2,8	2,7 (0,8)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,7)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,9)	1,2 - 4,0	2,6	2,5 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,737			0,951			0,909			0,741			0,843	

Continua...

Continuação...

	Estigmatização personalizada			Revelação			Autoimagem negativa			Atitudes públicas			Escore Geral		
	*IO	*Md	*M(*DP)	*IO	*Md	*M(*DP)	*IO	*Md	*M(*DP)	*IO	*Md	*M(*DP)	*IO	*Md	*M(*DP)
Presença de filhos ^(b)															
Não	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 3,8	2,5	2,5 (0,5)
Sim	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,2 - 4,0	2,8	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,482			0,974			0,823			0,778			0,856	
**Renda (salário mínimo) ^(b)															
≤ 1	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,0 - 4,0	2,7	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	1,3 - 3,9	2,5	2,5 (0,7)
> 1	1,0 - 4,0	2,2	2,2 (0,6)	1,8 - 4,0	2,9	2,9 (0,6)	1,2 - 4,0	2,3	2,4 (0,4)	1,3 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,4)
Valor de <i>p</i>		0,113			0,286			0,361			0,506			0,662	
Ocupação ^(a)															
Empregado	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,7	2,9 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)
Desempregado	1,0 - 3,9	2,4	2,4 (0,7)	1,2 - 4,0	3,1	2,9 (0,7)	1,2 - 3,5	2,4	2,5 (0,5)	1,0 - 3,9	2,7	2,7 (0,6)	1,2 - 3,7	2,6	2,6 (0,6)
Aposentado	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,3 - 4,0	2,7	2,7 (0,6)	1,5 - 4,0	2,3	2,4 (0,5)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,3 - 4,0	2,4	2,5 (0,5)
Afastado	1,0 - 4,0	2,2	2,4 (1,0)	1,3 - 3,7	3,1	2,9 (0,7)	1,2 - 3,8	2,4	2,5 (0,7)	1,3 - 4,0	2,6	2,7 (0,8)	1,3 - 3,8	2,4	2,6 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,571			0,395			0,631			0,220			0,316	
Condição da moradia ^(a)															
Própria	1,0 - 4,0	2,0	2,7 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)
Alugada	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,2 - 4,0	2,8	2,9 (0,7)	1,4 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,2 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	1,3 - 3,9	2,5	2,5 (0,6)
Emprestada	1,0 - 3,9	2,2	2,4 (0,9)	1,3 - 4,0	2,7	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,3	2,6 (0,8)	1,0 - 4,0	2,5	2,7 (0,8)	1,2 - 3,9	2,4	2,6 (0,7)
Valor de <i>p</i>		0,284			0,820			0,260			0,322			0,344	
Arranjo domiciliar ^(b)															
Sozinho	1,0 - 3,7	2,1	2,1 (0,7)	1,3 - 4,0	2,6	2,7 (0,7)	1,4 - 3,3	2,3	2,2 (0,5)	1,2 - 3,8	2,5	2,4 (0,6)	1,3 - 3,7	2,5	2,4 (0,6)
Acompanhado	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,051			0,535			0,050			0,229			0,157	
Religião praticante ^(a)															
Católica	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,0 - 4,0	2,8	2,9 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Evangélico	1,0 - 3,9	2,3	2,2 (0,5)	1,2 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)	1,4 - 3,8	2,4	2,4 (0,4)	1,4 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)	1,4 - 3,8	2,4	2,4 (0,4)
Não tem	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,8)	1,3 - 4,0	2,9	2,9 (0,7)	1,2 - 3,8	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,7)	1,2 - 3,9	2,5	2,5 (0,6)
Outra	2,0 - 4,0	2,6	2,8 (0,7)	2,3 - 3,7	3,1	3,1 (0,4)	2,3 - 3,8	2,5	2,9 (0,6)	2,5 - 4,0	2,7	3,1 (0,6)	2,4 - 3,8	2,6	2,9 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,158			0,079			0,102			0,108			0,139	
Convivência com familiar com HIV ^(b)															
Não	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,8)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Sim	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,4 - 4,0	2,9	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,3 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,3 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,769			0,686			0,348			0,664			0,767	

* IO = intervalo obtido (mínimo – máximo); * Md = mediana; * M = média; * DP = desvio padrão. ** Salário mínimo vigente no período da pesquisa foi de R\$724,00, em 2014 e de R\$788,00, em 2015. Disponível: <http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario_minimo.htm>. Acesso em: 20 de maio de 2016. ^(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes); ^(b) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes).

A distribuição dos escores dos domínios, e geral, da Escala de Estigmatização, segundo as variáveis da vida afetivo-sexual da população estudada, está apresentada na Tabela 7.

Nessa análise, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes.

Para a variável orientação sexual, os maiores valores de mediana e média estiveram no domínio revelação, com o valor mais alto de mediana (2,8) para as categorias heterossexuais e homossexuais, e médias $(2,8 \pm 0,6)$, para heterossexuais; $(2,8 \pm 0,7)$, para homossexuais e $(2,8 \pm 0,7)$, para bissexuais.

A comparação da variável parceria sexual nos últimos 12 meses permitiu observar que os mais altos valores de medianas e médias estavam concentrados no domínio revelação com os maiores valores de mediana (2,9) e média $(2,8 \pm 0,7)$ para as duas categorias deste domínio, “não” e “sim”.

A análise da variável tipo de parceria sexual revelou que no domínio revelação estiveram os mais altos valores de mediana (2,8) para a categoria “não tem parceria sexual”, e média $(2,8 \pm 0,6)$, para as categorias, “fixa” e “não tem parceria”.

Em relação à situação diagnóstica da parceria sexual, a maior mediana (2,9) esteve na categoria “não tem parceria”, e a maior média $(2,9 \pm 0,8)$ para a categoria “desconhecida”, estando estes valores concentrados no domínio revelação.

Quanto à variável uso de preservativo masculino nos últimos 12 meses, os mais altos valores de mediana (3,0) e média $(3,0 \pm 0,6)$ estiveram na relação com o domínio revelação, com destaque para a categoria “às vezes”.

Tabela 7: Distribuição dos escores da Escala de Estigmatização, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis da vida afetivo-sexual, Passos – MG, 2014 - 2015

VARIÁVEIS	ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO														
	Estigmatização personalizada			Revelação			Autoimagem negativa			Atitudes públicas			Escore Geral		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Orientação sexual^(a)															
Heterossexual	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)	1,1 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
Homossexual	1,0 - 3,9	2,2	2,2 (0,7)	1,3 - 4,0	2,8	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,3	2,3 (0,5)	1,0 - 3,9	2,5	2,5 (0,6)	1,2 - 3,8	2,5	2,4 (0,5)
Bissexual	1,3 - 3,4	2,2	2,4 (0,7)	2,1 - 3,7	2,6	2,8 (0,7)	1,5 - 2,9	2,5	2,3 (0,5)	2,1 - 3,6	2,5	2,6 (0,6)	2,0 - 3,2	2,5	2,5 (0,4)
Valor de p		0,463			0,917			0,384			0,564			0,784	
Parceria sexual nos últimos 12 meses^(b)															
Não	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,3 - 4,0	2,9	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Sim	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,7)	1,0 - 4,0	2,9	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
Valor de p		0,536			0,282			0,505			0,152			0,331	
Tipo de parceria sexual nos últimos 12 meses^(a)															
Fixa	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,7	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,3 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
Eventual	1,0 - 3,9	2,4	2,4 (0,9)	1,3 - 3,8	2,7	2,7 (0,8)	1,2 - 3,3	2,4	2,3 (0,6)	1,0 - 3,7	2,6	2,5 (0,7)	1,2 - 3,6	2,6	2,5 (0,7)
Não tem parceria	1,0 - 4,0	2,4	2,4 (0,8)	1,3 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Valor de p		0,788			0,550			0,801			0,326			0,522	
Situação diagnóstica da parceria sexual dos últimos 12 meses^(a)															
Soronegativo ao HIV	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,6)	1,2 - 4,0	2,7	2,8 (0,6)	1,4 - 4,0	2,3	2,3 (0,5)	1,6 - 3,9	2,5	2,5 (0,5)	1,4 - 3,8	2,4	2,5 (0,5)
Soropositivo ao HIV	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,3 - 4,0	2,8	2,7 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,5)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)
Desconhecida	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,9)	1,0 - 4,0	2,8	2,9 (0,8)	1,2 - 3,8	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,4	2,5 (0,8)	1,1 - 3,9	2,4	2,5 (0,7)
Não tem parceria	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,3 - 4,0	2,9	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	1,2 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)
Valor de p		0,853			0,717			0,493			0,337			0,781	
Uso de preservativo masculino nos últimos 12 meses^(a)															
Sempre	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,8)	1,0 - 4,0	2,7	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,3	2,3 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
Nunca	1,0 - 3,9	2,3	2,3 (0,6)	1,2 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	1,2 - 3,5	2,3	2,2 (0,5)	1,0 - 3,7	2,5	2,4 (0,5)	1,2 - 3,6	2,4	2,4 (0,5)
Às vezes	1,2 - 4,0	2,3	2,3 (0,8)	1,3 - 4,0	3,0	3,0 (0,6)	1,7 - 3,8	2,5	2,6 (0,5)	1,2 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)	1,3 - 3,9	2,6	2,6 (0,5)
Não tem vida sexual	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,3 - 4,0	2,9	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Valor de p		0,817			0,122			0,125			0,193			0,268	

* IO = intervalo obtido (mínimo – máximo); * Md = mediana; * M = média; * DP = desvio padrão;

^(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes); ^(b) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes).

A distribuição dos escores dos domínios, e geral, da Escala de Estigmatização, segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população estudada, está apresentada na Tabela 8.

Para a variável tempo de diagnóstico, não se obteve diferença estatisticamente significativa com os escores dos domínios, e geral, da Escala de Estigmatização, percebendo-se que o maior valor de mediana (2,9) foi para a categoria de tempo de diagnóstico inferior a dois anos e os maiores valores de média ($2,9 \pm 0,6$) para os participantes com tempo de diagnóstico inferior a dois anos e entre cinco a dez anos, ambos para o domínio revelação.

Ainda no domínio revelação, destacou-se a comparação da variável quem sabe do diagnóstico com a Escala de Estigmatização, a qual não permitiu resultados estatisticamente significantes, mas possibilitou destacar a categoria “família” com a mais alta mediana (2,9) e para a categoria referente aos que escondem o diagnóstico, a mais alta média ($3,0 \pm 0,6$).

Na relação da variável exposição ao HIV com a escala, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com o domínio estigmatização personalizada ($p=0,024$), com o domínio autoimagem negativa ($p=0,020$), com o domínio atitudes públicas ($p=0,035$) e com o escore geral da escala ($p=0,021$).

No domínio estigmatização personalizada, o maior valor de mediana (2,6) foi na categoria “outra”; e, apesar dos diferentes valores de desvio padrão, o maior valor de média (2,4) foi nas categorias, sexual, sanguínea e outra. No domínio autoimagem negativa, o maior valor de mediana (2,5) foi na categoria “sanguínea”; e, apesar dos diferentes valores de desvio padrão, o maior valor de média (2,5) foi nas categorias, sexual e sanguínea. No domínio atitudes públicas, o maior valor de mediana foi na categoria “outra” e o maior valor de média na categoria ($2,7 \pm 0,5$). E, no escore geral da escala, o maior valor de mediana (2,6) foi na categoria “outra” e os maiores valores de média ($2,6 \pm 0,4$) nas categorias, sanguínea e outra.

Nos domínios, estatisticamente significantes com a exposição ao HIV, os menores valores de mediana e média foram na categoria “não sabem”, com destaque para mediana (2,0) e média ($1,9 \pm 0,5$) no domínio estigmatização personalizada.

Quanto à variável tempo de início do tratamento, o maior valor de mediana (2,8) foi para as categoria de participantes com início em até 365 dias, e, os maiores valores de médias para as três categorias do domínio revelação, sem haver resultado estatisticamente significativo para a análise desta variável.

Na análise do número de comprimidos que eram consumidos ao dia, também não se encontrou diferença estatisticamente significativa; com destaque para as maiores medianas nas duas categorias com o domínio revelação e a maior média ($2,8 \pm 0,6$) para as categorias de um a dois comprimidos, no mesmo domínio.

Segundo a presença ou não de efeitos adversos com a Escala de Estigmatização, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa; com o maior valor de mediana (2,9) para a categoria “sim” no domínio revelação e os maiores valores de média para as duas categorias, ($2,8 \pm 0,6$) para não e ($2,8 \pm 0,7$) para sim, também do domínio revelação.

A interrupção da terapia antirretroviral relacionada com os escores dos domínios, e geral, da escala também não possibilitaram resultados estatisticamente significantes, mas seus valores de mediana (2,8) e média ($2,8 \pm 0,6$) concentraram-se no domínio revelação na categoria não.

Em relação ao motivo pela interrupção da TARV, a associação com a Escala de Estigmatização também não resultou diferença estatisticamente significativa; seus maiores valores de mediana e média estiveram no domínio revelação, com mediana (2,8) para a categoria “não se aplica” e média ($2,8 \pm 0,7$), para categoria “conta própria” e ($2,8 \pm 0,6$), para a categoria “não se aplica”.

A variável contagem de linfócitos T CD4+ em relação à escala, não possibilitou resultado estatisticamente significativo, e seus maiores valores de mediana e média estiveram no domínio revelação; a maior mediana (2,8) foi para a categoria de contagem superior a 500 células mm³/sangue e a maior média ($2,9 \pm 0,7$) para a contagem de células inferior a 200 mm³/sangue.

Para a contagem de carga viral, também não se encontrou diferença significativa, com concentração de seus valores no domínio revelação com destaque para mediana (2,8) e média ($2,8 \pm 0,6$ e $2,8 \pm 0,7$) para as categorias indetectável e detectável, respectivamente.

A comparação da variável interações por complicações do HIV/aids com a escala de estigmatização, possibilitou resultados estatisticamente significantes no domínio de estigmatização personalizada ($p=0,042$), com maior valor de mediana (2,4) e média ($2,5 \pm 0,8$) na categoria “sim”.

Para a presença ou não de comorbidades, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com o domínio estigmatização personalizada ($p=0,031$), autoimagem negativa ($p=0,037$), atitudes públicas ($p=0,030$) e no escore geral da escala ($p=0,015$); com destaque para a categoria “sim”, com maior de mediana (2,7) nos domínios atitudes públicas e no escore geral e maior valor de média ($2,8 \pm 0,9$), no domínio atitudes públicas.

Na relação da dependência de terceiros para realizar as atividades de vida diária, não se obteve diferença estatisticamente significativa. A maior mediana (2,8) esteve na categoria “não”, para o domínio revelação; e a maior média ($2,9 \pm 0,7$) na categoria “sim”, com o domínio revelação.

A análise do uso de drogas não conseguiu resultado estatisticamente significativo; seus maiores valores estiveram no domínio revelação, com destaque da mediana (2,9) para aqueles que usavam algum tipo de drogas, e de média ($2,8 \pm 0,6$), para as duas categorias desta variável.

Tabela 8: Distribuição dos escores da Escala de Estigmatização, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, Passos – MG, 2014 – 2015

VARIÁVEIS	ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO														
	Estigmatização personalizada			Revelação			Autoimagem negativa			Atitudes públicas			Escore Geral		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (anos) ^(a)															
≤ 2	1,0 - 4,0	2,2	2,4 (0,9)	1,0 - 4,0	2,9	2,9 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,7)	1,1 - 3,9	2,4	2,6 (0,6)
2,1 5	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,3 - 4,0	2,8	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,2 - 4,0	2,5	2,6 (0,5)
5,1 10	1,0 - 4,0	2,2	2,4 (0,7)	1,3 - 4,0	2,8	2,9 (0,6)	1,4 - 4,0	2,4	2,5 (0,5)	1,2 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)	1,3 - 3,9	2,4	2,5 (0,5)
≥ 10,1	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,2 - 4,0	2,6	2,7 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,3 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,3 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
Valor de p		0,809			0,116			0,697			0,796			0,850	
Quem sabe do diagnóstico ^(a)															
Família	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,9	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Família e amigos	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,7)	1,3 - 4,0	2,6	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,3	2,3 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,5)
Escondem diagnóstico	1,0 - 4,0	2,6	2,3 (1,1)	2,4 - 4,0	2,7	3,0 (0,6)	2,0 - 3,4	2,7	2,7 (0,5)	1,7 - 4,0	2,7	2,7 (0,8)	1,8 - 3,8	2,5	2,6 (0,7)
Valor de p		0,431			0,090			0,321			0,714			0,972	
Exposição ao HIV ^(a)															
Sexual	1,0 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,2 - 4,0	2,8	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,7)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Sanguínea	1,5 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	2,0 - 3,9	2,9	2,8 (0,6)	1,8 - 3,3	2,5	2,5 (0,4)	2,1 - 3,7	2,6	2,7 (0,5)	2,0 - 3,3	2,5	2,6 (0,4)
Outra	1,3 - 2,9	2,6	2,4 (0,5)	2,7 - 3,8	3,2	3,1 (0,3)	1,6 - 2,7	2,3	2,3 (0,4)	1,8 - 3,0	2,7	2,6 (0,4)	1,9 - 3,0	2,6	2,6 (0,4)
Não sabem	1,0 - 2,5	2,0	1,9 (0,5)	1,0 - 3,5	2,5	2,6 (0,6)	1,2 - 2,8	2,2	2,2 (0,4)	1,1 - 2,9	2,4	2,2 (0,5)	1,1 - 2,8	2,3	2,2 (0,4)
Valor de p		0,024			0,066			0,020			0,035			0,021	
Tempo de início de tratamento (dias) ^(a)															
≤ 30	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,8)	1,3 - 4,0	2,8	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
31 365	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,6)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,5	2,4 (0,5)	1,1 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)
≥ 366	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,2 - 4,0	2,7	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,3 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,3 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Valor de p		0,852			0,965			0,937			0,928			0,895	
Número de ARV diferentes ao dia ^(b)															
≤ 2	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)
≥ 3	1,0 - 4,0	2,4	2,4 (0,9)	1,3 - 4,0	2,8	2,7 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,7)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,7)
Valor de p		0,508			0,603			0,884			0,620			0,784	
Efeitos adversos ^(b)															
Não	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,3	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
Sim	1,1 - 4,0	2,3	2,4 (0,8)	1,2 - 3,9	2,9	2,8 (0,7)	1,4 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,4 - 4,0	2,6	2,6 (0,6)	1,4 - 3,9	2,6	2,6 (0,6)
Valor de p		0,488			0,403			0,108			0,118			0,160	

Continua...

Continuação...

	Estigmatização personalizada			Revelação			Autoimagem negativa			Atitudes públicas			Escore Geral		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Interrupção da TARV ^(b)															
Não	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Sim	1,0 - 4,0	2,4	2,4 (0,7)	1,3 - 4,0	2,5	2,6 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,122			0,330			0,882			0,446			0,738	
Motivo pela interrupção da TARV ^(a)															
Conta própria	1,0 - 4,0	2,4	2,4 (0,8)	1,3 - 4,0	2,6	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	2,0 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)
Ordem médica	1,5 - 3,1	2,2	2,3 (0,6)	2,1 - 3,6	2,4	2,6 (0,6)	1,8 - 2,8	2,2	2,2 (0,3)	2,0 - 3,1	2,3	2,4 (0,4)	2,0 - 2,9	2,3	2,4 (0,3)
Não se aplica	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,8)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,257			0,373			0,573			0,246			0,537	
Contagem T CD4+ (mm3/sangue) ^(a)															
< 200	1,3 - 4,0	2,3	2,4 (0,7)	1,4 - 4,0	2,7	2,9 (0,7)	1,7 - 4,0	2,3	2,5 (0,6)	1,6 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,6 - 3,6	2,4	2,6 (0,6)
200 - 499	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,6	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,4	2,5 (0,5)
≥ 500	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,2 - 4,0	2,8	2,3 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,688			0,843			0,883			0,635			0,824	
Contagem Carga viral (cópias/ml) ^(b)															
Indetectável (≤ 50)	1,0 - 4,0	2,2	2,3 (0,7)	1,3 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,2 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)
Detectável (> 50)	1,0 - 3,9	2,3	2,4 (0,8)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,7)	1,2 - 4,0	2,6	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (0,7)	1,1 - 3,8	2,4	2,5 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,453			0,572			0,158			0,459			0,310	
Internações por complicações HIV/aids ^(b)															
Não	1,1 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)
Sim	1,2 - 4,0	2,4	2,5 (0,8)	1,3 - 4,0	2,8	2,9 (0,7)	1,5 - 4,0	2,4	2,5 (0,6)	1,3 - 4,0	2,6	2,7 (0,6)	1,4 - 4,0	2,4	2,6 (0,6)
Valor de <i>p</i>		0,042			0,517			0,169			0,185			0,164	
Comorbidades ^(b)															
Não	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)	1,0 - 4,0	2,4	2,6 (0,5)
Sim	1,0 - 4,0	2,6	2,6 (1,0)	1,3 - 4,0	3,1	3,0 (0,8)	1,5 - 4,0	2,5	2,7 (0,8)	1,2 - 4,0	2,7	2,8 (0,9)	1,3 - 4,0	2,7	2,7 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,031			0,085			0,037			0,030			0,015	
**Dependência nas AVD ^(b)															
Não	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,6)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Sim	1,3 - 3,8	2,3	2,3 (0,8)	2,0 - 4,0	2,7	2,9 (0,7)	1,6 - 3,8	2,3	2,6 (0,7)	1,8 - 4,0	2,6	2,7 (0,7)	1,9 - 3,9	2,4	2,6 (0,7)
Valor de <i>p</i>		0,568			0,969			0,632			0,490			0,926	
Usuário de drogas (lícitas e ilícitas) ^(b)															
Não	1,0 - 4,0	2,3	2,3 (0,7)	1,0 - 4,0	2,8	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,6)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,7)	1,1 - 4,0	2,5	2,5 (0,6)
Sim	1,0 - 3,8	2,3	2,3 (0,8)	1,2 - 4,0	2,9	2,8 (0,6)	1,2 - 4,0	2,4	2,4 (0,5)	1,0 - 4,0	2,5	2,5 (0,5)	1,2 - 3,9	2,5	2,5 (0,5)
Valor de <i>p</i>		0,878			0,912			0,411			0,907			0,926	

* IO = intervalo obtido (mínimo – máximo); * Md = mediana; * M = média; * DP = desvio padrão;

**Atividades de vida diária;

(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes); (b) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes).

8.3 Comparação do suporte social com as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo

As dimensões da Escala de Suporte Social são medidas em escores que variam de um (menor disponibilidade percebida e/ou satisfação com o suporte social recebido) a cinco (maior disponibilidade percebida e/ou satisfação com o suporte social recebido). Os resultados relacionados com a estatística descritiva da escala de suporte social e sua relação com os dados da população serão apresentados a seguir.

No Apêndice I, está a distribuição dos escores para cada participante do estudo e, na Tabela 9, está apresentada a estatística descritiva da Escala de Suporte Social. Os maiores valores de mediana (3,7) e média ($3,7 \pm 0,9$) estão concentradas no domínio apoio emocional ou de estima e os mais baixos valores de mediana (3,1) e média ($3,2 \pm 0,9$) no domínio apoio instrumental ou operacional.

Segundo a consistência interna, vimos que o maior valor de alfa foi para o domínio apoio emocional ou de estima ($\alpha=0,922$) e o valor mais baixo para o domínio apoio instrumental ou operacional ($\alpha=0,768$).

Tabela 9: Distribuição dos escores dos domínios da Escala de Suporte Social, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), Passos – MG, 2014 – 2015

Escore - domínios	Número de itens	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach (α)
Apoio instrumental ou operacional	10	1,0	5,0	3,1	3,2	0,9	0,768
Apoio emocional ou de estima	12	1,0	5,0	3,7	3,7	0,9	0,922
Escala Geral	22	1,0	5,0	3,5	3,5	0,8	0,901

Na Tabela 10, observam-se os escores médios dos valores obtidos da Escala de Suporte Social comparada com as variáveis sociodemográficas.

A variável procedência, relacionada com a Escala de Suporte Social, não apresentou diferença estatisticamente significativa. Os maiores valores de mediana e média concentraram-se no domínio apoio emocional ou de estima, com mediana de 4,0 e média 3,8 (1,0) para a categoria Passos-MG.

Na relação da variável sexo, também não se encontrou diferença estatisticamente significativa, com destaque para a mediana (3,8) e média (3,8 $\pm$ 0,9) para a categoria de masculinos no domínio apoio emocional ou de estima.

A comparação da variável idade com a Escala de Suporte Social resultou em diferença estatisticamente significativa na relação com o domínio apoio instrumental ou operacional ($p=0,031$), com o maior valor de mediana (3,5) e média (3,6 $\pm$ 0,8) para a categoria de 30 a 39 anos e os menores valores de mediana (2,9) na categoria de 20 a 29 anos e os menores valores de média (3,1 $\pm$ 0,8) para as categorias de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos.

Quanto à variável escolaridade, não se encontrou diferença estatisticamente significativa; com destaque para mediana (4,0) e média (3,9 1,0) para os participantes com mais de 11 anos completos de escolaridade no domínio apoio emocional ou de estima.

Segundo a relação da situação conjugal com a Escala de Suporte Social, não houve diferença significativa; os maiores valores de mediana (4,0) e média (3,9 $\pm$ 0,9) foram na categoria casado ou amasiado no domínio apoio emocional ou de estima.

A relação da variável presença de filhos também não resultou em diferença estatisticamente significativa, com destaque para a mediana (4,0) e média (3,8 $\pm$ 0,9) na categoria não (ausência de filhos) para o domínio apoio emocional ou de estima.

Para a renda, não se presenciou diferença significativa, com mediana (3,9) e média (3,9 $\pm$ 0,8) para a categoria de maiores de um salário mínimo no domínio apoio emocional ou de estima.

A comparação da variável ocupação resultou em diferença estatisticamente significativa no domínio apoio emocional ou de estima ($p=0,008$) e no escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,016$). Nesta relação, os maiores valores de mediana e média foram na categoria

“empregados” com mediana (4,0) e média ($3,9 \pm 0,9$) nas categorias “empregados” e “aposentados”, no domínio apoio emocional ou de estima; e, os menores valores de mediana e média na categoria “afastados”, com destaque para a mediana (3,0) no domínio apoio emocional ou de estima e média ($3,2 \pm 0,8$) no suporte social geral.

A variável condição da moradia não apresentou diferença significativa, com destaque para mediana (3,9) e média ($3,8 \pm 1,0$) para a categoria moradia própria no domínio suporte emocional ou de estima.

O arranjo domiciliar não resultou em diferença estatisticamente significativa com a Escala de Suporte Social, com maior mediana (3,8) para os participantes acompanhados e média ($4,1 \pm 0,8$) para aqueles que residiam sozinhos.

Segundo a religião praticante, os maiores valores de mediana (4,3) e média ($4,1 \pm 0,8$) estiveram na categoria outra religião, que não a católica e evangélica, no domínio suporte emocional ou de estima, sem apresentar diferença estatisticamente significativa.

Quanto à convivência com familiar com HIV, também não se verificou diferença estatisticamente significativa; suas maiores mediana (3,8) e média ($3,8 \pm 0,9$) estiveram no domínio suporte emocional ou de estima, na categoria de não (ausência de convívio com familiar).

Tabela 10: Distribuição dos escores da Escala de Suporte Social, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n = 258), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos – MG, 2014 - 2015

VARIÁVEIS	ESCALA DE SUPORTE SOCIAL								
	Apoio instrumental ou operacional			Apoio emocional ou de estima			Suporte social geral		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Procedência ^(b)									
Passos-MG	1,0 – 5,0	3,2	3,3 (0,8)	1,0 – 5,0	4,0	3,8 (1,0)	1,0 – 5,0	3,6	3,6 (0,8)
Outro município	1,2 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,1 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,5 – 5,0	3,4	3,4 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,288			0,175			0,190	
Sexo ^(b)									
Masculino	1,0 – 5,0	3,1	3,3 (0,9)	1,0 – 5,0	3,8	3,8 (0,9)	1,0 – 5,0	3,5	3,6 (0,8)
Feminino	1,2 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,2 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,2 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,470			0,730			0,438	
Idade (anos) ^(a)									
20 – 29	1,2 – 5,0	2,9	3,1 (0,8)	1,5 – 5,0	4,0	3,9 (1,0)	2,0 - 5,0	3,6	3,5 (0, 8)
30 – 39	1,9 – 5,0	3,5	3,6 (0,8)	1,1 – 5,0	4,2	3,9 (1,0)	1,5 – 5,0	3,8	3,7 (0,8)
40 – 49	1,0 – 4,7	3,1	3,1 (0,8)	1,0 – 5,0	3,6	3,6 (1,0)	1,0 – 4,9	3,3	3,4 (0,8)
50 – 59	1,2 – 4,8	3,1	3,2 (0,9)	1,2 – 5,0	3,9	3,8 (1,0)	1,2 – 4,8	3,6	3,5 (0,9)
≥ 60	2,3 – 5,0	3,0	3,3 (0,9)	2,3 – 5,0	3,7	3,9 (0,8)	2,4 – 5,0	3,5	3,6 (0,7)
Valor de <i>p</i>		0,031			0,317			0,176	
Escolaridade (anos concluídos) ^(a)									
0	2,4 – 4,5	3,0	3,4 (0,9)	2,8 - 4,5	3,7	3,8 (0,7)	2,9 – 4,5	3,0	3,6 (0,7)
1 – 5	1,0 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,6 (1,2)	1,0 – 5,0	3,3	3,4 (0,8)
6 – 10	1,2 – 5,0	3,1	3,2 (0,8)	1,5 – 5,0	3,6	3,7 (0,9)	1,7 – 5,0	3,4	3,5 (0,7)
≥ 11	1,1 – 5,0	3,3	3,3 (0,9)	1,0 – 5,0	4,0	3,9 (1,0)	1,0 – 5,0	3,9	3,7 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,644			0,316			0,278	
Situação conjugal ^(a)									
Solteiro	1,1 – 5,0	3,1	3,1 (0,8)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,4 (0,8)
Casado/amasiado	1,0 – 5,0	3,3	3,3 (0,9)	1,0 – 5,0	4,0	3,9 (0,9)	1,0 - 5,0	3,7	3,6 (0,8)
Viúvo/separado	1,2 – 4,7	3,2	3,2 (1,0)	1,2 – 5,0	3,5	3,5 (1,0)	1,2 – 4,9	3,3	3,4 (0,9)
Valor de <i>p</i>		0,188			0,103			0,070	

Continua...

Continuação...

VARIÁVEIS	Apoio instrumental ou operacional			Apoio emocional ou de estima			Suporte social geral		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Presença de filhos ^(b)									
Não	1,2 – 5,0	3,1	3,3 (0,9)	1,1 – 5,0	4,0	3,8 (0,9)	1,5 – 5,0	3,6	3,6 (0,8)
Sim	1,0 – 5,0	3,1	3,2 (0,8)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,636			0,298			0,239	
**Renda (salário mínimo) ^(b)									
≤ 1	1,0 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
> 1	1,2 – 5,0	3,1	3,0 (0,8)	2,0 – 5,0	3,9	3,9 (0,8)	2,0 – 5,0	3,6	3,6 (0,7)
Valor de <i>p</i>		0,907			0,100			0,241	
Ocupação ^(a)									
Empregado	1,2 – 5,0	3,3	3,4 (0,9)	1,1 – 5,0	4,0	3,9 (0,9)	1,2 – 5,0	3,8	3,7 (0,9)
Desempregado	1,1 – 4,5	3,3	3,3 (0,8)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (1,0)	1,0 – 4,6	3,4	3,4 (0,8)
Aposentado	1,0 – 5,0	3,0	3,0 (0,8)	1,0 – 5,0	3,8	3,9 (0,9)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,7)
Afastado	1,8 – 4,8	3,1	3,1 (0,7)	1,9 – 5,0	3,0	3,3 (1,0)	2,1 – 4,3	3,0	3,2 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,052			0,008			0,016	
Condição da moradia ^(a)									
Própria	1,0 – 5,0	3,1	3,3 (0,9)	1,0 - 5,0	3,9	3,8 (1,0)	1,0 – 5,0	3,5	3,6 (0,8)
Alugada	1,1 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 - 5,0	3,7	3,6 (0,9)	1,0 - 5,0	3,4	3,4 (0,8)
Emprestada	2,3 – 4,6	3,2	3,2 (0,5)	1,7 – 5,0	3,7	3,6 (1,1)	2,4 – 4,6	3,5	3,4 (0,7)
Valor de <i>p</i>		0,593			0,576			0,410	
Arranjo domiciliar ^(b)									
Sozinho	1,1 - 4,5	3,0	3,1 (0,8)	1,0 – 5,0	3,7	3,8 (1,0)	1,0 – 4,5	3,4	3,4 (0,8)
Acompanhado	1,0 – 5,0	3,2	3,3 (0,9)	1,0 – 5,0	3,8	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,500			0,570			0,492	
Religião praticante ^(a)									
Católica	1,0 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,9)
Evangélico	1,6 – 5,0	3,3	3,3 (0,8)	1,9 – 5,0	4,0	4,0 (0,8)	2,4 – 5,0	3,7	3,6 (0,6)
Não tem	1,2 – 5,0	3,1	3,1 (0,8)	1,5 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	2,0 – 5,0	3,3	3,4 (0,8)
Outra	2,0 – 4,5	3,3	3,3 (0,7)	3,0 – 5,0	4,3	4,1 (0,8)	2,6 – 4,5	4,0	3,7 (0,7)
Valor de <i>p</i>		0,455			0,255			0,242	
Convivência com familiar com HIV ^(b)									
Não	1,1 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	3,8	3,8 (0,9)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)
Sim	1,1 – 5,0	3,3	3,3 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,216			0,539			0,996	

* IO = intervalo obtido (mínimo – máximo); * Md = mediana; * M = média; * DP = desvio padrão. ** Salário mínimo vigente no período da pesquisa foi de R\$724,00, em 2014 e de R\$788,00, em 2015. Disponível: <http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario_minimo.htm>. Acesso em: 20 de maio de 2016. ^(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes); ^(b) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes).

Na Tabela 11, observam-se os escores médios dos valores obtidos da Escala de Suporte Social, segundo as variáveis da vida afetivo-sexual.

A comparação da variável orientação sexual com a Escala de Suporte Social possibilitou identificar que houve diferença estatisticamente significativa com o domínio apoio instrumental ou operacional ($p=0,002$) e com o escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,014$). No domínio apoio instrumental ou operacional, os maiores valores de mediana (3,2) e média ($3,3 \pm 0,8$) foram na categoria heterossexual e os menores valores de mediana (2,2) e média ($2,2 \pm 0,6$) na categoria bissexual. Já no suporte social geral, o maior valor de mediana (3,6) foi na categoria homossexual e, apesar da diferença dos valores de desvio padrão, o maior valor de média (3,5) foi nas categorias heterossexual e homossexual; e, o menor valor de mediana (2,5) e média ($2,6 \pm 0,9$) na categoria bissexual.

A relação da variável parceria sexual nos últimos 12 meses não gerou valores de p significantes; o destaque foi para a mediana (3,7) nas duas categorias do domínio de suporte emocional ou de estima e média ($3,8 \pm 0,9$) para categoria de sim (presença de parceria sexual), no mesmo domínio.

Quanto à variável tipo de parceria sexual, a relação com a escala de suporte social não gerou valores de p significantes e concentrou os valores mais expressivos no domínio apoio emocional ou de estima, para a mediana (4,0) na categoria eventual e média ($3,8 \pm 0,9$) na categoria fixa e ($3,8 \pm 1,0$) na eventual.

Já, segundo a situação diagnóstica da parceria sexual, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com o domínio apoio emocional ou de estima ($p=0,022$) e no escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,023$). Nesses domínios, os maiores valores foram na categoria soronegativo ao HIV, com destaque para a mediana (4,3) e a média ($4,0 \pm 0,8$) no domínio apoio emocional ou de estima; e, os menores valores foram na categoria desconhecida, com destaque para a mediana (3,3) e a média ($3,4 \pm 0,7$) no suporte social geral.

A análise do uso do preservativo masculino não resultou em diferença estatisticamente significativa, com maiores valores de mediana (4,3) e média

(4,1 $\pm$ 0,7) na categoria de uso de preservativo às vezes, do domínio apoio emocional ou de estima.

Tabela 11: Distribuição dos escores da Escala de Suporte Social, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n = 258), segundo as variáveis da vida afetivo-sexual, Passos – MG, 2014 - 2015

VARIÁVEIS	ESCALA DE SUPORTE SOCIAL								
	Apoio instrumental ou operacional			Apoio emocional ou de estima			Suporte social geral		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Orientação sexual ^(a)									
Heterossexual	1,0 -5,0	3,2	3,3 (0,8)	1,0 – 5,0	3,7	3,6 (0,9)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)
Homossexual	1,2 – 4,8	3,1	3,1 (0,8)	1,1 – 5,0	3,9	3,8 (0,9)	1,5 – 4,5	3,6	3,5 (0,7)
Bissexual	1,1 – 2,8	2,2	2,2 (0,6)	1,0 – 5,0	2,7	2,9 (1,2)	1,0 - 4,0	2,5	2,6 (0,9)
Valor de p		0,002			0,075			0,014	
Parceria sexual nos últimos 12 meses ^(b)									
Não	1,1 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
Sim	1,0 -5,0	3,1	3,3 (0,8)	1,0 – 5,0	3,7	3,8 (0,9)	1,0 – 5,0	3,5	3,6 (0,8)
Valor de p		0,646			0,378			0,391	
Tipo de parceria sexual nos últimos 12 meses ^(a)									
Fixa	1,0 – 5,0	3,1	3,2 (0,8)	1,0 – 5,0	3,9	3,8 (0,9)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)
Eventual	2,1 – 4,6	3,1	3,3 (0,8)	1,9 – 5,0	4,0	3,8 (1,0)	2,4 – 4,5	3,7	3,6 (0,7)
Não tem parceria	1,1 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
Valor de p		0,886			0,675			0,690	
Situação diagnóstica da parceria sexual nos últimos 12 meses ^(a)									
Soronegativo ao HIV	1,9 – 5,0	3,4	3,4 (0,8)	1,0 – 5,0	4,3	4,0 (0,8)	1,0 – 5,0	3,9	3,8 (0,7)
Soropositivo ao HIV	1,0 – 5,0	3,3	3,3 (0,9)	1,1 – 5,0	3,6	3,6 (0,9)	1,5 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
Desconhecida	1,2 – 4,6	3,0	3,0 (0,7)	1,0 – 5,0	3,4	3,6 (0,8)	1,0 – 5,0	3,3	3,4 (0,7)
Não tem parceria	1,1 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	2,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	2,0 – 4,8	3,4	3,5 (0,8)
Valor de p		0,177			0,022			0,023	
Uso de preservativo masculino nos últimos 12 meses ^(a)									
Sempre	1,0 – 5,0	3,1	3,3 (0,8)	1,0 – 5,0	3,8	3,8 (0,9)	1,0 – 5,0	3,5	3,6 (0,8)
Nunca	1,2 – 4,5	3,0	3,2 (0,8)	1,9 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)	2,1 – 4,5	3,3	3,4 (0,6)
Às vezes	1,9 – 5,0	3,3	3,4 (0,9)	2,8 – 5,0	4,3	4,1 (0,7)	2,5 – 5,0	3,8	3,8 (0,7)
Não tem vida sexual	1,1 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 - 50	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
Valor de p		0,865			0,067			0,188	

* IO = intervalo obtido (mínimo – máximo); * Md = mediana; * M = média; * DP = desvio padrão;

^(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes); ^(b) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes).

Na Tabela 12, observam-se os escores médios dos valores obtidos da Escala de Suporte Social, segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas.

Quanto à variável tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, a relação com a Escala de Suporte Social não apresentou diferença estatisticamente significativa. Os maiores valores de mediana (4,0) foram para as categorias de participantes com tempo de diagnóstico inferior a dois anos e superior a 10,1 anos de diagnóstico, ambos, no domínio apoio emocional ou de estima. As médias de destaque foram nas categorias de menores de dois anos de diagnóstico ($3,9 \pm 1,0$), entre dois e cinco anos ($3,9 \pm 0,8$), também no domínio apoio emocional ou de estima e para aqueles que tinham mais de 10,1 anos de diagnóstico ($3,9 \pm 1,0$) com o escore geral de suporte social.

Em relação à variável quem sabe do diagnóstico, a maior mediana (4,3) e média ($3,9 \pm 1,0$) esteve na categoria família e amigos, no domínio apoio emocional ou de estima; sem haver resultados estatisticamente significantes.

A comparação da exposição do HIV com a Escala de Suporte Social também não resultou em diferença estatisticamente significativa, com os maiores valores de mediana (4,3) e média ($4,0 \pm 1,0$) na categoria sanguínea no domínio apoio emocional ou de estima.

O tempo de início do tratamento não resultou em diferença estatisticamente significativa e os maiores valores concentraram-se no domínio apoio emocional ou de estima, com mediana (4,0) na categoria de 31 a 365 dias de início do tratamento, após diagnóstico; e valores de média ($3,8 \pm 0,9$ e $3,8 \pm 0,8$) para as categorias de 31 a 365 dias e superiores a 366 dias de diagnóstico, respectivamente.

Na análise do número de comprimidos com a Escala de Suporte Social, encontrou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,039$) no domínio suporte emocional ou de estima. Nessa relação, os maiores valores de mediana (4,0) e média ($4,0 \pm 0,9$) foram na categoria de uso de três ou mais comprimidos diferentes de ARV ao dia.

A relação da variável efeito adverso, não resultou em diferença significativa ($p<0,05$), com os maiores valores de mediana (3,8) e média ($3,8 \pm$

1,0) na categoria de não (ausência de efeitos adversos), no domínio apoio emocional ou de estima.

Quanto à interrupção da terapia antirretroviral, a maior mediana (3,8) e média ($3,8 \pm 1,0$) foi para a categoria de não interrupção do tratamento, no domínio de suporte emocional ou de estima; e a relação desta variável com a escala não resultou em diferença estatisticamente significativa.

O motivo pela interrupção do tratamento também não gerou resultados estatisticamente significantes, com maiores valores de mediana (3,8) e média ($3,8 \pm 0,9$) na categoria de não se aplica no domínio apoio emocional ou de estima.

Na contagem de linfócitos T CD4+ com a Escala de Suporte Social, houve diferença estatisticamente significativa com o domínio apoio instrumental ou operacional ($p=0,047$), com os maiores valores de mediana (3,4) na categoria inferior a 200 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$, e, apesar das diferenças de desvio padrão, as maiores médias (3,4) nas categorias de participantes com contagem inferior a 200 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$ e na categoria de 200 a 499 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$. Os menores valores de mediana (3,0) e média ($3,1 \pm 0,9$) foram na categoria de contagem superior a 500 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$.

A contagem de carga viral não gerou resultado estatisticamente significativo ($p<0,05$), com valor de mediana (3,9) e média ($3,8 \pm 0,9$) de destaque para categoria de indetectáveis no domínio apoio emocional ou de estima.

A relação da variável interações por complicações do HIV/aids com a Escala de Suporte Social gerou resultados estatisticamente significantes no domínio apoio instrumental ou operacional ($p=0,012$), no domínio apoio emocional ou de estima ($p=0,005$) e no escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,002$). Nesses domínios, a categoria de destaque foi “não”, com o maior valor de mediana (3,9) e média ($3,8 \pm 1,0$) no domínio de apoio emocional ou de estima.

Na análise da variável comorbidades com a Escala de Suporte Social, também encontraram-se resultados estatisticamente significantes no domínio apoio instrumental ou operacional ($p=0,003$), no domínio apoio emocional ou de estima ($p=0,004$) e no escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,001$).

Nesses domínios, a categoria de destaque foi “não”, com o maior valor de mediana (3,9) e média ($3,8 \pm 0,9$) no domínio de apoio emocional ou de estima.

Com a variável dependência nas atividades de vida diária, não se encontrou diferença estatisticamente significativa; os maiores valores de mediana (3,6) e média ($3,8 \pm 1,0$) estiveram na categoria não (ausência de dependência) no domínio apoio emocional ou de estima.

Já na relação do uso de drogas com a escala suporte social, houve diferença estatisticamente significantes no domínio apoio instrumental ou operacional ($p=0,003$) e no escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,024$). Nesses domínios, destacou-se a categoria “sim”, com os maiores valores de mediana (3,8) e média ($3,7 \pm 0,8$) no suporte social geral.

Tabela 12: Distribuição dos escores da Escala de Suporte Social, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n = 258), segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, Passos – MG, 2014 - 2015

VARIÁVEIS	ESCALA DE SUPORTE SOCIAL								
	Apoio instrumental ou operacional			Apoio emocional ou de estima			Suporte social geral		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (anos) ^(a)									
≤ 2	1,8 – 5,0	3,3	3, 4 (0,9)	1,1 - 5,0	4,0	3,9 (1,0)	1,5 – 5,0	3,7	3,7 (0,9)
2,1 – 5	1,2 – 4,7	3,1	3,2 (0,8)	1,2 – 5,0	3,5	3,6 (1,0)	1,2 – 4,9	3,3	3,9 (0,8)
5,1 – 10	1,9 – 5,0	3,0	3,2 (0,8)	1,7 – 5,0	3,9	3,6 (1,0)	2,1 – 5,0	3,2	3,4 (0,8)
≥ 10,1	1,0 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	4,0	3,9 (1,0)	1,0 – 5,0	3,6	3,6 (0,8)
Valor de p		0,482			0,073			0,104	
Quem sabe do diagnóstico ^(a)									
Família	1,0 – 5,0	3,2	3,2 (0,8)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
Família e amigos	1,2 – 4,5	3,1	3,3 (0,9)	1,2 – 5,0	4,3	3,9 (1,0)	1,2 – 4,5	3,7	3,6 (0,8)
Escondem diagnóstico	1,8 – 4,5	2,3	2,6 (1,0)	2,3 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	2,1 – 4,5	3,0	3,1 (1,0)
Valor de p		0,150			0,453			0,371	
Exposição ao HIV ^(a)									
Sexual	1,0 – 5,0	3,2	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,8 (1,0)	1,0 -5,0	3,5	3,5 (0,9)
Sanguínea	2,1 – 4,7	3,4	3,3 (0,7)	1,5 – 5,0	4,3	4,0 (1,0)	2,0 - 4,9	3,8	3,6 (0,8)
Outra	2,0 – 4,6	3,6	3,1 (1,0)	2,0 – 5,0	3,6	3,4 (1,0)	2,0 – 4,8	3,3	3,3 (1,0)
Não sabem	1,7 – 4,5	3,0	3,1 (0,7)	2,8 – 5,0	3,5	3,9 (0,8)	2,7 – 4,6	3,4	3,5 (0,5)
Valor de p		0,548			0,519			0,695	
Tempo de início de tratamento (dias) ^(a)									
≤ 30	1,0 – 5,0	3,1	3,3 (0,9)	1,0 - 5,0	3,8	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,6	3,5 (0,8)
31 – 365	1,2 – 4,6	3,0	3,1 (0,9)	1,2 – 5,0	4,0	3,8 (0,9)	1,2 – 4,6	3,4	3,5 (0,8)
≥ 366	1,5 – 4,5	3,1	3,1 (0,8)	2,1 – 5,0	3,5	3,8 (0,8)	1,8 – 4,7	3,4	3,5 (0,7)
Valor de p		0,689			0,806			0,808	
Número de ARV diferentes ao dia ^(b)									
≤ 2	1,0 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 - 5,0	3,7	3,7 (0,9)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
≥ 3	1,2 – 4,6	3,3	3,3 (0,9)	1,2 – 5,0	4,0	4,0 (0,9)	1,2 – 4,5	3,9	3,7 (0,7)
Valor de p		0,520			0,039			0,066	
Efeitos adversos ^(b)									
Não	1,0 -5,0	3,1	3,2 (0,8)	1,0 – 5,0	3,8	3,8 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,8)
Sim	1,1 – 5,0	3,2	3,3 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,6 (1,0)	1,0 – 5,0	3,7	3,5 (0,8)
Valor de p		0,068			0,765			0,333	

Continua...

Continuação...

VARIÁVEIS	Apoio instrumental ou operacional			Apoio emocional ou de estima			Suporte social geral		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Interrupção da TARV ^(b)									
Não	1,1 – 5,0	3,1	3,2 (0,8)	1,0 – 5,0	3,8	3,8 (1,0)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)
Sim	1,0 – 5,0	3,2	3,3 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,6 (1,0)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,637			0,236			0,450	
Motivo pela interrupção da TARV ^(a)									
Conta própria	1,0 – 5,0	3,2	3,3 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,6 (1,0)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,3)
Ordem médica	1,6 – 4,3	3,3	3,1 (0,9)	2,9 – 4,0	3,5	3,4 (0,4)	2,9 – 3,6	3,4	3,3 (0,8)
Não se aplica	1,1 – 5,0	3,1	3,2 (0,8)	1,0 – 5,0	3,8	3,8 (0,9)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,883			0,346			0,583	
Contagem T CD4+ (mm³/sangue) ^(a)									
< 200	1,9 – 4,5	3,4	3,4 (0,8)	1,1 – 5,0	4,0	3,6 (1,1)	1,5 – 4,5	3,6	3,5 (0,9)
200 – 499	1,0 – 5,0	3,3	3,4 (1,0)	1,0 – 5,0	4,0	3,8 (1,0)	1,0 – 5,0	3,6	3,6 (0,8)
≥ 500	1,1 – 5,0	3,0	3,1 (0,9)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (0,9)	1,0 – 5,0	3,4	3,5 (0,7)
Valor de <i>p</i>		0,047			0,672			0,282	
Contagem Carga viral (cópias/ml) ^(b)									
Indetectável (≤ 50)	1,0 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	3,9	3,8 (0,9)	1,0 – 5,0	3,6	3,5 (3,7)
Detectável (> 50)	1,8 – 5,0	3,1	3,3 (0,8)	1,1 – 5,0	3,7	3,6 (3,7)	1,5 – 5,0	3,4	3,4 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,974			0,054			0,161	
Internações por complicações HIV/aids ^(b)									
Não	1,0 – 5,0	3,2	3,3 (0,8)	1,0 – 5,0	3,9	3,8 (1,0)	1,0 – 5,0	3,6	3,6 (0,8)
Sim	1,2 – 5,0	3,0	3,0 (0,9)	1,1 – 5,0	3,5	3,5 (1,0)	1,2 – 5,0	3,2	3,3 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,012			0,005			0,002	
Comorbidades ^(b)									
Não	1,2 – 5,0	3,2	3,3 (0,8)	1,5 – 5,0	3,9	3,8 (0,9)	1,7 – 5,0	3,6	3,6 (0,7)
Sim	1,0 – 4,7	2,9	2,9 (0,8)	1,0 – 5,0	3,4	3,3 (1,1)	1,0 – 4,9	3,0	3,1 (0,9)
Valor de <i>p</i>		0,003			0,004			0,001	
**Dependência nas AVD ^(b)									
Não	1,0 – 5,0	3,1	3,2 (0,9)	1,0 – 5,0	3,6	3,8 (1,0)	1,0 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)
Sim	2,0 – 4,6	3,4	3,5 (0,8)	1,7 – 5,0	3,5	3,5 (1,0)	2,5 – 4,8	3,4	3,5 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,085			0,379			0,932	
Usuário de drogas (lícitas e ilícitas) ^(b)									
Não	1,0 – 5,0	3,1	3,1 (0,8)	1,0 – 5,0	3,7	3,7 (1,0)	1,0 – 5,0	3,4	3,4 (0,8)
Sim	1,2 – 5,0	3,5	3,5 (0,8)	1,5 – 5,0	4,0	3,8 (0,9)	2,0 – 5,0	3,8	3,7 (0,8)
Valor de <i>p</i>		0,003			0,221			0,024	

* IO = intervalo obtido (mínimo – máximo); * Md = mediana; * M = média; * DP = desvio padrão; **Atividades de vida diária;

^(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes); ^(b) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes).

8.4 Comparação da qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo

As dimensões do Questionário HAT-QoL são medidas em escores que variam de zero (pior QV) a cem (melhor QV). Os resultados relacionados com a estatística descritiva do questionário e sua relação com os dados da população serão apresentados a seguir.

No Apêndice I, está a distribuição dos escores para cada participante do estudo e, na Tabela 13, está apresentada a estatística descritiva do questionário de QV; os maiores valores de mediana (100,0) e média ($87,7 \pm 24,1$) estão concentradas no domínio confiança no profissional, e os mais baixos valores de mediana (25,0) e média ($40,3 \pm 37,9$) no domínio preocupações financeiras.

Segundo a consistência interna, vimos que o maior valor de alfa foi para o domínio função sexual ($\alpha=0,972$) e o valor mais baixo para o domínio função geral ($\alpha=0,818$).

Tabela 13: Distribuição dos escores dos domínios do Questionário HAT-QoL, aplicada nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), Passos – MG, 2014 - 2015

Escore - domínios	Número de itens	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach (α)
Função geral	6	0,0	100,0	70,8	64,9	27,1	0,818
Satisfação com a vida	4	0,0	100,0	75,0	65,0	31,6	0,899
Preocupações com a saúde	4	0,0	100,0	68,8	60,3	35,5	0,867
Preocupações financeiras	3	0,0	100,0	25,0	40,3	37,9	0,915
Preocupações com a medicação	5	0,0	100,0	90,0	77,9	28,4	0,859
Aceitação do HIV	2	0,0	100,0	75,0	65,7	37,6	0,822
Preocupações com o sigilo	5	0,0	100,0	37,5	40,4	34,8	0,859
Confiança no profissional	3	0,0	100,0	100,0	87,7	24,1	0,924
Função sexual	2	0,0	100,0	75,0	60,4	39,8	0,972

Na Tabela 14, observam-se os escores médios dos valores obtidos do Questionário HAT-QoL, segundo as variáveis sociodemográficas.

A variável procedência relacionada com o Questionário HAT-QoL, não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$). Os maiores valores de mediana (100,0) foram para as categorias Passos e outro município, do domínio confiança no profissional, e o maior valor de média ($89,0 \pm 22,0$) foi na categoria Passos, do mesmo domínio.

Em relação à variável sexo, houve relação estatisticamente significativa com os domínios satisfação com a vida ($p=0,026$), preocupações com a saúde ($p=0,020$), preocupações financeiras ($p=0,022$) e função sexual ($p=0,026$). Nestes domínios, destacou-se a categoria masculino, como o maior valor de mediana (75,0) nos domínios satisfação com a vida, preocupações com a saúde e função sexual; e média ($69,1 \pm 37,7$) no domínio satisfação com a vida.

A comparação da variável idade com o Questionário HAT-QoL resultou em diferença estatisticamente significativa na relação com o domínio preocupações financeiras ($p=0,021$) e preocupações com a medicação ($p=0,000$). Nestes domínios destacou-se a categoria 60 anos ou mais, com maior mediana (100,0) e média ($96,8 \pm 5,6$) no domínio preocupações com a medicação; e os mais baixos valores estavam na categoria de 20 a 29 anos, com mediana (8,3) e média ($30,6 \pm 36,9$) no domínio preocupações financeira. Quanto à variável escolaridade, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com o domínio função geral ($p=0,041$) e preocupações com o sigilo ($p=0,007$). No domínio função geral, o maior valor de mediana (79,2) e média ($70,6 \pm 28,4$) foi na categoria mais de 11 anos completos de escolaridade; e, os menores valores na categoria “zero”, com mediana (50,0) e média ($59,7 \pm 30,4$). No domínio preocupações com o sigilo, o maior valor de mediana (70,0) e média ($55,4 \pm 38,8$) foi na categoria zero anos de escolaridade; e, os menores valores na categoria de 11 anos ou mais de escolaridade, com mediana (20,0) e média ($28,9 \pm 31,1$).

Segundo a relação da situação conjugal com o questionário de QV, não houve diferença significativa ($p<0,05$). Os maiores valores de mediana (100,0) foi no domínio aceitação do HIV, na categoria viúvo ou separado e em todas as categorias do domínio confiança no profissional; já o maior valor de média ($89,5 \pm 22,5$) foi no domínio confiança no profissional, na categoria de solteiro.

A comparação da variável presença de filhos foi estatisticamente significativa com os domínios preocupações financeiras ($p=0,010$) e aceitação com HIV ($p=0,046$). No domínio preocupações financeiras, o maior valor de mediana (50,0) e média ($49,2 \pm 37,0$), foi na categoria “não”. Já no domínio aceitação do HIV, o maior valor de mediana (87,5) e média ($68,6 \pm 37,7$), foi na categoria “sim”.

Para a renda, a diferença estatisticamente significativa foi nos domínios função geral ($p=0,007$), satisfação com a vida ($p=0,009$), preocupações com a saúde ($p=0,041$), preocupações financeiras ($p=0,000$), preocupações com a medicação ($p=0,012$) e confiança no profissional ($p=0,034$). Nestes domínios, os maiores valores de mediana e média foram na categoria “mais de um salário mínimo”, com maior mediana (100,0) e média ($90,6 \pm 23,7$), no domínio confiança no profissional. Apenas o domínio confiança profissional apresentou o mesmo valor de mediana (100,0) para categoria “mais de um salário mínimo” e “menor ou igual a um salário mínimo”.

A comparação da variável ocupação resultou em diferença estatisticamente significativa com o domínio função geral ($p=0,033$), satisfação com a vida ($p=0,015$) e preocupações financeiras ($p=0,000$). Nestes domínios, os maiores valores de mediana e média foram na categoria “aposentado”, com maior mediana (81,3) e média ($72,7 \pm 29,0$), no domínio satisfação com a vida. Já os menores valores foram na categoria “afastado” nos domínios função geral e satisfação com a vida, com destaque para a mediana (50,0) e média ($49,3 \pm 31,2$) no domínio satisfação com a vida; e, “desempregado” no domínio preocupações financeiras, com mediana (0,0) e média ($20,5 \pm 33,4$).

A variável condição da moradia apresentou diferença significativa no domínio preocupações com a saúde ($p=0,014$), preocupações financeiras ($p=0,034$) e função sexual ($p=0,013$). No domínio preocupações com a saúde, a categoria de maior mediana (93,8) e média ($74,7 \pm 36,3$), foi a “emprestada”; e, os menores valores na categoria “alugada”, com mediana (50,0) e média ($51,5 \pm 37,6$). No domínio preocupações financeiras, a categoria de maior mediana (45,8) e média ($44,8 \pm 37,6$), foi a “própria”; os menores valores de mediana (25,0) foram nas categorias alugada e emprestada, e a menor média ($32,1 \pm 36,9$), na categoria “alugada”. E, no domínio função sexual, o maior

valor de mediana (75,0) foi o mesmo para todas as categorias, e o maior valor de média ($64,0 \pm 38,9$), foi apenas na categoria própria; já o menor valor de média ($38,1 \pm 38,1$) foi na categoria “emprestada”.

Para o arranjo domiciliar, não foi identificado resultado estatisticamente significativo com o questionário de QV ($p < 0,05$), com maior mediana (100,0) no domínio aceitação do HIV, na categoria morar sozinho, e no domínio confiança no profissional, tanto na categoria sozinho, como acompanhado. Já o maior valor de média ($87,8 \pm 23,1$) foi encontrado no domínio confiança profissional, na categoria morar acompanhado.

Segundo a religião praticante, o resultado que apresentou diferença estatisticamente significativa foi no domínio aceitação do HIV ($p = 0,009$) com os maiores valores de mediana (100,0) e média ($73,0 \pm 36,7$) na categoria “não tem”; e, os menores valores de mediana (50,0) e média ($52,9 \pm 39,4$) na categoria “evangélico”, seguido da categoria “católica” e “outra”.

A convivência com familiar com HIV também não gerou resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$), e suas maiores medianas (100,0) foram no domínio confiança no profissional, tanto para categoria de não como para sim; e a maior média foi para ($89,2 \pm 23,1$), também no domínio confiança profissional na categoria de não convivência com familiar com HIV.

Tabela 14: Distribuição dos escores do Questionário HAT-QoL, aplicado nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos – MG, 2014 - 2015

QUESTIONÁRIO HAT-QoL																											
VARIÁVEIS	Função geral			Satisfação com a vida			Preocupações com a saúde			Preocupações financeiras			Preocupações com a medicação			Aceitação do HIV			Preocupações com o sigilo			Confiança no profissional			Função sexual		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	(DP)	IO	Md	(DP)	IO	Md	(DP)	IO	Md	(DP)	IO	Md	(DP)	IO	Md	(DP)	IO	Md	(DP)
Procedência^(b)																											
Passos-MG	4,2 / 100,0	70,8	64,7 (27,6)	0,0 / 100,0	75,0	65,4 (31,3)	0,0 / 100,0	68,8	59,7 (36,4)	0,0 / 100,0	25,0	38,6 (37,2)	0,0 / 100,0	85,0	75,0 (30,4)	0,0 / 100,0	75,0	67,1 (36,3)	0,0 / 100,0	40,0	41,4 (35,4)	0,0 / 100,0	100,0	89,0 (22,8)	0,0 / 100,0	75,0	58,4 (41,2)
Outro município	0,0 / 100,0	66,7	65,3 (26,5)	0,0 / 100,0	75,0	64,4 (32,3)	0,0 / 100,0	75,0	61,4 (34,3)	0,0 / 100,0	33,3	43,0 (38,9)	0,0 / 100,0	95,0	82,6 (24,3)	0,0 / 100,0	75,0	63,5 (40,0)	0,0 / 100,0	35,0	32,0 (34,1)	0,0 / 100,0	100,0	85,6 (26,0)	0,0 / 100,0	75,0	63,5 (37,3)
Valor de <i>p</i>	0,897			0,829			0,749			0,358			0,050			0,602			0,600			0,379			0,364		
Sexo^(b)																											
Masculino	0,0 / 100,0	75,0	67,4 (27,7)	0,0 / 100,0	75,0	69,1 (37,7)	0,0 / 100,0	75,0	65,0 (34,1)	0,0 / 100,0	41,7	45,5 (39,7)	0,0 / 100,0	90,0	80,3 (26,7)	0,0 / 100,0	75,0	66,6 (37,4)	0,0 / 100,0	40,0	41,5 (35,0)	0,0 / 100,0	100,0	90,2 (21,4)	0,0 / 100,0	75,0	65,5 (38,5)
Feminino	0,0 / 100,0	66,7	61,8 (26,2)	0,0 / 100,0	62,5	60,0 (32,1)	0,0 / 100,0	56,3	54,4 (36,6)	0,0 / 100,0	25,0	33,6 (34,4)	0,0 / 100,0	90,0	74,8 (30,2)	0,0 / 100,0	75,0	64,5 (38,1)	0,0 / 100,0	35,0	39,1 (34,7)	0,0 / 100,0	100,0	84,4 (26,9)	0,0 / 100,0	50,0	53,8 (40,6)
Valor de <i>p</i>	0,052			0,026			0,020			0,022			0,175			0,646			0,680			0,112			0,026		
Idade (anos)^(a)																											
20 – 29	4,2 / 100,0	66,7	58,5 (27,3)	0,0 / 100,0	68,8	63,9 (36,0)	0,0 / 100,0	68,8	56,0 (36,2)	0,0 / 100,0	8,3	30,6 (36,9)	0,0 / 100,0	75,0	59,4 (40,1)	0,0 / 100,0	87,5	73,6 (35,2)	0,0 / 100,0	20,0	29,8 (32,3)	16,7 / 100,0	100,0	88,6 (25,3)	0,0 / 100,0	100,0	73,6 (32,6)
30 – 39	0,0 / 100,0	75,0	67,1 (26,9)	0,0 / 100,0	75,0	65,5 (30,2)	0,0 / 100,0	50,0	56,0 (36,3)	0,0 / 100,0	25,0	33,6 (34,2)	0,0 / 100,0	80,0	73,9 (30,6)	0,0 / 100,0	75,0	59,4 (39,3)	0,0 / 100,0	40,0	35,4 (31,3)	0,0 / 100,0	100,0	86,6 (23,3)	0,0 / 100,0	75,0	58,1 (41,3)
40 – 49	0,0 / 100,0	70,8	63,6 (27,6)	0,0 / 100,0	68,8	62,0 (31,6)	0,0 / 100,0	68,8	59,5 (37,0)	0,0 / 100,0	25,0	40,1 (38,9)	0,0 / 100,0	90,0	78,5 (26,2)	0,0 / 100,0	75,0	63,8 (40,0)	0,0 / 100,0	40,0	43,8 (34,7)	0,0 / 100,0	100,0	87,4 (25,0)	0,0 / 100,0	75,0	62,6 (40,4)
50 – 59	16,7 / 100,0	66,7	62,8 (27,8)	6,3 / 100,0	75,0	65,7 (32,3)	6,3 / 100,0	75,0	63,1 (32,9)	0,0 / 100,0	33,3	42,0 (39,0)	0,0 / 100,0	87,5	81,4 (23,0)	0,0 / 100,0	75,0	65,2 (35,2)	0,0 / 100,0	32,5	42,2 (39,5)	16,7 / 100,0	100,0	88,1 (23,2)	0,0 / 100,0	50,0	53,8 (41,3)
≥ 60	33,3 / 100,0	83,3	76,8 (21,8)	12,5 / 100,0	81,3	75,0 (28,6)	12,5 / 100,0	87,5	72,0 (32,8)	0,0 / 100,0	66,7	63,0 (33,9)	80,0 / 100,0	100,0	96,8 (5,6)	0,0 / 100,0	100,0	79,5 (29,5)	0,0 / 100,0	40,0	46,8 (33,4)	0,0 / 100,0	100,0	89,3 (24,6)	0,0 / 100,0	62,5	57,5 (36,3)
Valor de <i>p</i>	0,126			0,502			0,322			0,021			0,000			0,233			0,278			0,917			0,253		
Escolaridade (anos completos)^(a)																											
0	6,7 / 100,0	50,0	59,7 (30,4)	18,8 / 100,0	75,0	69,3 (29,1)	6,3 / 100,0	21,9	44,8 (42,5)	0,0 / 100,0	0,0	35,4 (45,5)	60,0 / 100,0	100,0	89,6 (14,0)	0,0 / 100,0	100,0	75,0 (41,3)	0,0 / 100,0	70,0	55,4 (37,8)	75,0 / 100,0	100,0	98,0 (7,2)	0,0 / 100,0	75,0	58,3 (39,0)
1 – 5	0,0 / 100,0	75,0	66,5 (25,8)	0,0 / 100,0	71,9	63,8 (31,8)	0,0 / 100,0	68,8	61,0 (34,2)	0,0 / 100,0	25,0	39,1 (38,9)	0,0 / 100,0	90,0	81,4 (25,0)	0,0 / 100,0	75,0	63,3 (39,0)	0,0 / 100,0	40,0	46,0 (35,1)	16,7 / 100,0	100,0	90,1 (19,7)	0,0 / 100,0	68,8	57,2 (40,2)
6 – 10	4,2 / 100,0	54,2	58,3 (26,7)	0,0 / 100,0	68,8	60,4 (31,9)	0,0 / 100,0	68,8	68,8 (38,0)	0,0 / 100,0	25,0	36,9 (33,4)	0,0 / 100,0	82,5	72,4 (31,9)	0,0 / 100,0	68,8	61,6 (38,2)	0,0 / 100,0	30,0	39,0 (34,7)	0,0 / 100,0	100,0	82,1 (29,4)	0,0 / 100,0	75,0	57,2 (40,2)
≥ 11	4,2 / 100,0	79,2	70,6 (28,4)	0,0 / 100,0	81,3	71,8 (30,9)	0,0 / 100,0	75,0	64,2 (33,7)	0,0 / 100,0	50,0	48,3 (39,2)	0,0 / 100,0	85,0	75,4 (31,2)	0,0 / 100,0	75,0	73,0 (33,0)	0,0 / 100,0	20,0	28,9 (31,1)	0,0 / 100,0	100,0	87,5 (25,9)	0,0 / 100,0	87,5	67,0 (37,9)
Valor de <i>p</i>	0,041			0,153			0,583			0,303			0,185			0,237			0,007			0,167			0,399		
Situação conjugal^(a)																											
Solteiro	0,0 / 100,0	75,0	66,1 (29,0)	0,0 / 100,0	75,0	65,6 (34,4)	0,0 / 100,0	71,9	61,7 (34,6)	0,0 / 100,0	33,3	43,2 (38,3)	0,0 / 100,0	90,0	77,0 (29,4)	0,0 / 100,0	75,0	63,6 (36,7)	0,0 / 100,0	32,5	37,8 (34,2)	0,0 / 100,0	100,0	89,5 (22,5)	0,0 / 100,0	75,0	59,4 (39,7)
Casado/amasiado	0,0 / 100,0	68,8	63,9 (25,6)	0,0 / 100,0	75,0	65,8 (29,1)	0,0 / 100,0	59,4	56,0 (37,0)	0,0 / 100,0	25,0	38,8 (37,4)	0,0 / 100,0	85,0	77,5 (28,4)	0,0 / 100,0	81,3	67,0 (38,7)	0,0 / 100,0	40,0	40,0 (34,6)	0,0 / 100,0	100,0	86,7 (24,8)	0,0 / 100,0	75,0	62,6 (40,2)
Viúvo/separado	16,7 / 100,0	66,7	64,4 (25,7)	6,3 / 100,0	59,4	60,0 (29,1)	0,0 / 100,0	78,1	71,0 (31,8)	0,0 / 100,0	25,0	34,4 (38,3)	0,0 / 100,0	90,0	82,8 (24,3)	0,0 / 100,0	100,0	69,6 (38,1)	0,0 / 100,0	50,0	52,3 (37,0)	0,0 / 100,0	100,0	84,2 (27,3)	0,0 / 100,0	50,0	55,8 (39,2)
Valor de <i>p</i>	0,564			0,523			0,156			0,437			0,761			0,448			0,108			0,437			0,585		
Presença de filhos^(b)																											
Não	0,0 / 100,0	75,0	67,5 (28,0)	0,0 / 100,0	75,0	69,3 (31,4)	0,0 / 100,0	75,0	61,0 (34,3)	0,0 / 100,0	50,0	49,2 (37,0)	0,0 / 100,0	90,0	74,5 (30,6)	0,0 / 100,0	75,0	59,9 (37,1)	0,0 / 100,0	35,0	39,4 (33,0)	16,7 / 100,0	100,0	92,1 (18,1)	0,0 / 100,0	75,0	67,1 (35,1)
Sim	0,0 / 100,0	66,7	63,7 (26,7)	0,0 / 100,0	68,8	63,0 (31,6)	0,0 / 100,0	68,8	60,0 (36,2)	0,0 / 100,0	25,0	36,0 (37,6)	0,0 / 100,0	90,0	79,6 (27,2)	0,0 / 100,0	87,5	68,6 (37,7)	0,0 / 100,0	40,0	40,9 (35,8)	0,0 / 100,0	100,0	85,5 (26,3)	0,0 / 100,0	62,5	57,1 (41,6)
Valor de <i>p</i>	0,199			0,121			0,996			0,010			0,220			0,046			0,787			0,167			0,103		

Continua...

Continuação...

VARIÁVEIS	Função geral			Satisfação com a vida			Preocupações com a saúde			Preocupações financeiras			Preocupações com a medicação			Aceitação do HIV			Preocupações com o sigilo			Confiança no profissional			Função sexual		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
**Renda (salário mínimo) ^(b)																											
≤ 1	0,0 / 100,0	66,7	61,6 (27,2)	0,0 / 100,0	62,5	61,3 (31,3)	0,0 / 100,0	56,3	56,6 (36,6)	0,0 / 100,0	25,0	33,0 (36,3)	0,0 / 100,0	85,0	73,3 (31,5)	0,0 / 100,0	75,0	64,3 (36,9)	0,0 / 100,0	35,0	40,0 (34,3)	0,0 / 100,0	100,0	86,0 (24,2)	0,0 / 100,0	75,0	58,0 (39,1)
> 1	16,7 / 100,0	83,3	70,7 (26,0)	0,0 / 100,0	81,3	71,5 (31,2)	0,0 / 100,0	75,0	66,8 (32,8)	0,0 / 100,0	50,0	52,8 (37,4)	0,0 / 100,0	95,0	85,9 (19,7)	0,0 / 100,0	87,5	68,0 (39,0)	0,0 / 100,0	40,0	41,2 (35,9)	0,0 / 100,0	100,0	90,6 (23,7)	0,0 / 100,0	75,0	64,5 (40,8)
Valor de <i>p</i>		0,007			0,009			0,041			0,000		0,012				0,345			0,844		0,034			0,175		
Ocupação ^(a)																											
Empregado	0,0 / 100,0	70,8	63,7 (27,6)	0,0 / 100,0	75,0	64,9 (31,9)	0,0 / 100,0	68,8	59,5 (36,7)	0,0 / 100,0	37,5	44,4 (37,6)	0,0 / 100,0	85,0	76,8 (29,5)	0,0 / 100,0	75,0	64,5 (38,2)	0,0 / 100,0	40,0	41,2 (35,6)	16,7 / 100,0	100,0	88,3 (21,4)	0,0 / 100,0	75,0	64,2 (39,0)
Desempregado	4,2 / 100,0	64,6	61,5 (26,0)	0,0 / 100,0	68,8	63,7 (32,0)	0,0 / 100,0	46,9	53,0 (38,2)	0,0 / 100,0	0,0	20,5 (33,4)	0,0 / 100,0	77,5	68,2 (33,4)	0,0 / 100,0	75,0	63,3 (38,5)	0,0 / 100,0	20,0	30,6 (28,0)	0,0 / 100,0	100,0	91,5 (21,8)	0,0 / 100,0	50,0	51,1 (38,7)
Aposentado	4,2 / 100,0	79,2	72,3 (26,4)	0,0 / 100,0	81,3	72,7 (29,0)	0,0 / 100,0	75,0	68,8 (30,3)	0,0 / 100,0	50,0	51,5 (35,5)	40,0 / 100,0	95,0	86,3 (17,6)	40,0 / 100,0	87,5	68,8 (36,8)	40,0 / 100,0	40,0	48,4 (36,0)	40,0 / 100,0	100,0	88,6 (24,7)	40,0 / 100,0	75,0	62,7 (40,2)
Afastado	4,2 / 100,0	54,1	58,2 (26,1)	6,3 / 100,0	50,0	49,3 (31,2)	0,0 / 100,0	50,0	55,8 (35,8)	0,0 / 100,0	8,3	28,7 (38,5)	0,0 / 100,0	90,0	78,3 (31,2)	0,0 / 100,0	37,5	67,1 (37,5)	0,0 / 100,0	30,0	33,9 (35,2)	0,0 / 100,0	100,0	76,5 (33,7)	0,0 / 100,0	62,5	53,7 (42,9)
Valor de <i>p</i>		0,033			0,015			0,204			0,000		0,118				0,838			0,073		0,104			0,247		
Condição da moradia ^(a)																											
Própria	0,0 / 100,0	78,8	67,3 (26,3)	0,0 / 100,0	75,0	65,0 (32,3)	0,0 / 100,0	75,0	62,9 (33,5)	0,0 / 100,0	45,8	44,8 (37,6)	0,0 / 100,0	90,0	77,8 (27,8)	0,0 / 100,0	75,0	64,2 (37,8)	0,0 / 100,0	40,0	42,7 (33,0)	0,0 / 100,0	100,0	88,3 (22,4)	0,0 / 100,0	75,0	64,0 (38,9)
Alugada	0,0 / 100,0	66,7	60,7 (28,9)	0,0 / 100,0	75,0	63,8 (31,1)	0,0 / 100,0	50,0	51,5 (37,6)	0,0 / 100,0	25,0	32,1 (36,9)	0,0 / 100,0	90,0	75,2 (30,4)	0,0 / 100,0	75,0	64,9 (37,3)	0,0 / 100,0	25,0	38,8 (38,4)	0,0 / 100,0	100,0	85,0 (28,2)	0,0 / 100,0	75,0	58,9 (40,4)
Emprestada	4,2 / 100,0	62,5	62,3 (23,4)	6,3 / 100,0	68,8	70,2 (29,2)	0,0 / 100,0	93,8	74,7 (36,3)	0,0 / 100,0	25,0	37,3 (39,9)	0,0 / 100,0	100,0	89,3 (22,7)	0,0 / 100,0	100,0	79,8 (36,8)	0,0 / 100,0	20,0	29,8 (33,7)	33,3 / 100,0	100,0	92,9 (17,9)	0,0 / 100,0	75,0	38,1 (38,4)
Valor de <i>p</i>		0,240			0,743			0,014			0,034		0,078				0,101			0,187		0,639			0,013		
Arranjo domiciliar ^(b)																											
Sozinho	16,7 / 100,0	83,3	69,7 (26,8)	0,0 / 100,0	75,0	65,8 (33,4)	0,0 / 100,0	75,0	69,3 (31,7)	0,0 / 100,0	66,7	50,3 (37,7)	0,0 / 100,0	95,0	77,6 (32,0)	25,0 / 100,0	100,0	76,7 (27,3)	0,0 / 100,0	25,0	37,4 (39,2)	0,0 / 100,0	100,0	86,9 (29,4)	0,0 / 100,0	75,0	68,6 (34,2)
Acompanhado	0,0 / 100,0	70,8	64,1 (27,2)	0,0 / 100,0	75,0	65,0 (31,4)	0,0 / 100,0	62,5	58,9 (36,0)	0,0 / 100,0	25,0	38,7 (37,8)	0,0 / 100,0	90,0	78,0 (27,8)	0,0 / 100,0	75,0	63,9 (38,9)	0,0 / 100,0	40,0	40,9 (34,1)	0,0 / 100,0	100,0	87,8 (23,1)	0,0 / 100,0	75,0	59,0 (40,5)
Valor de <i>p</i>		0,214			0,773			0,142			0,091		0,594				0,098			0,393		0,483			0,225		
Religião praticante ^(a)																											
Católica	0,0 / 100,0	66,7	63,8 (27,3)	0,0 / 100,0	75,0	64,7 (37,7)	0,0 / 100,0	68,8	58,1 (38,6)	0,0 / 100,0	25,0	40,4 (38,6)	0,0 / 100,0	90,0	76,9 (30,3)	0,0 / 100,0	75,0	68,5 (36,2)	0,0 / 100,0	20,0	36,2 (36,1)	0,0 / 100,0	100,0	87,8 (25,6)	0,0 / 100,0	62,5	58,1 (38,5)
Evangélico	0,0 / 100,0	75,0	65,7 (25,6)	0,0 / 100,0	75,0	67,1 (29,5)	0,0 / 100,0	50,0	58,9 (32,9)	0,0 / 100,0	29,2	36,6 (36,1)	0,0 / 100,0	82,5	76,1 (27,7)	0,0 / 100,0	50,0	52,9 (39,4)	0,0 / 100,0	40,0	45,6 (35,0)	8,3 / 100,0	100,0	90,0 (20,8)	0,0 / 100,0	81,3	65,8 (39,4)
Não tem	4,2 / 100,0	66,7	63,9 (28,5)	0,0 / 100,0	62,5	64,3 (34,3)	0,0 / 100,0	75,0	67,4 (32,0)	0,0 / 100,0	4,2	41,9 (38,2)	0,0 / 100,0	95,0	83,9 (22,7)	0,0 / 100,0	100,0	73,0 (36,7)	0,0 / 100,0	40,0	42,4 (33,4)	8,3 / 100,0	100,0	87,8 (24,5)	0,0 / 100,0	75,0	57,5 (42,6)
Outra	29,2 / 100,0	95,8	79,2 (26,6)	25,0 / 100,0	75,0	59,4 (29,1)	12,5 / 100,0	81,3	66,3 (34,9)	0,0 / 100,0	25,0	34,2 (44,4)	0,0 / 100,0	80,0	64,5 (37,8)	25,0 / 100,0	87,5	73,8 (31,4)	0,0 / 80,0	45,0	42,5 (23,2)	33,3 / 100,0	100,0	88,3 (24,9)	0,0 / 100,0	75,0	59,1 (42,4)
Valor de <i>p</i>		0,238			0,841			0,410			0,888		0,110				0,009			0,225		0,547			0,567		
Convivência com familiar com HIV ^(b)																											
Não	0,0 / 100,0	66,7	64,2 (27,5)	0,0 / 100,0	75,0	66,0 (30,6)	0,0 / 100,0	68,8	60,3 (34,3)	0,0 / 100,0	25,0	37,9 (36,7)	0,0 / 100,0	90,0	77,9 (28,2)	0,0 / 100,0	75,0	64,5 (37,8)	0,0 / 100,0	37,5	40,0 (33,8)	0,0 / 100,0	100,0	89,2 (23,1)	0,0 / 100,0	75,0	58,3 (40,4)
Sim	4,2 / 100,0	75,0	67,0 (26,2)	0,0 / 100,0	75,0	62,6 (34,2)	0,0 / 100,0	75,0	60,4 (38,7)	0,0 / 100,0	50,0	46,5 (40,4)	0,0 / 100,0	90,0	78,0 (29,2)	0,0 / 100,0	75,0	68,8 (37,2)	0,0 / 100,0	37,5	41,6 (37,6)	0,0 / 100,0	100,0	83,7 (26,2)	0,0 / 100,0	81,3	65,6 (37,9)
Valor de <i>p</i>		0,558			0,605			0,805			0,126		0,966				0,407			0,916		0,076			0,151		

* IO = intervalo obtido (mínimo / máximo); * Md = mediana; * M = média; * DP = desvio padrão;

** Salário mínimo vigente no período da pesquisa foi de R\$724,00, em 2014 e de R\$788,00, em 2015. Disponível: <http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario_minimo.htm>. Acesso em: 20 de maio de 2016.^(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes); ^(b) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes).

Na Tabela 15, observam-se os escores médios dos valores obtidos do Questionário HAT-QoL, segundo as variáveis da vida afetivo-sexual.

A comparação da variável orientação sexual com o questionário de QV possibilitou identificar que houve diferença estatisticamente significativa com domínio preocupações financeiras ($p=0,019$) e função sexual ($p=0,005$). No domínio preocupações financeiras, os maiores valores de mediana (25,0) recaíram na categoria heterossexual e homossexual, e o maior valor de média ($55,4 \pm 37,0$) na categoria homossexual; e, os menores valores de mediana e média na categoria bissexual, com mediana (8,3) e média ($26,2 \pm 38,6$). Já no domínio função sexual, os maiores valores de mediana (100,0) foi na categoria homossexual e bissexual, e o maior valor de média ($83,9 \pm 21,3$) na categoria bissexual; e, os menores valores de mediana e média na categoria heterossexual, com mediana (62,5) e média ($56,4 \pm 40,6$).

Em relação à parceria sexual nos últimos 12 meses, percebeu-se que houve diferença estatisticamente significativa com domínio função sexual ($p=0,029$), com destaque para os maiores valores de mediana (75,0) e média ($64,9 \pm 38,9$) para a categoria “sim”.

Quanto à variável tipo de parceria sexual, a relação com o questionário HAT-QoL não gerou valores de p significantes. As categorias de mais altos valores de mediana foram a eventual nos domínios preocupações com a medicação e aceitação do HIV, e as três categorias, no domínio confiança profissional. Já a melhor média ($93,1 \pm 17,7$) foi identificada categoria eventual no domínio confiança profissional.

Já segundo a situação diagnóstica da parceria sexual, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com o domínio preocupações com a saúde ($p=0,038$), com maior valor de mediana (78,1) e média ($68,3 \pm 35,4$) na categoria “desconhecida”; e, os menores valores de mediana e média na categoria “soropositivo ao HIV”, com mediana (37,5) e média ($48,4 \pm 37,5$).

A análise do uso do preservativo masculino nos últimos 12 meses, gerou resultado estatisticamente significativo com o domínio confiança profissional ($p=0,039$), com maiores valores de mediana (100,0) em todas as categorias e média ($94,3 \pm 16,2$) apenas na categoria às vezes; e, o menor valor de média ($81,7 \pm 30,6$), na categoria “nunca”.

Tabela 15: Distribuição dos escores do Questionário HAT-QoL, aplicado nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis da vida afetivo-sexual, Passos – MG, 2014 - 2015

QUESTIONÁRIO HAT-QoL																											
VARIÁVEIS	Função geral			Satisfação com a vida			Preocupações com a saúde			Preocupações financeiras			Preocupações com a medicação			Aceitação do HIV			Preocupações com o sigilo			Confiança no profissional			Função sexual		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Orientação sexual ^(a)																											
Heterossexual	0,0 / 100,0	70,8	65,1 (26,6)	0,0 / 100,0	75,0	65,2 (30,9)	0,0 / 100,0	68,8	58,6 (36,4)	0,0 / 100,0	25,0	37,7 (37,4)	0,0 / 100,0	90,0	77,8 (28,9)	0,0 / 100,0	75,0	64,1 (39,0)	0,0 / 100,0	40,0	41,6 (34,8)	0,0 / 100,0	100,0	87,9 (23,9)	0,0 / 100,0	62,5	56,4 (40,6)
Homossexual	0,0 / 100,0	83,3	67,4 (29,3)	0,0 / 100,0	75,0	65,6 (35,5)	0,0 / 100,0	75,0	67,9 (32,5)	0,0 / 100,0	25,0	55,4 (37,0)	0,0 / 100,0	90,0	79,7 (27,0)	0,0 / 100,0	75,0	71,8 (31,8)	0,0 / 100,0	30,0	37,1 (34,6)	16,7 / 100,0	100,0	86,6 (23,5)	0,0 / 100,0	100,0	75,6 (32,8)
Bissexual	16,7 / 91,7	45,8	45,2 (24,5)	31,3 / 100,0	43,8	58,0 (30,3)	37,5 / 100,0	62,5	66,1 (22,2)	0,0 / 100,0	8,3	26,2 (38,6)	25,0 / 100,0	80,0	71,4 (24,2)	50,0 / 100,0	75,0	75,0 (25,0)	0,0 / 100,0	0,0	25,7 (37,8)	8,3 / 100,0	100,0	86,9 (34,6)	50,0 / 100,0	100,0	83,9 (21,3)
Valor de p		0,104			0,766			0,365			0,019		0,471				0,644		0,265			0,742			0,005		
Parceria sexual nos últimos 12 meses ^(b)																											
Não	4,2 / 100,0	66,7	66,4 (28,9)	0,0 / 100,0	68,8	64,3 (32,3)	0,0 / 100,0	62,5	60,5 (33,9)	0,0 / 100,0	25,0	39,5 (38,6)	0,0 / 100,0	90,0	78,4 (27,4)	0,0 / 100,0	75,0	64,8 (37,0)	0,0 / 100,0	30,0	36,7 (33,2)	0,0 / 100,0	100,0	91,0 (20,9)	0,0 / 100,0	50,0	54,2 (40,2)
Sim	0,0 / 100,0	70,8	66,7 (25,7)	0,0 / 100,0	75,0	65,6 (31,2)	0,0 / 100,0	75,0	60,3 (36,8)	0,0 / 100,0	25,0	40,9 (37,5)	0,0 / 100,0	90,0	77,6 (29,2)	0,0 / 100,0	75,0	66,4 (38,2)	0,0 / 100,0	40,0	43,2 (35,9)	0,0 / 100,0	100,0	85,2 (26,0)	0,0 / 100,0	75,0	64,9 (38,9)
Valor de p		0,340			0,742			0,818			0,685		0,983				0,561		0,149			0,075			0,029		
Tipo de parceria sexual nos últimos 12 meses ^(a)																											
Fixa	0,0 / 100,0	70,8	66,4 (25,4)	0,0 / 100,0	75,0	65,9 (31,5)	0,0 / 100,0	68,8	59,2 (37,5)	0,0 / 100,0	25,0	41,2 (37,6)	0,0 / 100,0	87,5	76,9 (29,2)	0,0 / 100,0	75,0	64,6 (39,1)	0,0 / 100,0	40,0	42,6 (35,2)	0,0 / 100,0	100,0	84,2 (26,8)	0,0 / 100,0	75,0	64,8 (39,0)
Eventual	20,8 / 100,0	75,0	68,8 (27,6)	0,0 / 100,0	71,9	63,9 (30,0)	0,0 / 100,0	75,0	68,1 (31,5)	0,0 / 100,0	33,3	39,4 (37,7)	0,0 / 100,0	100,0	82,2 (29,9)	0,0 / 100,0	100,0	79,2 (29,1)	0,0 / 100,0	35,0	47,8 (41,6)	33,3 / 100,0	100,0	93,1 (17,7)	0,0 / 100,0	81,3	66,0 (38,8)
Não tem parceria	4,2 / 100,0	66,7	66,6 (28,9)	0,0 / 100,0	68,8	64,3 (32,3)	0,0 / 100,0	62,5	60,5 (33,9)	0,0 / 100,0	25,0	39,5 (38,6)	0,0 / 100,0	90,0	78,4 (27,4)	0,0 / 100,0	75,0	64,8 (37,0)	0,0 / 100,0	30,0	36,7 (33,2)	0,0 / 100,0	100,0	91,0 (21,0)	0,0 / 100,0	50,0	54,2 (40,3)
Valor de p		0,581			0,903			0,726			0,902		0,481				0,335		0,313			0,075			0,092		
Situação diagnóstica da parceria sexual nos últimos 12 meses ^(a)																											
Soronegativo ao HIV	0,0 / 100,0	75,0	69,8 (26,3)	0,0 / 100,0	75,0	69,6 (27,6)	0,0 / 100,0	75,0	64,2 (35,0)	0,0 / 100,0	25,0	38,8 (38,7)	0,0 / 100,0	87,5	79,1 (26,4)	0,0 / 100,0	75,0	64,4 (38,9)	0,0 / 100,0	40,0	42,9 (35,5)	0,0 / 100,0	100,0	88,0 (23,9)	0,0 / 100,0	100,0	67,2 (39,8)
Soropositivo ao HIV	0,0 / 100,0	68,8	62,0 (26,2)	0,0 / 100,0	62,5	58,6 (34,0)	0,0 / 100,0	37,5	48,4 (37,5)	0,0 / 100,0	25,0	38,0 (37,8)	0,0 / 100,0	85,0	75,0 (30,0)	0,0 / 100,0	68,8	58,9 (41,3)	0,0 / 100,0	40,0	44,0 (36,2)	0,0 / 100,0	100,0	82,5 (28,4)	0,0 / 100,0	75,0	61,5 (40,1)
Desconhecida	29,0 / 100,0	70,9	68,0 (24,1)	0,0 / 100,0	75,0	68,2 (32,0)	0,0 / 100,0	78,1	68,3 (35,4)	0,0 / 100,0	41,7	47,2 (35,6)	0,0 / 100,0	95,0	78,3 (32,5)	0,0 / 100,0	100,0	77,7 (31,2)	0,0 / 100,0	35,0	42,3 (36,9)	16,7 / 100,0	100,0	85,5 (25,9)	0,0 / 100,0	75,0	67,5 (36,9)
Não tem parceria	4,2 / 100,0	66,7	62,6 (28,9)	0,0 / 100,0	68,8	64,3 (32,3)	0,0 / 100,0	62,5	60,4 (33,9)	0,0 / 100,0	25,0	39,5 (38,6)	0,0 / 100,0	90,0	78,3 (27,4)	0,0 / 100,0	75,0	64,8 (37,0)	0,0 / 100,0	30,0	36,7 (33,2)	0,0 / 100,0	100,0	91,0 (20,9)	0,0 / 100,0	50,0	54,2 (40,3)
Valor de p		0,338			0,342			0,038			0,416		0,793				0,141		0,542			0,238			0,139		
Uso de preservativo masculino nos últimos 12 meses ^(a)																											
Sempre	0,0 / 100,0	75,0	69,1 (27,0)	0,0 / 100,0	75,0	64,5 (32,4)	0,0 / 100,0	81,3	64,8 (37,4)	0,0 / 100,0	50,0	45,4 (37,5)	0,0 / 100,0	90,0	78,3 (28,4)	0,0 / 100,0	100,0	72,3 (34,2)	0,0 / 100,0	40,0	43,9 (37,4)	0,0 / 100,0	100,0	83,5 (26,4)	0,0 / 100,0	75,0	61,1 (42,1)
Nunca	16,7 / 100,0	70,8	65,1 (22,9)	12,5 / 100,0	78,1	68,3 (31,1)	0,0 / 100,0	50,0	52,7 (35,0)	0,0 / 100,0	8,3	30,8 (38,0)	20,0 / 100,0	90,0	77,2 (29,6)	0,0 / 100,0	56,3	55,4 (46,2)	0,0 / 100,0	50,0	49,9 (30,9)	8,3 / 100,0	100,0	81,7 (30,6)	0,0 / 100,0	81,3	67,5 (35,6)
Às vezes	25,0 / 100,0	54,2	60,9 (24,1)	0,0 / 100,0	75,0	66,4 (28,3)	0,0 / 100,0	43,8	54,1 (38,9)	0,0 / 100,0	25,0	37,6 (36,0)	0,0 / 100,0	90,0	75,9 (33,4)	0,0 / 100,0	75,0	59,5 (38,8)	0,0 / 100,0	25,0	34,3 (35,3)	0,0 / 100,0	100,0	94,3 (16,2)	0,0 / 100,0	75,0	74,1 (30,4)
Não tem vida sexual	4,2 / 100,0	66,7	62,6 (28,9)	0,0 / 100,0	68,8	64,3 (32,3)	0,0 / 100,0	62,5	60,5 (33,9)	0,0 / 100,0	25,0	39,5 (38,6)	0,0 / 100,0	90,0	78,4 (27,4)	0,0 / 100,0	75,0	64,8 (37,0)	0,0 / 100,0	30,0	36,7 (33,2)	0,0 / 100,0	100,0	91,0 (20,9)	0,0 / 100,0	50,0	54,2 (40,3)
Valor de p		0,270			0,923			0,233			0,352		1,000				0,164		0,135			0,039			0,088		

* IO = intervalo obtido (mínimo – máximo); * Md = mediana; * M = média; * DP = desvio padrão;

^(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes); ^(b) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes).

Na Tabela 16, observam-se os escores médios dos valores obtidos do Questionário HAT-QoL, segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas.

Quanto à variável tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, a relação com o Questionário HAT-QoL, apresentou diferença estatisticamente significativa com os domínios aceitação do HIV ($p=0,015$) e preocupações com o sigilo ($p=0,004$). No domínio aceitação do HIV, o maior valor de mediana (100,0) e média ($78,5 \pm 30,4$) foi na categoria de cinco a dez anos de diagnóstico da infecção pelo HIV; e, o menor valor de mediana (62,5) e média ($58,1 \pm 36,2$) foi na categoria dois a cinco anos de diagnóstico da infecção. No domínio preocupações com o sigilo, o maior valor de mediana (60,0) e média ($51,0 \pm 35,7$) foi na categoria 10 anos ou mais de diagnóstico da infecção pelo HIV; e, o menor valor de mediana (20,0) e média ($29,1 \pm 29,3$) foi na categoria menor que dois anos de diagnóstico da infecção pelo HIV.

Em relação à variável quem sabe do diagnóstico, os resultados estatisticamente significantes foram com os domínios função geral ($p=0,024$), satisfação com a vida ($p=0,006$), preocupações com a saúde ($p=0,014$), aceitação do HIV ($p=0,041$) e preocupações com o sigilo ($p=0,003$). No domínio função geral, apesar do maior valor de mediana (79,2) ter sido encontrado nas categorias “família e amigos” e “escondem o diagnóstico”, o maior valor de média ($76,4 \pm 23,2$) estava na categoria “escondem o diagnóstico”; e, o menor valor de mediana (66,7) e média ($62,5 \pm 27,0$) estava na categoria “família”. No domínio satisfação com a vida, o maior valor de mediana (87,5) e média ($77,1 \pm 25,5$) foi encontrado na categoria “família e amigos”; e, o menor valor de mediana (50,0) e média ($47,9 \pm 34,8$) estava na categoria “escondem o diagnóstico”. No domínio preocupações com a saúde, o maior valor de mediana (87,5) e média ($78,1 \pm 35,7$) estava na categoria “escondem o diagnóstico”; e, o menor valor de mediana (62,5) e média ($56,8 \pm 36,6$) estava na categoria “família”. No domínio aceitação do HIV, o maior valor de mediana (90,0) e média ($64,9 \pm 38,0$) estava na categoria “família”; e, os menores valores de mediana (75,0) e média ($64,8 \pm 37,3$) estava nas categorias “família e amigos” e “escondem o diagnóstico”. No domínio preocupações com o sigilo, o maior valor de mediana (55,0) e média ($54,2 \pm 32,9$) estava na categoria

“família e amigos”; e, o menor valor de mediana (20,0) e média ($23,3 \pm 26,6$) estava na categoria “escondem o diagnóstico”.

A comparação da variável exposição do HIV com o Questionário HAT-QoL gerou resultados que foram estatisticamente significantes com os domínios função geral ($p=0,036$), satisfação com a vida ($p=0,004$), preocupações financeiras ($p=0,008$) e confiança profissional ($p=0,005$). No domínio função geral, o maior valor de mediana (83,3) e média ($79,4 \pm 20,7$) foi encontrado na categoria “não sabe”; e, o menor valor de mediana (37,5) e média ($43,8 \pm 12,3$) na categoria “outra”. No domínio satisfação com a vida, os maiores valores também foram na categoria “não sabem”, com mediana (100,0) e média ($79,2 \pm 32,8$); e, os menores valores na categoria “outra” com mediana (28,1) e média ($39,1 \pm 34,2$). No domínio preocupações financeiras, os maiores valores de mediana (66,7) foram nas categorias “sanguínea” e “não sabem”; e o maior valor de média ($57,7 \pm 32,0$) na categoria “não sabem”; e os menores valores de mediana (25,0) e média ($36,8 \pm 37,8$) na categoria “sexual”. E, no domínio confiança no profissional, os maiores valores de mediana (100,0) foram nas categorias “sexual”, “sanguínea” e “não sabem”; e o maior valor de média ($89,9 \pm 21,1$) na categoria “sexual”; e, os menores valores de mediana (58,3) e média ($59,4 \pm 39,9$) na categoria “outra”.

Segundo o tempo de início do tratamento, os maiores valores concentraram-se no domínio confiança no profissional, com mediana (100,0) nas três categorias, e média ($89,3 \pm 22,5$) na categoria de tempo de início de tratamento, inferior a 30 dias. A relação desta variável com o questionário de QV não resultou em valores estatisticamente significantes ($p<0,05$).

Na análise do número de comprimidos com o questionário, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com o domínio função geral ($p=0,049$), com maior valor de mediana (70,8) e média ($66,4 \pm 27,2$) na categoria de um a dois comprimidos diferentes de ARV ao dia.

A relação da variável efeito adverso apresentou diferença estatisticamente significativa com os domínios, função geral ($p=0,004$), satisfação com a vida ($p=0,007$), preocupações com a medicação ($p=0,000$), aceitação do HIV ($p=0,048$) e função sexual ($p=0,011$). Nestes domínios, os maiores valores de mediana e média foram na categoria “não”, indicativa de

ausência de efeitos adversos, com maior valor de mediana (95,0) e média (83,5 $\pm$ 24,1) no domínio preocupações com a medicação.

Quanto à interrupção da terapia antirretroviral, os resultados significantes foram com os domínios satisfação com a vida ($p=0,035$), preocupações com a saúde ($p=0,022$), preocupações financeiras ($p=0,015$), preocupações com a medicação ($p=0,002$) e função sexual ($p=0,016$). Nesses domínios, destacou-se a categoria “não”, indicativa de não interrupção da TARV, com maior valor de mediana (92,5) e média (92,5 $\pm$ 26,6) no domínio preocupações com a medicação.

O motivo pela interrupção do tratamento gerou resultados estatisticamente significantes com os domínios preocupações financeiras ($p=0,032$), preocupações com a medicação ($p=0,005$) e função sexual ($p=0,038$). Nesses domínios, destacou-se a categoria “não se aplica”, com os maiores valores de medianas (92,5) e média (81,0 $\pm$ 26,6) no domínio preocupações com a medicação.

Na contagem de linfócitos T CD4+ com o questionário de qualidade de vida, houve diferença estatisticamente significativa com o domínio preocupações financeiras ($p=0,025$), com os maiores valores de mediana (33,3) e média (44,5 $\pm$ 37,0) na categoria de contagem de linfócitos T CD4+ superior a 500 células mm³/sangue; e, os menores valores na categoria de 200 a 499 células mm³/sangue, com mediana (25,0) e média (37,5 $\pm$ 39,9).

A contagem de carga viral foi estatisticamente significativa com os domínios preocupações com a saúde ($p=0,006$), preocupações financeiras ($p=0,000$) e preocupações com a medicação ($p=0,019$); com destaque para a categoria “indetectável” com o maior valor de mediana (90,0) e média (81,6 $\pm$ 25,2) no domínio preocupações com a medicação.

A relação da variável interações por complicações do HIV/aids com o questionário de qualidade de vida obteve-se resultado estatisticamente significativo no domínio preocupações com o sigilo ($p=0,007$), com maior valor de mediana (47,5) e média (49,9 $\pm$ 36,0) na categoria “sim”.

Na análise da variável comorbidades, o resultado foi estatisticamente significativo nos domínios satisfação com a vida ($p=0,005$) e função sexual ($p=0,043$). Nesses domínios, destacou-se a categoria “não”, com os maiores

valores de mediana (75,0) na categoria “não” dos domínios satisfação com a vida e função sexual; e, o maior valor de média ($67,7 \pm 30,9$), também na categoria “não”, mas apenas no domínio satisfação com a vida.

Na comparação da variável dependência nas atividades de vida diária, percebeu-se que os resultados apresentaram diferença estatisticamente significativa com os domínios função geral ($p=0,001$), satisfação com a vida ($p=0,001$), preocupações com a saúde ($p=0,001$), preocupações financeiras ($p=0,002$), preocupações com a medicação ($p=0,022$) e função sexual ($p=0,011$). Nesses domínios, os maiores valores de mediana e média foram na categoria “não”, com destaque para o valor de mediana (90,0) e média ($78,7 \pm 28,2$) no domínio preocupação com a medicação.

Já na relação do uso de drogas com o Questionário HAT-QoL, apresentou diferença estatisticamente significativa com o domínio confiança no profissional ($p=0,025$), no qual os maiores valores foram para a mediana (100,0) nas duas categorias, “sim” e “não”, e média ($92,2 \pm 34,1$), apenas na categoria “sim” para consumo de drogas.

Tabela 16: Distribuição dos escores do Questionário HAT-QoL, aplicado nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, Passos – MG, 2014 - 2015

QUESTIONÁRIO HAT-QoL																											
VARIÁVEIS	Função geral			Satisfação com a vida			Preocupações com a saúde			Preocupações financeiras			Preocupações com a medicação			Aceitação do HIV			Preocupações com o sigilo			Confiança no profissional			Função sexual		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (anos) ^(a)																											
≤ 2	0,0 / 100,0	70,8	68,1 (28,7)	0,0 / 100,0	75,0	64,2 (34,3)	0,0 / 100,0	75,0	61,3 (39,2)	0,0 / 100,0	8,3	35,1 (40,7)	0,0 / 100,0	95,0	74,1 (35,5)	0,0 / 100,0	75,0	67,7 (37,8)	0,0 / 100,0	20,0	29,1 (29,3)	0,0 / 100,0	100,0	90,1 (23,5)	0,0 / 100,0	50,0	59,3 (40,9)
2,1 5	4,2 / 100,0	62,5	61,1 (28,5)	0,0 / 100,0	62,5	60,5 (33,4)	0,0 / 100,0	62,5	55,8 (37,0)	0,0 / 100,0	33,3	43,5 (36,7)	0,0 / 100,0	80,0	74,0 (28,0)	0,0 / 100,0	62,5	58,1 (36,2)	0,0 / 100,0	25,0	35,8 (33,9)	0,0 / 100,0	100,0	89,4 (21,7)	16,7 / 100,0	75,0	65,5 (37,2)
5,1 10	0,0 / 100,0	70,8	64,2 (27,2)	0,0 / 100,0	68,8	63,4 (32,9)	0,0 / 100,0	68,8	57,4 (36,5)	0,0 / 100,0	25,0	33,0 (34,6)	0,0 / 100,0	90,0	81,6 (25,0)	0,0 / 100,0	100,0	78,5 (30,4)	0,0 / 100,0	30,0	36,5 (34,4)	0,0 / 100,0	100,0	82,7 (27,9)	8,3 / 100,0	50,0	50,8 (38,3)
≥ 10,1	12,5 / 100,0	66,7	66,4 (25,6)	0,0 / 100,0	75,0	69,3 (28,2)	0,0 / 100,0	68,8	64,6 (32,3)	0,0 / 100,0	33,3	45,4 (39,4)	0,0 / 100,0	90,0	79,7 (27,0)	0,0 / 100,0	75,0	61,4 (40,9)	0,0 / 100,0	60,0	51,0 (35,7)	0,0 / 100,0	100,0	88,8 (23,0)	0,0 / 100,0	75,0	63,8 (41,2)
Valor de p		0,560			0,485			0,431		0,150			0,315			0,015			0,004		0,362			0,083			
Quem sabe do diagnóstico ^(a)																											
Família	0,0 / 100,0	66,7	62,5 (27,0)	0,0 / 100,0	71,9	63,2 (32,3)	0,0 / 100,0	62,5	56,8 (36,6)	0,0 / 100,0	25,0	39,3 (37,7)	0,0 / 100,0	90,0	76,9 (29,2)	0,0 / 100,0	90,0	64,9 (38,0)	0,0 / 100,0	30,0	37,2 (34,7)	0,0 / 100,0	100,0	87,2 (25,1)	0,0 / 100,0	50,0	60,4 (39,3)
Família e amigos	4,2 / 100,0	79,2	72,5 (26,5)	18,8 / 100,0	87,5	77,1 (25,5)	6,3 / 100,0	78,1	71,5 (28,6)	0,0 / 100,0	33,3	42,9 (38,8)	20,0 / 100,0	95,0	82,1 (23,9)	0,0 / 100,0	75,0	64,8 (37,3)	0,0 / 100,0	55,0	54,2 (32,9)	16,7 / 100,0	100,0	91,0 (19,0)	0,0 / 100,0	75,0	61,1 (40,3)
Escondem diagnóstico	33,3 / 100,0	79,2	76,4 (23,2)	0,0 / 100,0	50,0	47,9 (34,8)	6,3 / 100,0	87,5	78,1 (35,7)	0,0 / 100,0	66,7	51,4 (41,6)	0,0 / 100,0	90,0	72,5 (90,0)	0,0 / 100,0	75,0	64,8 (37,3)	0,0 / 100,0	20,0	23,3 (26,6)	33,3 / 100,0	83,3	75,0 (27,4)	0,0 / 100,0	50,0	50,0 (54,8)
Valor de p		0,024			0,006			0,014		0,744			0,570			0,041			0,003		0,109			0,841			
Exposição ao HIV ^(a)																											
Sexual	0,0 / 100,0	68,8	64,7 (26,9)	0,0 / 100,0	75,0	64,5 (30,8)	0,0 / 100,0	71,9	61,0 (35,7)	0,0 / 100,0	25,0	36,8 (37,8)	0,0 / 100,0	90,0	78,9 (27,9)	0,0 / 100,0	75,0	64,6 (38,3)	0,0 / 100,0	35,0	39,3 (34,8)	0,0 / 100,0	100,0	89,9 (21,1)	0,0 / 100,0	62,5	57,4 (40,1)
Sanguínea	4,2 / 100,0	75,0	62,7 (34,6)	12,5 / 100,0	62,5	61,6 (31,1)	0,0 / 100,0	50,0	63,4 (34,3)	0,0 / 100,0	66,7	56,0 (42,2)	0,0 / 100,0	80,0	76,0 (24,9)	0,0 / 100,0	50,0	57,7 (38,8)	0,0 / 100,0	25,0	46,7 (36,1)	0,0 / 100,0	100,0	75,0 (34,0)	0,0 / 100,0	100,0	74,4 (36,3)
Outra	25,0 / 79,2	37,5	43,8 (12,3)	0,0 / 87,5	28,1	39,1 (34,2)	0,0 / 93,8	25,0	39,1 (35,0)	0,0 / 66,7	29,2	30,2 (23,1)	50,0 / 100,0	72,5	74,4 (18,8)	50,0 / 100,0	56,3	70,3 (24,9)	0,0 / 90,0	27,5	33,8 (33,9)	8,3 / 100,0	58,3	59,4 (39,9)	0,0 / 100,0	75,0	54,7 (46,3)
Não sabem	16,7 / 100,0	83,3	74,9 (20,7)	0,0 / 100,0	79,2	79,2 (32,8)	0,0 / 100,0	75,0	59,3 (35,5)	0,0 / 100,0	66,7	57,7 (32,0)	0,0 / 100,0	85,0	72,8 (36,7)	0,0 / 100,0	100,0	78,7 (33,0)	0,0 / 100,0	40,0	45,9 (34,9)	0,0 / 100,0	100,0	89,8 (23,7)	0,0 / 100,0	87,5	73,1 (34,4)
Valor de p		0,036			0,004			0,308		0,008			0,297			0,275			0,621		0,005			0,074			
Tempo de início de tratamento (dias) ^(a)																											
≤ 30	0,0 / 100,0	66,7	64,6 (28,1)	0,0 / 100,0	75,0	65,2 (33,2)	0,0 / 100,0	65,6	58,7 (36,6)	0,0 / 100,0	25,0	40,1 (39,0)	0,0 / 100,0	90,0	78,9 (28,3)	0,0 / 100,0	75,0	66,6 (38,3)	0,0 / 100,0	30,0	40,7 (37,0)	8,3 / 100,0	100,0	89,3 (22,5)	0,0 / 100,0	75,0	61,0 (38,8)
31 365	0,0 / 100,0	75,0	68,7 (25,3)	0,0 / 100,0	75,0	65,5 (29,3)	0,0 / 100,0	75,0	63,1 (33,2)	0,0 / 100,0	33,3	40,9 (36,1)	0,0 / 100,0	90,0	79,8 (26,3)	0,0 / 100,0	75,0	66,7 (35,0)	0,0 / 100,0	25,0	32,5 (30,0)	0,0 / 100,0	100,0	86,3 (24,8)	0,0 / 100,0	93,8	64,8 (40,4)
≥ 366	16,7 / 100,0	64,6	61,8 (26,0)	0,0 / 100,0	68,8	64,1 (26,6)	0,0 / 100,0	65,6	62,4 (34,9)	0,0 / 100,0	29,2	40,5 (37,2)	0,0 / 100,0	85,0	64,1 (30,9)	0,0 / 100,0	75,0	61,8 (38,7)	0,0 / 100,0	52,5	47,9 (31,3)	0,0 / 100,0	100,0	84,3 (27,6)	0,0 / 100,0	56,3	53,5 (42,0)
Valor de p		0,426			0,868			0,767		0,997			0,263			0,677			0,071		0,269			0,279			
Número de ARV diferentes ao dia ^(b)																											
≤ 2	0,0 / 100,0	70,8	66,4 (27,2)	0,0 / 100,0	75,0	64,7 (32,8)	0,0 / 100,0	75,0	61,8 (35,7)	0,0 / 100,0	33,3	42,3 (38,2)	0,0 / 100,0	90,0	79,0 (27,2)	0,0 / 100,0	75,0	65,0 (37,7)	0,0 / 100,0	35,0	39,9 (34,3)	0,0 / 100,0	100,0	86,4 (25,3)	0,0 / 100,0	75,0	60,5 (40,4)
≥ 3	4,2 / 100,0	58,3	58,4 (25,9)	0,0 / 100,0	71,9	66,7 (29,1)	0,0 / 100,0	56,3	53,8 (34,5)	0,0 / 100,0	25,0	31,2 (35,6)	0,0 / 100,0	90,0	73,0 (33,5)	0,0 / 100,0	100,0	69,2 (37,7)	0,0 / 100,0	42,5	42,9 (37,4)	33,3 / 100,0	100,0	93,7 (16,5)	0,0 / 100,0	75,0	59,8 (37,1)
Valor de p		0,049			0,779			0,142		0,080			0,491			0,378			0,757		0,101			0,742			
Efeitos adversos ^(b)																											
Não	0,0 / 100,0	75,0	67,5 (26,6)	0,0 / 100,0	75,0	68,3 (30,3)	0,0 / 100,0	68,8	60,4 (34,7)	0,0 / 100,0	33,3	42,4 (38,1)	0,0 / 100,0	95,0	83,5 (24,1)	0,0 / 100,0	75,0	68,1 (37,2)	0,0 / 100,0	35,0	39,8 (34,9)	0,0 / 100,0	100,0	89,0 (22,6)	0,0 / 100,0	75,0	64,0 (39,4)
Sim	0,0 / 100,0	54,2	56,5 (27,2)	0,0 / 100,0	50,0	54,5 (33,6)	0,0 / 100,0	75,0	60,1 (38,5)	0,0 / 100,0	25,0	33,6 (36,7)	0,0 / 100,0	65,0	60,0 (33,7)	0,0 / 100,0	62,5	57,8 (38,3)	0,0 / 100,0	40,0	42,4 (35,0)	0,0 / 100,0	100,0	83,3 (28,0)	0,0 / 100,0	50,0	48,8 (39,1)
Valor de p		0,004			0,007			0,830		0,123			0,000			0,048			0,615		0,189			0,011			

Continua...

Continuação...

VARIÁVEIS	Função geral			Satisfação com a vida			Preocupações com a saúde			Preocupações financeiras			Preocupações com a medicação			Aceitação do HIV			Preocupações com o sigilo			Confiança no profissional			Função sexual		
	*IO	*Md	*M (*DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)	IO	Md	M (DP)
Interrupção da TARV ^(b)																											
Não	0,0 / 100,0	70,8	66,9 (26,3)	0,0 / 100,0	75,0	67,9 (31,2)	0,0 / 100,0	75,0	63,9 (34,3)	0,0 / 100,0	33,3	44,0 (33,3)	0,0 / 100,0	92,5	92,5 (26,6)	0,0 / 100,0	75,0	66,0 (75,0)	0,0 / 100,0	35,0	37,6 (33,8)	0,0 / 100,0	100,0	88,8 (23,1)	0,0 / 100,0	75,0	64,1 (37,9)
Sim	0,0 / 100,0	66,7	60,1 (28,7)	0,0 / 100,0	46,9	58,3 (31,7)	0,0 / 100,0	46,9	51,8 (37,2)	0,0 / 100,0	16,7	31,6 (16,7)	0,0 / 100,0	80,0	70,4 (31,1)	0,0 / 100,0	75,0	64,0 (38,2)	0,0 / 100,0	50,0	47,2 (36,6)	8,3 / 100,0	100,0	47,2 (36,6)	0,0 / 100,0	56,3	51,3 (42,9)
Valor de <i>p</i>		0,076			0,035			0,022			0,015			0,002			0,969			0,050		0,191			0,016		
Motivo pela interrupção da TARV ^(a)																											
Conta própria	0,0 / 100,0	66,7	60,5 (28,9)	0,0 / 100,0	56,3	59,6 (32,2)	0,0 / 100,0	46,9	51,4 (37,4)	0,0 / 100,0	20,8	32,9 (37,6)	0,0 / 100,0	82,5	71,2 (30,9)	0,0 / 100,0	75,0	64,3 (38,6)	8,3 / 100,0	50,0	47,6 (37,5)	0,0 / 100,0	100,0	85,1 (26,3)	0,0 / 100,0	68,8	52,7 (42,3)
Ordem médica	4,2 / 83,3	58,3	55,6 (28,8)	0,0 / 100,0	50,0	43,8 (22,4)	6,3 / 100,0	59,4	56,3 (37,0)	0,0 / 100,0	4,2	16,7 (29,3)	12,5 / 100,0	67,5	60,8 (35,4)	10,0 / 100,0	87,5	72,9 (35,7)	33,3 / 100,0	42,5	42,5 (25,8)	0,0 / 100,0	100,0	84,7 (27,0)	0,0 / 100,0	6,3	35,4 (50,3)
Não se aplica	0,0 / 100,0	70,8	67,0 (26,3)	0,0 / 100,0	75,0	67,9 (31,2)	0,0 / 100,0	75,0	63,9 (34,3)	0,0 / 100,0	33,3	44,0 (37,7)	0,0 / 100,0	92,5	81,0 (26,6)	0,0 / 100,0	75,0	66,0 (37,5)	0,0 / 100,0	35,0	37,6 (33,8)	0,0 / 100,0	100,0	8,8 (23,1)	0,0 / 100,0	75,0	64,1 (37,9)
Valor de <i>p</i>		0,190			0,146			0,071			0,032			0,005			0,883			0,146		0,423			0,038		
Contagem T CD4+ (mm³/sangue) ^(a)																											
< 200	0,0 / 100,0	75,0	64,5 (28,6)	0,0 / 100,0	75,0	63,7 (37,3)	0,0 / 100,0	56,3	56,7 (38,2)	0,0 / 100,0	8,3	24,7 (33,0)	0,0 / 100,0	80,0	70,0 (32,0)	0,0 / 100,0	75,0	56,0 (41,1)	0,0 / 100,0	75,0	40,5 (35,8)	0,0 / 100,0	100,0	83,6 (26,0)	0,0 / 100,0	75,0	63,4 (39,4)
200 – 499	4,2 / 100,0	66,7	64,4 (27,2)	0,0 / 100,0	75,0	62,3 (30,4)	0,0 / 100,0	62,5	55,8 (38,5)	0,0 / 100,0	25,0	37,5 (39,9)	0,0 / 100,0	90,0	74,6 (31,0)	0,0 / 100,0	100,0	69,7 (39,2)	0,0 / 100,0	25,0	41,6 (39,2)	0,0 / 100,0	100,0	87,8 (23,9)	0,0 / 100,0	75,0	59,8 (39,9)
≥ 500	4,2 / 100,0	70,9	65,3 (27,0)	0,0 / 100,0	75,0	66,7 (31,3)	0,0 / 100,0	75,0	63,3 (33,4)	0,0 / 100,0	33,3	44,5 (37,0)	0,0 / 100,0	95,0	81,0 (26,0)	0,0 / 100,0	75,0	65,4 (36,1)	0,0 / 100,0	40,0	39,8 (32,5)	0,0 / 100,0	100,0	88,3 (23,9)	0,0 / 100,0	75,0	60,1 (40,0)
Valor de <i>p</i>		0,970			0,502			0,374			0,025			0,172			0,198			0,984		0,570			0,866		
Contagem Carga viral (cópias/ml) ^(b)																											
Indetectável (≤50)	4,2 / 100,0	70,8	65,7 (28,1)	0,0 / 100,0	75,0	67,7 (31,4)	0,0 / 100,0	75,0	64,5 (33,5)	0,0 / 100,0	50,0	46,4 (37,4)	0,0 / 100,0	90,0	81,6 (25,2)	0,0 / 100,0	75,0	66,1 (36,1)	0,0 / 100,0	40,0	41,6 (34,8)	16,7 / 100,0	100,0	86,9 (25,7)	0,0 / 100,0	75,0	63,5 (39,0)
Detectável (>50)	0,0 / 100,0	70,8	63,5 (25,3)	0,0 / 100,0	53,1	59,9 (31,6)	0,0 / 100,0	50,0	51,4 (37,8)	0,0 / 100,0	8,3	28,6 (36,3)	0,0 / 100,0	85,0	70,7 (32,7)	0,0 / 100,0	75,0	64,9 (40,6)	0,0 / 100,0	25,0	38,1 (35,0)	0,0 / 100,0	100,0	89,2 (20,7)	0,0 / 100,0	50,0	54,3 (40,7)
Valor de <i>p</i>		0,344			0,074			0,006			0,000			0,019			0,953			0,464		0,993			0,074		
Internações por complicações HIV/aids ^(b)																											
Não	0,0 / 100,0	66,7	64,5 (27,1)	0,0 / 100,0	75,0	67,3 (29,1)	0,0 / 100,0	68,8	58,8 (35,4)	0,0 / 100,0	25,0	38,3 (37,4)	0,0 / 100,0	90,0	77,5 (29,3)	0,0 / 100,0	75,0	66,9 (38,2)	0,0 / 100,0	30,0	36,3 (33,6)	0,0 / 100,0	100,0	89,0 (23,3)	0,0 / 100,0	75,0	60,5 (39,7)
Sim	0,0 / 100,0	75,0	66,0 (27,4)	0,0 / 100,0	59,4	59,8 (36,4)	0,0 / 100,0	75,0	63,9 (35,9)	0,0 / 100,0	41,7	45,0 (38,8)	0,0 / 100,0	87,5	78,9 (26,4)	0,0 / 100,0	75,0	63,0 (36,5)	0,0 / 100,0	47,5	49,9 (36,0)	8,3 / 100,0	100,0	84,7 (25,5)	0,0 / 100,0	75,0	60,1 (40,2)
Valor de <i>p</i>		0,631			0,261			0,195			0,159			0,867			0,291			0,007		0,135			0,976		
Comorbidades ^(b)																											
Não	0,0 / 100,0	70,8	65,1 (26,9)	0,0 / 100,0	75,0	67,7 (30,9)	0,0 / 100,0	68,8	61,2 (34,3)	0,0 / 100,0	33,3	42,0 (37,8)	0,0 / 100,0	90,0	77,8 (28,3)	0,0 / 100,0	75,0	66,1 (77,1)	0,0 / 100,0	40,0	40,1 (33,8)	0,0 / 100,0	100,0	88,4 (23,7)	0,0 / 100,0	75,0	62,6 (39,6)
Sim	0,0 / 100,0	66,7	64,0 (28,5)	0,0 / 100,0	50,0	52,7 (32,7)	0,0 / 100,0	50,0	56,1 (41,2)	0,0 / 100,0	16,7	32,6 (37,8)	0,0 / 100,0	95,0	78,2 (29,2)	0,0 / 100,0	75,0	63,6 (40,6)	0,0 / 100,0	25,0	42,0 (39,6)	0,0 / 100,0	100,0	84,3 (25,5)	0,0 / 100,0	50,0	50,0 (39,2)
Valor de <i>p</i>		0,819			0,005			0,612			0,101			0,800			0,811			0,921		0,205			0,043		
**Dependência nas AVD ^(b)																											
Não	0,0 / 100,0	70,8	70,8 (26,8)	0,0 / 100,0	75,0	66,7 (31,4)	0,0 / 100,0	75,0	62,2 (35,2)	0,0 / 100,0	33,3	42,1 (37,9)	0,0 / 100,0	90,0	78,7 (28,2)	0,0 / 100,0	75,0	66,4 (37,5)	0,0 / 100,0	35,0	39,7 (34,6)	0,0 / 100,0	100,0	88,1 (23,8)	0,0 / 100,0	75,0	61,9 (39,5)
Sim	12,5 / 83,3	33,3	33,3 (24,0)	0,0 / 87,5	43,8	41,5 (25,0)	0,0 / 91,7	31,3	34,6 (30,2)	0,0 / 100,0	30,0	15,2 (28,6)	0,0 / 100,0	75,0	66,2 (29,8)	0,0 / 100,0	62,5	55,2 (39,8)	0,0 / 100,0	50,0	50,9 (37,5)	25,0 / 100,0	100,0	82,4 (27,6)	0,0 / 100,0	25,0	38,2 (37,9)
Valor de <i>p</i>		0,001			0,001			0,001			0,002			0,022			0,212			0,209		0,335			0,011		
Usuário de drogas (lícitas e ilícitas) ^(b)																											
Não	0,0 / 100,0	70,8	65,1 (26,2)	0,0 / 100,0	75,0	65,0 (32,0)	0,0 / 100,0	75,0	59,8 (36,0)	0,0 / 100,0	25,0	40,6 (37,5)	0,0 / 100,0	90,0	79,0 (28,0)	0,0 / 100,0	75,0	66,6 (36,9)	0,0 / 100,0	40,0	40,6 (35,2)	0,0 / 100,0	100,0	85,9 (25,0)	0,0 / 100,0	75,0	59,4 (39,6)
Sim	4,2 / 100,0	72,9	64,6 (29,4)	0,0 / 100,0	68,8	62,7 (30,6)	0,0 / 100,0	59,4	61,7 (34,6)	0,0 / 100,0	25,0	39,6 (39,2)	0,0 / 100,0	85,0	75,0 (29,3)	0,0 / 100,0	75,0	63,5 (39,6)	0,0 / 100,0	35,0	39,9 (34,1)	8,3 / 100,0	100,0	92,2 (34,1)	0,0 / 100,0	75,0	62,7 (40,6)
Valor de <i>p</i>		0,918			0,414			0,619			0,854			0,190			0,554			0,842		0,025			0,407		

* IO = intervalo obtido (mínimo – máximo); * Md = mediana; * M = média; * DP = desvio padrão; **Atividades de vida diária;

^(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes); ^(b) Teste de Mann-Whitney (comparação de dois grupos independentes).

8.5 Correlações da Escala de Estigmatização com os domínios da Escala de Suporte Social e do Questionário HAT-QoL

O resultado das correlações entre os instrumentos do estudo está na Tabela 17.

Quanto às correlações da Escala de Estigmatização com a Escala de Suporte Social e o questionário de QV, constatou-se correlação inversa em todos os domínios.

Sobre a força de correlação, observou-se força ausente ou muito fraca e fraca em todos os domínios, exceto com o domínio preocupação com o sigilo do Questionário HAT-QoL com o domínio revelação da Escala de Estigmatização (-0,574), que resultou em correlação moderada.

Segundo a relação entre a Escala de Estigmatização e a Escala de Suporte Social, percebeu-se diferença estatisticamente significativa com todos os domínios, exceto com o domínio revelação da Escala de Estigmatização.

Referente ao domínio estigmatização personalizada e à Escala de Suporte Social, encontrou-se significância com os domínios apoio instrumental ou operacional ($p=0,001$), apoio emocional ou de estima ($p=0,000$) e com o escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,000$).

Quanto ao domínio autoimagem negativa, da Escala de Estigmatização, a diferença estatisticamente significativa foi com os domínios apoio instrumental ou operacional ($p=0,017$), apoio emocional ou de estima ($p=0,001$) e com o escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,002$).

O domínio atitudes públicas, da Escala de Estigmatização, gerou significância com os domínios apoio instrumental ou operacional ($p=0,015$), apoio emocional ou de estima ($p=0,006$) e com o escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,006$).

Já a relação do escore geral da Escala de Estigmatização com a Escala de Suporte Social, resultou diferença estatisticamente significativa com os domínios apoio instrumental ou operacional ($p=0,007$), apoio emocional ou de estima ($p=0,003$) e com o escore geral da Escala de Suporte Social ($p=0,003$).

Segundo a relação entre a Escala de Estigmatização e o Questionário HAT-QoL, percebeu-se que o domínio estigmatização personalizada

apresentou diferença estatisticamente significativa com a função geral ($p=0,044$), satisfação com a vida ($p=0,015$), preocupações com a saúde ($p=0,002$) e aceitação do HIV ($p=0,011$).

O domínio revelação, da Escala de Estigmatização, teve diferença estatisticamente significativa com a função geral ($p=0,043$), satisfação com a vida ($p=0,001$), preocupações com a saúde ($p=0,006$), preocupações com o sigilo ($p=0,000$) e função sexual ($p=0,000$), do Questionário HAT-QoL.

A correlação do domínio autoimagem negativa, da Escala de Estigmatização com o questionário de QV resultou em diferença estatisticamente significativa nos domínios função geral ($p=0,027$), satisfação com a vida ($p=0,000$), preocupações com a saúde ($p=0,000$), preocupações financeiras ($p=0,026$), aceitação do HIV ($p=0,001$), preocupações com o sigilo ($p=0,000$) e função sexual ($p=0,005$).

O domínio atitudes públicas, da Escala de Estigmatização, apresentou diferença estatisticamente significativa com o Questionário HAT-QoL nos domínios função geral ($p=0,013$), satisfação com a vida ($p=0,001$), preocupações com a saúde ($p=0,001$), preocupações financeiras ($p=0,047$), aceitação do HIV ($p=0,021$), preocupações com o sigilo ($p=0,000$) e função sexual ($p=0,001$).

O escore geral da Escala de Estigmatização, quando correlacionado com o Questionário HAT-QoL, apresentou diferença estatisticamente significativa com os domínios, função geral ($p=0,015$), satisfação com a vida ($p=0,001$), preocupações com a saúde ($p=0,000$), aceitação do HIV ($p=0,011$), preocupações com o sigilo ($p=0,000$) e função sexual ($p=0,002$).

Tabela 17: Coeficiente de correlação de Spearman (r_s) entre os domínios da Escala de Estigmatização e a Escala de Suporte Social e o Questionário HAT-QoL, aplicados nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=258), Passos – MG, 2014 - 2015

		ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO				
		Estigmatização personalizada	Revelação	Autoimagem negativa	Atitudes públicas	Escore geral
ESCALA DE SUPORTE SOCIAL						
Apoio instrumental ou operacional	r_s	-0,203**	-0,067	-0,148*	-0,151*	-0,168**
	Valor de p	0,001	0,282	0,017	0,015	0,007
Apoio emocional ou de estima	r_s	-0,251**	-0,109	-0,199**	-0,169**	-0,187**
	Valor de p	0,000	0,081	0,001	0,006	0,003
Escore geral da escala	r_s	-0,237**	-0,103	-0,191**	-0,171**	-0,185**
	Valor de p	0,000	0,098	0,002	0,006	0,003
QUESTIONÁRIO HAT-QOL						
Função geral	r_s	-0,126*	-0,126*	-0,138*	-0,155*	-0,151*
	Valor de p	0,044	0,043	0,027	0,013	0,015
Satisfação com a vida	r_s	-0,151*	-0,213**	-0,216**	-0,201**	-0,202**
	Valor de p	0,015	0,001	0,000	0,001	0,001
Preocupações com a saúde	r_s	-0,189**	-0,171**	-0,243**	-0,214**	-0,226**
	Valor de p	0,002	0,006	0,000	0,001	0,000
Preocupações financeiras	r_s	-0,111	-0,093	-0,139*	-0,124*	-0,120
	Valor de p	0,075	0,138	0,026	0,047	0,054
Preocupações com a medicação	r_s	-0,082	-0,053	-0,112	-0,069	-0,090
	Valor de p	0,190	0,400	0,073	0,273	0,148
Aceitação do HIV	r_s	-0,158*	-0,095	-0,211**	-0,144*	-0,159*
	Valor de p	0,011	0,129	0,001	0,021	0,011
Preocupações com o sigilo	r_s	-0,109	-0,574**	-0,287**	-0,305**	-0,331**
	Valor de p	0,081	0,000	0,000	0,000	0,000
Confiança no profissional	r_s	-0,088	-0,012	-0,018	-0,045	-0,041
	Valor de p	0,160	0,854	0,772	0,474	0,512
Função sexual	r_s	-0,094	-0,252**	-0,176**	-0,215**	-0,191**
	Valor de p	0,131	0,000	0,005	0,001	0,002

** $p < 0,001$ * $p < 0,005$

8.6 Regressão múltipla da influência conjunta das variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, suporte social e qualidade de vida sobre a estigmatização

Inicialmente, realizou-se o teste de aderência para justificar a distribuição t para a análise de regressão.

Nos gráficos 1 e 2, tem-se a representação gráfica dos dados com a curva das distribuições Normal e t de Student, respectivamente.

Gráfico 1: Gráfico do Teste de Aderência para Distribuição Normal, segundo a Escala de Estigmatização

Pode-se observar a curva da distribuição t aparenta ter um melhor ajuste sobre os dados.

Gráfico 2: Gráfico do Teste de Aderência para Distribuição t de Student, segundo a Escala de Estigmatização

Foi realizado, ainda, o cálculo dos valores dos critérios definidos, apresentados na Tabela 18, os quais reforçam que a distribuição t é mais adequada que a Normal, com melhor ajuste da distribuição dos dados, por apresentar os valores mais baixos dos critérios da Deviance Global, AIC e SBC, como já descrito em material e método.

Tabela 18: Teste de Aderência para justificar a distribuição t para a análise e regressão

		Normal	t-student
Global	Deviance:	439,60	425,39
	AIC:	443,60	431,39
	SBC:	450,71	442,05

A distribuição t de Student tem a vantagem adicional de também de trabalhar com dados que tenham uma maior Curtose (informalmente “cauda pesada”) do que a distribuição Normal. A função densidade de probabilidade de uma variável aleatória Y com distribuição t, aqui denotada por $TF(\mu, \sigma, \nu)$ é definida por:

$$f_Y(y|\mu, \sigma, \nu) = \frac{1}{\sigma B\left(\frac{1}{2}, \frac{\nu}{2}\right) \nu^{\frac{1}{2}}} \left[1 + \frac{(y - \mu)^2}{\sigma^2 \nu} \right]^{-\frac{\nu+1}{2}}$$

Onde $-\infty < \mu < \infty$, $\sigma > 0$ e $\nu > 0$ representam, respectivamente, os parâmetros de locação, escala e forma. Assim, tem-se que

$$B(a, b) = \Gamma(a)\Gamma(b)/\Gamma(a + b)$$

é a função beta. A média e a variância de Y são dadas por $E(Y) = \mu$ e $Var(Y) = \sigma^2 \nu / (\nu - 2)$ quando $\nu > 2$. Tem-se que as funções de ligação que relacionam os parâmetros da distribuição t com as variáveis explanatórias são dadas por:

$$g_1(\mu) = \eta_1 = \mathbf{X}_1 \beta_1$$

$$g_2(\sigma) = \eta_2 = \mathbf{X}_2 \beta_2$$

$$g_3(\nu) = \eta_3 = \mathbf{X}_3 \beta_3$$

Onde μ , σ e ν são vetores de comprimento n, $\beta_k = (\beta_{1k}, \beta_{2k}, \dots, \beta_{jk})$ é um vetor de comprimento j^k e X_k é a matriz de delineamento de ordem $n \times j^k$. Tem-se que $g_1(\mu)$

$= \mu$, $g_2(\sigma) = \log \sigma$ e $g_3(v) = \log v$ são as respectivas funções de ligações dos vetores de parâmetros μ , σ e v da distribuição t .

Assim, para o modelo de regressão proposto, apenas a relação com o coeficiente μ é direta, linear, sendo a relação com os coeficientes σ e v sendo calculados matematicamente.

Em um primeiro momento, conforme descrito anteriormente na Metodologia, procedeu-se à inserção das variáveis do questionário de Qualidade de Vida e de Suporte Social total. Nessa etapa, fez-se a inserção dos termos lineares na equação de regressão da média (Tabela 19). Ao final desse ajuste, constatou-se que as variáveis do Suporte Social e Preocupação com a Saúde, Preocupação com o Sigilo e Aceitação do HIV, do questionário de qualidade de vida, foram estatisticamente significantes, permanecendo no modelo (Tabela 20).

Tabela 19: Modelo inicial da primeira etapa dos ajustes das variáveis das escalas: inserção dos termos lineares na equação de regressão da média

Coeficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	3,4277	0,1787	19,1820	0,0000
Suporte Social total	-0,1494	0,0407	-3,6730	0,0003
Função geral	0,0016	0,0015	1,1010	0,2719
Satisfação com a vida	-0,0016	0,0012	-1,3800	0,1688
Preocupações com a saúde	-0,0021	0,0011	-1,9230	0,0557
Preocupações financeiras	0,0003	0,0009	0,3920	0,6951
Preocupações com a medicação	0,0005	0,0012	0,4350	0,6637
Aceitação do HIV	-0,0020	0,0008	-2,4580	0,0147
Preocupações com o sigilo	-0,0041	0,0009	-4,4740	0,0000
Confiança no profissional	0,0008	0,0012	0,6880	0,4923
Função sexual	-0,0015	0,0008	-1,7960	0,0738
Coeficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-0,9189	0,1122	-8,1900	0,0000
Coeficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	1,6251	0,4998	3,2520	0,0013

Tabela 20: Modelo final da primeira etapa dos ajustes das variáveis das escalas: inserção dos termos lineares na equação de regressão da média

Coefficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	3,4348	0,1814	18,9300	0,0000
Suporte Social total	-0,1427	0,0420	-3,4010	0,0008
Preocupação com a saúde	-0,0022	0,0009	-2,5340	0,0119
Aceitação do HIV	-0,0018	0,0008	-2,1860	0,0297
Preocupação com o sigilo	-0,0044	0,0009	-4,8760	0,0000

Coefficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-0,9045	0,1123	-8,0530	0,0000

Coefficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	1,6370	0,5060	3,2340	0,0014

Com base nos gráficos de dispersão apresentados (Gráficos de 3 a 12) com as variáveis de Estigmatização Total e de cada uma das demais variáveis das escalas, optou-se por testar o uso de termos quadráticos para as variáveis de Suporte Total (Gráfico 3), Preocupação com o Sigilo (Gráfico 6), Preocupação com a Saúde (Gráfico 7), Preocupação com Medicação (Gráfico 8) e Aceitação do HIV (Gráfico 12).

Gráfico 3: Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o escore total da Escala de Suporte Social.

Gráfico 4: Gráfico de Dispersão entre o escore total da escala de estigmatização com o domínio satisfação com a vida, do questionário HAT-QoL.

Gráfico 5: Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio preocupações financeiras, do Questionário HAT-QoL

Gráfico 6: Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio preocupações sigilo, do Questionário HAT-QoL

Gráfico 7: Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio preocupações com a saúde, do Questionário HAT-QoL

Gráfico 8: Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio preocupações com a medicação, do Questionário HAT-QoL

Gráfico 9: Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio função sexual, do Questionário HAT-QoL

Gráfico 10: Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio função geral, do Questionário HAT-QoL

Gráfico 11: Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio confiança no profissional, do Questionário HAT-QoL

Gráfico 12: Gráfico de Dispersão entre o escore total da Escala de Estigmatização com o domínio aceitação do HIV, do Questionário HAT-QoL

O modelo inicial e final da análise dos termos quadráticos foi apresentado nas Tabelas 21 e 22.

Após o ajuste com os termos quadráticos apresentados na Tabela 21, constatou-se que o suporte total e preocupação com sigilo, ambos os termos, linear e quadrático, apresentaram significância estatística bem como o termo linear de Preocupação com a Saúde (Tabela 22).

Assim, a única variável que está relacionada de forma linear com a escala de estigmatização é a variável preocupação com a saúde, de forma que, para cada um ponto a mais no escore de preocupação com a saúde, tem-se uma redução média de 0,0028 pontos na escala de estigmatização.

Já as variáveis suporte social e preocupação com o sigilo, por apresentarem um comportamento quadrático em relação à escala de estigmatização, a interpretação não pode ser de maneira direta. Dessa forma, para melhor exemplificar a relação entre estas variáveis, será ilustrado por meio da substituição com alguns pontos na equação de distribuição para família t, qual seria o valor estimado da estigmatização.

Adotando-se os valores: 5,0 pontos para suporte social, com valor máximo de percepção de suporte social; 100,0 pontos para preocupação com a Saúde, e 100,0

pontos para preocupação com o sigilo, ambos com valores máximos para qualidade de vida nestes domínios, tem-se que a estigmatização é de 2,2 pontos.

Já, se fosse adotado 2,5 pontos para suporte social, com valor máximo de percepção de suporte social; 50,0 pontos para preocupação com a Saúde, e 50,0 pontos para preocupação com o sigilo, ambos com valores medianos para qualidade de vida nestes domínios, a estigmatização seria de 2,7 pontos.

Se fosse 1,0 pontos para suporte social, com valor baixo de percepção de suporte social; 10,0 pontos para preocupação com a Saúde, e 10,0 para preocupação com o sigilo, ambos com valores baixos para qualidade de vida nestes domínios, a pontuação para a estigmatização seria de 3,4 pontos.

Tabela 21: Modelo inicial de inserção de termos quadráticos para as variáveis de suporte social total e variáveis do Questionário HAT-QoL, segundo análise de gráficos de dispersão

Coefficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,4360	0,0273	89,3480	0,0000
Suporte Social	-1,7850	0,4548	-3,9250	0,0001
Suporte Social **	1,8190	0,4473	4,0670	0,0001
Preocupação com a Saúde	-1,6630	0,4631	-3,5910	0,0004
Preocupação com a Saúde **	0,6759	0,4481	1,5080	0,1328
Aceitação do HIV	-0,7444	0,4576	-1,6270	0,1051
Aceitação do HIV**	0,4928	0,4223	1,1670	0,2444
Preocupação com o sigilo	-2,0310	0,4669	-4,3490	0,0000
Preocupação com o sigilo**	-1,5550	0,4633	-3,3560	0,0009
Preocupação com a medicação**	0,0000	0,0000	0,3760	0,7073

Coefficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-1,0070	0,1016	-9,9160	0,0000

Coefficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	1,4092	0,3596	3,9190	0,0001

** Inserção da variável ao quadrado.

Tabela 22: Resultado do ajuste de inserção termos quadráticos das variáveis de suporte social total e variáveis do Questionário HAT-QoL, segundo análise de gráficos de dispersão

Coefficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,6642	0,0527	50,5080	0,0000
Suporte Social	-1,8769	0,4589	-4,0900	0,0001
Suporte Social**	2,0205	0,4548	4,4430	0,0000
Preocupação com a Saúde	-0,0028	0,0008	-3,5010	0,0005
Preocupação com o sigilo	-1,9207	0,4568	-4,2050	0,0000
Preocupação com o sigilo**	-1,3896	0,4473	-3,1070	0,0021

Coefficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-1,0344	0,1051	-9,8390	0,0000

Coefficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	1,2667	0,3245	3,9040	0,0001

** Inserção da variável ao quadrado.

A etapa seguinte consistiu em inserir as variáveis de Qualidade de vida e Suporte Social total, também os respectivos termos lineares na equação de regressão da variância (σ). Nessa etapa, foi avaliada quais variáveis das escalas teriam influência sobre a variância, ou seja, que podem modelar a heterocedasticidade da variável do escore total da Escala de Estigmatização (Tabela 23).

A inserção das variáveis utilizadas para modelar a variância não alterou muito os valores das variáveis utilizadas para modelar a média do estigma.

Assim, o que chama a atenção nessa etapa são as variáveis utilizadas para modelar a variabilidade, em que, para cada um ponto a mais na pontuação da Escala de Suporte Social, espera-se uma redução de 24,4% na variabilidade da Escala de Estigmatização.

Em relação à função geral, para cada um ponto a mais na pontuação desta escala, espera-se um aumento de 0,7% na variabilidade da Escala de Estigmatização.

Para cada um ponto a mais na pontuação da escala de função sexual, espera-se uma redução de 0,8% na variabilidade da Escala de Estigmatização.

Tabela 23: Modelo final das escalas, com as variáveis de controle da média e da heterocedasticidade

Coefficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,6376	0,0450	58,5710	0,0000
Suporte social	-1,2314	0,5562	-2,2140	0,0277
Suporte social**	1,1183	0,5154	2,1700	0,0310
Preocupação com a saúde	-0,0025	0,0007	-3,8140	0,0002
Preocupação com o sigilo	-1,5755	0,3418	-4,6090	0,0000
Preocupação com o sigilo**	-0,7754	0,3532	-2,1950	0,0291
Coefficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-0,2093	0,3341	-0,6260	0,5316
Suporte social total	-0,2793	0,0910	-3,0700	0,0024
Função geral	0,0072	0,0026	2,8110	0,0053
Função sexual	-0,0076	0,0020	-3,8310	0,0002
Coefficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	1,0137	0,2524	4,0160	0,0001

** Inserção da variável ao quadrado.

A partir do modelo final obtido do ajuste das escalas (Tabela 23), pudemos obter os valores médios preditos do escore da escala de estigmatização, segundo os valores dos escores do suporte social total, preocupação com a saúde e preocupação com o sigilo e, a partir dos escores do suporte social total, função geral e função sexual, os valores preditos para a variância da Escala de Estigmatização.

A relação entre as variáveis das escalas pôde ser ilustrada nos gráficos 13, 14 e 15.

No gráfico 13, têm-se os valores preditos do escore total de estigmatização, segundo os valores dos escores de suporte social total e preocupação com a sigilo. Nesse modelo, fixou-se a média para preocupação com a saúde (média= 60,3), conforme distribuição das médias dos domínios do questionário de QV, na Tabela 13.

Gráfico 13: Gráfico de valores preditivos de suporte social e preocupação com o sigilo, em relação ao escore de estigmatização

Assim, para melhor exemplificar o comportamento do escore de estigmatização nesse gráfico, foram utilizados alguns valores aleatórios de suporte social e preocupação com o sigilo, os quais foram aplicados na equação de distribuição da família t.

Adotando-se os valores: 2,0 pontos para suporte social total e 80,0 pontos para preocupação com o sigilo, tem-se estigmatização de 2,6 pontos.

Já, se fosse adotado 4,0 pontos para suporte social e 20,0 pontos para preocupação com o sigilo, a estigmatização seria de 2,5 pontos.

E se utilizasse 3,5 pontos para suporte social e 40,0 pontos para preocupação com o sigilo, o valor de estigmatização seria de 2,5 pontos.

No gráfico 14 têm-se os valores preditos do escore total de estigmatização, segundo os valores dos escores de suporte social total e preocupação com a saúde. Nesse modelo, fixou-se a média para preocupação com o sigilo (média=40,4), conforme distribuição das médias dos domínios do questionário de QV, na Tabela 13.

Semelhantemente ao modelo anterior, para melhor exemplificar o comportamento do escore de estigmatização no gráfico, foram utilizados alguns valores aleatórios de suporte social e preocupação com a saúde, os quais foram aplicados na equação de distribuição da família t.

Assim, para 1,0 ponto de suporte social total e 20,0 pontos para preocupação com a saúde, tem-se estigmatização de 3,3 pontos. Já para 4,0 pontos de suporte social e 40,0 pontos para preocupação com a saúde, o valor de estigmatização seria de 2,5 pontos. E se fosse 1,0 ponto de suporte social e 100,0 pontos de preocupação com a saúde, a estigmatização seria de 3,1 pontos.

Gráfico 14: Gráfico de valores preditivos de suporte social e preocupação com a saúde, em relação ao escore de estigmatização

No gráfico 15, têm-se os valores preditos do escore total de estigmatização, segundo os valores dos escores de preocupação com a saúde e preocupação com o sigilo. Nesse modelo, fixou-se a média para suporte social (média= 3,5), conforme distribuição das médias da escala de suporte social, na Tabela 9.

Para exemplificar o comportamento do escore de estigmatização nesse gráfico, foram também utilizados alguns valores aleatórios de preocupação com a saúde e de preocupação com o sigilo, os quais foram aplicados na equação de distribuição da família t.

Assim, para 20,0 pontos de preocupação com a saúde e 20,0 pontos para preocupação com o sigilo, a estigmatização seria de 2,6 pontos.

Já se fosse adotado 60,0 pontos para preocupação com a saúde e 50,0 pontos para preocupação com o sigilo, o valor de estigmatização seria de 2,5 pontos.

Para 100,0 pontos de preocupação com a saúde e 80,0 pontos para preocupação com o sigilo, a estigmatização seria de 2,2 pontos.

Gráfico 15: Gráfico de valores preditivos de preocupação com a saúde e preocupação com o sigilo, em relação ao escore de estigmatização

A etapa seguinte consistiu em adicionar ao modelo final das escalas as variáveis sociodemográficas, afetivo sexuais e das variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas, as quais foram analisadas separadamente, em blocos.

As variáveis de cada bloco foram inseridas conjuntamente; as variáveis que não foram estatisticamente significantes foram retiradas do modelo e um novo ajuste foi feito sem a variável. O procedimento foi repetido até que permanecessem no modelo final de cada bloco apenas as variáveis significantes, como ilustrado na Figura 3, apresentada no material e método.

Nessa etapa, as variáveis do modelo final das escalas (Tabela 23) foram mantidas, independentemente de possuir significância estatística. Assim, serão

apresentadas as tabelas com o modelo inicial e final de cada bloco, juntamente com as variáveis das escalas, apresentadas na Tabela 23.

No bloco das variáveis sociodemográficas ocorreu a eliminação de todas as variáveis presentes, ou seja, nenhuma delas apresentou significância estatística e, portanto, o modelo correspondente a este grupo não foi gerado, como mostrado no modelo inicial (Tabela 24) e final deste bloco (Tabela 25).

Nesse modelo, permaneceram apenas as variáveis das escalas que se mantiveram estatisticamente significantes, tanto para modelar a média do escore da Escala de Estigmatização, como para modelar a variância do escore da Escala de Estigmatização.

Tabela 24: Modelo inicial das variáveis sociodemográficas

Coeficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,432029	0,1659084	14,659	0,0000
Suporte social	-1,2699	0,5811	-2,1850	0,0299
Suporte social**	1,4310	0,5491	2,6060	0,0098
Preocupação com a saúde	-0,0024	0,0008	-2,9670	0,0033
Preocupação com o sigilo	-1,9554	0,4588	-4,2620	0,0000
Preocupação com o sigilo**	-1,0453	0,5124	-2,0400	0,0425
Procedência (Passos)	0,0469	0,0542	0,8660	0,3874
Sexo (masculino)	0,0453	0,0661	0,6860	0,4933
Faixa etária (20-29)	-0,0106	0,1399	-0,0760	0,9396
Faixa etária (30-39)	0,0196	0,1325	0,1480	0,8827
Faixa etária (40-49)	0,1283	0,1290	0,9950	0,3208
Faixa etária (50-59)	0,0592	0,1224	0,4840	0,6288
Escolaridade (0)	0,0881	0,1400	0,6290	0,5300
Escolaridade (1-5)	-0,0235	0,0677	-0,3470	0,7287
Escolaridade (6-10)	0,0702	0,0677	1,0370	0,3006
Situação conjugal (solteiro)	0,0542	0,0603	0,8980	0,3702
Situação conjugal (viúvo/separado)	0,1227	0,1171	1,0480	0,2960
Presença e filhos (sim)	-0,0075	0,0621	-0,1210	0,9038
Renda (até 1 SM)	0,0574	0,0885	0,6480	0,5174
Ocupação (desempregado)	-0,0002	0,0989	-0,0020	0,9982
Ocupação (afastado)	0,0372	0,1086	0,3420	0,7323
Ocupação (aposentado)	0,0764	0,0756	1,0110	0,3133
Condição da moradia (alugada)	0,0408	0,0632	0,6470	0,5185
Condição da moradia (empestada)	0,1118	0,1506	0,7420	0,4587
Arranjo domiciliar (sozinho)	-0,1015	0,0880	-1,1530	0,2502
Religião praticante (evangélico)	0,0010	0,0670	0,0150	0,9881
Religião praticante (outra)	0,1587	0,1323	1,1990	0,2317
Religião praticante (não tem)	0,0450	0,0662	0,6790	0,4977
Convivência com familiar com HIV (não)	-0,0317	0,0662	-0,4790	0,6322
Coeficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-0,3645	0,3899	-0,9350	0,3509
Suporte social total	-0,2226	0,1205	-1,8470	0,0661
Função geral	0,0064	0,0028	2,2640	0,0245
Função sexual	-0,0068	0,0022	-3,0250	0,0028
Coeficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	1,2006	0,3924	3,0590	0,0025

** Inserção da variável ao quadrado.

Tabela 25: Modelo final, após ajustes, das variáveis sociodemográficas

Coeficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,6421	0,0524	50,4070	0,0000
Suporte social	-1,2779	0,5420	-2,3580	0,0192
Suporte social**	1,1470	0,5035	2,2780	0,0236
Preocupação com a saúde	-0,0027	0,0007	-4,0210	0,0001
Preocupação com o sigilo	-1,5901	0,3382	-4,7020	0,0000
Preocupação com o sigilo**	-0,6996	0,3580	-1,9540	0,0518
Religião praticante (evangélico)	-0,0191	0,0488	-0,3910	0,6960
Religião praticante (outra)	0,1063	0,1060	1,0030	0,3170
Religião praticante (não tem)	0,0336	0,0527	0,6380	0,5243
Coeficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-0,2651	0,3350	-0,7910	0,4296
Suporte social total	-0,2697	0,0899	-3,0020	0,0030
Função geral	0,0075	0,0026	2,9380	0,0036
Função sexual	-0,0078	0,0020	-3,8890	0,0001
Coeficiente ν				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	1,0050	0,2570	3,9090	0,0001

** Inserção da variável ao quadrado.

Do modelo obtido com o bloco das variáveis afetivo-sexuais (Tabelas 26 e 27), observou-se que a categoria “eventual”, da variável tipo de parceria sexual, apresentou significância estatística em relação a categoria “parceria fixa” da mesma variável, isto, na presença das variáveis de suporte social total e das variáveis do questionário de QV, preocupação com a saúde e preocupação com o sigilo.

Assim, para quem tem parceria sexual do tipo eventual, apresenta aumento médio de 0,1626 pontos na Escala de Estigmatização em relação a quem tem parceria fixa.

Percebe-se também que as variáveis já presentes, de suporte social total e de QV, utilizadas para modelar a média do escore da Escala de Estigmatização, não deixaram de ser estatisticamente significantes, mantendo a significância estatística

para os termos linear para preocupação com a saúde e quadrático para preocupação com o sigilo.

Em relação as variáveis utilizadas para modelar a variabilidade do escore de estigmatização, estas também não tiveram seus valores muito alterados, mantendo a significância estatística.

Tabela 26: Modelo inicial das variáveis da vida afetivo-sexual

Coeficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,5925	0,0717	36,1590	0,0000
Suporte social	-1,6395	0,5760	-2,8470	0,0048
Suporte social**	1,3254	0,5322	2,4910	0,0134
Preocupação com a saúde	-0,0023	0,0007	-3,1650	0,0018
Preocupação com o sigilo	-1,6301	0,3516	-4,6370	0,0000
Preocupação com o sigilo**	-0,7473	0,3747	-1,9940	0,0473
Orientação sexual (homossexual)	0,0176	0,0523	0,3360	0,7369
Orientação sexual (bissexual)	-0,1851	0,1471	-1,2580	0,2095
Parceria sexual (não)	0,0611	0,0683	0,8940	0,3720
Tipo de parceria (eventual)	0,1438	0,0916	1,5690	0,1180
Sorologia da parceria sexual (desconhecida)	-0,0228	0,0872	-0,2610	0,7942
Sorologia da parceria sexual (negativa)	0,0361	0,0634	0,5690	0,5700
Uso de preservativo masculino (nunca)	-0,0295	0,0703	-0,4200	0,6752
Uso de preservativo masculino (às vezes)	0,0406	0,0758	0,5350	0,5931
Coeficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-0,3040	0,3481	-0,8730	0,3833
Suporte Social total	-0,2557	0,0986	-2,5930	0,0101
Função geral	0,0072	0,0026	2,7260	0,0069
Função sexual	-0,0078	0,0020	-3,8810	0,0001
Coeficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercept)	0,9996	0,2510	3,9830	0,0001

** Inserção da variável ao quadrado.

Tabela 27: Modelo final, após ajustes das variáveis da vida afetivo-sexual

Coeficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,6069	0,0470	55,4890	0,0000
Suporte social	-1,3370	0,5577	-2,3970	0,0173
Suporte social**	1,1363	0,5076	2,2390	0,0261
Preocupação com a saúde	-0,0024	0,0006	-3,9040	0,0001
Preocupação com o sigilo	-1,4934	0,3275	-4,5600	0,0000
Preocupação com o sigilo**	-0,7876	0,3385	-2,3270	0,0208
Tipo de parceria sexual (eventual)	0,1626	0,0803	2,0250	0,0440
Tipo de parceria sexual (não tem parceria)	0,0465	0,0422	1,1010	0,2720
Coeficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-0,1962	0,3411	-0,5750	0,5658
Suporte Social total	-0,3024	0,0930	-3,2520	0,0013
Função geral	0,0076	0,0026	2,8980	0,0041
Função sexual	-0,0076	0,0020	-3,7900	0,0002
Coeficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	0,9348	0,2319	4,0310	0,0001

** Inserção da variável ao quadrado.

No bloco das variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas (Tabelas 28 e 29), observou-se que o conhecimento do diagnóstico por parte da família e amigos, da variável “quem sabe do diagnóstico” apresentou significância em relação a ter contado o diagnóstico apenas para a família, de modo que, para quem contou o diagnóstico para família e para amigos, ocorreu um aumento médio de 0,1084 na Escala de Estigmatização em relação a quem contou apenas para a família.

Na categoria de exposição, o desconhecimento da forma de exposição também apresentou significância estatística em relação à exposição sexual, de modo que para quem desconhece a categoria de exposição, apresenta pontuação média na Escala de Estigmatização de 0,1748 a menos em relação a quem teve exposição sexual ao HIV.

A presença de efeitos adversos e de comorbidades apresentou significância com relação às respectivas ausências, de modo que para quem tem efeitos adversos a pontuação média na Escala de Estigmatização é de 0,1099 a mais em relação a quem não teve os efeitos; e em relação a ter alguma comorbidade, a pontuação média na Escala de Estigmatização é de 0,2032 a mais do que quem não tem nenhuma comorbidade.

Nesse bloco, evidenciou-se que, dentre as variáveis das escalas, utilizadas para modelar a média, apenas a variável suporte social deixou de apresentar significância na presença destas variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas.

As variáveis utilizadas para modelar a variabilidade do escore de estigmatização não tiveram seus valores muito alterados, mantendo a significância estatística.

Tabela 28: Modelo inicial das variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas

Coeficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,5891	0,0797	32,4770	0,0000
Suporte Social total	-0,8854	0,5418	-1,6340	0,1036
Suporte Social total**	0,6700	0,5126	1,3070	0,1925
Preocupação com a saúde	-0,0031	0,0008	-3,7410	0,0002
Preocupação com o sigilo	-2,1550	0,4189	-5,1440	0,0000
Preocupação com o sigilo**	-1,0426	0,3130	-3,3310	0,0010
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (menor que 2 anos)	-0,0417	0,0742	-0,5620	0,5749
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (2 a 5 anos)	0,0585	0,0506	1,1560	0,2489
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (5 a 10 anos)	0,0525	0,0584	0,8990	0,3695
Quem sabe do diagnóstico (família/amigos)	0,1286	0,0647	1,9880	0,0480
Quem sabe do diagnóstico (escondem o diagnóstico)	0,0478	0,1865	0,2560	0,7980
Categoria de exposição (sanguínea)	0,0989	0,0680	1,4560	0,1468
Categoria de exposição (outra)	-0,2788	0,1427	-1,9530	0,0520
Categoria de exposição (não sabem)	-0,2095	0,0749	-2,7960	0,0056
Tempo de início do tratamento (31 a 365 dias)	0,0077	0,0554	0,1390	0,8894
Tempo de início do tratamento (mais que 366 dias)	0,0869	0,0599	1,4510	0,1481
Número de ARV diferentes ao dia (≥ 3)	-0,0358	0,0528	-0,6790	0,4978
Efeitos adversos (sim)	0,1111	0,0520	2,1350	0,0338
Interrompeu a TARV (sim)	-0,2857	0,1524	-1,8740	0,0622
Motivo pela interrupção da TARV (conta própria)	0,2539	0,1575	1,6120	0,1084
Contagem de T CD4+ (menos que 200 células)	-0,0127	0,0696	-0,1820	0,8560
Contagem de T CD4+ (200 a 499 células)	-0,0061	0,0427	-0,1420	0,8874
Contagem de carga viral (detectável)	0,0499	0,0553	0,9030	0,3676
Internações por complicações do HIV (sim)	0,0929	0,0537	1,7290	0,0852
Comorbidades (sim)	0,1958	0,1021	1,9170	0,0565
Dependência nas AVD (sim)	0,0391	0,1086	0,3600	0,7190
Uso de drogas (sim)	-0,0409	0,0458	-0,8930	0,3730
Coeficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	-0,0411	0,3844	-0,1070	0,9150
Suporte Social total	-0,3470	0,1116	-3,1090	0,0021
Função geral	0,0081	0,0032	2,5190	0,0125
Função sexual	-0,0096	0,0021	-4,5690	0,0000
Coeficiente ν				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	0,8834	0,2694	3,2790	0,0012

** Inserção da variável ao quadrado.

Tabela 29: Modelo final das variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas

Coeficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,6068	0,0486	53,5840	0,0000
Suporte social	-1,0736	0,5593	-1,9190	0,0561
Suporte social**	0,5302	0,4929	1,0760	0,2832
Preocupação com a saúde	-0,0028	0,0007	-4,1660	0,0000
Preocupação com o sigilo	-1,8307	0,3396	-5,3910	0,0000
Preocupação com o sigilo**	-1,0416	0,3322	-3,1360	0,0019
Quem sabe do diagnóstico (família/amigos)	0,1084	0,0512	2,1160	0,0354
Quem sabe do diagnóstico (escondem)	-0,0466	0,1702	-0,2740	0,7844
Categoria de exposição (sanguínea)	0,1077	0,0675	1,5960	0,1119
Categoria de exposição (outra)	-0,1928	0,1358	-1,4200	0,1569
Categoria de exposição (não sabe)	-0,1748	0,0747	-2,3400	0,0201
Efeitos adversos (sim)	0,1099	0,0473	2,3240	0,0210
Presença de comorbidades (sim)	0,2032	0,0924	2,1980	0,0289
Coeficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	0,0410	0,3429	0,1190	0,9050
Suporte Social total	-0,3338	0,0951	-3,5100	0,0005
Função geral	0,0067	0,0026	2,5710	0,0107
Função sexual	-0,0087	0,0019	-4,4550	0,0000
Coeficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	1,0417	0,2585	4,0290	0,0001

** Inserção da variável ao quadrado.

As variáveis significantes de cada bloco foram inseridas no modelo final das escalas (Tabela 23) para a construção de um modelo de regressão final (Tabela 30).

Nesse modelo, pudemos observar que a variável “tipo de parceria, quando ajustada com as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas, deixou de ser significativa. Contudo, por ter apresentado significância estatística, quando analisada no modelo das variáveis afetivo-sexuais, optou-se por manter esta variável no modelo.

Em relação às variáveis das escalas utilizadas para modular a média, observou-se que a variável do suporte social apresentou significância estatística apenas em seu termo linear. Quanto às variáveis para modular a variabilidade, estas continuaram estatisticamente significativas no modelo.

Tabela 30: Modelo final de regressão, com as variáveis afetivo-sexuais, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas, que permaneceram estatisticamente significantes com as variáveis das escalas

Coefficientes de μ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	2,5968	0,0515	50,4610	0,0000
Suporte Social	-1,1835	0,5512	-2,1470	0,0328
Suporte Social **	0,6159	0,4815	1,2790	0,2022
Preocupação com a Saúde	-0,0028	0,0006	-4,3590	0,0000
Preocupação com o Sigilo	-1,8019	0,3277	-5,4980	0,0000
Preocupação com o Sigilo **	-1,0490	0,3238	-3,2400	0,0014
Tipo de parceria sexual (eventual)	0,1442	0,0797	1,8090	0,0716
Tipo de parceria sexual (não tem parceria)	0,0188	0,0401	0,4690	0,6396
Quem sabe do diagnóstico (família e amigos)	0,1148	0,0492	2,3340	0,0204
Quem sabe do diagnóstico (ninguém)	-0,0403	0,1677	-0,2410	0,8102
Categoria de exposição (sanguínea)	0,1193	0,0662	1,8010	0,0729
Categoria de exposição (outra)	-0,2276	0,1373	-1,6580	0,0987
Categoria de exposição (não sabe)	-0,1572	0,0749	-2,0980	0,0370
Efeitos adversos (sim)	0,1039	0,0457	2,2750	0,0238
Presença de comorbidades (sim)	0,1872	0,0939	1,9930	0,0474
Coefficiente σ				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	0,0432	0,3510	0,1230	0,9021
Suporte Social total	-0,3466	0,0971	-3,5700	0,0004
Função geral	0,0070	0,0027	2,6190	0,0094
Função sexual	-0,0088	0,0020	-4,4940	0,0000
Coefficiente v				
	Estimativas	Erro Padrão	valor t	p-valor
(Intercepto)	0,9708	0,2434	3,9880	0,0001

** Inserção da variável ao quadrado.

9 Discussão

---

9 DISCUSSÃO

A discussão será apresentada em seis partes, conforme a apresentação dos resultados:

9.1 Discussão da caracterização dos aspectos sociodemográficos, da vida afetivo-sexual, epidemiológicos, clínicos, de tratamento e uso de drogas da população do estudo;

9.2 Discussão da comparação da estigmatização, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo;

9.3 Discussão da comparação do suporte social, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo;

9.4 Discussão da comparação da qualidade de vida, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo;

9.5 Discussão da correlação da Escala de Estigmatização, segundo os domínios da Escala de Suporte Social e do Questionário HAT-QoL;

9.6 Discussão da regressão múltipla da influência conjunta das variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, suporte social e qualidade de vida sobre a estigmatização.

9.1 Discussão da caracterização dos aspectos sociodemográficos, da vida afetivo-sexual, epidemiológicos, clínicos, de tratamento e uso de drogas da população do estudo

Em análise do total de participantes, percebe-se que, apesar de haver 756 cadastros de PVHA no ambulatório em questão, apenas 338 (44,7%) foram considerados ativos no ambulatório, comparecendo à unidade para as consultas, exames e retirada de medicamentos; e destes 258 (76,3%) aceitaram participar deste estudo, atendendo aos critérios de inclusão.

Segundo os dados sociodemográficos apresentados na tabela 2, percebe-se que 159 (61,6%) eram pacientes que residiam na mesma cidade do serviço de saúde e 99 (38,4%) residiam em outros municípios, dentre os 18 da microrregião, os quais, além do medo, pela possibilidade de serem vistos no serviço de saúde e serem reconhecidos por outras pessoas, tendo seu diagnóstico revelado (HASAN et al., 2012; MUKOLO et al., 2013a, 2013b), ainda podiam enfrentar dificuldades com o transporte até a unidade (CARVALHO et al., 2014).

A distância e a dificuldade na locomoção dos pacientes até a unidade de saúde são apontadas como uma barreira para a adesão ao seguimento ambulatorial e ao tratamento com os ARV (ALVARENGA et al., 2015; COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a, 2015b).

Em estudo realizado por Carvalho e colaboradores (2014), ficou evidente o descontentamento de PVHA em relação a ter que sair de suas cidades para realizar exames ou para passar por consultas, mesmo recebendo o apoio de transporte necessário.

Dessa forma, diante da possibilidade dessas barreiras, imagina-se que o total de pacientes considerados ativos do ambulatório poderia ser maior, uma vez que existem 418 (55,3%) cadastros que agrupam os óbitos e também as pessoas que transferiram e que abandonaram o serviço.

Do total de participantes ativos no programa, apesar da diferença não ser muito expressiva, a maioria, 145 (56,2%) eram homens, corroborando outros estudos realizados em Jerusalém (ELINAV et al., 2012), Itália (SULIS et al., 2014), Estados Unidos (DENNIS et al., 2013) e também no Brasil (CARVALHO, F. et al.,

2013; CARVALHO, P. et al., 2013; OLIVEIRA F. et al., 2015; REIS et al., 2011a; REIS; MELO; GIR, 2016; SANTOS et al., 2014).

Contudo, existem estudos em que é predominante o número de mulheres, como no realizado na África (OLANGUJU et al., 2012) e no Brasil (COELHO et al., 2014; SILVA, J. et al., 2013).

Segundo Coelho et al. (2014), o aumento do número de mulheres com HIV reflete a atual distribuição da doença na população, demonstrando o equilíbrio entre o número de homens e de mulheres com este agravo (SILVA, R. et al., 2013).

Contudo, segundo dados do Ministério da Saúde, de 1980 a junho 2015, foram registrados no país 519.183 (65,0%) casos de aids em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. Apesar de 1980 até 2003 ter aumentado a participação das mulheres nos casos de aids, nos últimos 10 anos, tem-se observado redução dos casos neste grupo e aumento de 10,8% dos casos em homens, chegando à razão entre os sexos de 19 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2014 (BRASIL, 2015).

Apesar de a doença ainda ser predominante no sexo masculino no Brasil, a razão entre os sexos apresenta diferenças que mudam com as regiões (BRASIL, 2015), o que justifica o fato de estudos encontrarem maior porcentual de mulheres com HIV/aids que homens (COELHO et al., 2014; OLANGUJU et al., 2012; SILVA, J et al., 2013).

Além disso, dados da UNAIDS apontaram, em 2015, 20% dos novos casos mundiais de HIV foram em mulheres jovens com idades entre 15-24 anos; e só na África Subsaariana cerca de 25% dos casos novos foram nesta população e 56% de novos casos foram em mulheres adultas (SERRA et al., 2013; UNAIDS, 2016), o que demonstra o aumento mundial da doença nesta população.

A heterogeneidade da epidemia do HIV reflete o planejamento desigual de prevenção deste agravo, de forma que o não investimento em políticas de disseminação de conhecimento e de prevenção acerca da doença, em muitas populações e regiões, tem repercutido no aumento dos casos do HIV (UNAIDS, 2016).

Assim, na população de mulheres, o aumento dos casos de HIV tem sido associado à prática precoce sexual sem o adequado conhecimento dos meios de prevenção de doenças; aos aspectos de vulnerabilidade biológica deste grupo; ao

comportamento sexual de risco, a dificuldades de negociar o uso de preservativos e até aos casos de violência sexual relacionada ao gênero (SILVA, J. et al., 2013; UNAIDS, 2016)

A faixa etária predominante neste estudo foi 40 a 49 anos com 93 (36,0%) participantes, e média 45,1 ($\pm 11,1$) anos, o que corrobora estudo realizado na Itália (SULIS et al., 2014) e no Brasil (SILVA, R. et al., 2013); mas sendo superior à idade média encontrada em outros estudos internacionais (OLANGUJU et al., 2012; DENNIS et al., 2013) e nacionais (CARVALHO, F. et al., 2013; CARVALHO, P. et al., 2013; OLIVEIRA F. et al., 2015; REIS; MELO; GIR, 2016; SANTOS et al., 2014), nos quais predominaram a população de pessoas mais jovens.

Assim, a predominância de participantes acima de 40 anos deste estudo pode ser reflexo dos avanços tecnológicos dos meios de diagnóstico e de tratamento da doença, os quais têm contribuído para o expressivo aumento da sobrevida dos doentes (JIN et al, 2010; MONTANER et al., 2014; WEISS, 2008), ou mesmo, resultado do comportamento de risco, vivido pelos homens e mulheres nesta faixa etária (ABOIM, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, a maior concentração dos casos de HIV no Brasil está na população de indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos (BRASIL, 2015), os quais, neste estudo, somam cerca de 32,6% dos participantes, não correspondendo à média nacional.

A distribuição da doença em todas as faixas etárias reflete a disseminação da aids nos diferentes grupos da população deste estudo, com destaque também para os extremos de idade, em que a porcentagem de participantes de 20 a 29 anos (10,5%) esteve muito próxima da de participantes com idade igual ou superior a 60 anos (9,7%), o que chama a atenção para a mudança das atividades relativas à sexualidade e ao envelhecimento (BEZERRA et al., 2015; SILVA, R. et al., 2013).

Para Oliveira, Paz e Melo (2013), a magnitude da aids na população de idosos não se dá apenas pelos números absolutos, mas pelo progressivo aumento das taxas de incidência nesta população.

Com a longevidade e com os avanços da indústria farmacêutica, houve o prolongamento da vida sexual ativa entre os idosos, o que, somado à desmistificação do sexo, às mudanças de atitudes e aos comportamentos sexuais, possibilitou a esta população maior vulnerabilidade ao HIV e a outras doenças de

transmissão sexual (BEZERRA et al., 2015; BITTENCOURT et al., 2015; OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

Em relação à escolaridade da população participante, mesmo não sendo possível identificar o grau de formação dos indivíduos em ensino fundamental, médio ou superior, sabe-se que 114 (44,2%) haviam completado de um a cinco anos de escolaridade, com média de 6,6 ($\pm$ 4,0) anos completos, sendo inferior ao encontrado em estudo com PVHA da África Subsaariana (OLANGUJU et al., 2012).

De 2002 a 2015, percebeu-se que na população de PVHA no Brasil as taxas de pessoas consideradas analfabetas diminuíram de 4,5% para 3,9%; aumentou a taxa de pessoas com ensino fundamental completo de 0,4% para 5,3% e diminuiu de ensino superior completo de 10,7% para 9,6% (BRASIL, 2015).

Assim, a taxa de participantes sem conclusão de ano escolar deste estudo é superior à média nacional para o ano de 2015, mas inferior ao encontrado em outros estudos realizados no país (SILVA, J. et al., 2013; SILVA, R. et al., 2013).

Segundo Silva, R. et al. (2013) no Brasil, a epidemia começou em indivíduos com mais de oito anos de escolaridade, mas, atualmente, o maior número de casos se encontra em indivíduos com menor escolaridade, caracterizando e confirmando o fenômeno da pauperização da doença, o que pode justificar os 126 (48,9%) participantes deste estudo que tinham até cinco anos completos de escolaridade.

Em análise da situação conjugal, o total de 118 (45,7%) participantes solteiros, apesar de serem pouco mais que os 110 (42,6%) indivíduos casados, foram a maioria neste estudo, semelhantemente ao encontrado em estudos de Cunha et al. (2015) e Okuno et al. (2014). Contudo, em estudo realizado na África, mesmo não sendo muito expressiva a diferença entre de casados e solteiros, prevaleceram os participantes casados (OLANGUJU et al., 2012), assim como em estudo realizado no Brasil, em que o número de casados e daqueles que viviam como casados, foi superior ao total de solteiros (SANTOS et al., 2014; SILVA, J. et al., 2013).

Dessa forma, a condição de ser solteiro não é uma forte característica das PVHA, assim também a presença de filhos, uma vez que, apesar de 173 (67,1%) dos participantes terem referido possuir filhos, semelhantemente ao estudo de Santos e colaboradores (2014), em outro estudo realizado por Cunha et al. (2015), a maioria não tinha filhos.

Para Costa, Oliveira e Formoso (2015a, 2015b), a constituição familiar é algo importante para a PVHA, uma vez que serve de apoio ao indivíduo, ajudando a enfrentar as dificuldades impostas pela condição da doença, o que reflete em sua melhor QV (SANTOS et al., 2015).

Assim também a presença dos filhos, de forma que a necessidade de cuidar destes, de continuar a manutenção da QV deles, têm impulsionado a muitos pais e mães que vivem com HIV/aids ao enfrentamento da condição (GALVÃO; PAIVA, 2011; SMITH; MBAKWEM, 2010).

Em relação à renda mensal dos indivíduos deste estudo, 163 (63,2%) recebiam até um salário mínimo e o restante, mais de um salário mínimo por mês, o que corrobora estudos nacionais, os quais reforçam os baixos salários das PVHA (CARVALHO, F. et al., 2013; CARVALHO, P. et al., 2013; OLIVEIRA F. et al., 2015).

Segundo a ocupação dos participantes, 118 (45,7%) estavam empregados, 46 (17,8%) desempregados, 67 (26,0%) aposentados e 27 (10,5%) afastados em razão do agravamento da doença.

Apesar de as taxas de empregados, desempregados, aposentados e afastados variarem muito entre os estudos internacionais e nacionais (CARVALHO, F. et al., 2013; CARVALHO, P. et al., 2013; OLANGUJU et al., 2012; OLIVEIRA F. et al., 2015; SANTOS et al., 2014), percebe-se que os empregados tendem a ocupar cargos de baixa qualificação, semelhantemente ao atual estudo, no qual, dos 118 participantes, 83,1% estavam trabalhando em cargos de prestação de serviços e de vendedores do comércio, como pedreiros, padeiros, cabeleireiros, domésticas, vendedores de lojas.

Sobre a condição da moradia, 158 (61,2%) participantes deste estudo residiam em casa própria e 100 (38,7%) dependiam do aluguel ou da ajuda de outros para a moradia; e, em relação ao arranjo domiciliar, 221 (85,7%) moravam com outras pessoas. Tais resultados, somados à baixa escolaridade e renda encontradas, reforçam o baixo nível socioeconômico da população deste estudo, corroborando o perfil de PVHA de outras localidades (MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2013; OLIVEIRA F. et al., 2015), de modo que, mesmo dispondo de moradia própria, dependem da ajuda financeira de outros para a manutenção das necessidades básicas (MEYER; FÉLIX, 2014).

Assim, em meio à dificuldade financeira, muitos permanecem com suas famílias, dividindo a mesma casa, a fim de se ajudarem nas despesas diárias (MEYER; FÉLIX, 2014).

E também, na evolução da doença, com o déficit das condições de saúde das pessoas, morar com familiares ou com amigos próximos torna-se uma necessidade para a manutenção dos cuidados, o que pode estar influenciando também os 221 (85,7%) participantes que estavam morando acompanhados (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a, 2015b; CRUZ; RAMOS, 2015).

Do total de participantes, 195 (75,6%) referiram ser praticantes de algum movimento religioso, dos quais 117 (60,0%) mencionaram ser católicos, 68 (34,9%) evangélicos e 10 (5,1%) seguidores de outras religiões; 63 (24,4%) dos participantes não eram praticantes de alguma religião. Isso corrobora estudos internacionais em que a maioria dos participantes também eram cristãos praticantes (OLANGUJU et al., 2012; SALAUDEEN et al., 2014) e outro nacional, em que a maioria revelou ser católica (CUNHA et al., 2015).

A procura pela igreja, pelo aumento da fé e da espiritualidade, é devido muitas vezes, à percepção de erro e de culpa que muitas PVHA sentem em relação à doença, o que, somado à preocupação com o futuro e com a morte, leva a muitos indivíduos a mudança de comportamento, tornando-os assíduos e praticantes dos movimentos religiosos (CUNHA et al., 2015; OLIVEIRA, A. et al., 2015; OLIVEIRA, F. et al., 2015).

Sentimentos de culpa, de solidão e de medo da morte estimulam muitas pessoas à procura por apoio em comunidades cristãs, a fim de alcançar maior enfrentamento da condição de viverem na soropositividade (SZAFLARSKI, 2013).

Para Silva, J. B. et al (2015), o aumento da religiosidade fortalece a esperança em suportar o sofrimento físico e emocional com a doença e tratamento, sendo vivida como algo positivo pelas pessoas.

Contudo, a religião pode também ter o sentido de fuga e de negação da doença, levando a crenças e atitudes que interferem negativamente na adesão do tratamento médico e de uso de medicamentos, encaminhando muitas pessoas a buscar a cura, apenas, na fé em Deus (SILVA, J. B. et al., 2015; SZAFLARSKI, 2013).

Contudo, em estudo realizado no interior do nordeste brasileiro, a maioria dos participantes não eram cristãos praticantes (OLIVEIRA, A. et al., 2015; OLIVEIRA, F. et al., 2015), sendo o sentimento de revolta com Deus muito evidente nesta população, a qual associa a doença como um castigo divino por atitudes erradas cometidas no passado (ALVARENDA et al., 2014).

Quando questionados acerca do convívio com algum familiar com HIV/aids, 186 (72,1%) disseram não e 72 (27,9%) mencionaram que já conviveram ou ainda convivem com familiar com HIV/aids.

O estigma que existe em torno do HIV/aids culpabiliza o indivíduo que vive nesta condição, passando a imagem de uma pessoa moralmente inferior, o que pode impactar significativamente no aumento da ansiedade, da depressão e do desejo de morte de PVHA (SMIT et al., 2012).

Assim, a revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV para a família pode não ser muito fácil para o indivíduo infectado, em especial, quando falta familiaridade dos membros da família com a doença em questão (SOUSA et al., 2013).

Em estudo realizado por Motta et al. (2014), percebe-se que, quando a família passa pela experiência de algum membro estar com HIV/aids, torna-se mais fácil enfrentar o aparecimento de outros casos, com possibilidade de haver mais união entre seus membros, reforçando laços de solidariedade, de afeto e de responsabilidade com o outro.

Já o indivíduo que não vivenciou a experiência do convívio com familiar com HIV/aids, pode passar pelo medo da revelação, a qual pode levar ao rompimento das relações afetivas e ao isolamento social (SOUSA et al., 2013).

Segundo as características relacionadas à vida afetivo-sexual dos participantes do estudo (Tabela 3), observou-se que, em relação à orientação sexual, 208 (80,6%) participantes mencionaram ser heterossexuais, o que corrobora estudos realizados na Itália (SULIS et al., 2014), nos Estados Unidos (DENNIS et al., 2013) e no Brasil (CUNHA et al., 2015; REIS; MELO; GIR, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde, entre os anos de 2001 e 2015, a proporção de homens homossexuais aumentou de 26,4% para 27,1%, enquanto que os homens heterossexuais aumentaram de 28,4% para 41,4%. Já entre as mulheres, a porcentagem de heterossexuais foi de 86,8% para 92,7%. Observando que, apesar de haver aumento na população de homossexuais, os heterossexuais ainda são a

maioria (BRASIL, 2015), o que confirma o quadro de heterossexualização dessa epidemia no Brasil (SILVA, R. et al., 2013).

Nos Estados Unidos também, a relação heterossexual é vista como a segunda via mais comum de transmissão do HIV na população geral e é a principal via de transmissão do vírus entre as mulheres. De modo que a população-alvo para o ciclo heterossexual, tem sido os adultos de grande vulnerabilidade socioeconômica, com vida sexual ativa e que fazem uso de drogas injetáveis (SIONEAN et al., 2014), sendo também este o perfil já descrito em estudos realizados em Portugal (ABOIM, 2012), no Vietnã (LEE et al., 2015) e no Brasil (COSTA PINHEIRO et al., 2012).

Aboim (2012) ainda destaca que, além das características descritas, a fragilidade heterossexual, tem sido muito associada à biografia sexual, pelo estímulo à sexualidade precoce, à possibilidade do sexo pago, ao fluxo no rodízio de parceiros (as), ao emprego de práticas sexuais grupais e à resistência ao uso de preservativos, o que aumenta a vulnerabilidade ao HIV, mesmo em relações estáveis (COSTA PINHEIRO et al., 2012).

Os homossexuais e bissexuais, mesmo estando em número menor, são reconhecidos pela vulnerabilidade ao HIV, devido ao perfil das práticas sexuais, os quais, mesmo dispondo de conhecimento acerca da prevenção da doença, não conseguem mudar o comportamento, uma vez que as práticas de risco deste grupo, como sexo anal, oral, o rodízio de parceiros e a resistência ao uso de preservativo, parecem culturais e comuns do perfil sexual (GARCIA et al., 2016).

Em relação à presença de parcerias sexuais, neste estudo, 148 (57,4%) participantes referiram ter tido alguma parceria sexual nos últimos 12 meses, dos quais, 87,8% referiram parceria fixa e 12,2% eventual, corroborando outro estudo nacional realizado no interior de São Paulo com adultos vivendo com HIV/aids (REIS; MELO; GIR, 2016).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, percebeu-se que casais em relações estáveis apresentavam maior risco de transmissão de HIV que casais eventuais, uma vez que, pela confiança no (a) parceiro (a), tinham comportamento sexual de risco, associado a maior frequência de sexo anal e ao reduzido uso de preservativo (MCMAHON et al., 2015). Podendo, neste estudo, a confiança na parceria sexual, ter sido fator de risco para a transmissão do HIV.

Já em relação aos participantes que referiram ter apresentado parceria sexual fixa e eventual nos últimos 12 meses, é importante descrever que 110 (42,6%) mencionaram não ter tido algum envolvimento sexual neste mesmo período, os quais podem ser fruto do medo de transmissão do HIV em possíveis relações sexuais, diminuindo em muitos o desejo de se envolver em relações amorosas (GALANO et al., 2016).

Associado a isso, tem-se também o medo da rejeição da parceria sexual, o que pode levar ao rompimento das relações afetivas no momento de revelação da soropositividade (SOUSA et al., 2013). Assim, muitas pessoas, mesmo dispondo de oportunidades para envolvimento amoroso, preferem esquivar-se, o que pode justificar quase 50% dos participantes não terem tido algum envolvimento amoroso nos últimos 12 meses.

Quanto à situação sorológica da parceria sexual, em relação aos 148 pessoas que referiram ter relações sexuais nos últimos 12 meses, 39,2% sabiam que seus/suas companheiros (as) eram soronegativos, 32,4% sabiam que eram soropositivos e 28,4% desconheciam a situação diagnóstica da parceria sexual.

Em estudos realizados por Erku, Megabiaw e Wubshet (2012) e Reis, Melo e Gir (2016), apesar de a maioria dos participantes conhecerem a condição sorológica dos (as) companheiros (as) sexuais, como no atual estudo, a porcentagem de pessoas que desconheciam a sorologia era menor, revelando maior conhecimento da situação diagnóstica entre a parceria sexual.

Entre os casais de parceria sexual fixa, a chance de revelação da situação diagnóstica entre os (as) parceiros (as), em especial se for positiva, é muito maior que entre os casais de relação eventual. Isso se deve à intimidade dos parceiros, à força de seu relacionamento e ao sentimento de responsabilidade, o que favorece a confiança e o diálogo na revelação do estado sorológico (MOTTA et al., 2014; GENET; SEBSIBIE; GULTIE, 2015).

O conhecimento da condição diagnóstica entre os casais possibilita-lhes fazerem escolhas quanto à saúde reprodutiva, identificando medidas adequadas de proteção de doenças sexuais, planejando futuras gestações e reduzindo o risco de transmissão de doenças (GENET; SEBSIBIE; GULTIE, 2015).

Quanto ao uso de preservativo masculino, do total de participantes do estudo, 89 (34,5%) referiram ter feito uso de preservativo em todas as relações sexuais dos

últimos 12 meses, dos quais, 60,1% fizeram uso do preservativo em todas as relações; 20,3% mencionaram nunca ter feito uso e 19,6% usaram às vezes.

Em estudo realizado na Nigéria, a maioria dos participantes também referiram usar preservativos, semelhantemente a este estudo, mas somente passaram a fazer depois do diagnóstico da infecção pelo HIV (SALAUDEEN et al., 2014), como em estudo realizado na Etiópia (ERKU; MEGABIAW; WUBSHET, 2012), uma vez que para a maioria das pessoas sexualmente ativas de sorologia negativa ou desconhecida, o uso do preservativo durante a relação sexual não é percebida como medida necessária para relações com parceria regular.

O uso consistente do preservativo é uma medida preventiva importante entre casais que vivem com HIV/aids, sendo uma forma eficaz de prevenção de reinfecções de cepas resistentes aos antirretrovirais, de diminuição da carga viral durante as relações sexuais e de se evitar a transmissão de outras infecções sexualmente transmissíveis (ERKU; MEGABIAW; WUBSHET, 2012; REIS; MELO; GIR, 2016).

O uso do preservativo, masculino ou feminino, é uma medida recomendada para todas as relações sexuais, com pessoas vivendo e não vivendo com o HIV/aids, sendo importante para a prevenção e para o enfrentamento da infecção pelo HIV, contudo, mesmo sendo de distribuição gratuita nos serviços de saúde, não é uma medida de fácil aceitação pela população (BRASIL, 2016), o que pode ser evidenciado neste estudo, em que 39,9% das pessoas que tiveram relações sexuais, nos últimos 12 meses, referiram não usar ou usar às vezes o preservativo.

Quanto às variáveis epidemiológicas (Tabela 4), percebeu-se que, em relação ao tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, 95 (36,8%) dos participantes conviviam com o diagnóstico há mais de 10 anos, tempo superior ao apresentado por outros estudos nos Estados Unidos (DENNIS et al., 2013) e no Piauí (OLIVEIRA A. et al., 2015), nos quais a maior concentração foi de 2 a 8 anos de diagnóstico.

Para Okuno et al. (2014), pessoas com maior tempo de diagnóstico, embora vejam o HIV/aids como problema, tendem a ser mais orientados em relação à doença e conformados com a condição, o que é visto como positivo.

Em estudo realizado em Fortaleza, o tempo de diagnóstico foi associado positivamente inclusive com o desejo de paternidade, de forma que homens mais jovens e que faziam uso da terapia antirretroviral há mais de três anos tinham mais

intenção de ter filhos que os homens com menor tempo de diagnóstico (REIS et al., 2015).

Pessoas que vivem com o HIV/aids há pouco tempo tendem a enfrentar mais dificuldade com aceitação da condição, para a revelação diagnóstica, para a adaptação ao tratamento e para o enfrentamento do estigma que gira em torno da doença (OKUNO et al., 2014; VARAS-DÍAZ et al., 2012).

Segundo a variável, quem conhecia o estado diagnóstico dos participantes, percebeu-se que 198 (76,7%) preferiram compartilhar apenas com a família, 54 (20,9%) com a família e amigos e apenas 6 (2,3) escondiam a sua soropositividade, o que corrobora estudos realizados na África Subsaariana (OLANGUNJU et al., 2012) e na China (ZANG; HE; LIU, 2015), nos quais a maioria dos participantes optaram também pela revelação a suas famílias.

A revelação do diagnóstico ao cônjuge e à família se dá pela confiança que se estabelece, o que ocorre em especial nas relações de longos anos (ERKU; MEGABIAW; WUBSHET, 2012; GENET; SEBSIBIE; GULTIE, 2015).

Em estudo realizado na África do Sul, a revelação para familiares foi realizada a fim de buscar muito mais o apoio social que o desejo de prevenção nas relações com seus/suas parceiros (as) sexuais. Contar com algum membro na família era um primeiro passo importante para as pessoas, uma vez que aquele exerce um papel fundamental na prestação de apoio emocional, ajudando inclusive sobre como revelar a situação ao cônjuge e aos demais familiares e amigos (MAMAN; ROOYEN; GROVES, 2014).

Em estudo realizado na Etiópia, pessoas que tiveram duas ou mais parcerias (as) sexuais foram menos propensas a divulgar o estado sorológico, o que reforça a importância das relações duradouras para a confiança e para a busca de apoio na revelação do HIV (ERKU; MEGABIAW; WUBSHET, 2012).

A diferença na divulgação do *status* sorológico, mais para familiares e menos para amigos, tal como neste estudo, pode ser explicada pelo papel social dos cônjuges e das famílias, os quais incorporam expectativas de confiança e de responsabilidade, sendo menos propensos a comportamentos de estigmatização em relação à doença (ERKU; MEGABIAW; WUBSHET, 2012; ZANG; HE; LIU, 2015).

Para muitas PVHA, a não revelação do diagnóstico para pessoas que não fazem parte do convívio diário é uma medida de proteção para evitar situações de

desconforto, de constrangimento e de rejeição, devido aos estigmas associados ao HIV. Nesse sentido, muitos preferem manter em sigilo o diagnóstico ou partilhar apenas com a família nuclear, com parentes de confiança e com amigos muito próximos (GALANO et al., 2016).

Em relação à não revelação do diagnóstico, em especial ao companheiro (a) sexual, pode se dar pelo medo da reação, uma vez que a revelação do diagnóstico de IST aos familiares pode desencadear atos de rejeição e de violência por parte dos mesmos, em especial de cônjuges (ANDRADE et al., 2015; ERKU; MEGABIAW; WUBSHET, 2012).

Para a melhor apresentação do tipo de exposição ao HIV, optou-se pela categorização de sexual, transmitida pela via anal, vaginal e oral; sanguínea, transmitida pela por transfusão sanguínea, hemoderivados ou compartilhamento de seringas; e, outra, que foram incluídos os casos de transmissão vertical (aleitamento e via placentária) e transmissão ocupacional (BRASIL, 2004).

Na análise dos dados, observou-se que a principal categoria de exposição foi a sexual para 202 (78,3%) participantes, o que corrobora estudo realizados na Itália (SULIS et al., 2014) e no Brasil (CARVALHO, F. et al., 2013; CARVALHO, P. et al., 2013; OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013), nos quais a maioria dos participantes tiveram exposição ao HIV relacionada ao comportamento sexual.

Em estudo realizado com homens heterossexuais, percebeu-se que uma forte característica desta população é o desejo de experimentar sempre novidades sexuais, os quais motivados, por outros homens, envolvem-se sexualmente em relacionamentos casuais, a fim de satisfazer seus desejos e de reafirmar a masculinidade (COSTA PINHEIRO et al., 2012).

No mundo todo, a maioria das novas infecções pelo HIV ocorre por meio do contato sexual e a transmissão heterossexual é crescente, destacando-se as mulheres, as quais são cerca de três vezes mais propensas a adquirir o vírus de um parceiro masculino do que de este contrair delas (LACROIX et al., 2013).

No Brasil, a principal via de transmissão do HIV é a sexual, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, de forma que, entre os homens, predomina a exposição heterossexual, com tendência ao aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens. Já a incidência de exposição por drogas injetáveis, vem diminuindo ao longo dos anos em todo o país (BRASIL, 2015), o que

foi confirmado pelos dados deste estudo, em que cerca de 80% dos participantes mencionaram exposição sexual e 8,1% exposição sanguínea, a qual, além transfusão sanguínea e acidente com perfurocortante, também envolve uso de drogas injetáveis.

Em relação às variáveis de tratamento apresentadas na Tabela 4, observou-se que, quanto ao início do tratamento, 154 (59,7%) participantes iniciaram o uso da TARV em até 30 dias após a confirmação do diagnóstico da infecção pelo HIV; 54 (20,9%) de 31 dias a um ano e 50 (19,4%), a mais de um ano do diagnóstico.

Desde o surgimento do tratamento para o HIV, utilizavam-se como critério para início deste, as estimativas acerca do risco de infecções oportunistas, da evolução para aids e do risco de óbito. A contagem de linfócitos T CD4+ sempre foi utilizada para recomendar o início do tratamento contra HIV, de forma que, em 2003, utilizavam-se valores inferiores a 200 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$, 2010 menor que 350 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$ e, desde dezembro de 2013, com a implantação do novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, passou-se a adotar T CD4+ menor que 500 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$ (BRASIL, 2013, 2016), o que pode ter influenciado nos diversos períodos de início de tratamento após diagnóstico, encontrados neste estudo.

A demora em iniciar o tratamento pode ter sido também em decorrência de dificuldades no enfrentamento do HIV, uma vez que, com a TARV, as pessoas com HIV/aids conseguem grandes melhorias na qualidade de suas vidas, contudo o tratamento também reforça a condição da soropositividade e os medos em relação à descoberta do diagnóstico, da não aceitação social e da morte (PASCHOAL et al., 2014), o que também pode ter influenciado nos 104 (40,3%) participantes que demoraram mais de 31 dias para iniciar o tratamento.

Em relação aos comprimidos, 212 (82,2%) faziam uso de um a dois comprimidos diferentes de antirretrovirais por dia e 46 (17,8%) usavam três ou mais.

Com o surgimento dos ARV nos anos de 1980, conseguiu-se impedir a multiplicação do vírus, mas, para isto, foi preciso incluir na terapia pelo menos três medicamentos, sendo dois deles de classes diferentes (inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa; inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa; inibidores protease; inibidores de fusão; inibidores da integrase) (BRASIL, 2016).

Assim, com a dose fixa combinada, pode-se diminuir o número de ARV para uma só comprimido/pílula, facilitando a adesão ao tratamento por PVHA (BRASIL, 2013, 2016). Contudo, mesmo assim, a não adesão ainda é uma barreira para o sucesso do tratamento para muitas pessoas que vivem nesta condição (SOUZA; TIBURCIO; KOIKE, 2016).

Sabe-se que a TARV mudou a expectativa das PVHA em relação à doença, promovendo aumento na sobrevida e na redução da morbimortalidade relacionada ao vírus. Contudo, o uso dos medicamentos tem sido associado aos efeitos adversos, os quais, somados ao número de comprimidos, impacta negativamente na adesão ao tratamento (CHEN, 2013; ROSSI; PEREIRA, 2014).

Neste estudo, percebeu-se que 61 (23,6%) participantes apresentavam algum desconforto, sendo mais citados enjoo, diarreia, tontura, desconforto gástrico e prurido, podendo estes, somados a manchas vermelhas, agitação, insônia e outros, aparecerem em maior intensidade no início do tratamento com ARV, devendo desaparecer em poucas semanas de uso dos medicamentos (BRASIL, 2016).

Assim, o total de 197 (76,4%) participantes que não apresentavam efeitos adversos pode estar relacionado com o tempo de diagnóstico e com o início de tratamento, identificados neste estudo.

Em relação aos efeitos adversos mais encontrados na literatura, tem-se a lipodistrofia, a qual provoca mudanças na forma do corpo, impactando no bem-estar e na autoestima das pessoas (MEDEIROS et al., 2016; PASSOS; SOUZA, 2015); o aumento do risco cardiovascular (LAZZAROTTO, et al., 2014); a pancreatite aguda (OLIVEIRA et al., 2014) e os problemas de pele, a dormência, a perda de memória, pesadelos e tonturas, os quais, não só trazem desconforto físico e mental, como também interferem nas atividades diárias e levam à interrupção da TARV (CHEN, 2013).

Em relação à interrupção do tratamento com os ARV, 182 (70,5%) participantes mencionaram nunca terem interrompido o tratamento e 76 (29,5%) já o terem feito alguma vez, corroborando estudo nacional (SOUZA; TIBURCIO; KOIKE, 2016) e internacional (LI, J. et al., 2014) em que a maioria apresentaram níveis bons de adesão com baixas taxas de efeitos adversos.

Contudo, em estudos realizados por Oliveira F. et al. (2015) e Romeu et al. (2012) a minoria dos participantes aderiram corretamente o tratamento, alegando

melhora aparente dos sinais clínicos ou o sentir-se deprimido, pela ingestão medicamentosa e o aumento dos efeitos adversos (ROMEY et al., 2012); os quais podem estar associados aos 46 (17,8%) participantes que consumiam mais de três comprimidos diferentes por dia e aos 76 (29,5%) que apresentavam efeitos adversos.

Déficits na adesão podem levar à falência medicamentosa, sendo necessários esquemas terapêuticos mais complexos, com geralmente maior número de comprimidos, o que pode impactar ainda mais na adesão, estendendo o período de interrupção da TARV e favorecendo a disseminação de vírus com cepas mais resistentes aos medicamentos disponíveis (BRASIL, 2013).

Em relação ao motivo de interrupção do tratamento observado neste estudo, dos 76 (29,5%) participantes que referiram tê-lo feito, 70 (92,1%) referiram ter sido por conta própria e apenas 6 (7,9%) por ordem médica.

Dentre as dificuldades mais relacionadas com o abandono do tratamento pelo indivíduo, têm-se as mudanças na rotina das pessoas como horários rígidos para medicação; as dificuldades econômicas que dificultam o acesso ao serviço de saúde e à alimentação adequada (SANTOS et al., 2011); os efeitos adversos (ROMEY et al., 2012; SANTOS et al., 2011) o uso de drogas (ROMEY et al., 2012) e a depressão (TELLO-VELÁSQUES et al., 2015; TUFANO et al., 2015); a baixa escolaridade e a insônia (TELLO-VELÁSQUES et al., 2015), os quais representam a maioria dos casos, o que corrobora o atual estudo.

Já em relação à suspensão medicamentosa por ordem médica, existe a recomendação desta, a fim de se obter melhores indicadores laboratoriais (contagem de T CD4+ e carga viral), gestação ou desejo de engravidar, surgimento de doenças oportunistas e de efeitos adversos (LIMA et al., 2012; PAPPALARDO et al., 2014), os quais acontecem mais no início do tratamento (BRASIL, 2013), o que pode justificar a minoria dos participantes terem interrompido o tratamento por ordem médica.

Em relação aos dados clínicos apresentados na Tabela 4, percebe-se que na contagem de T CD4+, destacaram-se 153 (59,3%) participantes, os quais tiveram contagem acima de 500 células mm³/sangue, estando estes, no escore de contagem normal para T CD4+, o qual deve estar entre 500 e 1.600 células mm³/sangue (CDC, 2016b).

Os demais participantes apresentaram contagem de T CD4+ inferiores ao considerado normal, com 78 (30,2%) indivíduos com contagem de 200 a 499 células e 27 (27,1%) abaixo de 200 células, estando este menor grupo em evolução do quadro do HIV para a aids, com elevado risco de desenvolvimento de doenças oportunistas (BRASIL, 2013; CDC, 2016b).

Em relação à carga viral, 170 (65,9%) participantes do estudo apresentavam carga viral indetectável, menor que 50 cópias/ml, o que corrobora estudos nacionais (LI, J. et al, 2014; PASSOS; SOUZA, 2015; SOUZA; TIBURCIO; KOIKE, 2016), nos quais a maioria dos participantes apresentaram carga viral indetectável, sendo esta associada à boa adesão à TARV, como no atual estudo.

Para Tufano et al. (2015), a carga viral sinaliza as consequências clínicas, melhor que a contagem de células T CD4+, podendo ter relação direta com a não-adesão ao tratamento.

Em estudo de Ferreira, Oliveira e Paniago (2012), em que a grande concentração de participantes esteve com T CD4+ de 200 a 499 células mm³/sangue e carga viral indetectável, houve menor incidência de doenças secundárias, o que foi associado a compreensão do HIV/aids adquirida pelo tempo de diagnóstico e ao uso correto dos ARV.

Contudo, em outro estudo, mesmo com carga viral indetectável, as menores taxas de T CD4+ foram associadas à maior incidência de infecções oportunistas, como candidíase (MENEZES et al., 2015), o que indica a forte relação destas células com o surgimento de doenças (SILVA, D. et al., 2015).

Quanto à presença de internações, percebeu-se que 180 (69,8%) não foram internados desde o diagnóstico, por complicações do HIV, e, dos 78 (30,2%) participantes que estiveram internados, 49 (62,8%) foram por uma única vez e 29 (37,2%) foram internados de duas a oito vezes.

A diferença encontrada entre o número de pessoas que foram ou não internadas, corrobora a diferença esperada para PVHA e que estão em tratamento, as quais apresentam menos complicações relacionadas à doença (BRASIL, 2013; 2015; 2016)

Mesmo sendo a minoria o total de participantes internados, a porcentagem encontrada é expressiva, semelhantemente ao encontrado em estudo realizado no interior de São Paulo, em que o perfil de internados eram homens jovens de 21 a 40

anos (NUNES et al., 2015), assim como no estudo realizado nos Estados Unidos (BACHHUBER; SOUTHERN, 2014), o qual ainda destacou a incidência de negros, residentes na zona urbana e proporcionalmente com mais impacto na população de mulheres, considerando-as mais vulneráveis à hospitalização que os homens.

No entanto, para Berry et al. (2013), as internações estão mais associadas às baixas taxas de T CD4+, que aos aspectos sociodemográficos, estando a diminuição na contagem de T CD4+ mais ligada à internação que as próprias complicações com o tratamento; o que, em análise das taxas de T CD4+ deste estudo, poderia justificar a menor incidência de internação encontrada entre os participantes.

Neste estudo, as comorbidades não foram predominantes, estando presentes em apenas 45 (17,4%) dos participantes, sendo que as mais frequentes foram a hipertensão (4,7%), o diabetes (3,9%) e a depressão (3,5%). Esse resultado corrobora o encontrado em estudo realizado no Piauí (OLIVEIRA A. et al., 2015), no qual as comorbidades também não foram predominantes, estando em uma parcela menor da população.

Em estudos nacionais, as comorbidades foram predominantes na população de PVHA (REIS; MELO; GIR, 2016), sendo mais frequentes a hepatite C, a tuberculose, a herpes zoster (RIGHETTO et al., 2014), a hipertensão, a dislipidemia (PASSOS; SOUZA, 2015), a depressão, o diabetes mellitus e as cardiopatias (AFFELD; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

Tal como em estudos internacionais, ocorreram, com maior frequência, as comorbidades neuropsiquiátricas, a demência, os transtornos depressivos e as hepatites (DURVASULA, 2014; HALMAN et al., 2014; LORENC et al., 2014), de forma que as comorbidades referidas pela população do atual estudo estão em consonância com o perfil identificado na literatura.

Segundo Abara et al. (2014), as comorbidades tendem a associar-se com a idade dos indivíduos e com a adesão da TARV, estando mais presentes em pessoas de maior idade, as quais, ao se deparar com o HIV, podem encontrar dificuldades para integrar assistência médica e medicamentosa, o que pode interferir em falhas da TARV ou até mesmo no atraso em iniciar o tratamento.

As comorbidades podem estar ligadas também aos fatores psicossociais ou ao comportamento sexual de risco, uso de drogas, à alimentação, às atividades físicas ou à predisposição genética (LORENC et al., 2014; SANTOS et al., 2014).

Até mesmo pode estar ligada à cronicidade do HIV, de forma que pessoas que adquiriram a infecção na juventude, com o aumento da expectativa de vida, tenderão a conviver mais com doença, com as reações dela em seu organismo e com as patologias comuns do envelhecimento humano (PAULA et al., 2014). Podendo ser este o perfil da população estudada, uma vez que 177 (68,6%) dos participantes estavam na faixa dos 20 a 49 anos.

Em relação às atividades da vida diária, neste estudo, apenas 17 (6,6%) pessoas referiram depender de outras pessoas para a realização de atividades, de forma que 7 (41,2%) dependiam de ajuda para medicação, 6 (35,3%) para cuidados com a casa e 4 (23,5%) para higiene e alimentação, as quais estão dentro do paradigma esperado para as doenças crônicas e envelhecimento populacional (RAMOS et al., 2013).

O envelhecimento sem a presença de doenças crônicas já envolve perdas funcionais próprias do processo, como a força física, o vigor e a imunidade do organismo, contudo, estas perdas podem ser exacerbadas com o surgimento das doenças crônicas (LIMA-COSTA et al., 2011), em especial com a aids (ABARA et al., 2014).

Com o seguimento adequado do tratamento com ARV, a maioria das pessoas com HIV positivo consegue viver vidas mais longas e mais saudáveis, podendo igualar-se com as pessoas de HIV negativo, contudo a população mais vulnerável ao tratamento, como o avanço da doença, poderão desenvolver um quadro de comprometimentos, necessitando de ajuda para atividades antes facilmente realizadas (HALMAN et al., 2014; MEDEIROS; SILVA; SALDANHA, 2013).

Dessa forma, analisando o total de pessoas que neste estudo referiram dependência para as AVD, este poderia estar relacionado aos maiores de 60 anos (9,7%), aos efeitos adversos (23,6%) apresentados com o tratamento ou até mesmo à presença das comorbidades referidas pela população (17,4%), o que estaria em conformidade com a literatura.

Quanto ao consumo de drogas lícitas e ilícitas nos últimos 12 meses, observamos que 74 (28,7%) participantes referiram fazer uso de drogas, o que corrobora estudos realizados na África Subsaariana (YAYA et al., 2014) e na região sul brasileira (PASSOS; SOUZA, 2015).

Assim compreende-se como drogas lícitas aquelas legalizadas, produzidas e comercializadas livremente e que são aceitas pela sociedade, como o cigarro e o álcool. E drogas ilícitas aquelas drogas cuja comercialização é proibida pela legislação, além de não ser socialmente aceitas, como a cocaína, a maconha, o crack e a heroína (WHO, 2014; ZEITOUNE, et al., 2012).

Tal resultado pode não representar a realidade da população em questão, devendo-se considerar as limitações em relação à fidedignidade da resposta, aos erros de recordação, bem como às omissões, podendo ter sido referidas pelos participantes apenas respostas socialmente desejáveis (ZULE et al., 2014).

Segundo a UNAIDS-Brasil (2016), a taxa de prevalência de aids na população de usuários de drogas de 2009 a 2013 foi de 5,9%, estando os consumidores de drogas entre aqueles que respondem pela maioria de casos novos de HIV em todo país, somado aos casos novos na população de gays, homens que fazem sexo com homens, travestis, transexuais e profissionais do sexo (BRASIL, 2015).

Dentre as drogas mais consumidas pelos participantes deste estudo, o álcool foi mencionado por 41 (55,4%%) deles, seguido da maconha por 26 (35,1%) participantes e pelo cigarro 23 (31,1%), sendo o consumo abusivo de álcool entre as PVHA significativamente maior do que o encontrado na população geral (COHN et al., 2011).

Para Silva et al. (2016), o consumo de drogas pode ser determinante tanto para a transmissão do HIV, quanto para adesão ao seguimento ambulatorial e à TARV, uma vez que, no consumo de álcool e de outras drogas, o indivíduo apresenta déficit em sua cognição, com comportamento sexual de risco, multiplicidade de parceiros, compartilhamento de seringas e esquecimento da tomada dos ARV, os quais poderão interferir em sua QV (FAGBAMI et al., 2015; ROSE et al., 2014; YAYA et al., 2014).

9.2 Discussão da comparação da estigmatização, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo

Em relação à estatística descritiva da Escala de Estigmatização (Tabela 5), percebeu-se que o domínio revelação apresentou o mais alto valor de média ($2,8 \pm 0,6$) e mediana (2,8), o que corrobora estudo nacional realizado por Suit e Pereira (2008) e internacional, realizado por Harper, Lemos e Hosek (2014), mostrando que a revelação da soropositividade ainda é uma dificuldade importante vivenciada pelas PVHA (ANDRADE; IRIART, 2015; VILLARINHO; PADILHA, 2016).

Para Berger, Ferrans e Lashley (2001) o domínio revelação avalia o enfrentamento da revelação do diagnóstico e como a pessoa se sente depois de falar de sua situação (SUIT; PEREIRA, 2008). Contudo por haver o estigma em torno do HIV/aids, o qual marca os indivíduos que vivem nesta condição, inferiorizando-os aos demais (GOFFMAN, 1988; PARQUER, 2013), é esperado que o processo de comunicação da revelação seja potencialmente estigmatizante, carregado de medos da não aceitação, de sentimentos de culpa e vergonha (ANDRADE; IRIART, 2015; SOUSA et al., 2013).

Assim a ocultação do diagnóstico é muitas vezes uma estratégia de busca por conforto, uma forma de manutenção das relações afetivas e profissionais, que muitas pessoas buscam a fim de manter os vínculos, permanecendo socialmente aceitas (RENESTO et al., 2014).

Em estudo realizado por Andrade e Iriart (2015) para algumas mulheres, a ocultação do diagnóstico só foi interrompida por exigência dos serviços de saúde, o que traduz a dificuldade existente em torno da revelação espontânea da soropositividade.

Podendo a dificuldade em revelar a soropositividade, estar ligada a experiências negativas do passado ou ao receio de serem estigmatizados e vítimas de preconceitos, relacionado ao HIV (VILLARINHO; PADILHA, 2016).

Segundo a consistência interna dos itens da escala, observou-se que o menor valor de Alfa de Cronbach foi para o domínio autoimagem negativa ($\alpha=0,837$), estando estes resultados de consistência interna mais precisos e maiores aos encontrados em estudo realizado no nordeste brasileiro por Suit e Pereira (2008), no

qual o menor valor de alfa também foi no domínio autoimagem negativa e também superiores aos encontrados em estudos internacionais na Índia (JEYASEELAN et al., 2013) e Estados Unidos (HARPER; LEMOS; HOSEK, 2014), nos quais o menor valor foi no domínio preocupação com a revelação.

Na escala original, a consistência interna dos itens apresentou valores mais altos que o encontrado neste estudo, e o menor valor também esteve no domínio revelação (BERGER; FERRANS; LASHLEY, 2001).

As diferenças encontradas nos valores da consistência interna dos itens, sugere que a estigmatização mude com as regiões, sendo influenciada pela cultura, podendo algumas facetas do estigma serem mais ou menos importantes para uma determinada população que para outra (JEYASEELAN et al., 2013).

Em relação à distribuição dos escores médios, geral e dos domínios da Escala de Estigmatização, segundo as variáveis sociodemográficas da população estudada (Tabela 6), viu-se que a única variável que foi estatisticamente significativa com a escala foi a idade, a qual foi significativa com o domínio estigmatização personalizada, apresentando maior mediana e média na categoria de pessoas de 40 a 49 anos, e menor valor de mediana e média na categoria de pessoas com idade superior a 60 anos. Assim, o maior escore de estigma esteve relacionado a faixa etária de 40 a 49 anos e o menor escore relacionado a faixa dos participantes de 60 anos ou mais.

O aumento do estigma na faixa etária de 40 a 49 anos, pode estar ligado ao perfil desta parcela da população, sendo consideradas economicamente mais produtiva que os maiores de 60 anos. O que além dos medos próprios da doença, ainda enfrentam o medo do desemprego, o que pode ser justificado pelos 45,7% de pessoas que estavam empregadas neste estudo, uma vez que na população de PVHA, a soropositividade ainda é causa de altas taxas de desemprego, podendo ser maiores que na população geral (OKUNO et al., 2014; PASSOS; SOUZA, 2015; VIEIRA et al., 2014).

Outra queixa persistente é a dificuldade de relacionar a doença com o trabalho pelo medo da revelação do seu diagnóstico com colegas e patrão (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011; GARRITO et al., 2007; SOUZA et al., 2013).

O aumento do estigma também pode estar ligado ao medo do rompimento das relações afetivas. Em estudo de Silva, Moura e Pereira (2013), percebeu-se o quanto a descoberta do HIV pode mudar a vida de uma pessoa, desorganizando as relações afetivas. O que leva a muitas mulheres a ter medo de revelar o diagnóstico aos seus cônjuges, temendo o abandono, sem enxergar condições de recomeçar uma nova relação. Sendo este medo ainda potencializado pela falta de perspectivas de viver sem ter alguma formação ou trabalho (SOUSA et al., 2013).

Já em relação a diminuição do estigma, o mesmo pode ser justificado pela falta de conhecimento acerca do HIV/aids entre os idosos, o qual tem refletido em menor preocupação em relação aos agravos e limitações do HIV (QUADROS et al., 2016; SERRA et al., 2013). Em estudo de Serra et al. (2013) apesar dos idosos afirmarem possuir informação/conhecimento sobre a doença, o mesmo era superficial, o que pode ter influenciado no baixo escore de estigma em pessoas com mais de 60 anos deste estudo.

Apesar dos medos impostos pelo HIV/aids, em estudo com pessoas idosas, as dificuldades de convivência com a doença não inibiram o desejo de viver e de aproveitar a vida, de modo que idosos com HIV, não sentiram o impacto da infecção em suas vidas, de forma que a condição de soropositividade não alterou o modo de vida anterior ao diagnóstico (QUADROS et al., 2016; SERRA et al., 2013).

O maior tempo de convívio com o HIV possibilita também as pessoas viverem mais orientadas e mais conformadas com o diagnóstico; de modo que a doença passa a ser vista como uma situação de aprendizagem, enquanto pessoas mais jovens de diagnóstico, ainda vivenciam fortemente o estigma, a culpa e o preconceito a doença (OKUNO et al., 2014).

A comparação entre as variáveis da vida afetivo-sexual com a Escala de Estigmatização (Tabela 7), não resultou em diferença estatisticamente significativa, mesmo havendo estudos que encontraram relação importante entre o estigma com a orientação sexual (SMIT et al., 2012), parceria sexual (SMITH; MBAKWEM, 2010; SOUSA et al., 2013; WYROD, 2011) e uso de preservativos (HASAN et al., 2012).

E na distribuição dos escores da escala com as variáveis epidemiológicas (Tabela 8), encontrou-se diferença estatisticamente significativa a variável exposição ao HIV, internações por complicações do HIV/aids e comorbidades.

Com a variável exposição ao HIV, foram significantes os domínios estigmatização personalizada, autoimagem negativa, atitudes públicas e com o escore geral da Escala de Estigmatização. No domínio estigmatização personalizada, o maior valor de mediana foi na categoria “outra”; e, apesar dos diferentes valores de desvio padrão, o maior valor de média foi nas categorias sexual, sanguínea e outra. No domínio autoimagem negativa, o maior valor de mediana foi na categoria “sanguínea”; e, apesar dos diferentes valores de desvio padrão, o maior valor de média foi nas categorias sexual e sanguínea. No domínio atitudes públicas, o maior valor de mediana foi na categoria “outra” e o maior valor de média na categoria sanguínea. E, no escore geral da escala, o maior valor de mediana foi na categoria “outra” e os maiores valores de média nas categorias sanguínea e outra.

Nesses domínios, estatisticamente significantes com a exposição ao HIV, os menores valores de mediana e média foram na categoria “não sabem”.

As principais formas de contaminação do HIV são através do contato sexual sem proteção, diversidade de parceria sexual, compartilhamento de seringas no uso de drogas injetáveis, transfusões, utilização de material perfurocortante contaminado e da mãe para o filho durante o parto e a amamentação (BRASIL, 2004, 2015, 2016).

A via sexual é apontada como a mais responsável pela disseminação do HIV, estando ligada a imagem de prostituição, a busca por parceiras sexuais eventuais e extraconjugais, e a homossexualidade, os quais são vistos como práticas moralmente condenáveis e possivelmente evitadas, o que aumenta o peso da responsabilidade pelo diagnóstico e o sentimento de culpa pela contaminação (COSTA PINHEIRO et al., 2012; FARIA et al., 2015; JIN et al., 2010); justificando o aumento médio no escore de estigmatização nos domínios estigmatização personalizada e autoimagem negativa.

No Brasil em 2015, o total de casos por exposição sanguínea somavam 60.041 casos, representando 18,3% do total dos casos registrados (BRASIL, 2015). Neste estudo o total de participantes que tiveram exposição sanguínea foi 21(8,1%), e dentre estes, 12 (57,1%) foram por transfusão sanguínea e 9 (42,9%) por uso de drogas injetáveis.

Acerca da transfusão sanguínea, em estudo de Moura et al. (2014), percebe-se que as pessoas que são submetidas a transfusão, vão cheias de medo para o procedimento, pela vulnerabilidade que o indivíduo tem em relação as medidas protetoras.

Já segundo o uso de drogas injetáveis, para Tamayo-Zuluaga et al. (2015) o estigma está associado ao comportamento de risco dos indivíduos para o uso de drogas injetáveis, as quais são socialmente condenáveis. Assim uma das razões pelo infectado sentir-se estigmatizado é o relacionamento direto entre os métodos de prevenção disponíveis e a infecção, o que caracteriza a culpa pela negligência na prevenção da doença (CARVALHO; PAES, 2011; PASSERINO, 2013).

Em estudo realizado no Vietnã, PVHA e que faziam uso de drogas injetáveis eram consideradas marginalizadas socialmente, sendo consideradas um “mal social” pelo comportamento anormal e por representarem uma ameaça a segurança e a saúde da população geral (CONG; MOLAND; FYLKESNES, 2012).

Assim, estes sentimentos de impotência frente a transfusão e culpa pelo uso de drogas injetáveis, podem estar presentes na população deste estudo, relacionados com o aumento da estigmatização mensurada.

Quanto ao aumento da estigmatização na categoria “outra”, indicativa das pessoas que tiveram transmissão vertical e ocupacional, o mesmo pode estar relacionado aos maus tratos dos profissionais nos serviços de saúde, os quais, após conhecerem a condição diagnóstica da mulher, comprometem sua autonomia sexual e potencializam a exposição da sorologia ao HIV/aids (ANDRADE; IRIART, 2015; VILLELA; MONTEIRO, 2015).

Já à transmissão ocupacional, em especial com profissionais de saúde, além dos acidentes aumentarem o estigma relacionado ao medo da transmissão de doenças aos colegas de trabalho, familiares e pacientes, os estigma em torno do HIV/aids, aumentam a dificuldade de readaptação das atividades laborais e diminui o desejo dos patrões de manter os indivíduos que vem com HIV/aids, ativos na equipe de trabalho (CAVALCANTE et al., 2013; LIMA et al., 2015) .

Em relação ao não saber do risco de transmissão sexual, sabe-se que mulheres que se descobrem soropositivas ao HIV por contaminação de relações sexuais com o parceiro fixo e único, sentem-se traídas pelo homem que amavam e confiavam (SCHAEFER et al., 2013). De modo que quando as pessoas não

conseguem identificar o meio em que ocorreu a contaminação viral, sentiam-se “vítimas”, tendo a culpa por ter contraído o HIV amenizada (SOUSA; SILVA; PALMEIRA, 2014).

Desta forma, a estigmatização ao HIV pode estar relacionada com a imagem de vulnerabilidade do indivíduo e ao sentimento de culpa pelo não uso consciente de medidas protetoras (SOUSA; SILVA; PALMEIRA, 2014; MOURA et al., 2014).

Com a variável internações por complicações do HIV/aids, foi estatisticamente significativa apenas o domínio estigmatização personalizada, com destaque para a categoria “sim” para internações.

Para Berger, Ferrans e Lashley (2001) o domínio estigmatização personalizada, avalia as atitudes negativas dos outros em relação ao diagnóstico da infecção pelo HIV, os sentimentos de mágoas e isolamento social (SUIT; PEREIRA, 2008), o que corrobora com o estudo de Passerino (2013) em que a hospitalização é vista como algo negativo, pela possibilidade de exposição do indivíduo e da sua condição de soropositividade a um número grande de pessoas, mesmo sendo profissionais ou outros doentes (PACHECO et al., 2016; ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013).

Além das internações serem sinônimo de agravamento do quadro clínico, com possibilidade de morte (KELLY et al., 2014). Em estudo de Moreira, Mesquita e Melo (2010) percebeu-se que uma grande preocupação das PVHA é ser internadas e presenciar a morte de outros que também vivem com HIV/aids, o que impacta emocionalmente, fortalecendo o medo e os sentimentos de desesperança e angústia em relação a doença.

A variável comorbidades também foi estatisticamente significativa com os domínios estigmatização personalizada, autoimagem negativa, atitudes públicas e no escore geral da Escala Estigmatização; nos quais os maiores valores de média e mediana foram na categoria presença de comorbidades. Demonstrando forte relação entre a presença de comorbidades e a estigmatização do HIV/aids.

Em estudo realizado em Moçambique, mulheres que apresentavam sinais e sintomas sugestivos de aids, como emagrecimento, eram marcadas, sendo fortemente estigmatizadas por moradores do bairro (ANDRADE; IRIART, 2015).

Assim as comorbidades além de fragilizar a imagem do indivíduo, ameaçam a condição de saúde das pessoas, fragilizando-as ainda mais, aumentando o risco de

morte e o estigma sobre o HIV/aids (ANDRADE; IRIART, 2015; VILLARINHO; PADILHA, 2016; ZAMBENETTI; BOTH, 2013).

9.3 Discussão da comparação do suporte social, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo

Em relação à estatística descritiva da Escala de Suporte Social (Tabela 9), o domínio apoio emocional ou de estima apresentou os mais altos valores de mediana (3,7) e média ($3,7 \pm 0,9$), sendo esta ligação já apontada em outros estudos, os quais tratam da importância do apoio emocional para os enfrentamentos de PVHA (RENEWICK et al., 1999; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Segundo Abreu-Rodrigues e Seidl (2013), a oferta de suporte social interfere na melhoria do bem-estar psicológico, impactado positivamente na vida das pessoas que o recebem, ajudando no enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento, o que tem repercutido na melhora das condições de saúde da população (RAO et al., 2012a, 2012b).

Na análise da consistência interna dos itens da escala (Tabela 9), vimos que o menor valor foi no domínio apoio instrumental ou operacional ($\alpha=0,768$) e os demais estiveram acima de 0,900, o que indica boa consistência interna dos itens (CRONBACH, 1951; POLIT; BECK, 2011), semelhantemente ao encontrado em outros estudos nacionais (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2013; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006) com PVHA.

Em relação à distribuição dos escores médios, geral e dos domínios da Escala de Suporte Social, segundo as variáveis sociodemográficas da população estudada (Tabela 10), houve diferença estatisticamente significativa com as variáveis idade e ocupação.

Com a variável idade, a relação estatisticamente significativa foi com o domínio apoio instrumental ou operacional, com a maior média e mediana na categoria de 30 a 39 anos; e os menores valores de mediana na categoria 20 a 29 anos e de média nas categorias 20 a 29 anos e de 40 a 49 anos.

Tal resultado indica maior percepção e satisfação dessa faixa etária em relação ao manejo das questões operacionais do tratamento ou do cuidado com a saúde, como a oferta material e/ou financeira para o enfrentamento das dificuldades, o que difere de estudo de Santos et al. (2015) o qual encontrou maior correlação com o domínio apoio emocional ou de estima.

A maior percepção de satisfação com o suporte social na faixa etária de 30 a 39 anos pode ocorrer pela oferta de emprego, já que é considerada a faixa etária mais ativa no mercado de trabalho (LEMOS et al., 2016; LIMA et al., 2015), sendo a renda uma importante ajuda para o enfrentamento das necessidades materiais relacionadas a doença.

Em estudo realizado na China e Canadá com PVHA, percebeu-se que o emprego foi determinante para o acesso a muitos recursos relacionados à saúde, podendo este também favorecer aos indivíduos melhores condições de vida como moradia, alimentação, lazer e até mesmo saúde (RUEDA et al., 2012; SU et al., 2013).

Pode também o aumento da satisfação com o suporte nesse grupo de participantes estar relacionado com o suporte oferecido pela família, a qual além de fonte de apoio emocional, estimula e encoraja para a manejo de questões práticas, como na tomada do medicamento, o que impacta na melhora da adesão à TARV e na QV (PICELLI; DÍAZ-BERMÚDEZ, 2014).

A variável ocupação foi estatisticamente significativa com o domínio apoio emocional ou de estima e no escore geral da escala de suporte social, destacando-se nesses domínios as categorias empregados e aposentados com as maiores médias, e “afastados” com os menores valores de mediana e média, o que corrobora o estudo de Cardoso e Baptista (2015) realizado com universitários em São Paulo.

Para Vance et al. (2015), um emprego pode ajudar muito na vida de pessoas, proporcionando envolvimento social que pode ser uma importante fonte de escuta e de atenção necessárias para PVHA.

A possibilidade de a aprendizagem de novas habilidades e de salário também pode contribuir com a independência financeira, potencializando desejos de reconstrução de projetos de vida (GASPAR et al., 2011), ou manutenção destes (RUEDA et al., 2012), além de ser visto como oportunidade de valorização pessoal (PASSOS; SOUZA, 2015).

Assim, a influência do trabalho pode ser muito positiva, sendo importante fonte de suporte social (VANCE et al., 2015) para pessoas que vivem com HIV/aids.

Já em relação ao aumento da satisfação do suporte social entre os aposentados, a mesma pode estar ligada a possibilidade de maior interação social e da sensação de aproveitar mais a vida, em decorrência da aposentadoria e do não ter que cumprir obrigações com o trabalho (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

A diminuição da percepção de suporte social em relação aos afastados, além de ligada ao déficit de aprendizagem e da valorização das habilidades profissionais, pode estar ligada aos possíveis questionamentos quanto ao estado de saúde, tendo a sua soropositividade ao HIV mais exposta, o que pode levar ao isolamento social de muitas pessoas que, neste momento, poderiam ajudar no enfrentamento de muitas situações da vivência com o HIV (SILVIA, J. B. et al., 2015).

Em relação à distribuição dos escores médios, geral e dos domínios da Escala de Suporte Social, segundo as variáveis da vida afetivo-sexual (Tabela 11), constatou-se que foi estatisticamente significativa a relação com a variável orientação sexual e situação diagnóstica da parceria sexual.

A variável orientação sexual foi estatisticamente significativa com o domínio apoio instrumental ou operacional e com o escore geral da Escala de Suporte Social, com as maiores médias nas categorias heterossexual e homossexual e a menor média na categoria bissexual.

Apesar de o HIV passar pela fase da heterossexualização (BRASIL, 2015; CDC, 2016a), a transmissão sexual do vírus está muito ligada à imagem “socialmente indesejável” da prostituição e da homossexualidade, o que ameniza o peso de heterossexuais viverem com HIV (SOUSA; SILVA; PALMEIRA, 2014).

O envolvimento do homem em relações sexuais, mesmo que extraconjugais, também é uma forma de reafirmar a sua masculinidade (ARRAES et al., 2013), o que, somado ao elevado número de casos de HIV ligados à transmissão sexual, reforça a cultura da “normalidade” desse tipo de exposição (VIEIRA; ALVES; SOUZA, 2014). Esses aspectos, somados à presença de filhos, família ou de parceria sexual estável, são importantes para a manutenção das interações sociais sobre o bem-estar e saúde das pessoas, em especial para os heterossexuais (CUNHA et al., 2015; SIONEAN et al., 2014).

Já entre os homossexuais, o aumento do suporte social percebido pode estar relacionado ao apoio de amigos ou de semelhantes que partilham da mesma condição, uma vez que a busca pelos iguais já é uma possibilidade de suporte, em relação à opção sexual, sendo também fonte de apoio emocional que ameniza o isolamento social, pelo sentimento de pertencimento ao grupo (ALVARENGA et al., 2015; ANDRADE; IRIART, 2015).

Em relação à baixa percepção de suporte social em relação aos bissexuais, esta pode estar relacionada ao baixo nível socioeconômico desta população, o que, para Ross et al. (2016), está fortemente ligado aos maus resultados de saúde mental e ao estresse pós-traumático, os quais são agravados pela discriminação, pela falta de apoio social e pela inacessibilidade financeira aos serviços de apoio (GORMAN et al., 2015).

A variável situação diagnóstica da parceria sexual foi estatisticamente significativa com o domínio apoio emocional ou de estima e com o escore geral da escala de suporte social, com destaque para a categoria de pessoas soronegativas ao HIV, com maior valor de média e mediana; e a categoria desconhecida, com os menores valores de média e mediana.

Assim, constatou-se que parceiros (as) sexuais, negativos (as) ao HIV, ofereciam mais suporte as (aos) respectivas (os) parceiras (os) que viviam com HIV/aids, o que foi semelhante ao estudo desenvolvido em Porto Rico com casais discordantes ao HIV, os quais apontaram o (a) parceiro (a) com diagnóstico de HIV negativo como maior fonte de empatia, preocupação, carinho, além de apoio nas informações acerca do HIV/aids e disponibilidade para o lazer (RIVERA-RIVERA et al., 2015).

Já a diminuição do suporte social em relação ao desconhecimento da condição diagnóstica da parceria sexual, este pode estar ligado ao tipo de relação, de modo que, em parcerias eventuais, muitas pessoas omitem a condição diagnóstica ou se privam de falar do assunto, a fim de manter a parceria sexual e não utilizar preservativos (SILVA et al., 2014).

Em relação à distribuição dos escores médios, geral e dos domínios da Escala de Suporte Social, segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas (Tabela 12), foi estatisticamente significativa a relação com

as variáveis número de comprimidos, contagem de linfócitos T CD4+, internação por complicações do HIV/aids, comorbidades e uso de drogas (lícitas e ilícitas).

Quanto ao número de comprimidos, foi estatisticamente significativo com o domínio apoio emocional ou de estima com maior valor de média e mediana na categoria maior ou igual a três comprimidos diferentes de antirretrovirais ao dia.

A introdução da TARV possibilitou mudar o prognóstico das PVHA, diminuindo as infecções oportunistas e aumentando a expectativa de vida (COHEN et al., 2011; UNAIDS-BRASIL, 2016). Contudo, apesar dos benefícios e da gratuidade do tratamento no país, muitas pessoas ainda não conseguem aderir à terapia, alegando dificuldade na ingestão dos comprimidos e com os efeitos adversos com o tratamento (SOUZA; TIBURCIO; KOIKE, 2016; STERRANTINO et al., 2012).

Uma importante estratégia utilizada foi a substituição dos esquemas medicamentosos pelas drogas em dose fixa combinada, diminuindo o número de ARV, o que, associado à possibilidade de substituições dos esquemas, ajuda a amenizar possíveis efeitos indesejados (BRASIL, 2013, 2016).

Assim, o monitoramento da adesão com telefonemas, visitas domiciliares, permitem a criação de vínculo com o paciente, os quais são acolhidos e têm suas queixas valorizadas (SANTOS et al., 2016).

Dessa forma, o uso de estratégias que ajudam na manutenção da terapia tem sido recomendado (UNAIDS, 2016), em especial com pessoas com mais dificuldade na adesão, podendo ser esta a justificativa para o maior escore de suporte social estar entre os participantes do estudo que faziam uso de três ou mais comprimidos diferentes de ARV por dia.

A variável contagem de linfócitos T CD4+ ($\text{mm}^3/\text{sangue}$) foi estatisticamente significativa com domínio apoio instrumental ou operacional, com maiores médias nas categorias inferior a 200 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$ e na categoria de 200 a 499 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$, e os menores valores de mediana e média na categoria de contagem de células maior que 500 $\text{mm}^3/\text{sangue}$.

Contudo, diferentemente do apresentado em revisão de literatura acerca do efeito do suporte social na vida de PVHA (CUNHA; GALVÃO, 2016), em que o maior suporte esteve relacionado ao aumento da contagem de linfócitos T CD4+, neste estudo, a maior satisfação de suporte social percebido foi com os baixos valores de linfócitos T CD4+, os quais podem estar ligados ao apoio oferecido às pessoas que,

na baixa imunidade, são convocadas a retornos frequentes na unidade, podendo inclusive ser hospitalizadas (COHEN et al., 2011).

Assim, o suporte social oferecido pelo profissional de saúde por meio da interação, das orientações e da escuta qualificada, leva a maior satisfação dos usuários dos serviços (SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015; YADAV, 2010). Isso ocorre também em casos em que são necessárias internações, em que, além do suporte da equipe de saúde, tem-se reconhecido o suporte material e da prestação de cuidados, mesmo havendo o impacto negativo da ausência da família (MENEZES; MOREÍ; BARROS, 2016).

A variável internação por complicações do HIV/aids foi estatisticamente significativa com domínio apoio instrumental ou operacional, com o domínio apoio emocional ou de estima e no escore geral da Escala de Suporte Social; com destaque para a categoria de não internação.

Assim os participantes que não haviam sido internados apresentaram maior escore na escala de suporte social, o que corrobora com outros estudos (MOLINA; HIGARASHI; MARCON, 2014; SATUF; BERNARDO, 2015) os quais identificaram a importância da família na manutenção do suporte social, como fonte de apoio e segurança, em especial quando estes não são oferecidos pelas instituições de modo suficiente.

Para Ferreira et al. (2014), o suporte social pode agir como fator de proteção, mas para isto o indivíduo precisa se sentir integrado a uma rede social com direitos e deveres comuns; e durante o período de internação, muitas vezes, os pacientes não são envolvidos no próprio cuidado, o que fragiliza a relação com os profissionais de saúde, potencializando a internalização de sentimento de desvalorização.

A variável comorbidade foi estatisticamente significativa com domínio apoio instrumental ou operacional, com o domínio apoio emocional ou de estima e no escore geral da escala de suporte social; com destaque para a categoria de ausência de comorbidades com os maiores valores de média e mediana.

Para Satuf e Bernardo (2015), a satisfação com a oferta de suporte social tem repercutido na melhora do estado geral de saúde, contribuído com a diminuição do estresse psicológico e sintomas depressivos, além de auxiliar no enfrentamento dos agravos, diminuindo o seu impacto negativo na vida dos indivíduos (FERREIRA et al., 2014).

Em revisão de literatura acerca do efeito do suporte social na vida de PVHA (CUNHA; GALVÃO, 2016), a relação do suporte social oferecido com a melhora do estado de saúde das pessoas foi um dos temas mais encontradas nos estudos, constatando-se que PVHA e que contam com suporte social possuem maior contagem de linfócitos T CD4+, o que influencia na diminuição da morbidade e da mortalidade.

A variável uso de drogas lícitas e ilícitas foi estatisticamente significativa com domínio apoio instrumental ou operacional e com o escore geral da escala de suporte social; com destaque para a categoria de sim para uso de drogas com a maior média e mediana. Isso demonstra a relevância do apoio de outras pessoas no manejo das atividades práticas do cotidiano dos participantes que eram usuários de drogas.

A dependência química pode levar a uma série de prejuízos que impactam na vida de PVHA, aumentando a possibilidade de perda de empregos e baixa adesão ao tratamento com ARV, os quais podem levar ao isolamento social e a falência medicamentosa, respectivamente (ZEITOUNE et al., 2012).

Assim, para que os usuários de drogas que estejam vivendo com HIV/aids, mantenham o seguimento clínico, é preciso que a equipe dos centros especializados no atendimento de PVHA envolvam os familiares no tratamento, assim como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (LOURDES; COSTA; RONZANI, 2016).

Podendo ser essa a rede de apoio que pessoas, que vivem nesta condição, contam a fim de buscar maior resolução operacional do tratamento, como ajuda material e/ou financeira para as atividades práticas do cotidiano, o que reflete na maior satisfação do suporte social percebido.

9.4 Discussão da comparação da qualidade de vida, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo

Em relação à estatística descritiva do Questionário HAT-QoL (Tabela 13), percebeu-se que o domínio confiança no profissional apresentou o mais alto valor de média ($87,7 \pm 24,1$) e mediana (100,0). Isso foi semelhante a outro estudo nacional com gestantes, em que se destacou o domínio preocupação com as medicações e confiança profissional (SILVEIRA; SILVEIRA; MÜLLER, 2016), e a outro desenvolvido no Espírito Santo com 1500 pessoas (SOARES et al., 2015), podendo este resultado ligado à atenção e ao respeito com que a equipe de saúde atendia os pacientes.

Segundo a consistência interna dos itens da escala (Tabela 13), observou-se que o menor valor de Alfa de Cronbach foi para o domínio função geral ($\alpha=0,818$) o que indica boa consistência interna dos itens da escala (CRONBACH, 1951; POLIT; BECK, 2011)

Em relação à distribuição dos escores médios, geral e dos domínios do Questionário HAT-QoL, segundo as variáveis sociodemográficas da população estudada (Tabela 14), foram estatisticamente significantes as variáveis sexo, idade, escolaridade, presença de filhos, renda, ocupação, condição da moradia e religião praticante.

Em relação à variável sexo, houve relação estatisticamente significativa com os domínios satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras e função sexual; com os valores de destaque para a categoria masculino.

Neste estudo, o sexo masculino esteve relacionado ao aumento médio do escore de qualidade de vida, o que se pode ser confirmado por outros estudos, os quais evidenciam que a QV de mulheres com HIV/aids é prejudicada, quando comparada à dos homens (COSTA et al., 2014; GASPAR et al., 2011; LIPING et al., 2015).

A menor QV das mulheres está ligada à maior proporção destas em trabalhos domésticos e em ocupações não remuneradas, quando comparada aos homens, como também aos aspectos culturais e de gênero, que limitam a autonomia de mulheres à participação social (COSTA et al., 2014; GASPAR et al., 2011). Além das

diferenças marcadas pela repressão religiosa e a limitação do acesso ao lazer (FERRERIA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

A comparação da variável idade com o questionário HAT-QoL, resultou em diferença estatisticamente significativa na relação com o domínio preocupações financeiras e preocupações com a medicação e, nestas, os mais altos valores de mediana e média foi na categoria de 60 anos ou mais e os menores valores na categoria de 20 a 29 anos. Isso demonstra a relação do aumento da idade com o aumento da qualidade de vida percebida por PVHA.

Em estudo realizado na África Subsaariana, o aumento da idade esteve relacionado à melhor percepção de QV, uma vez que, ao longo dos anos, as pessoas tornavam-se mais orientadas quanto à doença e ficavam cada vez mais conformadas com o diagnóstico, o que impactava diretamente na QV. Assim, pessoas mais jovens apresentavam-se mais ansiosas com a doença que idosos que envelheceram com o HIV (OLANGUJU et al., 2012).

Contudo, em estudo com 403 PVHA na China, a maior QV esteve relacionada com os menores de 30 anos, por terem estes melhor capacidade de lidar com a doença e com a vida (LIPING et al., 2015).

Assim, a QV, apesar de ligada à idade, percebe-se mais fortemente relacionada com o modo de enfrentamento da doença, que pode ser melhor compreendida com o aumento da idade em determinadas culturas e regiões, uma vez que, em estudo nacional realizado com idosos em São Paulo estes apresentam maior aceitação do HIV, o que se devia não apenas à idade, mas também ao tempo de convívio com a infecção, o que permitiu a quebra de muitos paradigmas negativos do viver com HIV e aids (OKUNO et al., 2014).

Quanto à variável escolaridade, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com o domínio função geral e preocupações com o sigilo. No domínio função geral, os maiores valores foram na categoria mais de 11 anos completos de escolaridade e os menores valores na categoria “0” anos de escolaridade. E, no domínio preocupações com o sigilo, os maiores valores foram na categoria “0” anos de escolaridade e os menores valores na categoria mais de 11 anos completos de escolaridade.

Para Silveira, Silveira e Müller (2016), as PVHA e que possuem ensino superior podem ter melhor acesso aos meios de informação, o que poderia ajudar a

compreender melhor os mecanismos da infecção e impactar na tomada de atitudes mais conscientes em relação à doença, estando diretamente ligada à QV destas pessoas (LIPING et al., 2015; OKUNO et al., 2014).

Assim, pessoas com baixo nível de instrução poderão ter menos informações e compreensão da evolução da aids, mantendo uma imagem negativa da doença, podendo ainda estar ligada às concepções iniciais do HIV, ou ligada aos aspectos religiosos de castigo de divino, por ter tido algum comportamento moralmente inadequado (ALVARENDA et al., 2014; NUNES; SILVA, 2012; OLIVEIRA A. et al., 2015; OLIVEIRA, F. et al., 2015).

A relação da variável presença de filhos foi estatisticamente significativa com os domínios preocupações financeira e aceitação com HIV, com maiores valores de mediana e média nas categorias, “não”, no domínio preocupações financeiras; e, “sim” no domínio aceitação do HIV.

Apesar de o diagnóstico da infecção trazer o medo de interrupção dos projetos familiares, impactando negativamente na QV de pais e mães, na África, muitos indivíduos que possuem filhos, aderem ao tratamento e enfrentam a doença, como tentativa de manter os projetos de vida ligados à paternidade e à maternidade, mantendo, assim, o papel de vida pública (SMITH; MBAKWEM, 2010).

Para Hipólito e colaboradores (2014), a presença dos filhos motiva as PVHA a valorizar a vida, vendo nos filhos o motivo para continuar os projetos de vida, com aumento do desejo em acompanhar o crescimento e o desenvolvimento destes.

Contudo, a presença de filhos pode gerar muitas inquietações futuras relacionadas com as preocupações financeiras, o que, somado ao medo de não conseguir manter o emprego e a renda, tem impactado negativamente na QV de muitos pais e mães que vivem com HIV/aids (CUNHA et al., 2015).

Para a renda, a diferença estatisticamente significativa foi nos domínios função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação e confiança no profissional, com destaque para a categoria de renda superior a um salário mínimo, com os maiores valores de mediana e média. Isso corrobora estudo nacional, desenvolvido com mulheres do sul do país, em que o baixo rendimento do familiar dificultava o enfrentamento do HIV, influenciando negativamente em sua QV (SILVEIRA; SILVEIRA; MÜLLER, 2016).

Para Cunha e colaboradores (2015), a preocupação com a renda mensal é ainda maior em pessoas casadas e com filhos, as quais carregam a preocupação de serem os provedores das necessidades da família e o medo de não conseguirem condições de fazê-lo.

Para Andrade e Iriart (2015), em vista do baixo nível socioeconômico de muitas PVHA, é necessário que as unidades de saúde pensem na oferta de suporte financeiro e ajuda com o transporte para que as pessoas consigam se deslocar até as consultas e exames, para o acompanhamento ambulatorial (ALVARENGA et al., 2015); podendo ser esta preocupação dos profissionais de saúde colaborativa para o seguimento clínico, referenciada na melhor QV ao domínio confiança no profissional, mencionada pelos participantes.

A comparação da variável ocupação com o questionário de qualidade de vida, resultou em diferença estatisticamente significativa com o domínio função geral, satisfação com a vida e preocupações financeiras, com destaque para a categoria “aposentado”, com maior valor de mediana e média, e a categoria “afastado”, com os menores valores de mediana e média nos domínios função geral e satisfação com a vida, e a categoria “desempregado”, com os menores valores no domínio preocupações financeiras.

A relação da aposentadoria com a QV pode de ser justificada pelo bem-estar psicológico, pelo fato de não mais terem que voltar ao trabalho ou serem levadas a procurar novo emprego por causa do estresse e dos enfrentamentos relacionados com a divulgação de seu *status* de HIV aos seus empregadores e colegas (CUNHA et al., 2015; SILVEIRA; SILVEIRA; MÜLLER, 2016).

Apesar de a ocupação “empregado” ser uma forma de valorização pessoal e a categoria “afastado” uma forma de manter a renda mensal, aumentando a QV de pessoas que vivem nesta condição (CUNHA et al., 2015), a aposentadoria também é vista como uma fonte de segurança financeira, uma vez que a taxa de desemprego entre as PVHA é mais alta que na população geral (OKUNO et al., 2014; PASSOS; SOUZA, 2015; VIEIRA et al., 2014).

Assim, pela dificuldade de manter a compra de bens necessários para sua saúde e pela falta de bem-estar psicológico, o desemprego tem sido relacionado com a menor média de qualidade de vida, o que justifica sua relação com o domínio preocupações financeiras (OKUNO et al., 2014).

A variável condição da moradia apresentou diferença significativa no domínio preocupações com a saúde, preocupações financeiras e função sexual. No domínio preocupação com a saúde, os maiores valores de mediana e média foram na categoria “emprestada” e os menores, na categoria “alugada”; no domínio preocupações financeiras; o maior valor estava na categoria “própria” e o menor valor de média, na categoria “alugada”; e, no domínio função sexual, o maior valor de média estava na categoria “alugada” e o menor valor, na categoria “emprestada”.

A condição de moradia está estreitamente ligada ao trabalho e à renda, sendo a conquista da casa própria ou da manutenção mensal do aluguel ligadas à satisfação com a QV percebida (ROURKE et al., 2016).

Em revisão sistemática realizada de 1996 a 2014, acerca da habitação e condições de vida de PVHA, mostrou-se que a presença de casa própria, a falta desta ou a presença de moradia instável ou inadequada, estão ligadas ao cuidado diferencial de PVHA, à eficácia do tratamento e à presença de comportamentos de risco para transmissão do HIV, sendo a melhor condição da habitação, ligada ao melhor acesso e retenção de cuidados adequados a saúde (AIDALA et al., 2016).

Para Rourke et al. (2016), o baixo custo da habitação está associado diretamente à melhor QV física e mental, em especial para aqueles com renda fixa, pela possibilidade de manter a compra de itens necessários à promoção da saúde, como alimentação, recreação e cuidados pessoais; e pela possibilidade de manter os custos, evitando ameaças de perder a habitação devido ao aumento do aluguel ou de hipotecas que poderão aumentar a ansiedade e o estresse.

Assim, tanto na posse da moradia, como na moradia emprestada ou alugada, o aumento da qualidade de vida estaria ligado à segurança financeira ou à dispensa do custo mensal com a habitação, sendo este um forte fator determinante na manutenção dos bens de promoção da saúde do indivíduo (AIDALA et al., 2016; ROURKE et al., 2016).

Segundo a religião praticante, o resultado que apresentou diferença estatisticamente significativa foi no domínio aceitação do HIV com os maiores valores de mediana e média na categoria “não tem”, indicativa de ausência de religião praticante; e, os menores valores na categoria “evangélico”, seguido da categoria “católicos” e “outra”.

Assim, não ter religião praticante esteve ligado ao aumento da QV no domínio aceitação do HIV, o que pode ser confirmado por estudos que, além de abordar a religião como fonte de apoio e esperança (SILVA J. B. et al., 2015), ainda reforçam o HIV como pecado, aumentando a responsabilidade pelos atos e a culpa pela infecção (CUNHA et al., 2015; MEDEIROS; SALDANHA, 2012; SZAFLARSKI, 2013).

Esses sentimentos diante da infecção, além de afastar muitas pessoas da participação religiosa, ainda dificultam a relação com Deus, sendo que estas ficam revoltadas com a sua condição, por acreditarem que a doença é um castigo divino (ALVARENDA et al., 2014; OLIVEIRA, A. et al., 2015; OLIVEIRA, F. et al., 2015). Assim, a justificativa para a menor QV relacionada ao ser praticantes de algum movimento religioso pode estar ligada à imagem de penalidade de Deus, levando muitos fiéis ao distanciamento das práticas religiosas e ao isolamento social (SILVA, J. B. et al., 2015; CUNHA et al., 2015).

Em relação à distribuição dos escores médios, geral e dos domínios do Questionário HAT-QoL, segundo as variáveis da vida afetivo-sexual (Tabela 15), foram estatisticamente significantes as variáveis orientação sexual, parceria sexual nos últimos 12 meses, situação diagnóstica da parceria e uso de preservativo masculino.

A comparação da variável orientação sexual com o questionário de qualidade de vida possibilitou identificar que houve diferença estatisticamente significativa com os domínios preocupações financeiras e função sexual. No domínio preocupações financeiras, o maior valor de média foi na categoria homossexual e mediana nas categorias heterossexual e homossexual; e, o menor valor de média e mediana, na categoria bissexual. No domínio função sexual, o maior valor de média foi na categoria bissexual, e os maiores valores de medianas nas categorias homossexual e bissexual; e, o menor valor de média e mediana foi na categoria heterossexual.

O convívio com o HIV não afeta apenas a saúde física dos infectados, mas também impacta gravemente em diversos aspectos de sua vida emocional, social e sexual (REIS et al., 2011a).

Em estudo realizado na China, constatou-se que a maior qualidade de vida esteve relacionada aos participantes homossexuais, mas apenas quando estes não estavam em terapia antirretroviral e não eram usuários de drogas. Isso ocorre, uma vez que o estigma e a discriminação em relação à orientação sexual tem sido uma

importante barreira para que homossexuais deixem de buscar pelo atendimento de saúde, dificultando a adesão ao tratamento (LIPING et al., 2015).

Tal resultado contraria outros achados, os quais apresentam os homossexuais com as menores médias nos escores de QV, devido à percepção de culpa pela infecção, às preocupações com o futuro e ao medo da morte (CUNHA et al., 2015).

Já o aumento da média de qualidade de vida na variável orientação sexual, em especial quando relacionada às preocupações financeiras, pode estar relacionada às questões de aceitação social, sendo os envolvimento de heterossexuais em relacionamentos casuais uma forma de reafirmar a sua masculinidade, diferentemente do observado com as mulheres e com os homossexuais (COSTA PINHEIRO et al., 2012). Contudo, quanto aos enfrentamentos sexuais, em especial de pessoas heterossexuais, na presença do HIV alguns casais passam a incluir o uso de preservativo, antes descartado, e outros até evitam envolvimento afetivos e sexuais, optando por afastar de suas parcerias pelo desejo de redução das atividades sexuais e até pela abstinência (SAID; SEIDL, 2015).

Em relação à parceria sexual nos últimos 12 meses, a significância foi com o domínio função sexual, com destaque para a categoria indicativa de presença de parceria sexual.

A parceria sexual é vista como uma importante fonte de apoio emocional às PVHAs; assim, poder manter ou estabelecer relações com outras pessoas contribui para uma melhor qualidade de vida, em especial se as parcerias colaboram com as atividades diárias, estimulando para ir às consultas e à tomada dos medicamentos (CUNHA et al., 2015; FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; SOARES et al., 2015).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, a presença da parceria sexual era fonte de confiança e de apoio para os enfrentamento de PVHA, as quais estavam relacionadas também, inclusive, com o aumento do comportamento sexual de risco e o uso esporádico de preservativo (MCMAHON et al., 2015); podendo ser esta a causa, pelo aumento médio do escore de QV no domínio função sexual, conforme este estudo.

Segundo a situação diagnóstica da parceria sexual, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com o domínio preocupações com a saúde, com maior distribuição da média de qualidade de vida para a categoria de situação diagnóstica desconhecida; e com a menor distribuição da média de QV, na categoria “soropositivo ao HIV”.

Apesar de a maior chance de revelação diagnóstica ser com casais fixos, por compartilharem maior intimidade, responsabilidade ao outro e confiança, nestas relações, também são maiores os sentimentos de preocupação com a parceria sexual, em especial se há a confirmação da positividade para o HIV (GENET; SEBSIBIE; GULTIE, 2015), o que pode justificar a baixa relação de QV na soropositividade no domínio preocupação com a saúde.

Assim, desconhecer a situação diagnóstica da parceria sexual ou qualquer outra causa que possa abalar sua saúde, seria uma forma de autoproteção, um meio de não impactar negativamente ainda mais na qualidade de vida de PVHA (GENET; SEBSIBIE; GULTIE, 2015; REIS et al., 2011a).

Em estudo realizado no interior de São Paulo, a presença de parceria sexual vivendo com HIV/aids, esteve associada a baixos escores de QV, os quais, além da dificuldade própria do manejo de conviver com o HIV/aids, esteve também ligada aos conflitos entre o casal, devido ao ressentimento da aquisição do HIV do próprio parceiro (REIS et al., 2011a).

A análise do uso do preservativo masculino gerou resultado estatisticamente significativo com o domínio confiança profissional e, apesar dos valores máximos de mediana em todas as categorias, destacou-se o maior valor de média na categoria “às vezes”, e o menor valor na categoria “nunca”.

Sabe-se que o uso consistente do preservativo é uma medida preventiva importante para se evitar a reinfecção de cepas resistentes de HIV aos antirretrovirais e para evitar a transmissão de outras IST (ERKU; MEGABIAW; WBSHET, 2012; REIS; MELO; GIR, 2016), o que é importante para PVHA.

Para ajudar na adesão ao uso de preservativos, destaca-se o trabalho de profissionais de saúde, os quais insistem na importância do uso do mesmo, a fim de se evitarem maiores agravos a saúde de pessoas e de suas parcerias sexuais. Dessa forma, a relação estatisticamente significativa com o domínio confiança profissional pode estar relacionada com esse importante papel dos profissionais de

saúde, os quais trabalham o uso consistente do preservativo como meio de proteção à saúde das pessoas (MONTEIRO et al., 2014; MORA; MONTEIRO; MOREIRA, 2015).

Já em relação às categorias da variável “uso de preservativo masculino”, a qualidade de vida pode estar relacionada com a negociação desse uso, em especial com as mulheres, sendo elas mais vulneráveis a práticas sexuais desprotegidas, devido às dificuldades em negociar o uso do preservativo com seus parceiros (REIS; MELO; GIR, 2016; SILVA, W. et al., 2015;). Assim como a situação conjugal, podem os solteiros apresentarem menor chance de usar o preservativo que os casados (SILVA, W. et al., 2015) e até o uso de álcool e de outras drogas (REIS; MELO; GIR, 2016).

Para Silva W. et al. (2015), o papel da equipe multidisciplinar é evidente na adesão ao uso de preservativos; com a assistência integral e com o envolvimento das parcerias sexuais nas questões relacionadas à sexualidade, é possível que haja maior compreensão de todas as vulnerabilidades e, assim, aumentar a adesão ao uso consistente de métodos de prevenção, além de oportunizar maior QV para as pessoas (MORA; MONTEIRO; MOREIRA, 2015).

Em relação à distribuição dos escores médios, geral e dos domínios do Questionário HAT-QoL, segundo as variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas (Tabela 16), foram estatisticamente significantes as variáveis tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV; quem sabe do diagnóstico; exposição ao HIV; número de ARV diferentes ao dia; efeitos adversos; interrupção da TARV; motivo de interrupção da TARV; contagem de T CD4+; contagem de carga viral; internações por complicações do HIV/aids; comorbidades; dependência nas AVD e usuário de drogas (lícitas e ilícitas).

Quanto à variável tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, a relação com o Questionário HAT-QoL apresentou diferença estatisticamente significativa com os domínios aceitação do HIV e preocupações com o sigilo. No domínio aceitação do HIV, o maior valor de mediana e média foi na categoria de cinco a dez anos de diagnóstico da infecção pelo HIV; e o menor, foi na categoria dois a cinco anos de diagnóstico da infecção. No domínio preocupações com o sigilo, o maior valor de mediana e média foi na categoria 10 anos ou mais de diagnóstico da infecção pelo

HIV; e o menor valor foi na categoria menor que dois anos de diagnóstico da infecção pelo HIV.

Assim, o aumento do tempo de infecção pelo HIV estaria ligado ao aumento médio da QV, o que pode ser justificado pelo aumento da experiência de viver e de conviver com o HIV, uma vez que, embora pessoas vejam o HIV/aids como problema, com o tempo, a infecção passa a ser vista como situação de aprendizagem (OKUNO et al., 2014; REIS et al., 2015; VARAS-DÍAZ et al., 2012).

Em estudo transversal realizado no país, o menor tempo de diagnóstico da infecção esteve relacionado aos piores escores em todos os domínios de qualidade de vida (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012), sendo a passagem do tempo de diagnóstico da infecção, necessária para o processo de conformação e aceitação da doença, assim como, das novas dinâmicas dos relacionamentos sociais (REIS et al., 2015; VARAS-DÍAZ et al., 2012).

Na comparação da variável quem sabe do diagnóstico, com os domínios do Questionário HAT-QoL, foram estatisticamente significativos os domínios função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, aceitação do HIV e preocupações com o sigilo. No domínio função geral, o maior valor de mediana foi encontrado nas categorias “família e amigos” e “escondem o diagnóstico”, o maior valor de média na categoria “escondem o diagnóstico”; e o menor valor de mediana e média, na categoria “família”. No domínio satisfação com a vida, o maior valor de mediana e média foi encontrado na categoria “família e amigos”; e os menores valores, na categoria “escondem o diagnóstico”. No domínio preocupações com a saúde, o maior valor de mediana e média estava na categoria “escondem o diagnóstico”; e o menor valor de mediana e média, na categoria “família”. No domínio aceitação do HIV, o maior valor de mediana e média estava na categoria “família”; e os menores valores nas categorias “família e amigos” e “escondem o diagnóstico”. No domínio preocupações com o sigilo, o maior valor de mediana e média estava na categoria “família e amigos”; e, os menores valores estavam na categoria “escondem o diagnóstico”.

A revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV para a família e amigos é muito difícil; o medo do abandono leva muitas pessoas a omitir seus *status* sorológico, temendo serem descobertas (SOUSA et al., 2013).

A revelação do diagnóstico para pessoas próximas está ligada à busca de conforto e de apoio para o enfrentamento da doença. Já em situações em que são percebidas a falta do apoio da família, a não revelação pode ajudar a minimizar ao aumento dos distúrbios de ansiedade, os quais prejudicam a qualidade de vida de PVHA (OLANGUJU et al., 2012).

Em estudo com gestantes, constatou-se que a preocupação com a revelação do diagnóstico era um aspecto importante para vida dessas pessoas, ligado ao medo de serem culpadas e não aceitas socialmente, estando isso fortemente ligado à qualidade de vida (SILVEIRA; SILVEIRA; MÜLLER, 2016).

A divulgação, ou não, do diagnóstico soropositivo para o HIV está muito ligada à relação de confiança que se estabelece com os familiares e com amigos, gerando a sensação de segurança e de proteção aos comportamentos de estigmatização em relação à doença (ERKU; MEGABIAW; WUBSHET, 2012; ZANG; HE; LIU, 2015). Nesse sentido, para muitas PVHAs que não se sentem seguras, a não revelação do diagnóstico é uma medida de proteção para evitar situações de desconforto, preferindo-se manter o sigilo do diagnóstico (GALANO et al., 2016).

A comparação da variável exposição do HIV com o questionário HAT-QoL gerou resultados que foram estatisticamente significantes com os domínios função geral, satisfação com a vida, preocupações financeiras e confiança profissional. Dentre os domínios função geral e satisfação com a vida, os maiores valores foram na categoria “não sabem” e os menores, na categoria “outra”. No domínio preocupações financeiras, os valores altos de mediana estavam nas categorias “sanguínea” e “não sabem”, com maior média na categoria “não sabem”; e os mais baixos valores de mediana e média, na categoria “sexual”. No domínio confiança no profissional, apesar dos altos valores de mediana nas categorias “sexual”, “sanguínea” e “não sabem”, a maior média estava na categoria “sexual”; e os mais baixos valores de mediana e média estavam na categoria “outra”.

O aumento do escore médio de QV relacionado com a exposição sexual, no domínio confiança profissional, pode estar relacionado à possibilidade de manutenção das relações afetivas, pelo uso de preservativos durante as relações sexuais (FRANCISCO et al., 2015; REIS; MELO; GIR, 2016).

Seguindo a orientação dos profissionais de saúde, para o uso de preservativos, pessoas que vivem com HIV/aids conseguem manter sua vida sexual,

oferecendo maior barreira para evitar a transmissão ou a aquisição do HIV e outras infecções (MONTEIRO et al., 2014; MORA; MONTEIRO; MOREIRA, 2015).

Já em relação ao baixo valor de QV, relacionado às preocupações financeiras, este pode estar ligado ao sentimento de culpa pela infecção que, somado ao medo de adoecimento, impacta no aumento da preocupação em relação ao futuro, em especial ao que se refere à manutenção financeira da sua vida e de seus dependentes (PASSOS; SOUZA, 2015; SZAFLARSKI, 2013).

Quanto a exposição sanguínea, as pessoas que foram infectadas pelo compartilhamento de seringas e submetidas a transfusões sanguíneas, apresentou altos valores de mediana para o escore de QV tanto nos domínios preocupações financeiras, como para confiança profissional, o que pode estar relacionado, especialmente, à transfusão sanguínea ou de hemoderivados, pela imagem de vulnerabilidade do indivíduo às medidas protetoras (SOUSA; SILVA; PALMEIRA, 2014).

O baixo escore de QV, relacionado com a categoria “outra”, indicativo de transmissão vertical e ocupacional, pode estar relacionado à estigmatização e ao sentimento de exclusão, de modo que, após divulgarem sua condição diagnóstica, sentem-se humilhados nos serviços de saúde e inutilizados em suas atividades laborais (ANDRADE; IRIART, 2015; CAVALCANTE et al., 2013; LIMA et al., 2015; VILLELA; MONTEIRO, 2015).

Em relação ao aumento do escore médio de QV, no desconhecimento da exposição ao HIV, este pode estar ligado ao sentimento de vitimização, “aliviando” o peso da infecção pelo HIV; o qual pode ser percebido na contaminação de pessoas com parcerias fixas de longos anos (SCHAEFER et al., 2013).

Assim, no desconhecimento da exposição ao HIV, os participantes apresentaram maior média do escore de QV, por sentirem a culpa por terem contraído o HIV amenizada (SOUSA; SILVA; PALMEIRA, 2014).

Na análise do número de comprimidos com o questionário, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com o domínio função geral, com destaque para a categoria de até dois comprimidos diferentes de ARV ao dia. Dessa forma, o aumento médio da QV esteve relacionada à prescrição de até dois comprimidos diferentes de ARV ao dia. A redução do número de comprimidos, por meio da dose

fixa cominada, é uma estratégia importante para facilitar a adesão ao tratamento (BRASIL, 2013, 2016).

Assim, com a redução do número de medicamentos, objetivou-se diminuir os horários de administração, os efeitos adversos ocasionados e simplificar o tratamento, impactando diretamente na qualidade de vida de PVHA (MÛNENE; EKMAN, 2014) e colaborando para a redução da adesão medicamentosa inadequada (FIUZA et al., 2013).

A relação da variável efeito adverso apresentou diferença estatisticamente significativa com os domínios função geral, satisfação com a vida, preocupações com a medicação, aceitação do HIV e função sexual; nesses domínios, destacou-se a categoria “não”, indicativa de ausência de efeitos adversos. Isso corrobora estudo prospectivo de coorte, realizado em Uganda, em que os efeitos adversos influenciaram negativamente no tratamento, em especial em usuários de drogas, o que causava grande impacto na percepção de qualidade de vida das PVHAS (MUTABAZI-MWESIGIRE et al., 2015a).

Em estudo que utilizou o instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-HIV Bref, com 690 PVHA no sul do país, os efeitos adversos estiveram relacionados com alterações corporais, afetando os domínios físico, psicológico e de independência, constatando o grande impacto deles no bem-estar psicossocial, na autoestima das pessoas e nas atividades diárias (PASSOS; SOUZA, 2015).

Quanto à interrupção da terapia antirretroviral, os resultados significantes foram com os domínios satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação e função sexual. Nesses domínios, destacou-se a categoria “não”, para não interrupção da TARV, com maior valor de mediana e média no domínio preocupações com a medicação.

Já em relação ao motivo da interrupção do tratamento, os resultados estatisticamente significantes foram com os domínios preocupações financeiras, preocupações com a medicação e com a função sexual, com destaque para a categoria “não se aplica”, com maior valor de medianas e média no domínio preocupação com a medicação.

Assim, tanto o uso da TARV, como no motivo de interrupção, a maior qualidade de vida esteve relacionada com a adesão ao tratamento, o que confirma

estudo transversal realizado na China, o qual, além da relação positiva com o uso dos antirretrovirais, identificou que a QV pouco se relacionava com a duração do tratamento, mas muito com o fato de as pessoas aceitarem e manterem a adesão ao mesmo (LIPING et al., 2015).

Corroborando, ainda, estudo transversal, realizado no sul do país, em que o uso da terapia antirretroviral esteve relacionado com a diminuição da morbidade e da mortalidade associada à infecção, influenciando na sensação de bem-estar e de esperança das pessoas para o futuro, diferentemente das pessoas que nunca fizeram uso do tratamento (PASSOS; SOUZA, 2015).

Na contagem de linfócitos T CD4+ com o questionário de qualidade de vida, houve diferença estatisticamente significativa com o domínio preocupações financeiras, com os maiores valores de mediana e média na categoria superior a 500 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$, e os menores valores, na categoria de 200 a 499 células $\text{mm}^3/\text{sangue}$.

Em relação à contagem de carga viral, esta foi estatisticamente significativa com os domínios preocupações com a saúde, preocupações financeiras e preocupações com a medicação, com destaque, para estes domínios, da categoria indetectável, com os maiores valores de mediana e média no domínio preocupações com a medicação.

Apesar de este estudo ter encontrado relação estatisticamente significativa com a contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral, outros estudos trazem a não associação direta desses indicadores com a melhor QV. Desse modo, a contagem de T CD4+ e carga viral poderia estar relacionada indiretamente com a QV das pessoas, por meio da inexistência de infecções secundárias, de diminuição das internações e de melhora do estado geral de saúde (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; LIPING et al., 2015; MUTABAZI-MWESIGIRE et al., 2015a, 2015b).

Em estudo desenvolvido em Uganda, a relação da QV com a contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral só foi feita quando estes estavam relacionados com a queda de imunidade das pessoas e com o surgimento de infecções secundárias; uma vez que, no aumento dos valores de carga viral e T CD4+, conseguiram observar melhora do estado geral de saúde das pessoas e assim da QV; não sendo

possível perceber melhora da QV em pessoas que já viviam com contagem elevada de T CD4+ (MUTABAZI-MWESIGIRE et al., 2015a, 2015b).

A relação da variável internações por complicações do HIV/aids com o questionário de qualidade de vida gerou resultado estatisticamente significativo no domínio preocupações com o sigilo, no qual destacou-se a categoria “sim”, com maior valor de mediana e de média.

Apesar de a maior média de qualidade de vida estar relacionada com a internação, sabe-se que alguns estudos, também com PVHA, apontam a presença de internações por complicação do HIV/aids, como algo negativo por levar ao isolamento social e por aumentar a exposição de pessoas de sua condição de soropositividade (PACHECO et al., 2016; PASSERINO, 2013; ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013) como compreendido na análise do domínio “preocupações com sigilo”.

Contudo, apesar de a internação impactar negativamente no suporte social de PVHA (MOLINA; HIGARASHI; MARCON, 2014; SATUF; BERNARDO, 2015), pode estar relacionada também à melhor QV, em especial, de pessoas com histórico de baixa imunidade, com infecções oportunistas, com intolerância medicamentosa, com alterações cardiovasculares, com insuficiência hepática e com distúrbios neurológicos, como mostrado em estudo de coorte, multicêntrico realizado no Brasil e França (LUZ et al., 2014).

Na análise da variável comorbidades, o resultado foi estatisticamente significativo nos domínios satisfação com a vida e função sexual. Nesses domínios, a categoria de destaque foi “não”, ausência de comorbidades.

As pessoas que vivem com o HIV/aids, de modo geral, possuem QV inferior, podendo, ainda, ficar comprometidas na presença de comorbidades. Isso corrobora estudo africano, em que PVHA que ainda tinham lipodistrofia, apresentavam déficit em sua QV, por dificultar a adesão ao tratamento (SHENOY et al., 2014).

Assim a ausência das comorbidades pode não só proteger o indivíduo do impacto negativo do HIV, amenizando o estigma na vida das pessoas, como melhorar a qualidade de vida destas (OLANGUJU et al., 2012).

Na comparação da variável dependência nas atividades de vida diária, percebeu-se que os resultados apresentaram diferença estatisticamente significativa com os domínios função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação e função sexual. Nesses

domínios, destacou-se a categoria “não”, para a ausência de dependência para as AVDs.

Assim, a melhor satisfação com a QV vinha da ausência de dependência para as AVDs, o que corrobora estudo nacional, transversal, desenvolvido em ambulatório de infectologia, no qual as médias mais baixas dos domínios de QV estavam relacionadas às alterações na mobilidade, à dependência de medicação e ao tratamento, à aptidão para o trabalho, que, relacionadas com a doença, estavam diretamente ligadas às atividades de vida diária (CUNHA et al., 2015).

A adesão correta aos antirretrovirais possibilitou às PVHA maior sobrevida, com melhores condições de saúde e de adaptação à doença; assim, a percepção de qualidade de vida seria indicativa de maior adesão à TARV, aos bons indicadores clínicos e ao quanto as pessoas conseguem lidar com a sua condição, sendo a dependência as atividades diárias, vista como um déficit em sua QV (LIPING et al., 2015).

Já na relação do uso de drogas com o questionário HAT-QoL, foi estatisticamente significativa com o domínio confiança no profissional, o qual, apesar dos mesmos valores de mediana para as categorias “sim” e “não”, seu maior valor de média foi na categoria “sim” para consumo de drogas.

Apesar de o uso de drogas estar muito relacionado à baixa adesão ao tratamento e ao aumento dos efeitos adversos (LIPING et al., 2015; ZEITOUNE et al., 2012), este pode estar ligado ao aumento do vínculo dos usuários com o serviço de saúde, de modo que os profissionais de saúde que assistem a estas pessoas, a fim de estimular a adesão ao tratamento com ARV, envolve as famílias dos usuários de drogas e oferecem suporte social e psicológico para estas pessoas (LOURDES; COSTA; RONZANI, 2016), o que pode justificar o aumento da QV relacionado à confiança profissional.

9.5 Discussão da correlação da Escala de Estigmatização, segundo os domínios da Escala de Suporte Social e do Questionário HAT-QoL

Na análise da relação da Escala de Estigmatização com a Escala de Suporte Social e o Questionário HAT-QoL, constatou-se que a correlação foi inversa em

todos os domínios, confirmando que, no processo de estigmatização, com a desvalorização do indivíduo por meio de suas características consideradas socialmente inaceitáveis e dos julgamentos morais e de discriminação, tem-se a diminuição da percepção de suporte social recebido e de satisfação de QV (FERREIRA et al., 2014; Li et al., 2015).

Assim, ao tomar consciência dos estereótipos negativos associados à sua condição de saúde, muitas PVHA antecipam o sentimento de rejeição e de desvalorização, isolando-se das interações sociais (FERREIRA et al., 2014; MUTABAZI-MWESIGIRE, 2015a, 201b), o que impacta inversamente tanto na percepção de suporte social como em sua QV.

Em revisão de literatura desenvolvida por Silva F. et al. (2015), percebeu-se que, dentre os preditores negativos para a qualidade de vida de PVHA, estão os sentimentos de inferioridade, o desejo de isolamento social, a não satisfação com os serviços hospitalares, a ausência de vínculo empregatício e as fragilidades na relação com a vida afetivo sexual; demonstrando a importante relação da estigmatização e da satisfação com os diversos tipos de suporte sociais na QV de pessoas que vivem nesta condição.

Em relação à força de correlação entre a Escala de Estigmatização e a de suporte social e a Escala de Estigmatização com o Questionário HAT-QoL, observou-se que foi ausente ou muito fraca e fraca em todos os domínios, exceto no domínio preocupação com o sigilo do questionário HAT-QoL, que apresentou força de correlação moderada, o que corrobora estudos nacionais e internacionais, os quais tratam da importância do sigilo e da revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV para os enfrentamentos de PVHA (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011; GARRITO et al., 2007; KIPP et al., 2011a; 2011b; SOUSA et al., 2013).

Na revelação do diagnóstico de infecção do HIV, pessoas podem enfrentar situações de rejeição, levando ao rompimento das relações de proximidade (SMIT et al., 2012; SOUSA et al., 2013), a demissão ou ao aumento das dificuldades em inserir-se no mercado de trabalho (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011; GARRITO et al., 2007).

Podendo ainda, PVHA sentir medo de não serem respeitados nas unidades de saúde, pela falta de sigilo do diagnóstico e de humanização dos profissionais

(COSTA et al., 2013; LIAMPUTTONG; HARITAVORN; KIATYING-ANGSULEE, 2009).

Assim, a revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV é vista como uma forma de limitar a vida, levando a muitos a necessidade de ocultar sua soropositividade a fim de preservar sua identidade pessoal e de manter sua QV, com as relações familiares, afetivas e profissionais (RENESTO et al., 2014).

Segundo a relação entre a Escala de Estigmatização e a Escala de Suporte Social, percebeu-se diferença estatisticamente significativa com todos os domínios, exceto com o domínio revelação da Escala de Estigmatização.

Na vivência das atitudes negativas das pessoas em relação à própria pessoa, com aumento do sentimento de mágoa e de isolamento social, tem-se a diminuição da percepção e da satisfação quanto à disponibilidade de apoio na resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de diminuição da disponibilidade de escuta, de atenção, de informação, de estima, de companhia e de apoio emocional em relação à soropositividade (RENEWICK et al., 1999; SEIDL; 2005; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; SEIDL et al., 2007).

Para Galvão et al. (2013), a existência de situações de preconceito quanto aos modos de transmissão, podem revelar a sensação de falta de apoio de pessoas próximas, como familiares e amigos, levando muitas pessoas que vivem com HIV/aids ao abandono do seguimento clínico e de uso de ARV, a fim de evitar situações de discriminação (SANTOS et al., 2015).

Na percepção de inferioridade pelo estigma, tem-se elevada a ansiedade em relação à doença, com aumento do desejo de solidão e até de morte (SMIT et al., 2012), o que ocorre devido à sensação de abandono, do sentimento de não pertencer a algum grupo (ALVARENGA et al., 2015; ANDRADE; IRIART, 2015).

Assim, na estigmatização internalizada, além da percepção de falta de suporte social para o enfrentamento da nova condição, muitas PVHA ainda se afastam de suas relações, pelo isolamento social, ou omitem sua condição, a fim de evitar situações de rejeição (SANTOS et al., 2015).

Segundo a relação entre a Escala de Estigmatização e o Questionário HAT-QoL, percebeu-se que a vivência das atitudes negativas das pessoas em relação à própria pessoa, o medo de revelação e o sentimento de culpa relacionado com a infecção do HIV influenciavam no aumento da mágoa e de isolamento social,

impactando no déficit de QV, relacionada com todos os domínios, exceto com os domínios preocupações com a medicação e confiança no profissional.

Pessoas que vivem com HIV/aids enfrentam vários desafios em relação à infecção, à doença, ao tratamento e aos possíveis efeitos adversos, que podem mudar os hábitos e, assim, sua rotina. Paralelamente a esses enfrentamentos, ainda podem ser somados, a estigmatização, a discriminação e os problemas socioeconômicos que, juntos, impactam negativamente na QV dessas pessoas (CHARLES et al., 2012; FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; OLIVEIRA F. et al., 2015).

A estigmatização relacionada à soropositividade aumenta o peso da culpa e da responsabilidade pela contaminação, os quais elevam o estresse e a ansiedade diante da condição que dificultam o processo de aceitação da doença e impactam na satisfação com a vida (SZAFLARSKI, 2013).

Por meio dos resultados do domínio revelação da Escala de Estigmatização com o questionário de QV, percebeu-se que, na revelação ou na possibilidade de revelar a sua soropositividade, houve a diminuição da QV relacionada com a função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações com o sigilo e função sexual.

Assim, diante do medo de revelação do diagnóstico ou da estigmatização pela soropositividade revelada, muitas pessoas rompem com suas relações ou deixam de estabelecer parcerias afetivas, sexuais, como forma de manter a identidade de seu estado de saúde (GOVINDASAMY; FORD; KRANZER, 2012; REMOR, 2013).

Contudo, para Villela e Monteiro (2015), a não revelação, além de ser uma consequência do medo de ser estigmatizado, também contribui para a perpetuação do estigma e interfere na QV das pessoas, por impedir a revelação de sua identidade e tolher sua autonomia, em especial, relacionada aos aspectos afetivos, sexuais e reprodutivos.

Na correlação dos domínios autoimagem negativa e atitudes públicas, da Escala de Estigmatização com o questionário de qualidade de vida, identificou-se que pessoas que vivenciam o sentimento de inferioridade, em relação aos outros e baixa autoestima por viverem com HIV/aids, podem relatar déficit em sua QV relacionada função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde,

preocupações financeiras, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo e função sexual.

Os sentimentos de culpa pela infecção, além de aumentar a depressão e a ansiedade em relação ao HIV, estimulam o isolamento social e ainda aumentam os prejuízos relacionados à saúde, os quais reduzem a resposta do organismo, levando ao surgimento de infecções oportunistas as quais impactarão na saúde de PVHA (REMOR et al., 2007).

Dessa forma, o aumento da aceitação da condição sorológica, somada aos bons indicadores de saúde, como ausência de comorbidades e sequelas da aids, estariam associadas com a percepção de uma boa QV por pessoas nesta condição (CALVETTI et al., 2014; ZEÑA et al., 2009).

Já na correlação do escore geral da Escala de Estigmatização com o Questionário HAT-QoL, percebeu-se que um dos maiores impactos do aumento de estigmatização seria o déficit de QV nos domínios função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo e com função sexual.

Desse modo, os julgamentos estigmatizantes, relacionados ao HIV, além de relacionados com as frequentes crises de ansiedade, de tristeza e de depressão devido à soropositividade, impactam na baixa QV, com prejuízos na satisfação geral com a vida, na dificuldade de aceitação da condição diagnóstica e no medo de ser rejeitado (LI et al., 2015; SILVA F. et al., 2015).

Dessa forma, pelo medo de não ser aceito pela família, pelos amigos e até mesmo pela parceria sexual, muitas pessoas omitem sua condição diagnóstica e arriscam ao abandono do tratamento (SOUSA et al., 2013), o qual, além de queda de imunidade, facilitando para as infecções oportunistas, pode comprometer o estado geral de saúde, levando à morte (ANDRADE; IRIART, 2015; SILVA; MOURA; PEREIRA, 2013).

Assim, a complexidade da relação da estigmatização com a QV não está apenas nos enfrentamentos emocionais, tratando a depressão e a aceitação da doença, mas na relação destes com o tratamento, os quais, além de influenciar no estado geral de saúde das pessoas, podem diminuir ou interromper a adesão ao tratamento (MUKOLO et al., 2013b; NYAMATHI et al., 2013; SAYLES et al., 2009).

9.6 Discussão da regressão múltipla da influência conjunta das variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, suporte social e qualidade de vida sobre a estigmatização

Ao final das etapas da análise de regressão, constatou-se que, no modelo final, foram estatisticamente significantes com a estigmatização: o suporte social, em seu modelo linear; os domínios do questionário de qualidade de vida, preocupação com a saúde, em seu modelo linear, e preocupação com o sigilo, em seu modelo linear e quadrático. Dentre as variáveis da população, permaneceram estatisticamente significantes no modelo final as variáveis: quem sabe do diagnóstico, com a categoria “família e amigos”; exposição ao HIV, com a categoria “não sabe”; efeitos adversos, com a categoria “sim” e comorbidades, com a categoria “sim”, todas do grupo das variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas.

Na análise do escore geral de suporte social, observou-se que este influencia de modo linear na estigmatização, de modo que, para cada ponto a mais no escore de suporte social, tem-se uma redução média de 1,1835 pontos do escore de estigmatização.

Dentre os benefícios do suporte social para as PVHA, tem-se a ajuda no processo de adaptação ao HIV, no enfrentamento da doença e no aumento da adesão ao tratamento (BEKELE et al., 2012; SEIDL et al., 2007; SANTOS et al., 2015).

Dessa forma, a presença da família e de amigos na vida de PVHA pode impactar positivamente no acolhimento destas pessoas e na sensação de segurança, pelo sentimento de pertencimento ao grupo (ALVARENGA et al., 2015; ANDRADE; IRIART, 2015).

Assim, com a ajuda de outras pessoas, é possível superar a sensação de estigmatização relacionada ao HIV, amenizando os aspectos negativos do viver com a infecção e diminuindo a ansiedade e o estresse em relação à exclusão social (CUNHA; GALVÃO, 2016).

A manutenção do vínculo empregatício ou do suporte financeiro também tem sido importante para que as PVHA adquiram os bens necessários à manutenção de

sua saúde, como a alimentação e o lazer, importantes para o bem-estar das pessoas (ANDRADE; IRIART, 2015; OLIVEIRA F. et al, 2015).

O acolhimento humanizado e respeitoso dos profissionais de saúde pode ajudar também, melhorando a compreensão de cada etapa do processo infecção, tratamento e doença, afastando os mitos em relação ao HIV (SEHNEM; FAVERO; BONADIMAN, 2015).

Além disso, o apoio da religião tem sido uma importante ferramenta de suporte, um meio de aliviar a culpa pela aquisição do HIV, por ser um ambiente envolto de compaixão, de solidariedade, de perdão e de aceitação da condição humana, sendo ela ligada ou não à soropositividade (ANDRADE; IRIART, 2015; NYAMATHI et al., 2013).

Em relação ao domínio preocupação com a saúde do questionário de qualidade de vida, para cada ponto a mais no escore de preocupação com a saúde, tem-se uma redução média de 0,0028 pontos na Escala de Estigmatização.

Para Okuno et al. (2014), a preocupação com a saúde é afetada pelo comportamento individual, e este, pela estigmatização, que pode interferir no valor que o indivíduo dá na busca pelo maior bem-estar e saúde.

Assim, na preocupação com a saúde e com os aspectos em torno desta, tem-se a diminuição do escore de estigmatização, o que corrobora estudos nacionais e internacionais, os quais apresentam o isolamento social, o abandono do tratamento e do seguimento clínico como consequência do aumento da estigmatização do HIV vivida por pessoas nesta condição (ALVARENGA et al., 2015; ANDRADE; IRIART, 2015; CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; SIQUEIRA; CARDOSO, 2011; SMIT et al., 2012).

Dessa forma, a estigmatização percebida, relacionada ao HIV/aids, pode interferir na adesão à TARV (SAYLES et al., 2009; MUKOLO et al., 2013b; NYAMATHI et al., 2013), de modo que a baixa adesão ou o abandono do tratamento podem estar ligados a muitos aspectos, inclusive, à falta de humanização dos profissionais de saúde, que não respeitam o estado sorológico das pessoas (SMIT et al., 2012).

Dessa forma, na rejeição experimentada por viver com HIV/aids e no sentimento de vergonha e culpa pela infecção, muitas pessoas deixam de buscar

por ajuda, rompendo com o atendimento de saúde e se isolando socialmente (KIPP et al., 2011a, 2011b).

Na análise do domínio preocupação com o sigilo, observou-se que este apresentou tanto comportamento linear como quadrático para a estigmatização relacionada ao HIV/aids, demonstrando a importância desta variável na vida de pessoas que vivem nesta condição.

O sigilo do diagnóstico é muitas vezes uma forma de preservar a identidade de pessoas que vivem com HIV/aids, de manter sua QV e as relações estabelecidas (RENESTO et al., 2014).

Assim, na vivência das atitudes negativas das pessoas em relação à soropositividade, muitas pessoas omitem seu *status* sorológico como um meio de se manterem socialmente aceitas (RENWICK et al., 1999; SEIDL; 2005; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; SEIDL et al., 2007).

Tal receio afeta muito as PVHA e, em especial, as que são trabalhadoras e precisam de seus empregos, uma vez que, no medo de serem estigmatizadas e demitidas, omitem a revelação do *status* diagnóstico e sofrem pelo medo de serem descobertas (GARRIDO; et al., 2007; SOUZA et al., 2013).

Uma outra relação também muito ligada à busca pelo sigilo é o medo da violência doméstica referida por muitas mulheres, as quais, temendo a reação agressiva de seus companheiros, da separação, da perda da casa e de outros bens, e até pelo medo de perder a guarda dos filhos, omitem a situação diagnóstica (KENNEDY et al., 2015).

Em estudo realizado com adolescentes na África do Sul, percebeu-se que o sigilo era uma opção para evitar a rejeição do grupo e traumas emocionais, sendo também apontado como uma forma de amenizar a necessidade de isolamento social (MADIBA; MATHILDAH, 2016).

Quanto à revelação do diagnóstico para a família e para amigos, constatou-se que houve aumento médio de estigmatização nesta categoria, quando comparada às pessoas que contaram apenas para a família, com aumento médio de 0,1148 pontos a mais na escala de estigmatização.

A revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV, quer para a família quer amigos, não é uma tarefa muito fácil; o medo de não ser aceito, do abandono, leva

muitas pessoas a não aderirem ao tratamento, temendo serem descobertos, o que os torna mais vulneráveis à evolução do quadro patológico (SOUSA et al., 2013).

A revelação do diagnóstico se faz pela necessidade de encontrar no outro apoio para a sua condição, por isso, dentre as pessoas mais procuradas, estão os cônjuges e os familiares mais próximos, os quais, por terem contato de longos anos, apresentam maior segurança em confiar a soropositividade (ERKU; MEGABIAW; WUBSHET, 2012; GENET; SEBSIBIE; GULTIE, 2015).

Assim, por causa da qualidade das relações, muitas pessoas deixam de confiar a revelação a amigos, para contar com o apoio de familiares, os quais nem sempre estão prontos para acolher tal situação (SOUSA et al., 2013), podendo responder com atos de rejeição e de violência (ANDRADE et al., 2015; ERKU; MEGABIAW; WUBSHET, 2012).

Segundo o tipo de exposição ao HIV, observou-se que quem desconhecia a categoria de exposição apresentava diminuição da média de estigmatização de 0,1572 pontos, em relação a quem tinha sido exposto por via sexual.

A via de transmissão sexual, por estar ligada a uma imagem imoral, à prostituição, à traição pelas relações extraconjugais e à homossexualidade, pode gerar no indivíduo o aumento do sentimento de culpa pela ausência de cuidados que poderiam ter impedido a infecção pelo HIV (COSTA PINHEIRO et al., 2012; FARIA et al., 2015; JIN et al., 2010).

Já quando relacionada às parcerias sexuais fixas, heterossexuais e de longos anos de convivência, quando ocorre a descoberta da transmissão do HIV, geralmente comum nos exames no pré-natal, tem-se, além do sentimento de medo em relação à aids, o rompimento da confiança no cônjuge, pela sensação de traição da parceria (RODRIGUES et al., 2012; SANTOS et al., 2009; SILVA; VARGENS, 2009).

A percepção da vulnerabilidade do casal diante do HIV, apesar de trazer todas as angústias relacionadas ao convívio com o HIV/aids, traz também a mobilidade para o desejo de adaptação à nova condição, demonstrando mais aceitação e conformismo, tal como nas infecções ligadas às transfusões de sangue e de hemoderivados, podendo a imagem de vulnerabilidade do indivíduo às medidas protetoras, amenizar o “peso” do HIV em suas vidas (SCHAEFER, 2013; SOUSA; SILVA; PALMEIRA, 2014).

Assim, no desconhecimento do risco de transmissão do HIV, além de amenizar o sentimento de culpa pela infecção, tem-se também a diminuição da percepção estigmatizadora do vírus e da aids, de modo que, no desconhecimento da causa da contaminação viral, pessoas tendem a sentir-se “vítimas” da condição de soropositividade (GENET; SEBSIBIE; GULTIE, 2015; SOUSA; SILVA; PALMEIRA, 2014).

Para a variável efeitos adversos, percebeu-se que quem apresentava efeitos adversos tinha maior média de estigmatização em relação àqueles que não apresentavam efeitos, com aumento médio de 0,1039 no escore de estigmatização, assim como na relação das comorbidades, com aumento médio de 0,1872 no escore de estigmatização para aqueles que apresentavam comorbidades, quando comparada às pessoas que não tinham comorbidades.

Na presença dos efeitos adversos, muitas pessoas apresentam sinais e sintomas que podem levar à revelação da soropositividade (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011; GARRITO et al., 2007; SOUZA et al., 2013), tal como na presença de comorbidades, de modo que tanto os efeitos adversos como as comorbidades podem estar relacionados com as alterações corporais, afetando a qualidade de vida das pessoas e expondo-as à estigmatização relacionada ao HIV/aids (PASSOS; SOUZA, 2015).

Os efeitos adversos e a presença de comorbidades poderão também impactar nas relações afetivas, fragilizar a imagem do indivíduo, ameaçar a condição de saúde das pessoas, além de aumentar o risco de abandono do tratamento e de seguimento clínico (ANDRADE; IRIART, 2015; VILLARINHO; PADILHA, 2016; ZAMBENETTI; BOTH, 2013).

Dessa forma, a ausência de efeitos adversos e de comorbidades poderá proteger as pessoas de idas frequentes ao ambulatório de saúde, diminuindo o risco de internação hospitalar e, assim, de exposição do diagnóstico da infecção pelo HIV positivo a muitas pessoas (FERREIRA et al., 2014; OLANGUJU et al., 2012).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro acerca do impacto do tratamento para a comorbidade TB/HIV, observou-se que, no uso de tratamentos diferentes, o indivíduo pode ter aumento de efeitos adversos pelas interações medicamentosas, as quais podem aumentar no paciente muita ansiedade e medo diante do risco da revelação do diagnóstico (SILVA, J. B. et al., 2015), uma vez que o sigilo é uma

forma de manter a identidade e a referência anterior à doença, além de ser uma forma de evitar a condenação moral (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011; GARRITO et al., 2007; SILVA, J. B. et al., 2015; SOUZA et al., 2013).

A convivência com o HIV e com outras infecções traz a experiência relacionada ao sofrimento de preservar a identidade que, em alguns momentos, parece ser maior que a dor física, muitas vezes sentida (ANDRADE; IRIART, 2015; SILVA, J. B. et al., 2015; VILLARINHO; PADILHA, 2016).

Assim, lidar com as comorbidades e com os efeitos adversos não é fácil para PVHA, pois viver omitindo qualquer manifestação corporal, torna-se necessário para manter o papel social do indivíduo, o respeito e a dignidade por apresentarem uma imagem de cidadão “saudável” (KENNEDY et al., 2015; SILVA, J. B. et al., 2015; SOUZA et al., 2013).

10 Conclusões

---

10 CONCLUSÕES

Em relação ao perfil da população, destacaram-se os participantes moradores da cidade sede do serviço de saúde; do sexo masculino e com idade entre 40 e 49 anos; de um a cinco anos de escolaridade completos; solteiros e com filhos; empregados e com renda inferior a um salário mínimo; morando em casa própria e com outras pessoas; praticantes de alguma religião e sem convívio com familiar com HIV.

Quanto às características da vida afetivo-sexual, prevaleceram neste estudo os heterossexuais com parceria sexual nos últimos 12 meses; aqueles que tiveram parceria fixa e que se relacionaram com parceiros (as) soronegativos e os que utilizaram preservativo masculino em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses.

Sobre as variáveis epidemiológicas, a maioria dos participantes conviviam com o diagnóstico há mais de 10 anos; revelaram a condição sorológica para a família; e tiveram exposição sexual.

Em relação às variáveis de tratamento, prevaleceram os participantes que iniciaram o tratamento em até 30 dias do diagnóstico; que fizeram uso de até dois comprimidos; que não apresentaram efeitos adversos e que não interromperam o tratamento.

Acerca das variáveis clínicas, destacaram-se aqueles com contagem de linfócitos T CD4+ acima de 500 células/mm³; carga viral indetectável; que não foram internados por complicações do HIV desde o diagnóstico; que não tinham comorbidades e não necessitavam de ajuda para as atividades diárias, e os que não usavam algum tipo de droga lícita ou ilícita.

Na comparação da Escala de Estigmatização com as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo, foram estatisticamente significantes as

variáveis: faixa etária; exposição ao HIV; internações por complicações do HIV e comorbidades.

Já para a Escala de Suporte Social com as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual, epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas da população do estudo, foram estatisticamente significantes as variáveis idade; ocupação; orientação sexual; situação diagnóstica da parceria sexual; número de comprimidos; contagem de linfócitos T CD4+; internações por complicações do HIV; comorbidades e uso de drogas.

Em relação à distribuição dos escores médios, geral e dos domínios do Questionário HAT-QoL, segundo as variáveis sociodemográficas da população estudada, foram estatisticamente significantes as variáveis sexo com destaque, idade, escolaridade, presença de filhos, renda, ocupação, condição da moradia e religião. Quanto as variáveis da vida afetivo-sexual, foram significantes: orientação sexual, parceria sexual, situação diagnóstica da parceria sexual e uso de preservativo masculino. E segundo distribuição dos escores nas variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e uso de drogas, foram estatisticamente significantes as variáveis tempo de diagnóstico, quem sabe do diagnóstico, exposição ao HIV, número de ARV diferentes, contagem de TCD4+, contagem de carga viral, internações por complicações do HIV, comorbidades, dependência das AVD e uso de drogas.

Na relação da escala de estigmatização com a escala de suporte social e o questionário de qualidade de vida, constatou-se que a correlação foi inversa em todos os domínios, com força de correlação ausente ou muito fraca e fraca em todos os domínios, exceto com o domínio preocupação com o sigilo do questionário HAT-QoL, que apresentou força de correlação moderada.

Segundo a relação entre a escala de estigmatização e a escala de suporte social, percebeu-se diferença estatisticamente significativa com todos os domínios, exceto com o domínio revelação da escala de estigmatização.

Já em relação a escala de estigmatização e o questionário HAT-QoL, percebeu-se que o único domínio de qualidade de vida que não foi estatisticamente

significantes com os domínios, estigmatização personalizada, revelação, autoimagem negativa, atitudes públicas e escore geral de estigmatização, foi o domínio do questionário de qualidade de vida, denominado de confiança no profissional.

Na análise de regressão, última etapa deste estudo, constatou-se que permaneceram estatisticamente significantes no modelo final de regressão o escore geral de suporte social; os domínios de QV, preocupação com a saúde e preocupação com o sigilo; e as variáveis, quem sabe do diagnóstico, com a categoria “família e amigos”; exposição ao HIV, com a categoria “não sabe”; efeitos adversos, com a categoria “sim” e comorbidades, com a categoria “sim”, todas do grupo das variáveis epidemiológicas, de tratamento, clínicas e de uso de drogas.

11 Considerações Finais

---

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população deste estudo apresenta um perfil semelhante ao de outros estudos nacionais e internacionais, contudo, com características indicativas de um bom estado geral de saúde em relação ao HIV/aids, como adesão ao tratamento; valores de linfócitos T CD4+; contagem de carga viral, ausência de internação; efeitos adversos; comorbidades e de ajuda nas atividades diárias e sem referir uso de drogas.

Quanto à estigmatização com as variáveis da população, percebeu-se que as variáveis faixa etária, exposição ao HIV, internação por complicações da doença e presença de comorbidades, foram estatisticamente significantes neste estudo, demonstrando a dificuldade de enfrentamento da condição diagnóstica dos participantes.

Segundo a relação do suporte social com as variáveis da população, constatou-se que estar empregados ou aposentados e ter parceria sexual soronegativos para o HIV foram categorias que se destacaram no aumento da percepção de suporte social. Contudo, outras variáveis, como a situação conjugal, presença de filhos, arranjo domiciliar, religião praticante, convivência com familiar com HIV e quem sabe do diagnóstico, mesmo não sendo estatisticamente significantes neste estudo, são descritos em outros trabalhos como variáveis de fonte de apoio, de conforto e de estímulo para o enfrentamento do viver com HIV/aids. Assim, a ausência dessas relações de apoio neste estudo sugere que a população participante ainda encontra muita dificuldade na revelação da condição diagnóstica.

A comparação do questionário HAT-QoL com as características da população permitiu conhecer uma série de relações destas variáveis que ajudam a compreender o aumento e a diminuição do escore médio de QV nesta população, os quais corroboram outros estudos, em especial aqueles que tratam da relação do uso correto de antirretrovirias e da melhoria do estado geral de saúde das pessoas.

Na correlação da escala de estigmatização com a escala de suporte social e questionário de QV, percebeu-se que mesmo a correlação tendo sido inversa e os estudos acerca da estigmatização fazerem muita relação com a qualidade de vida e o suporte social, neste estudo, a força de correlação entre os instrumentos foi ausente ou muito fraca e fraca em todos os domínios, exceto com o domínio preocupação com o sigilo do questionário HAT-Qol. Reforçando a importância da revelação do HIV para a população.

Ao final da análise da influencia conjunta das variáveis da população e da escala de suporte social e questionário de QV, constatou-se que apesar de haver importantes variáveis que podem influenciar o aumento ou a diminuição da estigmatização, na análise conjunta, destacaram-se o suporte social, a preocupação como sigilo e com a saúde, a revelação do diagnóstico para família e amigos, o desconhecer a categoria de exposição e não apresentar efeitos adversos e comorbidades.

A disponibilidade de suporte social pode impactar positivamente no processo de adaptação ao HIV, superar a sensação de estigmatização relacionada à infecção e amenizar os aspectos negativos da doença, diminuindo a ansiedade e o estresse em relação a exclusão social.

Na preocupação com a saúde, o indivíduo enfrenta as barreiras impostas pelo HIV/aids e busca por mais bem-estar e saúde, apresentando melhor adesão aos antirretrovirais e seguimento clínico.

Na preocupação com sigilo, tem-se um meio de ocultar a identidade sorológica e de se manterem socialmente aceitos, temendo romper com as relações já estabelecidas.

Sobre a revelação do diagnóstico para a família e amigos, o mesmo não é fácil por PVHA, pelo medo de não serem aceitas e do abandono, muitas pessoas preferem buscar pelo apoio de cônjuges e familiares próximos, os quais, pela relação de confiança e afetividade, demonstram maior segurança para partilhar a soropositividade.

Segundo o tipo de exposição ao HIV, constatou-se que no desconhecimento do risco de transmissão do HIV, além de amenizar o sentimento de culpa pela infecção, tem-se também a diminuição da percepção estigmatizadora do vírus e da

aids, de modo que no desconhecimento da causa da contaminação viral, pessoas tendem a sentir-se “vítimas” da condição de soropositividade e menos estigmatizadas.

Já em relação aos efeitos adversos e as comorbidades, percebeu-se que a presença de tais variáveis estavam relacionadas com as alterações corporais, afetando a qualidade de vida, fragilizando a imagem do indivíduo e aumentando a exposição do diagnóstico e o risco de ser estigmatizado por viver com HIV/aids.

Assim, ao final deste estudo, foi possível identificar as importantes relações com a estigmatização percebida por pessoas que vivem com HIV/aids.

Embora não possa ser possível generalizar os resultados deste estudo para outras populações e regiões do país, estes fornecem uma visão importante sobre a relação da estigmatização com o suporte social e com a qualidade de vida, e a relação desses construtos com diversos aspectos socioeconômicos, afetivo-sexuais, epidemiológicos, clínicos, de tratamento e uso de drogas de PVHA. Estes, podem oferecer informações úteis para subsidiar as políticas de saúde na prevenção, no tratamento do HIV/AIDS e nas intervenções de assistência social para as necessidades dos diferentes segmentos de pessoas que vivem com a doença.

O uso dos instrumentos selecionados foi importante para que se compreendesse a inter-relação da estigmatização, do suporte social e da qualidade de vida para pessoas que vivem com HIV/aids; e mesmo os instrumentos de coleta de dados tenham sido extensos, o tempo médio de resposta foi de 25 minutos, o que evidencia a clareza e a objetividade dos itens.

Apesar de muitos estudos abordarem o impacto da estigmatização na vida de PVHA, poucos utilizam instrumentos para avaliar este construto na população. Dessa forma, o uso de escalas específicas, como a escala utilizada neste estudo, apesar de investigar a estigmatização em diversos aspectos, o faz sem considerar um período recente, o que pode repercutir em respostas carregadas de viés de memória.

Assim, pelo importante impacto da estigmatização na disponibilidade de suporte social, na qualidade de vida e em diversas variáveis da população de pessoas que vivem com HIV/aids, sugere-se que mais estudos desta natureza ocorram, utilizando escalas específicas que ajudem a melhor avaliar as relações propostas nesta pesquisa.

Referências

REFERÊNCIAS¹

ABARA, W. E. et al. The influence of race and comorbidity on the timely initiation of antiretroviral therapy among older persons living with HIV/AIDS. **American Public Health Journal**, New York, v. 104, n. 11, p. 135-141, Nov. 2014.

ABOIM, S. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 99-112, jan. 2012.

ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. M. F. Apoio social a pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental com um familiar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 619-628, out./dez. 2013.

AFFELD, A. B.; SILVEIRA, M. F.; BARCELOS, R. S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2015.

AGNARSON, A. M. et al. Challenges to ART scale-up in a rural district in Tanzania: stigma and distrust among Tanzanian health care workers, people living with HIV and community members. **Tropical Medicine and International Health**, London, v. 15, n. 9, p. 1000-1007, Set. 2010.

AIDALA, A. A. et al. State housing, medical care and health outcomes among people living with HIV / AIDS: a systematic review. **American Journal of Public Health**, New York, v. 106, n. 1, e1-e23, Jan. 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695926/>>. Acesso em: 2 set. 2016.

AKENA, D. et al. The Association between Aids Related Stigma and Major Depressive Disorder among HIV-Positive Individuals in Uganda. **Public Library of Science**, San Francisco, v. 7, n. 11, p. 48671, Nov. 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0048671>>. Acesso em: 5 set. 2016.

ALLPORT, G. **The Nature of the Prejudice**. Boston: Beacon Press, 1954.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**, Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2016.

ALVARENGA, W. A.; DUPAS, G. Experience of taking care of children exposed to HIV: a trajectory of expectations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 848-56, set./out. 2014.

¹ Nesta tese foram consideradas as orientações para apresentação e elaboração de referências conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) dispostas na NBR 6023.

ALVARENGA, W. A. et al. Experiência de familiares no cuidado à criança exposta ao HIV: o início da trajetória. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 68-74, set. 2014.

ALVARENGA, W. A. et al. Rede social fragilizada: a experiência do cuidador da criança nascida exposta ao HIV. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 775-783, jul./set. 2015.

ANDRADE, R. G.; IRIART, J. A. B. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-574, mar. 2015.

ANDRADE, R. H. D.; SILVA, S. K.; SANTOS, M. I. P. O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 712-719, out./dez. 2010.

ANDRADE, R. F. V. et al. Violência por parceiro íntimo após diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100208&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 19 nov. 2016.

ANJOS, R. H. D. et al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 829-37, ago. 2012.

ARRAES, C. O. et al. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis HIV/aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1266-1273, dez. 2013.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-139.

BACHHUBER, M. A.; SOUTHERN, W. N. Hospitalization Rates of People Living with HIV in the United States, 2009. **Public Health Reports**, Rockville, v. 129, n. 2, p. 178-186, Mar./Apr. 2014.

BANDEIRA, L.; BATISTA, A. S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Estudos Feministas**, Brasília, v. 10, p. 119-41, jan. 2002.

BARD, N. D. et al. El estigma y el prejuicio: la experiencia de los consumidores de crack. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2680, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100309&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2016.

BARROSO, L. M. M. et al., Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 155-64, out./dez. 2009.

BATES, D.M.; WATTS, D. G. **Nonlinear Regression Analysis and Its Applications**. New York: Wiley, 1988.

BEKELE, T. et al. Direct and indirect effects of perceived social support on health-related quality of life in persons living with HIV/AIDS. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 25, n. 3, p. 337-46, July 2012.

BENJAMIN H. et al. Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 25, n. 4, p. 451-8, Apr. 2013.

BERGER, B. E.; FERRANS, C. E.; LASHLEY, F. R. Measuring Stigma in people with HIV: Psycometric Assessment of the HIV Stigma Scale. **Research in Nursing & Health**, Estados Unidos, v. 24, n. 6, p. 518-529, Dec. 2001.

BERRY, S. A. et al. Thirty-day hospital readmission rate among adults living with HIV. **AIDS**, London, v. 27, n. 13, p. 2059-2068, Aug. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3796165/>>. Acesso em: 1 set. 2016.

BERTONCINI, B. Z.; MORAES, K. S.; KULKAMP, I. C. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. **DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niteroi, v. 19, p. 75-79, 2007.

BEZERRA, V. P. ET AL. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 70-76, dez. 2015.

BITTENCOURT, G. K. G. D. et al. Las concepciones de ancianos sobre vulnerabilidad al VIH/Sida para la construcción de diagnósticos de enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 579-585, aug. 2015.

BOIVIN, R. R. Você pode evitar muitos mortos. A discriminação, o estigma e a violência contra minorias sexuais no México. **Sexo, Saúde e Sociedade**, João Pessoa, n.16, p. 86-120, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_acidentes_final_0.pdf>. Acesso: 31 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico AIDS e DST**. Brasília, 2015 (Ano IV, nº 01). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais. **Atendimento inicial**. 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/atendimento-inicial>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

BULLOCK, K. Family social support: conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: BOMAR, P. J. **Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice**. Philadelphia: Saunders, 2004. p.142-161.

CALVETTI, P. Ü. et al. Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 8-15, jan./mar. 2014.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 232-240 maio/ago. 2008.

CAMPOS, C. G. A. P. et al. Vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.18, n.2, p. 310-314, abr./jun. 2014.

CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N. Evidência de Validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulta) - EPSUS-A: um Estudo Correlacional. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.35, n.3, p. 946-958, set. 2015.

CARVALHO S. M.; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 157-163, 2011.

CARVALHO, F. T. et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/aids. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2023-2033, set. 2007.

CARVALHO, F. L. et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1305-1312, maio 2013.

CARVALHO, P. M. G. et al. Sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v.6, n. 3, p. 81-88, jul./set. 2013.

- CARVALHO, P. P. et al. Percepções do portador de HIV/AIDS sobre sua assistência em um serviço especializado em Caxias – MA. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 2, p. 79-84, abr./jun. 2014.
- CASALE, M. et al. Social support as a protective factor depression among women caring for children in HIV-endemic South Africa. **Journal of Medicine**, Dahaka, v. 38, n. 1, p. 17-27, fev. 2015.
- CASTANHA, A. R. et al. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2007.
- CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNÁNDEZ, B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 1-16, aug. 1997.
- CAVALCANTE, C. A. A. et al. Acidentes com material biológico em trabalhadores. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 971-9, 2013.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Basics statics**, 2016a. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/basics/statistics.html>>. Acesso em: 9 set. 2016.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **What is HIV?** 2016b. Disponível em: <https://wwwn.cdc.gov/hivrisk/what_is/>. Acesso em: 9 set. 2016.
- CHARLES, B. et al. Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV / AIDS (PLHA) in South India -. Baseline a cross-sectional study community **Bio Med Central Public Health**, London, v. 12, n. 463, June 2012. Disponível em: <<http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-463>>. Acesso em: 10 jul. 2016.
- CHEN, W. Side Effects of Antiretroviral Therapy (ART) Are Associated with Depression in Chinese Individuals with HIV: A Mixed Methods Study. **Journal of Midwifery Women's Health**, Malden, v. 58, n. 5, p. 585-585, Sep. 2013.
- CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 887-896, 2001.
- CHONG, F. V. et al. Estrategias para lidar con el estigma asociado con el vih vih / sida. Los pacientes del hospital general de huixtla, Chiapas. **Estudios Fronterizos**, Mexicali, v.13, n. 25, p. 31-55, jun. 2012.
- CHOO, W. Y. et al. Social Support and Burden among Caregivers of Patients with Dementia in Malaysia. **Journal of Asia-Pacific Public Health**, Hong Kong, v. 15, n. 1, p. 23-29, Fev. 2003.
- CHRISTAKIS, N. A.; FOWLER, J. H. **O poder das conexões: a importância do networking e como ele molda nossas vidas**. Rio de Janeiro: Campus; 2010.

- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 38, p. 300-314, Sep./Oct. 1976.
- COELHO, M. Q. et al. Perfil de pessoas que vivem com HIV/Aids e prevalência de manifestações bucais nesses indivíduos. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 16, n. 2, jul./dez. 2014.
- COHN, S. E. et al. Association of Ongoing Drug and Alcohol Use with Non-Adherence to Antiretroviral Therapy and Higher Risk of AIDS and Death: Results from ACTG 362. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 23, n. 6, p. 775-785, June 2011.
- COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 98, n. 2, p. 310-357, Sep. 1985.
- COHEN, M. S. et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **The Journal of Medicine**, v. 365, n. 6, p. 493-505, Aug. 2011.
- CONG, D. T.; MOLAND, K. M.; FYLKESNES, K. Persisting stigma reduces the utilisation of HIV-related care and support services in Viet Nam. **Bio Med Central Health Service Research**, London, v. 25, p. 428, Nov. 2012.
- CORRIGAN, P. W., WATSON, A. C., & BARR, L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. **Journal of Social and Clinical Psychology**, Florida, v. 25, n. 8, p. 875-884, Oct. 2006.
- COSTA, A. G; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.73-79, jan./feb. 2005.
- COSTA PINHEIRO, P. N. et al. Relación entre la infidelidad y la infección con el VIH / SIDA en vista de los hombres heterosexuales. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 18, n. 3, p. 39-48, 2012.
- COSTA, T, L.; OLIVEIRA, D. C.; FORMOZO, G. A. Quality of life and AIDS from the perspective of persons living with HIV: a preliminary contribution by the structural approach to social representations. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 365-376, fev, 2015a.
- COSTA, T, L.; OLIVEIRA, D. C.; FORMOZO, G. A. The health sector in social representations of HIV/Aids and quality of life of seropositive people. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 475-483, jul./set. 2015b.
- COSTA, F. M. et al. Mulheres vivendo com hiv/aids: avaliação da qualidade de vida. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 503-513, set./dez. 2014.
- COSTA, T. L. et al. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/AIDS: possibilidades de convivência, normatividade e ressignificação. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 104-14, jul. 2013.

- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297-334, Sept. 1951. Disponível em: <<http://link.springer.com/journal/11336>>. Acesso em: 6 abr. 2016.
- CRUZ, G. E. C. P.; RAMOS, L. R. Limitações funcionais e incapacidades de idosos com síndrome de imunodeficiência adquirida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.28, n.5, p. 488-493, ago. 2015.
- CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Efeito do suporte social na vida de adultos com HIV/AIDS. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4833-4840, jul/set, 2016. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/articloe/view/4379/pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- CUNHA, G. H. et al. Qualidade de vida de homens com AIDS e o modelo da determinação social da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 183-191, abr. 2015.
- DENNIS, A. M. et al. HIV risk behaviors and sociodemographic features of HIV-infected Latinos residing in a new Latino settlement area in the Southeastern United States. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 25, n. 10, p. 1298-1307, Feb. 2013.
- DIAZ, N. V. Development and Validation of a Culturally Appropriate HIV/AIDS Stigma Scale for Puerto Rican Health Professionals in Training. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 21, n. 10, p. 1259-1270, Oct. 2009.
- DOMINGUES, C. S.; WALDMAN, E. A. Causes of death among people living with SIDA in the pre-and pos-HAART eras in the city of São Paulo, Brazil. **PLoS ONE**, California, v. 9, n. 12, p. 1-16, Dec. 2014.
- DRESSLER, W. W., BALIEIRO, M. C., SANTOS, J. E. The cultural construction of support social in Brazil: associations with health outcomes. **Culture, Medicine and Psychiatry**, Fresno, v. 21, n. 3, p. 303-335, Sep. 1997.
- DUFFI, L. Suffering, shame, and silence: The stigma of HIV/AIDS. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, Oxfordshire, v. 16, n. 1, p. 13-20, Jan./Feb. 2005.
- DURVASULA, R. HIV/AIDS in Older Women: Unique Challenges, Unmet Needs **Behavioral Medicine**, v. 40, p. 85-98, July 2014.
- ELINAV, H. et al. HIV/AIDS profile and realities at a regional antiretroviral therapy clinic in Jerusalem: 12 years analysis. **Scandinavian Journal of Infectious Diseases**, London, v. 44, n. 1, p. 65-69, Jan. 2012.
- ERKU, T. A.; MEGABIAW, B.; WUBSHET, M. Predictors of HIV status disclosure to sexual partners among people living with HIV/AIDS in Ethiopia. **The Pan-African Medical Journal**, Uganda, v. 13, n. 87, Dec. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3567411/>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

- FAGBAMI, O. et al. Factors Supporting and Inhibiting Adherence to HIV Medication Regimen in Women: A Qualitative Analysis of Patient Interviews. **The Open AIDS Journal.**, Sharjah, v. 9, p. 45-50, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4483537/>>. Acesso em: 11 set. 2016.
- FARIA, K. R. et al. Comportamentos de risco quanto ao Vírus da Imunodeficiência Humana entre caminhoneiros. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 27-32, jan./fev. 2015.
- FERREIRA, G. C. L. et al. Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: uma revisão sistemática da literatura. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 1, p. 77-86, mar. 2014.
- FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B.. Trabalho, HIV/aids: Enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 259-267, abr./jun. 2011.
- FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.15, n. 1, p.75-84, mar. 2012.
- FERRO, E. G. et al. Alcohol use disorders negatively influence antiretroviral medication adherence among men who have sex with men in Peru. **AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**, Oxfordshire, v. 27, n. 1, p. 93-104, Jan. 2015.
- FIELD, A. **Descobrimos a Estatística usando o SPSS**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FIUZA, M. L. T. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 740-748, out./dez. 2013.
- FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In M. P. Fleck. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- FLORENCIO, L. A. **ENGENHARIA DE AVALIAÇÕES COM BASE EM MODELOS GAMLSS**. 2010. 125f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Estatística, Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2010.
- FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty- Five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005-review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 333-44, 2007. (Suplemento 3).

- FRANCISCO, M. T. R. et al. El conocimiento sobre el VIH / SIDA y el uso del condón entre los participantes de la feria. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 30, n. 3, p. 1561-2961, ago. 2015. Disponível em: <<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/295>>. Acesso em: 06 nov. 2016.
- GALANO, E. T. et al. Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/Aids: estudo qualitativo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 171-177, jun. 2016.
- GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1022-1027, nov./dez. 2011.
- GALVÃO, M. T. G. et al. Estratégias de mães com filhos portadores de hiv para conviverem com a doença. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 230-237, 2013.
- GALVÃO, M. T. G. et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, p. 1, p. 48-53, fev. 2015.
- GASPAR, J. et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 230-236, mar. 2011.
- GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H.; Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 72-83, jun. 2008. (Suplemento 1).
- GARCIA, C. L. et al. Health of sexual minorities in north-eastern Brazil: representations, behaviours and obstacles. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 95-100, abr. 2016 .
- GARRIDO, P. B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 72-79, dez. 2007. (Suplemento 2).
- GENET, M.; SEBSIBIE, G.; GULTIE, T. Disclosure of HIV seropositive status to sexual partners and its associated factors among patients attending antiretroviral treatment clinic follow up at Mekelle Hospital, Ethiopia: a cross sectional study. **Bio Med Central Research Notes**, London, v. 29, n. 8, p. Mar. 2015.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- GORMAN, B. K. et al. The new piece of the puzzle: Sexual Orientation, Gender and Health State Physics. **Demographics**, New York, v. 52, n. 4, p. 1357-1382, Aug. 2015.

- GOVINDASAMY D, FORD N, KRANZER K. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review. **AIDS**, London, v. 23, n. 16, p. 2059-2067, Oct, 2012.
- GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface**, Botucatu, v.19, n. 52, p. 5-8, mar. 2015.
- GROY, C. et al. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. **AIDS Care**, Oxfordshire v. 22, n. 5, p. 630-639, May, 2010.
- GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F.. Bioética e gênero: moralidade e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Revista de Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 229-40, 2008.
- HABER, M. G. et al. The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. **American Journal of Psychology Comunidade**, Washington, v. 39, p. 133-144, Mar. 2007.
- HALMAN, M. et al. Complex care needs of patients with late-stage HIV disease: A retrospective study. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 26, n. 3, p. 320-325, Mar. 2014.
- HASAN, M. T. et al. Internalized HIV/AIDS-related stigma in a sample of HIV-positive people in Bangladesh. **Journal of Diarrhoeal Diseases Research**, Dhaka, 30, n. 1, p. 22-30, Mar. 2012.
- HARPER, G. W.; LEMOS, D.; HOSEK, S. G. Stigma Reduction in Adolescents and Young Adults Newly Diagnosed with HIV: Findings from the Project ACCEPT Intervention. **AIDS Patient Care STDS**, Larchmont, v. 28, n. 10, p. 543-554, Oct. 2014.
- HERRMANN, S. et al. HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 8, n. 11, p. 56-69, Apr. 2013.
- HIPOLITO, R. L. et al. Representações sociais da qualidade de vida no HIV/aids no papel do tempo de diagnóstico. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 803-809, mar. 2014.
- HOLMES, W.C.; SHEA, J. A.. A new HIV/AIDS-target quality of life (HAT-QoL) instrument: development, reliability, and validity. **Medical Care**, Philadelphia, v. 36, p. 138-54, Feb. 1998.
- HUTTON, V. E.; MISAJON, R.; COLLINS, F. E. Subjective wellbeing and 'felt' stigma when living with HIV. **Quality of Life Research**, Orford, v. 22, p. 65-73, Feb. 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Cidades**, 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314790&search=minas-gerais|passos>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

ISHIKAWA, N. et al. The attitudes of primary schoolchildren in Northern Thailand towards their peers who are affected by HIV and AIDS. **AIDS Care**, Oxfordshire, v.23, p. 237-244, Feb. 2011.

JEYASEELAN, L. et al. Assessing HIV/AIDS stigma in south India: validation and abridgement of the Berger HIV Stigma scale. **AIDS and Behavior**, New York, v. 17, n. 1, p. 434-43, Jan. 2013.

JIN, F. et al. Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. **AIDS**, London, v. 24, n. 6, p. 907-913, Mar. 2010.

JORGENSEN, M. J.; MARWIT, S. J. Emotional support needs of gay males with AIDS. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 13, n. 2, p. 171-175. Apr. 2001.

KELLY, J. A.; LAWRENCE, J. S.; SMITH, S.; CAPA, H. V.; COZINHE, D. J.. A estigmatização dos doentes de sida por médicos. **American Journal Public Health**, v. 77, n. 7, p. 789-791, July 1987.

KELLY, J. et al. Stigma reduces and social support increases engagement in medical care among persons with HIV infection in St. Petersburg, Russia. **Journal Of The International Aids Society**, London, v. 17, Nov. 2014. (Suplemento 3). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC/4224855/>>. Acesso em: 12 Jul. 2016.

KENNEDY, C. E. et al. Safer disclosure of the serological status for women living with hiv suffering or violence. A systematic review **Journal of the International Aids Society**, London, v. 18, e. 20292. Dec. 2015. (Suplemento 5). Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4672457/>>. Acesso: 8 nov 2016.

KIPP, P. M. et al. A prospective study of TB and AIDS stigma as barriers to TB treatment adherence using validated stigma scales. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 15, n. 11, p. 1540-1546, Nov. 2011a.

KIPP, A. M. et al. Fatores sócio-demográficos e relacionadas com a SIDA relacionados com o estigma da tuberculose no sul da Tailândia: um estudo quantitativo, transversal do estigma entre os pacientes com TB e membros da comunidade saudáveis. **Bio Med Central Public Health**, London, v. 11, p. 675i, Aug. 2011b.

LACROIX, J. M. et al. Behavioural interventions to reduce sexual risk for HIV in heterosexual couples: a meta-analysis. **Sexually Transmitted Infections**, London, p. 051135v, Ago. 2013. Disponível em: <[http://sti.bmj.com/content/earl y/2013/08/05 /sextrans-2013-051135](http://sti.bmj.com/content/earl%20y/2013/08/05/sextrans-2013-051135)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

LAZZAROTTO, Alex. R. et al . Treinamento físico no risco de doença isquêmica cardíaca em sujeitos HIV/AIDS em uso de TARV. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 233-236, jun. 2014.

- LEE, S. J.; LI, L.; LIN, C.; TUAN, L. A. Challenges facing HIV-positive persons who use drugs and their families in Vietnam. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 27, n. 3, p. 283-287, Mar. 2015.
- LEMOS, L. A. et al. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana e tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2691, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02691>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- LI, J. Z. et al. Incomplete adherence to antiretroviral therapy is associated with higher levels of residual HIV-1 viremia. **AIDS**, London, v. 28, n. 2, p. 181-186, Jan. 2014.
- LI, M. J. et al. Stigma, social support, and treatment adherence among hiv-positive patients in chiang mai, thailand. **AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education**, New York, v. 26, n. 5, p. 471-483. Oct. 2014.
- LI, X. et al. Mediation analysis of health-related quality of life Among people living with HIV infection in China. **Nursing & Health Sciences**, Malden, v. 17, n. 2, p. 250-256, June 2015.
- LIAMPUTTONG, P.; HARITAVORN, N.; KIATYING-ANGSULEE, N. HIV and AIDS, stigma and AIDS support groups: Perspectives from women living with HIV and AIDS in central Thailand. **Social Science & Medicine**, New York, v. 69, n. 6, p. 862-868, Sep. 2009.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. Predictors of 10-year mortality in a population of community-dwelling Brazilian elderly: the Bambuí cohort study of aging. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 360-369, 2011. (Suplemento 3).
- LIMA, D. G. L. et al. Fatores determinantes para modificações da terapia antirretroviral inicial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 222-228, abr. 2012.
- LIMA, L. R. A. et al. Contributo da Educação Física na área do esporte, atividade física, saúde e educação para as crianças e jovens que vivem com o HIV. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v.18, n. 2, p. 243-258, abr. 2016.
- LIMA, R. R. et al. Perfil epidemiológico da infecção por hiv/aids relacionado a atividade ocupacional. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, p. 8012-8018, maio 2015. (suplemento 4). Disponível em: <<file:///d:/users/usuario/Downloads/7214-72009-1-PB.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2016.
- LIN, X. et al. Perceived HIV stigma among children in a high HIV-prevalence area in central China: Beyond the parental HIV-related illness and death. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 22, n. 5, p. 545-555, 2010.

LINDLEY, L. L. et al. Informing Faith-Based HIV/AIDS Interventions: HIV-Related Knowledge and Stigmatizing Attitudes at Project F.A.I.T.H. Churches in South Carolina. **Public Health Reports**, Washington, v. 125, p. 12-20, 2010. (Suplemento 1).

LIPING, M. et al. Quality of life of people living with HIV / AIDS. A cross-sectional study in Zhejiang Province, China. **PLoS ONE**, Estados Unidos, v. 10, n. 8, e0135705, Ago. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4550400/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

LORENC, A. et al. The prevalence of comorbidities among people living with HIV in Brent: a diverse London Borough. **London Journal Primary Care**, Abingdon, v. 6, n. 4, p. 84-90, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238727/>>. Acesso em: 10 set. 2016.

LOURDES, B. P.; COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M. As redes sociais no cuidado aos usuários de drogas: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n.1 p. 29-39, jan./mar. 2016.

LUZ, P. M. et al. Severe morbidity AIDS and non-AIDS associated hospitalizations among HIV-infected patients in two regions with universal access to care and antiretroviral therapy, France and Brazil, 2000-2008: hospital-based cohort studies. **Bio Med Central Infectious Diseases**, Londres, v. 14, n. 278, May 2014.

MADIBA, S.; MATHILDAH, M. "Perceptions and experiences about self-disclosure of HIV status among adolescents with Perinatal Acquired HIV in poor communities with limited resources in South Africa." **AIDS Research and Treatment**, New York, v. 2016, n. 2016, e. 2607249, Sep. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5031873/>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

MAMAN, S.; ROOYEN, H. V.; GROVES, A. K. HIV status disclosure to families for social support in South Africa (NIMH Project Accept/HPTN 043). **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 26, n. 2, p. 226-232, feb. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6ª Edição. São Paulo: Atlas, 2006. P. 120-160.

MARÔCO, J. P. et al. Adaptação Transcultural Brasil-Portugal da Escala de Satisfação com o Suporte Social para Estudantes do Ensino Superior. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 247-256, 2014.

MARTINEZ, J. et al. The impact of stigma on medication adherence among HIV-positive adolescent and young adult females and the moderating effects of coping and satisfaction with health care. **AIDS Patient Care STDS**, Larchmont, v. 26, n. 2, p. 108-115, Feb. 2012.

MCMAHON, J. M. et al. Couple-based HIV counseling and testing: a risk reduction intervention for U.S. drug-involved women and their primary male partners. **Preventio Science**, New York, v.16, n. 2, p. 341-351, Feb. 2015.

- MEYER, D.; FÉLIX, J. “Entre o ser e o querer ser...” jovens soropositivos (as) projetos de vida e educação. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.30, n. 2, p. 181-206, abr./jun. 2014.
- MEDEIROS, B; SALDANHA, A. A. W. Religiosidade e Qualidade de Vida em pessoas com HIV. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 1, jan./mar. 2012.
- MEDEIROS, B.; SILVA, J.; SALDANHA, A. A. W.. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.18, n.4, p. 543-550, dez. 2013.
- MEDEIROS, D. C. et al. Somatótipo e imagem corporal em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 54-58, fev. 2016.
- MELO, G. C. et al. Comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 167-175, mar. 2016.
- MELROSE, K. L., BROWN, G. D. A., & WOOD, A. M. When is received social support related to perceived support and wellbeing? When it is needed. **Personality and Individual Differences**, London, v. 77, p. 97-105, Apr. 2015.
- MENEZES, M.; MORÉ, C. L. O. O.; BARROS, L. As Redes Sociais dos Familiares Acompanhantes durante Internação Hospitalar de Crianças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, p. 107-113, 2016.
- MENEZES, R. P. et al. Related factors for colonization by candida species in the oral cavity of HIV-infected individuals. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 413-419, out. 2015.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 7-18, jan. 2000,
- MOLINA, R. C. M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.60-67, mar. 2014.
- MONJOK, E.; SMESNY, A.; ESSIEN, E. J.. HIV / AIDS - HIV/AIDS - Related Stigma and Discrimination in Nigeria: Review of Research Studies and future directions for Prevention Strategies. **African journal of reproductive health**, Benin, v. 13, n. 3, p. 21-35, 2009.
- MONTANER, J. S. et al. Expansion of HAART Coverage Is Associated with Sustained Decreases in HIV/AIDS Morbidity, Mortality and HIV Transmission: The “HIV Treatment as Prevention” Experience in a Canadian Setting. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 9, n. 2, e87872, Feb. 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0087872>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. V.; KNAUTH, D. A discriminação, estigma e AIDS: uma revisão da literatura acadêmica produzida no Brasil (2005-2010). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p. 170-176, jan. 2012.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 311-321, jan./mar. 2014.

MONTEIRO, S. S. et al. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 137-146, 2014.

MORA, C.; MONTEIRO, S.; MOREIRA, C. O. F. Formação, práticas e trajetórias de aconselhores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. Formação, práticas e trajetórias de aconselhores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, Botucatu, v.19, n.55, p.1145-1156, 2015.

MORENO, J. L. **PSICODRAMA**. 9ª ed. São Paulo: Cultrix, 1993.

MOTTA, G. M. C. et al. cuidado de la familia en el mundo de los niños y adolescentes que viven con el VIH / SIDA. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 20, n. 3, p. 69-79, dez. 2014.

MOURA, M. M. S. et al. Vulnerabilidade a síndrome da imunodeficiência adquirida humana na percepção dos idosos. **Revista de Enfermagem UFPI**, Teresina, v. 3, n. 1, p. 100-6, jan./mar. 2014.

MUCELIN, C. A.. **Estatística**. Curitiba: Editora do Livro Técnico, 2010. P. 80-150.

MUKOLO, A. et al. Correlates of Social Exclusion and Negative labeling and Devaluation of People Living with HIV / AIDS in rural areas: Evidence of a General Household study in the province of Zambezia, Mozambique. **PLoS One**, San Francisco, v. 8, n. 10, e75744, Oct. 2013a. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3795715/> >. Acesso em: 10 jul. 2016.

MUKOLO, A. et al. Consensus on the specific context of strategies to reduce the stigma of virus syndrome / acquired immunodeficiency Human Immunodeficiency in Zambezia Province, Mozambique. **SAHARA Journal**, Pinelands, v. 10, n. 3-4, p. 119-130, Sep. 2013b.

MÛNENE, E.; EKMAN, B. Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? A cross-sectional study in a regional referral hospital in Kenya. **Glob Health Action**, Hageby, v. 7, n. 7, apr. 2014.

MUTABAZI-MWESIGIRE, D. et al. Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. **Bio Med Central Public Health**, Londres, v. 14, n. 1, p. 343, Apr. 2014.

MUTABAZI-MWESIGIRE, D. et al. Factors affecting the quality of life among people living with HIV Attending an urban clinic in Uganda: a cohort study. S Federici, eds.

PLoS ONE, San Francisco, v. 10, n. 6, e0126810, June 2015a. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126810>>. Acesso em: 10 set. 2016.

MUTABAZI-MWESIGIRE, D. et al. Relationship between CD4 count and quality of life over time among HIV patients in Uganda: a cohort study. **Health Quality of Life Outcomes**, London, v. 15, n. 13, p. 144, set. 2015b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4570610/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

NUNES, M. O.; SILVA, M. A. Qualidade de vida de idosos portadores de HIV/aids no Brasil. **Estudos**, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 523-535, out./dez. 2012.

NUNES, A. A. et al. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3191-3198, out. 2015.

NYAMATHI, A. et al. Aisha impact of intervention on Stigma among rural Indian women with AIDS. **Western Journal of Nursing Research**, Bervely Hills, v. 35, n. 7, p. 867-883, Aug. 2013.

OKUNO, M. F. P. et al. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1551-1559, jul. 2014.

OLANGUNJU, A. et al. Study on epidemiological profile of anxiety disorders among people living with HIV/aids in a Sub-Saharan Africa HIV clinic. **AIDS & Behavior**, New York, v. 16, n. 8, p. 2192-2197, Nov. 2012.

OLIVEIRA, M. L. C.; PAZ, L. C.; MELO, G. F. Dez anos de epidemia do HIV-AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal - Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 30-39, mar. 2013.

OLIVEIRA, N. M. et al. Drogas antirretrovirais e pancreatite aguda em pacientes com HIV/AIDS: existe alguma associação? Revisão da literatura. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 112-119, mar. 2014.

OLIVEIRA, F. B. M. et al. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 510-516, dez. 2015.

OLIVEIRA, A. D. F. et al. O efeito do HIV na vida de mulheres vivendo com HIV. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 1975-1986, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br.php/cuidado/fundamental/article/view/3593>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

PACHECO, B. P. et al. Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/Aids. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 378-383, jun. 2016.

PAGANO, M. GAUVREAU, K. **Princípios de Bio estatística**. 2ª ed. São Paulo: CENGAGE Learning, 2004.

PAPPALARDO, M. C. S. M. et al. Troca de esquema antiretroviral em pacientes com AIDS no CR DST/AIDS Santo Amaro: como é feita? **Revista Panamericana de Infectologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 148-152, 2014.

PARKER, R. Interseções entre stigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e Saúde**, Rio de Janeiro: ed. Fio Cruz, 2013. p. 25-46.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e Aids**. Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, n. 1. Rio de Janeiro, ABIA, 2001.

PASSERINO, L. M. Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. **Revista Ciencias de la Salud**, Bogotá, v. 11, n. 2, p. 217-233, Aug. 2013.

PASSOS, S. M. K.; SOUZA, L. D. M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 800-814, abr. 2015.

PASCHOAL, E. P. et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 32-40, mar. 2014.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

PAULA, A. A. et al. Continuous increase of cardiovascular diseases, diabetes, and non-HIV related cancers as causes of death in HIV-infected individuals in Brazil: an analysis of nationwide data. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 4, p. e94636, Apr. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3984254/>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p. 241-250, abr./jun. 2012.

PICELLI, I.; DÍAZ-BERMÚDEZ, X. P. Será que esse remédio vai valer a pena mesmo? Estudo antropológico sobre a adesão às terapias antirretrovirais entre grupos de mútua ajuda de pessoas vivendo com HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 496-509, jun. 2014.

PINHEIRO, C. V. Q.; MEDEIROS, N. M. Práticas de prevenção do HIV/Aids e modos de subjetivação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 629-646, jun. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA). **El sida en cifras 2015**, 2015. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/aids_by_the_numbers_2015_es.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS-BRASIL). **Estatísticas**, 2016. Disponível em: <<http://unaids.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

QUADROS, K. A. N. et al. Perfil epidemiológico de idosos portadores de hiv/aids atendidos no serviço de assistência especializada. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 2, p. 2140-2146, mai./ago. 2016.

RAMOS, L. R. et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 506-513, jun. 2013.

RAO, D. et al. Feasibility, acceptability and preliminary efficacy of Unity Workshop: An Intervention internalized stigma reduction for african-American women living with HIV. **AIDS STDS atendimento ao paciente**, Oxfordshire, v. 26, n. 10, p. 614-620, Oct. 2012a.

RAO, D. et al. Social Support Mediates the Relationship between HIV Stigma and Depression/Quality of Life among People Living with HIV in Beijing, China. **International Journal of STD & AIDS**, London, v. 23, n. 7, p. 481-484, July 2012b.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Quality of life and coping strategies in patients undergoing kidney transplantation. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, p. 2, p. 177-184. May/ Aug. 2007.

REIS, C. B. S. et al. Prevalência e fatores associados às intenções de paternidade em homens com HIV/aids em Fortaleza, Ceará. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1053-1060, dez. 2015.

REIS, R. K.; MELO, E. S.; GIR, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 47-53, jan./fev. 2016.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-575, set. 2011a.

REIS, R. K. et al. Sintomas de depressão e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 874-881, jul./ago. 2011b.

- REMOR, E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). **Patient**, Chester, v. 6, n. 2, p. 61-73, June 2013.
- REMOR, E. et al. Perceived stress is associated with CD4+ decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain. **AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**, Oxfordshire, v. 19, n. 2, p. 215-219, Feb. 2007.
- RENESTO, H. M. F. et al. Coping and perception of women with HIV infection. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 36-42, fev. 2014.
- RENEWICK, R. et al. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. **Psychological Reports**, Louisville, v. 84, p. 663-673, Apr. 1999.
- RIBEIRO, J. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise psicológica**, Lisboa, v. 17, n. 3, p. 547-548, set. 1999.
- RIGHETTO, R. C. et al. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 6, p. 942-8, nov./dez. 2014.
- RIVERA-RIVERA, J. N. et al. The Role of Social Support on Health-Related Practices of HIV-Discordant Heterosexual Couples. **Revista Puertorriqueña de Psicología**, Puerto Rico, v. 24, n. 2, July 2015.
- RODRIGUES, L. S. A. et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 349-355, abr. 2012.
- ROMEY, G. A. et al. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo v.3, n. 1, p. 37-41, jan./mar. 2012.
- ROSE C. D. et al. Self-Compassion and Risk Behavior Among People Living With HIV/AIDS. **Research in Nursing & Health**, Hoboken, New Jersey, v. 37, n. 2, p. 98-106, Apr. 2014.
- ROSSI, P. S.; PEREIRA, P. P. G. O remédio é o menor dos problemas: seguindo redes na adesão ao tratamento de aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.2, p. 484-495, 2014.
- ROSS, L. E. et al. Bisexuality, poverty and mental health: An analysis of mixed methods. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 156, p. 64-72, May 2016.
- ROURKE, S. B. et al. Carcass characteristics and its influence on quality related to the health of People Living with HIV Living in Ontario, Canada: Results of positive spaces, healthy study places. **AIDS and Behavior**, New York, v. 16, n. 8, p. 2361-2373, Jan. 2016.

RUEDA, S. et al. Influence of employment and job security on physical and mental health in adults living with HIV: cross-sectional analysis. **Open Medicine**, Ottawa, v. 6, n. 4, p. 118-126, Oct. 2012.

RUTTER, D. ; QUINE, L. Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. **Psychology and Health**, Leeds, v. 11, n. 1, p. 5-22, Dec. 1996.

SAID, A. P.; SEIDL, E. M. F. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 467-478, set. 2015.

SALAUDEEN, A. G. et al. Condom use among people living with HIV/AIDS attending Abejukolo General Hospital in Kogi State, North Central Nigeria Annals of **African Medicine**, Sokoto, v. 13, n. 3, p. 99-103, July/Sep. 2014.

SANTOS, E. C. M.; FRANCA JUNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 64-71, dez. 2007. (Suplemento 2).

SANTOS, E. I. et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 454-470, dez. 2016.

SANTOS, L. et al. Nível de atividade física, indicadores clínicos e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 6, p. 711-712, nov. 2014.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, sup. 2, p. 321-333, 2009.

SANTOS, W. J. et al . Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1028-1037, dez. 2011.

SANTOS, W. M. et al. Factors involved between social support and self-efficacy in HIV-infected individuals. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, nov. 2015. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientia_medica/article/view/21105/13635>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SARASON, I. G. et al. Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 44, n. 1, p. 127-139, Jan. 1983.

SATUF, C. V. V. BERNARDO, N. S. C. O. Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-19, jan./jun. 2015.

SAYLES, J.N. et al. The association of stigma with access to self-reported medical care and antiretroviral therapy to adherence of people living with HIV / AIDS. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 24, n. 10, p. 1101-1108, Oct. 2009.

SCHAEFER, A. S. et al. Mudanças que ocorrem na vida da mulher portadora do hiv/aids após o diagnóstico. Interdisciplinar: **Revista Eletrônica da Univar**, Barra do Garças, v. 1, n. 9, p. 14-16, 2013.

SEELEY, J.; RUSSELL, S.; Social rebirth and social transformation? Rebuilding social lives after ART in rural Uganda, **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 22, p. 44-50, Mar. 2010.

SEIDL, E. M. F.. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, set./dez. 2005.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B.T. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22 n. 3, p. 317-326, set./dez. 2006.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, out. 2007.

SEHNEM, G. D.; FAVERO, N. B.; BONADIMAN, P. O. B. Adolescentes que vivem com hiv/aids: as redes de apoio social. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 349-359, abr./jun. 2015.

SERRA, A. et al. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 294-304, jun. 2013.

SHAPIRO, S.S., WILK.M.B. An analysis of variance test for normality (complete samples). **Biometrika**, London, v.52, p. 591-609, 1965.

SHENOY, A. et al. Effect of Lipodystrophy on the Quality of Life among People Living with HIV on Highly Active Antiretroviral Therapy. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care**, Thousand Oaks, v. 13, n. 5, p. 471-475, May 2014.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, jun. 2009.

SILVA, J.; SALDANHA, A. A. W.; AZEVEDO, R. L. W. Variáveis de impacto na qualidade de vida de pessoas acima de 50 anos HIV+. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, p. 56-63, jan./abr. 2010.

SILVA, J. et al. Quality of life of people living with HIV. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 25, n. 1, p. 71-76, 2013.

SILVA, I. et al. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. **Psicologia: saúde & doenças**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 21-22, mar. 2003.

SILVA, L. M. S.; MOURA, M. A. V.; PEREIRA, M. L. D. Cotidiano de mulheres após contágio pelo hiv/aids: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 335-42, abr./jun. 2013.

SILVA, D. C. et al. Oral health management of 97 patients living with HIV/AIDS in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.29, n.1, p. 1-6, 2015.

SILVA, G. S. et al. Risco de contrair hiv entre usuários de motéis diante de suas práticas sexuais. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 4, n. 2, p. 1065-1075, maio/ago. 2014.

SILVA, J. A. G. et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, jun. 2015.

SILVA, J. B. et al. Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 209-229, 2015. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.org/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00209.pdf](http://www.scielo.org/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00209.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2016.

SILVA, F. S. et al. Preditores associados á qualidade de vida em pessoas vivendo com hiv/aids: revisão integrativa. **Revista de Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 53-63, 2015.

SILVA, R. A. R. et al. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6039-8, out. 2013. Disponível em: <<file:///d:/users/usuario/downloads/4882-47966-1-pb.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SILVA, R. A. R. et al. Fatores preditivos dos diagnósticos de enfermagem em pessoas vivendo com a síndrome da imunodeficiência adquirida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2712, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100342&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2016.

SILVA, W. S. et al. Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 587-592, dez. 2015.

SILVEIRA, M. P. T.; SILVEIRA, M. F.; MÜLLER, C. H. Qualidade de vida de mulheres grávidas que vivem com HIV / AIDS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 05, p. 246-252, 2016.

SINGER, J.E. ; LORD, D. The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In: BAUM, a.; TAYLOR, S.; SINGER, J. (Edtrs.) **Handbook of psychology and health**. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, ed. 4, 1994. p. 269-278.

SINGH, D. et al. Stigma, burden, social support, and willingness to care among caregivers of PLWHA in home based care South Africa. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 23 n. 7, p. 839-845, July 2011.

SIONEAN, C. et al. HIV Risk, prevention, and testing behaviors among heterosexuals at increased risk for HIV infection--National HIV Behavioral Surveillance System, 21 U.S. cities, 2010. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 63, n. 14, p. 1-39, Dec. 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6314a1.htm>>. Acesso em: 9 set. 2016.

SIQUEIRA, R. ; CARDOSO, H. . El concepto de estigma como proceso social: una aproximación teórica a partir de la literatura norte-americana. **Imagonautas**, Ourense, v. 2, n. 1, pág. 93-113, 2011.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMITH, D. J.; MBAKWEM, B.C. Antiretroviral therapy and reproductive life projects: mitigating the stigma of AIDS in Nigeria. **Social Science & Medicine**, New York, v. 71, n. 2, p. 345-352, July 2010.

SMIT, P. et al. HIV-related stigma within communities of gay men: A literature review. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 24, n. 3-4, p. 405-412, abr. 2012.

SOARES, G. B. et al. Qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids tratados pelo serviço especializado em Vitória-ES, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1075-1084, abr. 2015.

SOAREZ, P. C. et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em aids no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 25, n. 1, p. 69-76, Jan. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). **Qualidade De Vida Em Pacientes HIV**, 1999. Disponível em: <<http://www.loja.elsevier.com.br/bibliotecadigital/questionario-hat-qol/>>. Acesso em: 12 jan 2014.

SOUZA, G. O.; TIBURCIO, A. A. C. M.; KOIKE, M. K. Appropriate adherence to antiretroviral therapy in the Alto Paranaíba, Minas Gerais, Brazil. **MedicalExpress**, São Paulo, v. 3, n. 3, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-04292016000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2016.

SOUZA, L. M. S.; SILVA, L. S.; PALMEIRA, A. T. Representações Sociais de caminhoneiros de rota Curta Sobre HIV / AIDS. **Revista Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 346-355, ago. 2014.

SOUZA, L. P. S. et al. Análise da clientela idosa portadora de HIV atendida em um centro ambulatorial em Montes Claros, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 767-776, dez. 2012.

SOUSA, P. K. R. et al. Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 202-207, mar./abr. 2013.

STASINOPOULOS D. M.; RIGBY R. A. Generalized additive models for location scale and shape (GAMLSS) in R. **Journal of Statistical Software**, Linz, v. 23, n. 7, Dec. 2007.

STERRANTINO, G. et al. Reported adherence supports patient preference for the single tablet regimen (STR) in the current cART era. **Patient Prefer Adherence**, Auckland, v. 6, p. 427-433, June 2012.

SU, X. et al. Perceived discrimination, social support, and perceived stress among people living with HIV/ AIDS in China. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 25, n. 2, p. 239-248, Feb. 2013.

SUIT, D.; PEREIRA, M. E.. Vivência de Estigma e Enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Psicologia UsP**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 317-340, jul./set. 2008.

SULIS, G. et al. Clinical and epidemiological features of HIV/AIDS infection among migrants at first access to healthcare services as compared to Italian patients in Italy: a retrospective multicentre study, 2000–2010. **Infection**, v. 42, n. 5, p. 859-867, Oct. 2014.

SURKAN, P. J. et al. Perceived discrimination and stigma toward children affected by HIV/AIDS and their HIV-positive caregivers in central Haiti. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 22, n. 7, p. 803-815, July 2010.

SZAFLARSKI, M. Spirituality and religion among HIV-infected individuals. **Current HIV/AIDS Reports**, Philadelphia, v. 10, n. 4, p. 324-32, Sep. 2013.

TAM, V. V. et al. "It is not that I forget, it's just that I don't want other people to know": barriers to and strategies for adherence to antiretroviral therapy among HIV patients in Northern Vietnam. **AIDS CARE**, Oxfordshire, v. 23, p. 139-145, Feb. 2011.

TAMAYO-ZULUAGA, B. et al. Estigma social en la atención de personas con VIH/SIDA por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín, Colombia. **Revista Ciencias de la Salud**, Bogotá, v.13, n.1, p. 9-23, jan. 2015.

TEIXEIRA, M. et al. Avaliação da qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 360-367, jul. 2015.

TELLO-VELASQUEZ, J. R. et al . La mala calidad de sueño se asocia a una menor adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes peruanos con

infección por VIH/SIDA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 989-1002, maio 2015.

THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Prevention Gap Report**, 2016. Disponível em: < http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL GROUP). The World Health Organization Quality of life assessment: positions paper from the world health organizations. **Social Science & Medicine**, New York, v. 46, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995.

TORMAN, V. B. L.; COSTER, R.; RIBOLDI, J. Normalidade de variáveis: métodos de verificação e comparação de alguns testes não-paramétricos por simulação. **Revista do Hospital das Clínicas**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 227-234, 2012.

TORRES, D. V. M.; MIRANDA, K. C. L.. Enfuvirtida para o tratamento do paciente com aids: o divisor de águas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, sup.1, p. 1133-42, jun. 2010.

TUFANO, C. S. et al . The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.133, n. 3, p. 179-186, jun. 2015.

VAN SIGHEM, A. I. et al. Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. **AIDS**, London, v. 24, n. 10, p. 1527-1535, June 2010.

VANCE, D. E. et al. The Role of Employment on Neurocognitive Reserve in Adults With HIV: A Review of the Literature. **The Journal of the AIDS Care Nurses Association: JANAC**, Philadelphia, v. 26, n. 4, p. 316-329, July/ Aug. 2015.

VARAS-DÍAZ, N. et al. The Role of Gender on HIV/AIDS Stigma among Medical Students in Puerto Rico: Implications for Training and Service Delivery. **Puerto Rico health sciences journal**, Puerto Rico, v. 31, n. 4, p. 220-222, Dec. 2012.

VERMEER, W. et al. Social and cognitive variables predicting voluntary HIV counseling and testing among Tanzanian medical students. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 75, n. 1, p. 135-140, Apr. 2009.

VIEIRA, G. D.; ALVES, T. C.; SOUSA, C. M. Perfil da aids em indivíduos acima de 50 anos na região amazônica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.61-66, mar. 2014.

VIEIRA, A. C. S. et al . A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Revista katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 196-206, dez. 2014.

VIGNALE R, CALANDRIA L. Calidad de vida de los pacientes com VIH/SIDA. **Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires**, Buenos Aires, v. 77, n. 2, p. 385-389, jul./dec. 1999.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da AIDS (1986-2006). **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e0010013, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072016000100302&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2016.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de Vida – concepções básicas voltadas à saúde. In: VILARTA, R.; GONÇALVES, A. **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004, p. 27-62.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face a epidemia da AIDS e a assistência as pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, mar./abr. 2013.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 531-540, set. 2015.

VULETIC, V. et al. Difficulties with diagnosis and consequential poor outcome due to stigma of acquired immunodeficiency syndrome – a case report. **Pathog Glob Health**, London, v. 107, n. 6, p. 325-328, Sep. 2013.

WATTS, D. J.; STROGATZ, S. H. Collective dynamics of ‘small-world’ networks. **Nature**, New York, v. 393, p. 440-442, June 1998.

WEISS, R. A. Twenty-five years of human immunodeficiency virus research: successes and challenges. **Clinical & Experimental Immunology**, London, v. 152, n. 2, p. 201-210, May 2008.

WICKHAM, H. ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. In WICKHAM, H (org.), **Getting Started with ggplot2**. New York: Springer-Verlag, 2009. p. 11-31.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Basic Documents**, 2009. Genebra. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Drug Report**, 2014. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/Pub licacoes/World _Drug_Report_2014_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/Pub%20licacoes/World_Drug_Report_2014_web.pdf)>. Acesso em: 10 abr 2016.

WYROD, R. Masculinity and the persistence of AIDS stigma. **Culture, Health & Sexuality**, London, v. 3, n. 4, p. 443-456, Apr. 2011.

YADAV S. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 157-166, Mar. 2010.

YAYA, I. et al. Sexual risk behavior among people living with HIV and AIDS on antiretroviral therapy at the regional hospital of Sokodé, Togo. **Bio Med Central Public Health**, Tóquio, v. 14, n. 636, June 2014.

YOUCHUN, Z. et al. Sexual Health Knowledge and Health Practices of Female Sex Workers in Liuzhou, China, Differ by Size of Venue. **AIDS and Behavior**, New York, v.18, n. 2, p. 62-170, Feb. 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 41-58, abr. 2013.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos Instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL – bref e SF – 36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares**. São Paulo, 2006. 135f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo - São Paulo, 2006.

ZANG, C.; HE, X.; LIU, H. Selective Disclosure of HIV Status in Egocentric Support Networks of People Living with HIV/AIDS. **AIDS Behavior**, New York, v. 19, n. 1, p. 72-80, jan. 2015.

ZEITOUNE, R. C. G.; et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-63, jan./mar. 2012.

ZEÑA, C. D. et al. Impact of hospital-associated anxiety and depression on the CD4 counts of naïve HIV/AIDS patients from locations in Northern Peru. **International Journal of Infectious Diseases**, Amsterdam, v. 13, n. 2, p. 75-76, Mar. 2009.

ZHANG, Y. X. et al. Coping Strategies for HIV-Related Stigma in Liuzhou, China. **AIDS and Behavior**, New York, v. 18, n. 2, p. 212-220, Feb. 2014.

ZULE, W. et al. Alcohol and drug use outcomes among vulnerable women living with HIV: results from the Western Cape Women's Health CoOp. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 26, n. 12, p. 1494-1499, Dec. 2014.

Apêndices

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	CÓDIGOS
1-Matrícula: _____	
2-Sexo: ( ) 1-Masculino ( ) 2 – Feminino	SEX -
3-Data de Nascimento: ____/____/____	DN -
4- Idade: _____	ID -
5-Naturalidade: _____ UF: _____	NAT-
6- Procedência: _____ UF: _____	PROC-
7-Escolaridade: (anos de estudos concluídos): _____	ESCOL -
8-Situação Conjugal: ( ) 1-Solteiro ( ) 2-Casado/Amasiado ( ) 3- Viúvo/Separado	EST_CIV -
9- Possui filhos (as)? ( ) 1- Não ( ) 2-Sim Quantos? _____	FILHO -
10-Profissão: _____	PROFI-
11- Situação de Empregabilidade: ( ) 1- Empregado ( ) 2-Desempregado ( ) 3-Autônomo	SITU_EMPREG-
12- Ocupação Atual: ( ) 4-Do lar ( ) 5-Estudante ( ) -Afastado ( ) -Aposentado	OCUP -
13- Aposentado: Se aposentado, aponte o motivo: _____	APOS -
14- Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos): _____	QTAS_PES -
15 -A condição de sua moradia: ( ) 1-Própria ( ) 2-Alugada ( ) 3-Emprestada ( ) 4-Mora em casa de outra pessoa (pais, amigos,sogro, parentes, etc.)	COND_CASA -
16- Renda individual (leia-se: SM=salários mínimos): _____	REND_IND -
17- Renda familiar: (leia-se: SM=salários mínimos): _____	REND_FAM -
18- Religião: ( ) 1-Católica ( ) 2-Evangélica ( ) 3-Protestante ( ) 4-Espírita ( ) 5-Outra : _____	RELIG -
19- Religião praticante: ( ) 1-Católica ( ) 2-Evangélica ( ) 3-Protestante ( ) 4-Espírita ( ) 5-Outra : _____ ( ) 6-Não praticante	RELIG_PRAT -
20-Já conviveu ou convive com outra pessoa com aids na família? ( ) 1-Não ( ) 2-Sim Qual o grau de parentesco: _____	AIDS_FAM -
DADOS DA VIDA AFETIVO-SEXUAL	
21-Orientação sexual: ( ) 1-Heterossexual ( ) 2-Homossexual ( ) 3-Bissexual	ORIENT_SEX -
22- Parceiro Afetivo-sexual: ( ) 1-Não ( ) 2-Sim	PARC_SEX -
23- Seu parceiro afetivo é: ( ) 1-Fixo ( ) 2- Eventual ( ) 3- Não se aplica.	TP_PARC_SEX -
24-Sorologia do parceiro (a) fixo: ( ) 1-Não fez ( ) 2-Positiva ( ) 3-Negativa ( ) 4-Não sabe se fez	SORO_PARC_FIX-
25-Sorologia do parceiro (a) eventual: ( ) 1-Não fez ( ) 2-Positiva ( ) 3-Negativa ( ) 4-Não sabe se fez	SORO_PARC_EVEN-
26-Use de preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo: ( ) 1-Sempre ( ) 2-Nunca ( ) 3-Usou menos da metade das vezes ( ) 4-Usou mais da metade das vezes	PRESER_FIX-
27-Use de preservativo nos últimos 12 meses com parceiro eventual: ( ) 1-Sempre ( ) 2-Nunca ( ) 3-Usou menos da metade das vezes ( ) 4-Usou mais da metade das vezes	PRESER_EVEN-
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, TRATAMENTO, CLÍNICOS, E DE USO DE DROGAS	
28-Data do diagnóstico do HIV: _____	DATA_DIAG -
29- Quem sabe do seu diagnóstico: _____	QUEM_SAB -

30- Fez uso de álcool e outras drogas nos últimos 12 meses: ( ) 1-Não ( ) 2-Sim	USO_DROG -
31- Definir a frequência de uso das drogas: (1- Usa frequentemente 2-Usa de vez em quando 3-Não se aplica) ( ) 1-Álcool ( ) 2- Maconha ( ) 3- Cocaína aspirada ( ) 4- Cocaína injetável ( ) 5-Crack ( ) 6- Heroína ( ) 7- Cigarro ( ) 8- Outras _____	FREQ_DROG -
32-Categoria de Exposição: ( ) 1- Sexual ( ) 2- Transfusão de sangue ou hemoderivados ( ) 3- Ocupacional ( ) 4- Compartilhamento de seringas/agulhas ( ) 5-Transmissão vertical ( ) 6- Não sabe	EXPO -
33- Número de internações associadas ao HIV: _____	INTER -
34-Início do Regime Terapêutico (ARV): _____	TERAP -
35-Já interrompeu o tratamento alguma vez? ( ) 1-Não ( ) 2-Sim	INT_TRAT-
36- Se interrompeu o tratamento, dizer o motivo: ( ) 1-Por ordem médica ( ) 2-Por conta própria ( ) 3- Outro motivo: _____ ( ) 4- Não se aplica	PQ_INT -
37- Data do último exame: _____ Cópias de Carga Viral: _____	CPO_CV-
38- Log da Carga viral: _____	LOG_CV-
39- Cópias células CD4: _____	CD4-
40- Cópias células CD8: _____	CD8-
41-Presença de Comorbidades: ( ) 1-Não ( ) 2-Sim Quais: _____	COMOR -
42- Se faz uso de TARV: ( ) 1-Não ( ) 2-Sim Quais: _____	USO_ATV-
43-Apresenta efeitos colaterais no uso dos medicamentosos: ( ) 1-Não ( ) 2-Sim Quais: _____	EF_ADV -
44- Depende de ajuda para realizar cuidados relacionado a sua saúde: ( ) 1-Não ( ) 2-Sim Que cuidados: _____ Quem são os cuidadores: _____	AJUD_CUIDS -

APÊNDICE B

SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO

● **julianocaliari de souza caliari** <julianocaliari@yahoo.com.br>
Para cferrans@uic.edu

09/01/15 às 4:47 PM ↗

Dear Professor Dr. Carol Estwing Ferrans,

My name is Juliano de Souza Caliari. I am a nurse and student in the doctoral program in the School of Nursing, University of São Paulo, USP, in the city of Ribeirão Preto, Brazil; and I'm working with the stigma on people living with HIV.

In my study I am using the scale published in his article "Measuring Stigma in People With HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale," which has been used in other studies in Brazil and validated for the Portuguese.

I've tried many contacts with the first author of the study, Mrs. Barbara E. Berger, but without success. Now I'm sending an e-mail to ask you for two things:

1. If possible, I would love that you authorize the use of stigmatization of scale in my work. If you agree, I'll do the form and send by email so that you sign.
- 2 From what I saw on your resume, the lady has worked hard with cancer, and I would love to be able to study further the issue of stigma and HIV, and I have much interest in staying a few months following the work of a researcher in this area. If the lady is interested in having me or if you can direct me to some research in this area, I'll be very grateful.

I apologize for my English and I thank you.

Juliano

● **Berger, Barbara** <beberger@uic.edu>
Para 'julianocaliari de souza caliari'

📧 09/09/15 às 4:30 PM

Dear Juliano --

Thank you for your interest in the Berger HIV Stigma Scale. I apologize for the delay in responding, but was away from the office all summer, and lost track of your email in one of my spam folders when I returned.

I am attaching electronic copies of the HIV Stigma Scale and its scoring instructions. You will notice that there are tiny numbers on the far right of each item in the scale -- these indicate which subscale(s) that item contributes to when calculating the subscale scores, but I do recommend removing them from any version given to research participants since some people may find them confusing or puzzling.

At this point, I have no other information for you on scoring or norming this instrument. We used the instrument primarily to investigate the relationships among the subscales rather than the meaning of any particular score value (i.e., is this value high stigma or low stigma?; we didn't investigate that at all). I am not familiar with Dr. Pereira's work in translating and validating the Scale in Portuguese.

If you find that the Berger HIV Stigma Scale fits your research plans, you have my permission to use it for research purposes; there is no charge for using this instrument for research purposes. However, we do ask that you please use the following citation when referencing the instrument:

Berger, B, Ferrans, CE, & Lashley, FR. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. Research in Nursing and Health, 24, 518-529.

Thanks again for your interest, and best wishes on your research --
Barb Berger

APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO PARA USO DA ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Prezada pesquisadora, Sra. Dra. Dafne Andrea Vásquez Suit, como já fora solicitado por mensagem eletrônica, venho por meio deste solicitar a sua autorização para uso da Escala de Estigmatização para Portador do HIV, a qual foi validada em estudo realizado em parceria com o Prof. Marcos Emanuel Pereira, utilizada em sua dissertação de mestrado e publicada na Revista de Psicologia da USP em 2008.

Sendo assim, gostaria de pedir a sua autorização para uso da mesma em meu projeto, o qual trabalhará com uma população de pessoas que vivem com HIV/aids, de Minas Gerais.

Aguardo sua resposta e desde já agradeço a atenção.

Att.,

Ribeirão Preto, 15 de outubro de 2014.

Juliano de Souza Caliari

Doutorando Escola de Enfermagem Ribeirão Preto – EERP/USP

APÊNDICE D

AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO PARA PORTADOR DO HIV

Em virtude da solicitação feita por Juliano de Souza Caliri, para uso da Escala de Estigmatização para portadores do HIV, segue a resposta:

- ☒ Autorizo o uso da Escala de Estigmatização para portador de HIV.
☐ Não autorizo o uso da Escala de Estigmatização para portador de HIV.

Observações: (caso sejam necessárias)

Att.,

Salvador, 21 de Outubro de 2014.

Dafne Sui

Dra. Dafne Andrea Vásquez Sui

APÊNDICE E

SOLICITAÇÃO PARA USO DA ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS PORTADORAS DO HIV/AIDS

Prezada Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl, como já fora solicitado por mensagem eletrônica, venho por meio deste solicitar a sua autorização para uso da Escala de Suporte Social para pessoas portadoras do HIV/aids, a qual é direcionada para pessoas com HIV/aids e foi validada em estudo realizado em parceria com o professor Dr. Bartholomeu T. Troccoli e publicada no periódico *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, de setembro – dezembro de 2006.

Sendo assim, gostaria de pedir a sua autorização para uso da mesma em meu projeto, o qual trabalhará com uma população de pessoas que vivem com HIV/aids, de Minas Gerais.

Aguardo sua resposta e desde já agradeço a atenção.

Att.,

Ribeirão Preto, 15 de outubro de 2014.

Juliano de Souza Caliari

Doutorando Escola de Enfermagem Ribeirão Preto – EERP/USP

APÊNDICE F

AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS PORTADORAS DO HIV/AIDS

Em virtude da solicitação feita por Juliano de Souza Caliari, para uso da Escala de Suporte Social, segue a resposta:

☒ Autorizo o uso da Escala de Suporte Social Para Pessoas Portadoras do HIV/aids.

( ) Não autorizo o uso da Escala de Suporte Social Para Pessoas Portadoras do HIV/aids.

Observações: (caso sejam necessárias)

Att.,

Brazlândia, DF, 21 de 10 de 2014.

Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

APÊNDICE G

LIBERAÇÃO DA ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PARA PESSOAS QUE
VIVEM COM HIV/AIDS - HAT-QOL

Solicitação: autorização para uso de instrumento HAT-QoL(3)

» Eu

1 de Abr ★

Para patricia.soarez@cpes.org.br

Prezada

Dra. Patricia Coelho de Soárez,

sou enfermeiro e estou fazendo o doutorado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E gostaria de utilizar, em minha coleta de dados o questionário de qualidade de vida em aids no Brasil, o HAT-QoL; o qual foi validado pela senhora e pelos senhores, Adauto Castelo, Paulo Abrão, William C. Holmes e Rosana Mesquita Ciconelli, cuja publicação pode ser lida na Revista Panamericana de Saúde Publica de 2009.

Assim, peço a sua autorização para uso do mesmo.

Aguardo retorno.

Prof. Msc. Juliano de Souza Caliani
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais
Rua Mário Ribola, 409 - Bairro Penha II
CEP: 37.903-358 - Passos - MG
Fone: (35) 9196 - 8522 /tim (16) 8857-2710/oi

» Patricia Coelho de Soarez

2 de Abr ★

Para Eu

Caro Juliano,
Autorizo o uso da versão em português. Recomendo solicitar autorização do Prof. William Holmes, idealizador da ferramenta.

Atenciosamente,
Patrícia

Patrícia Coelho de Soárez, MPH, PhD
Professora Doutora
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Estigmatização de pessoas que vivem com HIV / aids e sua relação com suporte social e qualidade de vida.

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Avaliar a qualidade de vida de portadores de HIV/ aids, no município de Ribeirão Preto, correlacionando com estigmatização, esperança e suporte social, além de buscar sua caracterização, do ponto de vista sociodemográfico e clínico.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário, previamente formulado.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos: O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo(a) pesquisador(a), eu _____, RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

Passos, ____/____/____

_____
Assinatura do sujeito de pesquisa

_____
Juliano de Souza Caliri
Assinatura do responsável pelo projeto

.....
CONTATO: Responsável: Rua Mário Ribola, 409, Bairro Penha II, Passos-MG; CEP 37.903-358.

Telefone: (0xx35) 3526 - 4856. E-mail: julianocaliri@yahoo.com.br

Comitê de Ética: Av. Juca Stockler, 1130 | Bairro Belo Horizonte | Passos/MG | CEP 37900-106 | Telefones: **0800 283 0336**
/ (35) 3529-6015 / 3529-6007

APÊNDICE I

ESCORES DOS DOMÍNIOS DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO

Sujeito domínios	Escala de Estigmatização				Escala de Suporte Social		Questionário HAT-QoL								
	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1,2	1,2	1,4	1,6	4,0	3,5	66,7	81,3	37,5	,0	20,0	,0	60,0	100,0	25,0
2	2,4	3,6	3,3	3,1	3,0	4,3	75,0	100,0	25,0	16,7	70,0	12,5	40,0	100,0	50,0
3	3,1	2,5	2,8	2,8	2,4	3,7	50,0	50,0	12,5	,0	100,0	100,0	85,0	100,0	100,0
4	1,6	3,7	2,2	2,3	3,5	4,6	75,0	43,8	12,5	,0	70,0	75,0	,0	100,0	,0
5	1,2	1,6	1,5	1,5	3,1	3,4	66,7	50,0	100,0	100,0	95,0	100,0	100,0	66,7	25,0
6	3,7	3,3	3,5	3,6	1,8	2,6	20,8	6,3	18,8	8,3	65,0	,0	35,0	100,0	12,5
7	1,6	1,8	2,1	2,0	4,0	5,0	83,3	75,0	50,0	,0	90,0	37,5	100,0	100,0	75,0
8	2,9	3,3	2,7	3,0	2,6	2,4	33,3	12,5	12,5	33,3	60,0	50,0	30,0	25,0	,0
9	3,6	3,8	3,5	3,8	3,3	2,3	29,2	25,0	,0	,0	35,0	,0	20,0	100,0	,0
10	1,0	1,8	1,5	1,4	2,6	4,5	91,7	100,0	25,0	33,3	100,0	100,0	90,0	100,0	62,5
11	1,3	3,7	2,9	2,5	2,7	5,0	54,2	81,3	37,5	16,7	80,0	50,0	,0	100,0	75,0
12	2,6	3,0	2,2	2,7	2,6	4,3	41,7	43,8	31,3	58,3	80,0	50,0	25,0	100,0	75,0
13	3,8	3,7	4,0	4,0	3,0	4,2	50,0	6,3	93,8	50,0	100,0	,0	,0	100,0	50,0
14	3,1	3,7	2,7	3,4	2,1	2,8	45,8	31,3	12,5	25,0	70,0	100,0	5,0	16,7	50,0
15	2,1	2,0	1,8	2,4	3,6	4,8	12,5	31,3	43,8	66,7	65,0	50,0	60,0	25,0	100,0
16	3,4	3,3	2,5	3,6	1,1	1,0	45,8	43,8	81,3	,0	25,0	100,0	,0	100,0	50,0
17	3,8	4,0	3,8	4,0	3,6	3,8	62,5	25,0	31,3	,0	80,0	,0	20,0	100,0	12,5
18	2,2	3,8	2,0	2,6	2,5	3,6	54,2	12,5	18,8	16,7	65,0	50,0	,0	8,3	100,0
19	2,4	4,0	1,9	3,2	1,2	2,8	83,3	100,0	87,5	75,0	90,0	100,0	,0	16,7	100,0
20	3,2	3,2	2,5	3,1	1,9	2,5	50,0	31,3	62,5	58,3	80,0	100,0	,0	8,3	62,5
21	1,6	3,5	2,2	2,6	3,2	2,8	41,7	18,8	12,5	50,0	85,0	87,5	40,0	33,3	12,5
22	4,0	4,0	4,0	4,0	1,2	1,2	87,5	62,5	87,5	25,0	100,0	50,0	45,0	66,7	25,0
23	3,6	3,6	3,6	3,6	2,3	2,6	79,2	50,0	43,8	58,3	95,0	25,0	20,0	75,0	,0
24	4,0	3,2	3,2	4,0	1,2	2,1	16,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	100,0	100,0
25	2,6	2,2	1,5	2,8	2,4	3,5	16,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	100,0	100,0
26	2,6	3,5	3,3	3,3	4,3	5,0	75,0	50,0	31,3	8,3	80,0	25,0	40,0	75,0	50,0
27	2,1	3,5	2,2	2,8	3,4	3,3	33,3	12,5	50,0	91,7	95,0	50,0	60,0	58,3	25,0
28	2,2	3,1	2,8	2,7	2,5	4,0	16,7	93,8	,0	75,0	100,0	75,0	,0	100,0	50,0
29	1,2	3,4	2,2	2,4	1,8	2,3	33,3	37,5	100,0	,0	100,0	100,0	,0	100,0	,0
30	3,9	3,6	3,5	3,7	3,8	4,0	50,0	50,0	93,8	100,0	100,0	100,0	,0	100,0	25,0
31	1,2	2,6	2,2	2,0	2,7	2,9	33,3	100,0	75,0	,0	95,0	100,0	50,0	100,0	50,0
32	3,5	3,8	3,3	3,7	2,8	3,4	66,7	56,3	75,0	50,0	100,0	37,5	,0	100,0	50,0
33	2,6	2,3	2,5	2,5	3,9	4,0	50,0	50,0	75,0	,0	50,0	100,0	80,0	100,0	75,0
34	3,0	2,8	2,8	3,1	1,9	2,8	33,3	37,5	75,0	25,0	100,0	100,0	25,0	75,0	25,0
35	2,7	2,9	2,9	2,8	3,7	4,3	33,3	87,5	37,5	100,0	100,0	100,0	70,0	100,0	25,0
36	2,2	3,6	3,1	2,8	2,6	3,2	79,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0	50,0
37	1,4	3,4	2,1	2,3	2,8	4,6	29,2	100,0	100,0	,0	100,0	100,0	,0	100,0	12,5
38	3,1	2,8	2,8	3,1	1,6	4,0	50,0	43,8	75,0	,0	75,0	100,0	50,0	100,0	,0
39	2,4	2,6	2,5	2,4	3,4	4,7	33,3	75,0	75,0	75,0	,0	50,0	25,0	100,0	100,0
40	1,2	1,9	1,8	1,7	4,6	3,7	33,3	50,0	100,0	50,0	90,0	100,0	100,0	100,0	,0
41	1,1	1,4	1,7	1,4	3,9	4,5	16,7	25,0	93,8	75,0	70,0	75,0	,0	100,0	25,0
42	1,2	1,3	1,7	1,2	2,8	3,0	33,3	50,0	87,5	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
43	1,0	1,3	1,2	1,0	3,2	3,0	16,7	75,0	62,5	50,0	50,0	25,0	25,0	75,0	25,0

44	1,2	1,3	1,7	1,3	2,4	3,2	50,0	25,0	100,0	,0	85,0	75,0	,0	100,0	100,0
45	2,0	2,1	2,1	2,0	3,1	3,5	50,0	50,0	87,5	,0	85,0	75,0	50,0	100,0	,0
46	2,0	2,1	2,0	2,0	3,4	1,7	50,0	50,0	87,5	,0	85,0	75,0	50,0	100,0	,0
47	1,3	2,9	1,6	1,8	4,6	5,0	33,3	75,0	75,0	25,0	100,0	100,0	,0	100,0	75,0
48	2,6	2,7	2,4	2,7	3,2	3,6	25,0	,0	,0	,0	50,0	62,5	90,0	33,3	87,5
49	4,0	4,0	4,0	4,0	1,5	2,1	75,0	25,0	31,3	25,0	85,0	25,0	5,0	50,0	,0
50	4,0	4,0	3,4	4,0	1,9	2,8	83,3	,0	6,3	,0	55,0	100,0	,0	50,0	100,0
51	2,0	1,3	1,8	2,0	3,6	5,0	50,0	50,0	12,5	,0	70,0	50,0	100,0	33,3	,0
52	2,7	3,6	2,5	2,9	3,3	4,1	95,8	100,0	68,8	66,7	95,0	50,0	40,0	100,0	25,0
53	1,0	1,0	1,2	1,1	2,7	3,9	54,2	18,8	,0	25,0	25,0	50,0	95,0	75,0	37,5
54	2,4	3,3	3,2	2,6	2,3	2,9	4,2	,0	,0	,0	50,0	,0	,0	50,0	,0
55	1,4	3,1	1,8	2,0	1,7	5,0	95,8	100,0	75,0	100,0	100,0	100,0	,0	100,0	100,0
56	4,0	4,0	4,0	4,0	1,0	1,0	79,2	,0	,0	16,7	40,0	,0	10,0	66,7	,0
57	2,6	2,8	1,9	2,5	3,3	4,0	16,7	37,5	56,3	,0	100,0	100,0	,0	75,0	100,0
58	2,8	2,1	2,2	2,2	2,9	2,9	66,7	50,0	6,3	,0	,0	100,0	85,0	33,3	100,0
59	2,8	2,9	2,5	2,9	2,0	3,1	58,3	25,0	12,5	,0	55,0	62,5	15,0	50,0	50,0
60	2,9	3,1	2,5	2,9	2,8	3,5	50,0	12,5	,0	25,0	55,0	62,5	50,0	50,0	50,0
61	2,9	3,1	2,6	3,1	2,1	3,3	33,3	25,0	,0	,0	80,0	87,5	,0	33,3	62,5
62	3,0	2,9	2,9	3,0	3,0	5,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	75,0	60,0	100,0	75,0
63	1,5	3,3	2,4	2,5	3,6	4,7	4,2	18,8	,0	,0	,0	100,0	,0	,0	,0
64	1,0	1,3	1,2	1,0	3,4	5,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	25,0
65	1,6	1,9	1,9	1,8	2,6	5,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	25,0	90,0	100,0	100,0
66	4,0	3,7	3,8	4,0	3,0	3,0	100,0	100,0	93,8	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0	,0
67	3,7	3,7	4,0	3,9	1,9	1,1	,0	,0	,0	25,0	50,0	12,5	,0	75,0	25,0
68	1,6	3,3	2,2	2,5	4,2	4,3	100,0	75,0	100,0	100,0	95,0	100,0	,0	100,0	,0
69	1,4	2,3	2,1	1,8	3,1	3,3	95,8	62,5	68,8	25,0	90,0	50,0	,0	100,0	,0
70	2,1	2,4	2,0	2,1	2,2	2,0	95,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	25,0	100,0
71	3,7	4,0	3,3	3,8	2,9	3,3	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	25,0	40,0	100,0	50,0
72	3,7	4,0	3,3	3,8	2,9	3,3	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	25,0	40,0	100,0	50,0
73	2,1	2,2	1,8	2,2	2,9	2,7	83,3	25,0	,0	,0	20,0	100,0	95,0	33,3	50,0
74	1,0	1,3	1,2	1,0	2,1	3,2	100,0	100,0	100,0	25,0	20,0	75,0	100,0	75,0	100,0
75	2,4	2,2	2,5	2,6	3,0	4,5	33,3	75,0	25,0	25,0	80,0	,0	85,0	83,3	100,0
76	2,8	2,5	2,5	2,7	4,7	5,0	75,0	56,3	12,5	50,0	75,0	,0	100,0	50,0	100,0
77	3,8	3,7	3,0	3,9	3,0	3,7	50,0	75,0	100,0	25,0	90,0	100,0	,0	100,0	,0
78	1,0	2,6	2,0	1,7	3,0	5,0	91,7	100,0	87,5	75,0	100,0	100,0	,0	100,0	100,0
79	1,5	3,3	2,8	2,6	3,6	4,8	66,7	18,8	6,3	,0	,0	100,0	,0	100,0	,0
80	2,8	2,8	2,8	2,9	2,7	3,3	50,0	93,8	25,0	16,7	100,0	37,5	,0	100,0	25,0
81	2,3	3,2	2,5	2,6	3,1	3,4	62,5	62,5	68,8	25,0	75,0	100,0	55,0	100,0	,0
82	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,7	29,2	31,3	50,0	,0	80,0	50,0	80,0	100,0	100,0
83	2,0	2,9	2,2	2,2	3,9	4,1	45,8	6,3	62,5	91,7	100,0	75,0	80,0	100,0	100,0
84	2,4	2,8	2,5	2,7	2,3	3,5	83,3	81,3	75,0	33,3	100,0	50,0	,0	100,0	100,0
85	2,3	2,7	2,5	2,6	2,7	3,5	91,7	100,0	100,0	33,3	100,0	,0	30,0	100,0	100,0
86	2,6	2,8	2,5	2,7	3,3	3,5	16,7	,0	,0	33,3	30,0	,0	,0	91,7	87,5
87	2,1	2,7	2,2	2,4	2,5	3,9	41,7	93,8	87,5	91,7	100,0	75,0	25,0	100,0	75,0
88	1,2	2,8	1,6	1,8	2,6	3,0	100,0	100,0	100,0	25,0	100,0	100,0	,0	100,0	50,0
89	1,4	2,7	2,1	2,4	2,6	5,0	66,7	100,0	50,0	75,0	75,0	100,0	,0	100,0	50,0
90	2,2	2,4	2,3	2,3	2,3	4,6	75,0	87,5	75,0	,0	90,0	100,0	40,0	58,3	87,5
91	2,5	2,8	2,5	2,8	2,9	2,9	41,7	100,0	37,5	25,0	40,0	,0	30,0	100,0	75,0
92	2,3	2,5	2,2	2,5	2,3	4,5	100,0	87,5	75,0	50,0	85,0	50,0	100,0	100,0	100,0
93	2,4	3,1	2,5	2,7	3,3	4,5	70,8	100,0	50,0	58,3	80,0	,0	80,0	100,0	75,0
94	2,0	2,2	2,2	2,0	3,7	4,5	83,3	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	,0	100,0
95	2,2	2,2	2,1	2,5	3,4	4,5	41,7	100,0	87,5	25,0	60,0	100,0	100,0	100,0	100,0

96	2,1	2,5	2,2	2,1	3,0	3,3	66,7	100,0	43,8	50,0	65,0	62,5	30,0	100,0	100,0
97	4,0	3,5	3,6	3,9	2,6	5,0	66,7	50,0	,0	25,0	,0	50,0	,0	50,0	100,0
98	1,2	1,9	1,5	1,6	2,6	5,0	83,3	100,0	25,0	25,0	100,0	100,0	30,0	100,0	25,0
99	3,9	3,4	3,3	3,9	2,7	5,0	4,2	37,5	6,3	,0	100,0	100,0	20,0	100,0	25,0
100	2,4	2,9	2,5	2,6	3,3	4,5	95,8	62,5	81,3	91,7	80,0	25,0	,0	100,0	100,0
101	2,2	3,0	2,3	2,5	3,7	4,5	95,8	87,5	87,5	91,7	80,0	100,0	40,0	100,0	100,0
102	2,0	2,2	2,0	2,1	3,0	3,0	100,0	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0	20,0	100,0	75,0
103	2,7	2,7	2,8	2,9	2,3	3,7	75,0	62,5	87,5	66,7	90,0	100,0	40,0	83,3	,0
104	2,4	2,4	2,5	2,5	3,1	3,5	100,0	100,0	100,0	100,0	95,0	100,0	80,0	100,0	100,0
105	4,0	3,4	3,8	4,0	3,2	3,0	100,0	75,0	25,0	,0	95,0	25,0	50,0	100,0	,0
106	2,1	2,6	2,4	2,2	3,1	3,5	41,7	25,0	6,3	66,7	10,0	25,0	65,0	100,0	25,0
107	2,5	2,7	2,4	2,4	2,9	3,4	70,8	75,0	81,3	75,0	80,0	100,0	20,0	100,0	100,0
108	2,3	3,1	2,6	2,6	1,9	4,5	95,8	43,8	68,8	,0	100,0	100,0	25,0	100,0	100,0
109	2,0	2,5	2,1	2,1	3,1	3,1	87,5	100,0	100,0	75,0	,0	50,0	60,0	75,0	87,5
110	3,4	3,6	3,1	3,8	3,2	2,1	75,0	100,0	,0	,0	100,0	100,0	5,0	100,0	,0
111	2,2	2,7	2,2	2,5	3,1	4,5	33,3	87,5	81,3	25,0	75,0	87,5	80,0	100,0	100,0
112	3,0	3,5	3,4	3,3	3,2	2,5	79,2	50,0	100,0	,0	100,0	100,0	20,0	50,0	50,0
113	2,2	2,7	2,2	2,5	3,3	4,5	54,2	81,3	37,5	66,7	40,0	,0	100,0	100,0	75,0
114	1,3	3,2	1,9	2,3	3,0	2,3	83,3	100,0	37,5	,0	100,0	,0	,0	100,0	100,0
115	2,5	2,8	2,5	2,8	3,0	2,9	54,2	100,0	37,5	25,0	80,0	,0	35,0	100,0	100,0
116	2,3	2,7	2,0	2,5	3,4	3,7	75,0	100,0	100,0	75,0	100,0	100,0	25,0	100,0	,0
117	2,0	2,9	2,3	2,6	3,4	5,0	62,5	43,8	50,0	,0	90,0	50,0	30,0	100,0	,0
118	2,4	3,2	2,4	2,7	2,9	4,5	25,0	75,0	43,8	100,0	95,0	100,0	55,0	100,0	100,0
119	3,7	3,7	2,9	3,8	2,6	2,3	83,3	81,3	100,0	75,0	100,0	75,0	,0	100,0	50,0
120	2,3	3,0	2,4	2,9	3,1	2,8	33,3	18,8	18,8	,0	100,0	75,0	,0	75,0	,0
121	2,4	2,4	1,8	2,9	3,0	5,0	95,8	100,0	50,0	75,0	50,0	100,0	80,0	100,0	25,0
122	2,6	2,4	2,8	2,6	4,5	3,8	50,0	25,0	56,3	75,0	90,0	50,0	80,0	100,0	100,0
123	2,2	2,1	2,1	2,1	2,0	2,3	25,0	12,5	12,5	,0	65,0	,0	100,0	50,0	,0
124	2,2	2,6	1,9	2,3	3,0	3,4	33,3	68,8	100,0	25,0	90,0	,0	100,0	33,3	25,0
125	2,1	2,6	2,2	2,4	3,4	5,0	100,0	100,0	100,0	25,0	70,0	,0	80,0	50,0	100,0
126	2,2	2,6	2,2	2,5	2,5	4,1	95,8	81,3	100,0	25,0	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0
127	2,5	3,1	2,3	2,7	3,8	4,5	91,7	56,3	87,5	50,0	100,0	87,5	40,0	100,0	25,0
128	2,0	2,2	2,0	2,1	4,1	4,5	100,0	93,8	100,0	83,3	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0
129	4,0	2,8	2,8	3,7	3,4	5,0	70,8	75,0	100,0	100,0	75,0	75,0	,0	100,0	100,0
130	2,9	3,9	3,2	3,2	3,0	3,7	91,7	100,0	100,0	25,0	90,0	100,0	,0	100,0	75,0
131	1,9	2,4	2,4	2,1	3,4	3,7	79,2	56,3	43,8	16,7	60,0	12,5	35,0	75,0	12,5
132	2,8	3,4	3,1	3,0	2,7	1,5	20,8	18,8	93,8	,0	20,0	,0	15,0	25,0	25,0
133	2,0	2,2	2,1	2,0	3,4	3,5	50,0	43,8	25,0	,0	70,0	50,0	80,0	50,0	100,0
134	2,0	2,2	2,2	2,3	3,4	5,0	83,3	100,0	75,0	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	,0
135	1,6	3,7	2,7	2,6	3,4	4,8	66,7	50,0	87,5	75,0	50,0	62,5	10,0	100,0	,0
136	2,7	3,0	2,7	2,8	4,8	3,9	41,7	81,3	37,5	,0	75,0	,0	,0	75,0	100,0
137	2,1	3,7	2,5	2,8	3,4	2,9	54,2	50,0	81,3	100,0	100,0	100,0	,0	100,0	100,0
138	2,2	3,2	2,3	2,2	2,0	2,0	79,2	68,8	93,8	66,7	80,0	100,0	15,0	83,3	100,0
139	1,9	3,1	1,8	2,2	2,6	2,8	100,0	100,0	25,0	,0	85,0	87,5	5,0	100,0	100,0
140	3,8	3,4	2,7	3,7	3,4	5,0	66,7	100,0	68,8	,0	90,0	75,0	20,0	100,0	100,0
141	1,0	1,8	1,2	1,3	3,4	5,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	60,0	100,0	100,0
142	2,3	3,0	2,9	2,8	3,6	3,7	100,0	100,0	100,0	100,0	90,0	100,0	40,0	100,0	100,0
143	2,0	2,3	2,2	2,2	2,0	3,3	,0	,0	25,0	,0	20,0	50,0	70,0	41,7	75,0
144	2,8	2,5	1,9	2,9	3,0	5,0	87,5	100,0	100,0	100,0	95,0	100,0	80,0	100,0	,0
145	2,6	2,2	2,2	2,4	2,0	4,1	70,8	100,0	37,5	8,3	85,0	,0	100,0	100,0	25,0
146	1,4	2,4	2,3	2,0	3,0	2,2	70,8	75,0	25,0	,0	100,0	75,0	,0	100,0	100,0
147	1,0	2,5	1,5	1,7	3,4	5,0	100,0	100,0	75,0	50,0	90,0	100,0	,0	100,0	100,0

148	1,5	1,9	1,9	2,1	4,2	5,0	62,5	100,0	100,0	,0	100,0	100,0	,0	100,0	100,0
149	1,3	3,2	2,2	2,3	3,5	5,0	66,7	68,8	100,0	,0	100,0	75,0	,0	,0	100,0
150	1,6	1,4	1,7	1,6	3,1	3,4	100,0	100,0	100,0	25,0	100,0	100,0	95,0	100,0	100,0
151	2,3	2,1	2,2	2,4	3,0	3,0	79,2	25,0	31,3	100,0	95,0	100,0	60,0	100,0	100,0
152	2,3	3,5	2,6	2,9	3,0	4,3	62,5	43,8	12,5	,0	55,0	100,0	25,0	100,0	100,0
153	2,3	3,0	2,5	2,6	4,1	4,5	91,7	87,5	25,0	25,0	85,0	100,0	40,0	100,0	100,0
154	2,9	2,6	2,9	3,0	1,9	3,0	100,0	75,0	100,0	,0	50,0	50,0	20,0	100,0	100,0
155	2,3	2,7	2,3	2,5	3,0	3,7	83,3	100,0	100,0	,0	100,0	100,0	20,0	100,0	100,0
156	2,1	2,3	2,2	2,1	3,0	3,7	83,3	100,0	100,0	66,7	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0
157	2,0	2,1	1,8	2,2	3,5	3,8	100,0	100,0	100,0	50,0	65,0	100,0	80,0	100,0	100,0
158	2,4	2,1	2,6	2,5	3,0	3,0	83,3	75,0	43,8	100,0	100,0	,0	80,0	100,0	100,0
159	3,9	3,1	3,2	3,6	3,0	1,9	70,8	25,0	100,0	,0	100,0	100,0	25,0	66,7	100,0
160	1,5	2,0	2,1	2,2	3,5	2,0	100,0	25,0	100,0	,0	100,0	100,0	,0	50,0	25,0
161	1,3	3,7	1,9	2,5	5,0	5,0	45,8	25,0	100,0	,0	100,0	50,0	,0	100,0	,0
162	1,5	3,7	3,1	2,7	5,0	5,0	37,5	50,0	,0	25,0	,0	75,0	,0	100,0	100,0
163	1,5	3,6	1,8	2,5	3,5	3,5	83,3	,0	100,0	75,0	100,0	100,0	25,0	100,0	100,0
164	1,1	2,1	1,4	1,6	3,0	5,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	25,0	100,0	25,0
165	2,7	3,7	3,7	3,2	2,8	4,0	29,2	25,0	100,0	8,3	,0	100,0	,0	100,0	75,0
166	2,8	2,8	2,7	3,1	3,0	5,0	79,2	50,0	75,0	,0	100,0	100,0	,0	100,0	,0
167	2,1	2,7	2,2	2,3	3,0	5,0	100,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	75,0
168	2,6	3,2	2,4	2,7	4,5	4,5	70,8	100,0	43,8	8,3	60,0	50,0	25,0	100,0	,0
169	3,8	2,6	2,4	3,4	4,5	4,5	100,0	100,0	100,0	,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
170	2,4	3,7	2,8	3,0	4,6	4,2	100,0	68,8	100,0	,0	100,0	75,0	20,0	100,0	75,0
171	2,9	3,0	2,7	2,8	4,5	4,5	37,5	37,5	,0	25,0	100,0	,0	,0	100,0	25,0
172	2,5	3,1	2,5	2,7	4,5	4,0	50,0	87,5	68,8	8,3	100,0	100,0	80,0	100,0	,0
173	2,6	2,2	2,2	2,6	4,5	4,5	41,7	62,5	56,3	,0	100,0	100,0	80,0	100,0	75,0
174	3,3	1,9	1,9	2,4	4,6	4,2	100,0	25,0	100,0	100,0	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0
175	2,4	2,4	2,5	2,5	4,5	4,5	100,0	25,0	100,0	100,0	,0	100,0	60,0	33,3	100,0
176	2,2	2,5	2,4	2,5	4,5	4,0	100,0	100,0	75,0	100,0	,0	100,0	90,0	100,0	75,0
177	2,1	2,5	2,2	2,2	4,5	4,5	54,2	81,3	75,0	33,3	100,0	100,0	40,0	66,7	100,0
178	2,4	2,2	2,5	2,6	4,5	4,5	50,0	75,0	6,3	,0	60,0	,0	65,0	100,0	75,0
179	2,4	2,3	2,4	2,6	4,5	4,5	50,0	75,0	6,3	,0	60,0	,0	65,0	100,0	75,0
180	2,3	3,3	2,4	2,7	4,5	4,5	50,0	75,0	25,0	,0	85,0	100,0	,0	100,0	100,0
181	2,2	2,6	2,5	2,2	2,8	2,7	91,7	87,5	81,3	8,3	55,0	75,0	20,0	100,0	100,0
182	2,2	2,6	2,4	2,3	3,3	3,7	75,0	100,0	31,3	,0	65,0	100,0	80,0	100,0	100,0
183	2,1	2,4	2,2	2,3	3,0	2,8	75,0	100,0	31,3	,0	85,0	100,0	60,0	100,0	100,0
184	1,4	3,2	2,1	2,3	4,5	4,2	83,3	81,3	50,0	50,0	75,0	100,0	,0	100,0	100,0
185	2,0	2,3	2,4	2,2	3,0	3,0	100,0	75,0	100,0	100,0	100,0	75,0	80,0	100,0	100,0
186	1,9	3,2	2,5	2,5	4,3	3,5	33,3	25,0	75,0	,0	,0	75,0	10,0	100,0	50,0
187	1,9	3,4	2,2	2,7	3,1	4,0	83,3	,0	100,0	100,0	100,0	75,0	50,0	100,0	75,0
188	2,1	3,1	2,2	2,4	4,0	4,3	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	,0	75,0	75,0
189	2,2	3,1	2,2	2,4	4,5	4,5	95,8	100,0	50,0	91,7	90,0	100,0	60,0	100,0	100,0
190	2,2	2,5	2,2	2,3	3,1	3,0	79,2	62,5	75,0	8,3	100,0	,0	45,0	100,0	100,0
191	2,3	2,7	2,5	2,5	3,3	3,9	70,8	100,0	56,3	8,3	100,0	,0	45,0	100,0	100,0
192	2,3	3,1	2,5	2,5	4,5	4,5	16,7	25,0	75,0	66,7	95,0	,0	40,0	100,0	75,0
193	2,3	3,5	2,4	2,6	4,5	4,5	75,0	75,0	18,8	,0	60,0	,0	5,0	100,0	25,0
194	2,4	3,2	2,6	2,8	4,5	4,5	37,5	31,3	50,0	,0	60,0	,0	5,0	100,0	25,0
195	2,4	3,3	2,6	2,6	4,5	4,5	83,3	100,0	81,3	100,0	80,0	,0	20,0	100,0	100,0
196	2,3	2,3	2,4	2,3	2,7	3,3	83,3	68,8	87,5	,0	100,0	100,0	40,0	100,0	100,0
197	2,3	2,4	2,3	2,5	3,3	3,5	50,0	68,8	62,5	,0	100,0	50,0	35,0	100,0	100,0
198	2,4	2,5	2,3	2,6	3,3	3,5	87,5	87,5	100,0	50,0	100,0	50,0	50,0	100,0	100,0
199	1,8	2,4	2,0	2,2	3,5	4,5	95,8	81,3	81,3	,0	90,0	100,0	50,0	100,0	75,0

200	2,4	2,9	2,5	2,6	2,0	1,8	41,7	75,0	25,0	75,0	60,0	,0	40,0	75,0	50,0
201	2,3	2,4	2,5	2,5	4,5	4,3	79,2	100,0	100,0	50,0	25,0	37,5	80,0	75,0	25,0
202	2,5	3,1	2,4	2,7	4,5	4,5	37,5	68,8	31,3	,0	35,0	25,0	60,0	100,0	25,0
203	2,5	3,5	2,5	2,9	3,9	1,9	33,3	25,0	6,3	,0	20,0	50,0	20,0	100,0	25,0
204	2,2	2,5	2,4	2,4	2,4	3,3	83,3	75,0	100,0	75,0	100,0	100,0	55,0	50,0	100,0
205	2,3	2,2	2,2	2,6	4,5	4,5	83,3	93,8	93,8	83,3	100,0	,0	80,0	100,0	100,0
206	2,2	2,2	2,3	2,6	4,5	4,5	16,7	43,8	6,3	,0	75,0	100,0	100,0	100,0	,0
207	2,3	3,4	2,3	2,7	4,5	4,5	91,7	62,5	100,0	75,0	70,0	100,0	,0	100,0	100,0
208	2,1	2,2	2,1	2,1	3,3	3,5	79,2	100,0	43,8	33,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
209	1,2	3,1	1,9	2,1	5,0	5,0	66,7	75,0	100,0	75,0	100,0	75,0	,0	100,0	50,0
210	1,2	3,1	2,1	2,0	5,0	5,0	62,5	75,0	100,0	75,0	100,0	75,0	,0	100,0	50,0
211	1,5	2,3	2,0	1,9	3,2	3,4	54,2	75,0	75,0	75,0	100,0	25,0	50,0	100,0	25,0
212	2,2	2,4	2,2	2,4	3,0	3,0	70,8	50,0	50,0	50,0	100,0	75,0	50,0	100,0	100,0
213	2,3	3,0	2,2	2,5	4,5	4,5	100,0	100,0	93,8	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0
214	2,4	3,1	2,3	2,7	4,5	4,5	33,3	50,0	62,5	100,0	60,0	100,0	20,0	100,0	25,0
215	2,5	3,6	2,6	3,1	4,5	4,5	20,8	31,3	25,0	16,7	70,0	100,0	5,0	100,0	,0
216	2,4	2,4	2,2	2,4	4,3	3,0	4,2	62,5	25,0	8,3	45,0	50,0	10,0	100,0	,0
217	2,0	2,8	2,4	2,3	5,0	5,0	58,3	75,0	100,0	75,0	100,0	75,0	15,0	100,0	100,0
218	2,6	2,7	2,5	2,6	3,1	3,2	83,3	81,3	100,0	100,0	100,0	62,5	20,0	50,0	100,0
219	2,1	2,5	2,2	2,4	3,5	3,5	83,3	93,8	81,3	,0	100,0	100,0	40,0	100,0	100,0
220	1,6	2,7	2,5	2,2	4,0	4,0	79,2	50,0	,0	75,0	95,0	75,0	,0	100,0	50,0
221	2,1	3,1	2,4	2,5	4,0	3,8	83,3	75,0	50,0	50,0	75,0	75,0	20,0	100,0	50,0
222	2,2	3,0	2,6	2,6	4,0	4,0	91,7	50,0	75,0	75,0	100,0	75,0	,0	100,0	100,0
223	2,2	3,1	2,4	2,5	4,5	4,5	33,3	25,0	56,3	75,0	100,0	25,0	35,0	75,0	75,0
224	2,4	3,3	2,4	2,6	4,5	4,5	41,7	68,8	50,0	41,7	100,0	,0	40,0	100,0	,0
225	2,1	2,2	2,2	2,1	3,7	3,8	66,7	75,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
226	2,4	2,9	2,5	2,6	3,3	4,5	95,8	62,5	81,3	91,7	80,0	25,0	,0	100,0	100,0
227	2,2	3,0	2,3	2,5	3,7	4,5	95,8	87,5	87,5	91,7	80,0	100,0	40,0	100,0	100,0
228	2,0	2,2	2,0	2,1	3,0	3,0	100,0	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0	20,0	100,0	75,0
229	2,7	2,7	2,8	2,9	2,3	3,7	75,0	62,5	87,5	66,7	90,0	100,0	40,0	83,3	,0
230	2,4	2,4	2,5	2,5	3,1	3,5	100,0	100,0	100,0	100,0	95,0	100,0	80,0	100,0	100,0
231	4,0	3,4	3,8	4,0	3,2	3,0	100,0	75,0	25,0	,0	95,0	25,0	50,0	100,0	,0
232	2,1	2,6	2,4	2,2	3,1	3,5	41,7	25,0	6,3	66,7	10,0	25,0	65,0	100,0	25,0
233	2,5	2,7	2,4	2,4	2,9	3,4	70,8	75,0	81,3	75,0	80,0	100,0	20,0	100,0	100,0
234	2,3	3,1	2,6	2,6	1,9	4,5	95,8	43,8	68,8	,0	100,0	100,0	25,0	100,0	100,0
235	2,0	2,5	2,1	2,1	3,1	3,1	87,5	100,0	100,0	75,0	,0	50,0	60,0	75,0	87,5
236	3,4	3,6	3,1	3,8	3,2	1,8	75,0	100,0	,0	,0	100,0	100,0	5,0	100,0	,0
237	1,2	1,2	1,4	1,6	4,0	3,5	66,7	81,3	37,5	,0	20,0	,0	60,0	100,0	25,0
238	2,4	3,6	3,3	3,1	3,0	4,3	75,0	100,0	25,0	16,7	70,0	12,5	40,0	100,0	50,0
239	3,1	2,5	2,8	2,8	2,4	3,7	50,0	37,5	12,5	,0	100,0	100,0	85,0	100,0	100,0
240	1,6	3,7	2,2	2,3	3,5	4,6	75,0	43,8	12,5	,0	70,0	75,0	,0	100,0	,0
241	1,2	1,6	1,5	1,5	3,1	3,4	66,7	6,3	100,0	100,0	95,0	100,0	100,0	66,7	25,0
242	3,7	3,3	3,5	3,6	1,8	2,6	20,8	6,3	18,8	8,3	65,0	,0	35,0	100,0	12,5
243	1,6	1,8	2,1	2,0	4,0	5,0	83,3	75,0	50,0	,0	90,0	37,5	100,0	100,0	75,0
244	2,9	3,3	2,7	3,0	2,6	2,4	33,3	12,5	12,5	33,3	60,0	50,0	30,0	25,0	,0
245	3,6	3,8	3,5	3,8	3,3	2,3	29,2	25,0	,0	,0	35,0	,0	20,0	100,0	,0
246	1,0	1,8	1,5	1,4	2,6	4,5	91,7	100,0	25,0	33,3	100,0	100,0	90,0	100,0	62,5
247	2,3	2,4	2,5	2,5	4,5	4,3	79,2	100,0	100,0	50,0	25,0	37,5	80,0	75,0	25,0
248	2,5	3,1	2,4	2,7	4,5	4,5	37,5	68,8	31,3	,0	35,0	25,0	60,0	100,0	25,0
249	2,5	3,5	2,5	2,9	3,9	1,9	33,3	25,0	6,3	,0	20,0	50,0	20,0	100,0	25,0
250	2,2	2,5	2,4	2,4	2,4	3,3	83,3	75,0	100,0	75,0	100,0	100,0	55,0	50,0	100,0
251	2,3	2,2	2,2	2,6	4,5	4,5	83,3	93,8	93,8	83,3	100,0	,0	80,0	100,0	100,0

252	2,2	2,2	2,3	2,6	4,5	4,5	16,7	43,8	6,3	,0	75,0	100,0	100,0	100,0	,0
253	2,8	2,8	2,8	2,9	2,7	3,3	50,0	93,8	25,0	16,7	100,0	37,5	,0	100,0	25,0
254	2,3	3,2	2,5	2,6	3,1	3,4	62,5	62,5	68,8	25,0	75,0	100,0	55,0	100,0	,0
255	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,7	29,2	31,3	50,0	,0	80,0	50,0	80,0	100,0	100,0
256	2,0	2,9	2,2	2,2	3,9	4,1	45,8	6,3	62,5	91,7	100,0	75,0	80,0	100,0	100,0
257	2,4	2,8	2,5	2,7	2,3	3,5	83,3	81,3	75,0	33,3	100,0	50,0	,0	100,0	100,0
258	2,3	2,7	2,5	2,6	2,7	3,5	91,7	100,0	100,0	33,3	100,0	,0	30,0	100,0	100,0

Anexos

ANEXO A

ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO PARA PESSOAS QUE VIVEM COM AIDS

Este estudo é sobre alguns dos aspectos sociais e emocionais da vida das pessoas que vivem com AIDS.

Você deve assinalar o número que corresponde melhor ao que você sente. Caso você concorde totalmente com a frase, você assinalará com um “X” o número 4, caso você discorde totalmente da frase, você assinalará o número 1. Se sua opinião é diferente dessas duas opções, marque 2 ou 3, conforme ela seja.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é o que você acha que combina mais com seus sentimentos. Se você quiser, sinta-se à vontade para acrescentar qualquer observação ou comentário, à medida que for respondendo as perguntas. Por favor, esforce-se para responder cada uma das perguntas da melhor forma possível, sem deixar nenhuma em branco.

O primeiro grupo de perguntas trata das suas experiências, sensações e opiniões sobre como as pessoas com AIDS se sentem e sobre como elas são tratadas.

Muito obrigado pela sua colaboração!

1	2	3	4
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

01) Em muitos setores da minha vida, ninguém sabe que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
02) Eu me sinto culpado por ter AIDS.	1	2	3	4
03) As atitudes das pessoas em relação a AIDS fazem com que eu me sinta pior comigo mesmo.	1	2	3	4
04) Dizer a alguém que eu tenho AIDS é um risco.	1	2	3	4
05) As pessoas que têm AIDS perdem o emprego quando os patrões descobrem.	1	2	3	4
06) Eu me esforço muito para que as pessoas não saibam que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
07) Eu não me sinto uma pessoa tão boa quanto as outras, porque eu tenho AIDS.	1	2	3	4
08) Eu nunca tenho vergonha de ter AIDS.	1	2	3	4
09) Pessoas que têm AIDS são tratadas como pessoas excluídas.	1	2	3	4
10) A maioria das pessoas acredita que alguém que tem AIDS é promíscua.	1	2	3	4
11) É mais fácil evitar novas amizades do que ficar me preocupando em dizer a alguém que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
12) Ter AIDS faz com que eu me sinta sujo(a).	1	2	3	4
13) Desde que eu soube que tinha AIDS, eu me sinto isolado(a) e excluído(a) do resto do mundo.	1	2	3	4
14) A maioria das pessoas acha que uma pessoa que tem AIDS é nojenta.	1	2	3	4
15) Ter AIDS faz com que eu me sinta um pessoa ruim.	1	2	3	4
16) A maioria das pessoas que têm AIDS é rejeitada quando as outras pessoas descobrem.	1	2	3	4
17) Eu tomo bastante cuidado ao decidir a quem eu digo que tenho AIDS.	1	2	3	4
18) Algumas pessoas que sabem que eu tenho AIDS se distanciaram de mim.	1	2	3	4
19) Desde que eu soube que tinha AIDS, eu fico preocupado(a) se as pessoas vão me discriminar.	1	2	3	4
20) A maioria das pessoas se sente desconfortável quando está com alguém que tem a AIDS.	1	2	3	4
21) Eu nunca sinto a necessidade de esconder o fato de que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
22) Eu fico achando que as pessoas podem me julgar quando elas sabem que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
23) Ter AIDS em meu corpo me causa nojo.	1	2	3	4

Muitas das afirmações abaixo partem da hipótese de que você já contou a outras pessoas que você é portador(a) da AIDS ou que outras pessoas já sabem disso. Pode ser que este não seja o seu caso. Mesmo assim, se a afirmação relatar fatos ou situações que não aconteceram em sua vida, peço que você tente se imaginar nessas situações e dê a sua opinião, baseada em como você acha que se sentiria ou como você acha que as pessoas reagiriam nas situações descritas.

Lembre-se, a forma de marcação das respostas continua igual à anterior:

1	2	3	4
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

24) Eu me sinto magoado(a) pela maneira como as pessoas reagiram quando souberam que eu tinha AIDS.	1	2	3	4
25) Eu fico preocupado(a) com o fato de que as pessoas que sabem que eu tenho AIDS possam contar a outras pessoas.	1	2	3	4
26) Eu me arrependo de ter contado a algumas pessoas que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
27) De forma geral, contar a outras pessoas que eu tenho AIDS foi um erro	1	2	3	4
28) Algumas pessoas evitam me tocar quando sabem que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
29) As pessoas que eu considero importantes para mim pararam de me ligar depois que souberam que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
30) As pessoas me disseram que eu mereci estar com AIDS por causa do modo como eu estava vivendo minha vida	1	2	3	4
31) Algumas pessoas próximas a mim temem que elas sejam rejeitadas se todos ficarem sabendo que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
32) As pessoas não querem que eu tenha contato com seus filhos ou filhas depois que elas sabem que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
33) As pessoas evitam contato físico comigo depois que sabem que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
34) Algumas pessoas agem como se eu fosse culpado(a) por ter AIDS.	1	2	3	4
35) Eu parei de me encontrar com algumas pessoas por causa da reação delas ao fato de eu ter AIDS.	1	2	3	4
36) Eu perdi amigos quando contei para eles que eu tinha AIDS.	1	2	3	4
37) Eu pedi às pessoas próximas a mim que não contassem a ninguém que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
38) As pessoas que sabem que eu tenho AIDS têm a tendência de ignorar minhas qualidades.	1	2	3	4
39) As pessoas sentem medo de mim quando sabem que eu tenho AIDS.	1	2	3	4
40) Quando alguém sabe que você tem AIDS, procura defeitos em seu caráter.	1	2	3	4

ANEXO B

ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Questionário _____

Este questionário é sobre o apoio ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em relação à soropositividade e a sua satisfação quanto a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração!

1. Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

1.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

2. Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

2.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

3. Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia-a-dia? (Exemplo: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer atividade doméstica cotidiana)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

3.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

4. Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde? (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

4.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

5. Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

5.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões 1 a 5), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.

- ( ) esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
 ( ) pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
 ( ) pessoa (s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
 ( ) amigo(s)
 ( ) chefe ou colega(s) de trabalho
 ( ) vizinho(s)
 ( ) profissionais de saúde
 ( ) outra pessoa. Quem? _____

6 .Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

6.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

7. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

7.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

8. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

8.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

9. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

9.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

10. Você tem recebido apoio de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

10.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

11. Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

11.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- Com base nos tipos de apoio mencionados nas perguntas 6 a 11, marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.

- (   ) esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
 (   ) pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
 (   ) pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
 (   ) amigos
 (   ) chefe ou colegas de trabalho
 (   ) vizinhos
 (   ) profissionais de saúde
 (   ) outra pessoa. Quem? _____

- Você tem recebido algum outro tipo de apoio?

- Você gostaria de fazer algum comentário?

ANEXO C

INSTRUMENTO DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA (HAT-QoL)

Questionário HAT-QoL*

(HIV/AIDS Targeted Quality of Life)

INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA
DIRECIONADO PARA HIV/AIDS,
TRADUZIDO, ADAPTADO E VALIDADO
PARA PACIENTES HIV NO BRASIL.

.....Instruções Importantes.....

As perguntas neste questionário buscam entender como está a sua vida em diferentes aspectos. Antes de começar a respondê-las, leia as explicações abaixo para entender melhor como abordar dois tipos de perguntas que você encontrará:

1. Você encontrará algumas perguntas voltadas para suas atividades da rotina diária e do trabalho.

Se você tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades relacionadas a eles. Se você não tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades que você geralmente faz na maioria dos dias da semana – por exemplo, tarefas domésticas ou de outra natureza, atividades escolares ou relacionadas ao trabalho voluntário em uma instituição.

2. Você encontrará algumas questões sobre o seu médico.

Se você geralmente é atendido por uma enfermeira ou um assistente do seu médico, responda essas questões pensando nessa pessoa e não no seu médico propriamente dito.

.....

1. As perguntas a seguir abordam aspectos relacionados ao seu estado e funcionamento geral nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo		☐			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes.		☐			
e. Nas últimas 4 semanas, senti que ter o HIV tem limitado o volume de trabalho que sou capaz de realizar em minhas atividades diárias de rotina/trabalho		☐			
f. Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais		☐			

2. As perguntas a seguir abordam aspectos relativos ao seu contentamento com a vida nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais		☐			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável		☐			

HOLMES, W.C.; SHEA, J. A.. A new HIV/AIDS-target quality of life (HAT-QoL) instrument: development, reliability, and validity. **Med Care**, v. 36, p:138-54, 1998.

in Nursing & Health, 24, 518-529.

SOÁREZ P, C. A.; ABRÃO, P.; HOLMES, W.; CICONELLI, R.. Tradução e Validação de Qualidade de Vida em AIDS no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 25 n. 1, p: 69-75, 2009.

3. As perguntas a seguir abordam suas preocupações com a saúde nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral		☐			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria		☐			

4. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações com aspectos financeiros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com uma renda determinada		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto		☐			

5. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação à medicação para o HIV nas últimas 4 semanas:

Você tomou medicação para o HIV nas últimas 4 semanas?

NÃO →→→→→ Vá para Seção 6

SIM →→→→→ Continue com a questão 5a

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis		☐			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo		☐			
e. Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios		☐			

6. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu por ser HIV positivo nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado		☐			

7. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações em revelar a doença para os outros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV		☐			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que as pessoas do meu trabalho ou que participam de minhas atividades do dia-a-dia descobrissem que eu tenho HIV		☐			
e. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV		☐			

8. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação ao seu médico nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade. .		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento . . .		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo		☐			

9. As perguntas a seguir abordam sua atividade sexual nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado					☐
b. Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo					☐

Obrigado por completar este questionário.

Se você tiver qualquer dúvida, não hesite em falar com a pessoa que lhe deu o questionário ou com o seu médico.

Mais uma vez, muito obrigado!

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

FUNDAÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR DE PASSOS -
FESP/MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DOS PORTADORES DE HIV/AIDS DA MICRORREGIÃO DE PASSOS DE 2003 A 2013 E O ESTIGMA DESTES PORTADORES ACERCA DA DOENÇA

Pesquisador: JULIANO DE SOUZA CALIARI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31107614.2.0000.5112

Instituição Proponente: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE

Patrocinador Principal: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 801.295

Data da Relatoria: 17/09/2014

Apresentação do Projeto:

Inicialmente considerada limitada a determinados "grupos de risco" (homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas), houve mudança no perfil dos portadores da doença, saindo de um grupo específico, mas ainda deixando seus portadores estigmatizados.

O projeto pretende fazer um estudo analítico correlacional, de corte transversal, de abordagem quantitativa, com amostra não probabilística, para descrever o perfil dos portadores de HIV/aids em acompanhamento no Ambulatório Escola da FESP. A hipótese relaciona o estigma a valores que se dá a uma determinada informação, de forma que o modo

em que o portador encara a situação pode influenciar sua dedicação ao tratamento. Assim, espera-se que o estudo ajude na compreensão da associação do estigma com o perfil do portador de HIV/aids na região de Passos.

Objetivo da Pesquisa:

- descrever o perfil dos portadores de HIV/ aids, na microrregião de Passos – MG, assim como identificar o estigma destes indivíduos com a sua própria condição.
- Descrever os fatores sociodemográficos (idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar);
- Descrever os fatores clínicos (estágio evolutivo da infecção, uso de ARV, tempo de ciência da

Endereço: Av. Juca Stockler 1130

Bairro: belo horizonte

CEP: 37.900-106

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-8035

Fax: (35)3529-8031

E-mail: jose.paula@fespmg.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE PASSOS - FESP/MG

Continuação do Parecer: 801.295

infecção pelo HIV e de tratamento com ARV;

- Descrever as correlações dos domínios de estigmatização com o perfil dos portadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi citado o risco de constrangimento durante a entrevista, tratado com o esclarecimento que o participante poderá deixar a pesquisa a qualquer momento que desejar. O TCLE também deixa claro que não haverá identificação do participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pelos dados levantados e pelo possível conhecimento dos resultados pelos próprios participantes ao final da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - ok.

TCLE - ok.

Autorização de coleta - ok.

Cronograma - ok.

Referências Bibliográficas - ok.

Recomendações:

Projeto já havia submetido e avaliado pelo colegiado do CEP o mesmo ficou pendente pois faltava assinatura do pesquisador no TCLE e havia sido recomendado que se retirasse o endereço dos participantes no questionários a ser aplicado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as recomendações foram acatadas pelo pesquisador.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Juca Stockler 1130

Bairro: belo horizonte

CEP: 37.900-106

UF: MG

Município: PASSOS

Telefone: (35)3529-8035

Fax: (35)3529-8031

E-mail: jose.paula@fespmg.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR DE PASSOS -
FESP/MG

Continuação do Parecer: 801.295

PASSOS, 23 de Setembro de 2014

Assinado por:
Jose de Paula Silva
(Coordenador)