PRISCILA CRAVEIRO JUNQUEIRA

**Qualidade do sono e qualidade de vida em mulheres
portadoras de HIV/AIDS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Neurologia

Orientador: Prof. Dr. Rubens Nelson

Amaral de Assis Reimão

São Paulo

2008

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que vivem com HIV/AIDS, as quais, participando desta pesquisa, proporcionaram-me crescimento profissional e ensinaram-me que “o agora” é sempre tempo de “reaprender a viver”.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Rubens Reimão, meu orientador, pela oportunidade de realizar mais um sonho e que em todos os momentos, se pôs ao meu lado, com seus ensinamentos competentes.

A Dra. Sueli Rossini, pelas sugestões constantes, disponibilidade e acolhimento na condução de uma melhor interpretação do universo humano.

A CAPES por ter financiado esta pesquisa.

A Dra. Silvia Bellucci e a todos os funcionários do Centro Corsini pelo apoio integral, que favoreceram maior entendimento das vivências com HIV/AIDS.

Ao Centro de Saúde 31 de Março, especialmente, às voluntárias integrantes do grupo-controle desta pesquisa, pela disponibilidade.

A todos (as) colegas do Grupo de Pesquisa Avançada em Medicina do Sono da FMUSP, especialmente, a Adriana, Eduardina, Helô, Geisa, Carina e Giovina, pela amizade construída na troca de experiências.

A Dra. Maria Marta Battistoni, Dr. Luis Machado e Dra. Nancy Inocente, membros da banca de qualificação, pelas brilhantes correções e sugestões.

Aos secretários da Pós-Graduação do Departamento de Neurologia, Erli, Edilene, Ede, Thais, pelo carinho e atenção.

Ao Celso Ferreira e Magda Pozzolini Faria, professores de inglês e português, pelas leituras e ricas correções.

A Dra. Walkiria Grant, minha analista, por me fazer descobrir e aceitar, a cada sessão, “a dor” e “a delícia” de ser quem eu sou.

A Flávia Pozzolini Faria, minha querida amiga, colega de profissão e incentivadora, pelas trocas de experiências, ensinamentos, paciência e carinho.

Aos meus pais, toda minha família, e amigos (as), pela confiança e apoio.

A Tetê, minha avó e “mãe”, pela paciência, apoio e amor dedicados.

Ao Luiz Gustavo, meu companheiro e “porto seguro” que compartilhou momentos de desespero/alegria, com a cumplicidade irrestrita de sua paciência, estímulo, vibração e amor.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	2
1.1 O HIV e a AIDS	2
1.2 Comprometimento neurológico em HIV/AIDS	5
1.3 Sono e HIV/AIDS	6
1.4 Qualidade de Vida	9
1.5 QV em mulheres com HIV/AIDS	11
1.6 Depressão	13
1.7 Ansiedade	15
1.8 Psicologia, HIV/AIDS, Sono	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivo Específico	19
3 MÉTODOS	20
3.1 Procedimentos	20
3.2 Casuística	21
3.2.1 Grupo-estudo	21
3.2.2 Local	21
3.3 Grupo-controle	22
3.3.1 Local	23
3.4 Instrumentos	24
3.4.1 Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)	24
3.4.2 BAI	24

3.4.3 BDI	24
3.4.4 HIV/AIDS – Target Quality of Life	25
3.4.5 Prontuários	25
3.5 Análise dos dados	25
4 RESULTADOS	28
4.1 Caracterização da população	28
4.1.1 Perfil sócio-demográfico	28
4.1.2 Características clínicas do grupo-estudo	30
4.1.3 Contagem de linfócitos T CD4 e determinação da carga viral	30
4.1.4 Qualidade do sono, sinais e sintomas de ansiedade e depressão e CV	32
4.1.5 Padrão do sono	34
4.1.6 Sinais e sintomas de ansiedade e depressão	36
4.1.7 Qualidade de Vida	36
4.1.8 Correlações	40
5 DISCUSSÃO	44
5.1 Aspectos sócio-demográficos	44
5.2 Características clínicas do grupo-estudo	47
5.3 Padrão e qualidade do sono	48
5.4 Sinais e sintomas de ansiedade e depressão	49
5.5 Qualidade de vida e HIV/AIDS	51
6 CONCLUSÕES	54
7 ANEXOS	55
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Aquired Immunodeficiency Syndrome
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CDC	Center for Disease Control
CV	Carga Viral
HAT-QOL	Target Quality of Life
HAT-QOL (D1)	Qualidade de Vida no domínio de atividades gerais
HAT-QOL (D2)	Qualidade de Vida no domínio de atividades sexuais
HAT-QOL (D3)	Qualidade de Vida no domínio de preocupações com o sigilo sobre a infecção
HAT-QOL (D4)	Qualidade de Vida no domínio de preocupações com a saúde
HAT-QOL (D5)	Qualidade de Vida no domínio de preocupações financeiras
HAT-QOL (D6)	Qualidade de Vida no domínio de conscientização sobre o HIV
HAT-QOL (D7)	Qualidade de Vida no domínio de satisfação com a vida
HAT-QOL (D8)	Qualidade de Vida no domínio de questões relativas sobre a medicação
HAT-QOL	Qualidade de Vida no domínio de confiança no médico

(D9)	(infectologista)
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
IQSP	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
NREM	Non Rapid Eye Movement
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
REM	Rapid Eye Movement
RNA	Ribonucleic Acid
SAP	Serviço de Atendimento ao Paciente
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
SWS	Slow Wave Sleep
T CD4	Linfócitos T CD4
UAI	Unidade de Apoio Infantil

RESUMO

Junqueira, PC. Qualidade do sono e Qualidade de Vida de mulheres portadoras de HIV/AIDS [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

INTRODUÇÃO: Tem-se afirmado que os distúrbios do sono começam precocemente na doença do HIV. Avaliamos as características do sono e a Qualidade de Vida (QV) de mulheres portadoras de HIV/AIDS. **MÉTODO:** Realizado no Centro Corsini o grupo-estudo foi composto por 30 mulheres portadoras de HIV/AIDS, idade média 35,4 anos. O grupo-controle foi composto por 30 mulheres que desconheciam seu diagnóstico para HIV do Centro de Saúde 31 de Março. Instrumentos: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, Inventário de Depressão Beck, Inventário de Ansiedade Beck e HIV/AIDS-Target Quality of Life. **RESULTADOS:** Houve significativa diferença entre o grupo de doentes de AIDS e o grupo controle quanto à pontuação global do sono ($p=0,003$). Com relação a sintomas depressivos e de ansiedade, os resultados apontaram que o grupo de doentes de AIDS apresenta índices mais elevados de ansiedade e não houve diferença significativa nos sintomas de depressão. Em relação à QV não houve diferença significativa entre os grupos de mulheres sintomáticas e assintomáticas, mas as assintomáticas apresentaram mais prejuízos nos domínios de QV do que o grupo controle. **CONCLUSÃO:** Há prejuízo na qualidade do sono e QV das mulheres portadoras de HIV/AIDS, com presença de sintomas depressivos e de ansiedade.

Descritores: HIV/AIDS, sono, qualidade do sono, Qualidade de Vida, ansiedade, depressão.

SUMMARY

Junqueira, PC. Quality of sleep and life in HIV/AIDS-infected women. São Paulo: Medical School, University of São Paulo; 2008.

INTRODUCTION: Sleep disorders have allegedly been described early in the HIV infection. Both the characteristics of sleep and quality of life in women with HIV/AIDS were evaluated. **METHOD:** Conducted at the Corsini Center, the study group consisted of 30 women with HIV/AIDS, mean age 35.4 years, and 30 women who had no known HIV diagnoses as the control group.

METHODS: The Pittsburgh Sleep Quality Index, the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Assessment and HIV/AIDS - Target Quality of Life were applied. **RESULTS:** There was a significant difference between the AIDS and the control groups drawn from the Center of Health '31 de Março', for global sleep scores ($p=0.003$). Concerning depressive and anxiety symptoms, findings revealed that AIDS patients presented higher levels of anxiety, but there was no significant difference in the symptoms of depression for either group. In terms of quality of life there was significant difference between symptomatic and non-symptomatic groups of women. No significant difference in QoL was seen between symptomatic and asymptomatic groups, although asymptomatic women did present greater compromise in QoL domains than controls. **CONCLUSION:** Compromised sleep and quality of life was observed in women infected with HIV/AIDS suffering from both depressive and anxiety symptoms.

KEY WORDS: HIV/AIDS, sleep, sleep quality, quality of life, anxiety, depression.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O HIV e a AIDS

No início dos anos 80 foi descoberto um novo retrovírus, o Human Immunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV), e a doença por ele causada, a Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Humana - AIDS) (Gotlieb et al., 1981).

A AIDS é uma doença crônica, que se caracteriza por ser a mais importante e devastadora do final do século XX no mundo. Inicialmente as pessoas infectadas eram jovens, homens homossexuais e usuários de drogas endovenosas. Aos poucos, a AIDS foi identificada em bissexuais; hemofílicos; parceiros heterossexuais de soropositivos; e, receptores de sangue e hemoderivados, que foram, então, denominados “grupos de risco”. Hoje, sabe-se que qualquer pessoa pode ser infectada pelo HIV, adotando-se a expressão “comportamentos de risco” e, não mais, de “grupos de risco”.

A transmissão do HIV, em geral, dá-se de três formas: 1) sexual, entre homossexuais, heterossexuais ou bissexuais; 2) sangüínea, causada pelo uso de drogas endovenosas e por derivados de sangue não testados; e, 3) vertical, pela qual a mulher portadora do vírus oferece risco para o filho, durante a gravidez, no momento do parto, ou durante a amamentação (Veronesi e Focaccia, 1999; Rachid e Schechter, 2001). A transmissão ainda pode ocorrer, mais raramente, por meio de acidente profissional (Brasil 1998; Veronesi e Focaccia, 1999; Rachid e Schechter, 2001).

Nas mulheres, a relação sexual é a forma de transmissão que mais tem contribuído para a feminização do HIV/AIDS (Brasil, 1997; Barbosa et al., 1998; Brasil, 2001). Do ponto de vista biológico, as mulheres são mais suscetíveis que os homens à transmissão do HIV, por apresentarem uma grande superfície de mucosa vaginal, que se expõe ao sêmen, o qual, por sua vez, contém uma maior concentração de vírus que o fluido vaginal (Chiriboga, 1997). Assim, a mulher tem o dobro de risco de contrair o vírus de um homem infectado, do que o oposto (Chiriboga, 1997; Vermelho et al., 1999).

Antes dos anos 90, os soropositivos vivenciavam sua evolução clínica rapidamente e esperavam a morte, sem expectativas de tratamento. No início da década de 90, surgiram as primeiras terapêuticas mais eficazes, trazendo esperança para os infectados (Johnson e Gerber, 2000). Torna-se evidente que os soropositivos passaram a ter uma expectativa de vida maior e com melhor qualidade de vida devido, principalmente, aos freqüentes avanços terapêuticos, até que a cura ou a vacina se tornem possíveis (Johnson e Gerber, 2000).

O Ministério da Saúde aponta a pauperização da epidemia aliada a divulgação da informação, como sendo fatores que contribuem para o entendimento mais claro da progressão da doença, tanto quanto para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento no Brasil (Brasil, 1997).

O acompanhamento, em relação à infecção pelo HIV, segue padrões preestabelecidos em cada país, guiados pelos avanços científicos dos

países do primeiro mundo, como os Estados Unidos da América (EUA), através do Center for Disease Control (Centro para Controle de Doenças – CDC).

Sabe-se que a determinação da carga viral reflete a dinâmica do HIV nos indivíduos infectados; quantificando-se as partículas Ribonucleic Acid (RNA) viral, que estão sendo produzidas e lançadas na circulação sanguínea, consegue-se estabelecer um marcador laboratorial importante para avaliação clínica do infectado.

A contagem de células T CD4+ vem sendo utilizada como um parâmetro laboratorial preditivo do prognóstico da AIDS e, também, como indicador da magnitude do risco para as principais infecções oportunistas, principalmente em pacientes com infecção sintomática (Brasil, 2000a, 2000b).

Diante destas evidências, a história natural da infecção pelo HIV pode ser dividida em sete etapas, que são determinadas pela manifestação de doenças oportunistas e/ou resultados de exames de contagem de células T CD4+: 1) transmissão viral; 2) infecção primária pelo HIV; 3) soro-conversão; 4) infecção crônica assintomática, com ou sem linfadenopatia generalizada persistente; 5) infecção sintomática pelo HIV; 6) AIDS, e, 7) infecção avançada pela AIDS (Barlett e Gallant, 2000).

No Brasil, de 1980 até junho de 2007, foram notificados 474.273 casos de AIDS, sendo que 159.793 são do gênero feminino (Brasil, 2007). A partir de 1990, os setores ligados ao governo passaram a reconhecer uma

mudança no perfil da AIDS, com ganho de importância entre as mulheres o que, na verdade, já se fazia presente desde os anos anteriores (Xavier, 1996; OMS, 1999). Atualmente, a AIDS é a principal causa de morte entre as mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, nas maiores cidades brasileiras (Galvão, 2002).

1.2 Comprometimento neurológico em HIV/AIDS

Desde o início da epidemia da AIDS, as manifestações neurológicas já chamavam a atenção dos clínicos e pesquisadores. Comprometendo, praticamente, todos os sistemas e toda tipografia, elas aparecem, desde o momento da soro-conversão, até as fases mais avançadas da imunossupressão e da expressão sintomática da síndrome (Oliveira, 2000).

O comprometimento neurológico na infecção pelo HIV é freqüente, variando, na dependência do local e do período, entre 31-65%, em adultos; e 50-90%, em crianças. Este comprometimento pode ser classificado de acordo com: 1) a topografia, acometendo o Sistema Nervoso Central (SNC) ou Sistema Nervoso Periférico (SNP); 2) o estágio clínico-imunológico evolutivo da infecção pelo HIV que pode ocorrer no momento da soro-conversão, na fase de latência clínica, ou, na fase tardia, quando já há imunossupressão expressiva; 3) a etiologia da disfunção, sendo aí dividida em dois grandes grupos: as que estão diretamente relacionadas com o HIV; e as secundárias, responsabilidade de várias outras etiologias, favorecidas pela imunossupressão (Oliveira, 2000).

Muitas doenças do SNP podem ser consideradas como marcadores da evolução da AIDS, tais como: miopatias, neuropatias periféricas,

alterações do SNC (períodos iniciais e tardios da infecção), complicações que vão ser secundárias (neuro-toxoplasmose, leucoencefalopatia multifocal progressiva e o linfoma primário do SNC), complicações diretamente relacionadas ao HIV (Oliveira, 2000).

1.3 Sono e HIV/AIDS

A arquitetura do sono refere-se à seqüência do tempo e dos estágios do mesmo durante a noite. Há cinco estágios distintos: um estágio de movimentos oculares rápidos, [*Rapid Eye Movement*] (REM), e, quatro estágios do sono não-REM, [*Non-Rapid Eye Movement*] (NREM), com ciclos alternando entre 80 e 100 minutos. O estágio NREM, também conhecido como *Slow Wave Sleep* (SWS) ou sono delta, é caracterizado como sono profundo, e, acredita-se que ele seja responsável por restabelecer a saúde do indivíduo (Cruess et al, 2003).

O sono é uma necessidade biológica fundamental nos seres humanos. A falta de sono devido a condições de saúde precária, bem como aquelas provenientes de estilos de vida, é endêmica na sociedade moderna, afetando milhões de pessoas diariamente.

A compreensão moderna sobre os principais pilares que compõem o conceito de qualidade de vida inclui, hoje, além dos cuidados com a alimentação e a prática de atividades físicas, a preocupação com o período em que estamos adormecidos (Duarte, 2007).

Pesquisas mostram que as mulheres apresentam, em quase todos os grupos de idade, mais problemas no sono do que os homens. A prevalência e a apresentação dos distúrbios do sono diferem nas mulheres e nos homens, e, também em estágios diferentes do ciclo de vida feminina. A taxa aumentada de insônia que se verifica nas mulheres, pode estar relacionada a diversos fatores, que incluem aspectos psicológicos, culturais, sociais e influências ambientais (Alcântara et al., 2007).

Os distúrbios do sono evidenciam-se por terem início precocemente na infecção do HIV. Aldrich et al. (1998) afirmam que a incidência aumentada e a severidade constatadas nos distúrbios do sono ocorrem com a progressão do HIV. Esses achados são consistentes com os de outros pesquisadores, que relatam aumento dos distúrbios do sono em indivíduos HIV sintomáticos (Norman et al., 1988; Norman et al., 1992; Moeller et al., 1998).

O tempo e os estágios do sono bem como a qualidade deste mostraram-se alterados em todas as fases da infecção pelo HIV no estudo realizado para avaliar a prevalência de insônia em pacientes soropositivos (Rubinstein e Selwyn, 1998).

Constatou-se, em estudos realizados para verificar a relação da progressão do HIV com os distúrbios do sono, que estes distúrbios são sintomas relatados, com frequência, no início da infecção pelo HIV, permanecendo durante a evolução da AIDS (Nokes e Kendrew, 1996; Darko et al, 1998; Mock et al., 2002; Hand et al., 2006).

A presença do distúrbio do sono é de particular importância na doença do HIV, por causa dos já conhecidos efeitos adversos exercidos pela privação do sono na imunidade dos indivíduos saudáveis e em doentes de HIV (Cruess et al., 2003).

Cruess et al. (2003) sugerem que o estresse pode causar impacto nocivo no sistema imunológico, através de alterações da qualidade do sono em portadores de HIV/AIDS.

Vários estudos apontam para a relação entre doenças oportunistas referentes ao HIV, como: estresse, ansiedade, depressão e distúrbios do sono (Darko et al., 1992; Cohen et al., 1996; Mock et al., 2002; Hand et al., 2006)

O marcador circadiano e a homeostase do sono exercem papéis centrais nas funções da vivência diária. Estudos sugerem que o sono melhorado incrementa a função imunológica, tanto em pacientes com câncer, quanto em HIV positivos (Nokes e Kendrew, 1996).

Em estudo, conduzido no sudeste dos EUA, com 79 indivíduos infectados com HIV, ou que já desenvolviam AIDS, todos marcaram cinco ou mais pontos no Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) (Buysse et al, 1989), indicando distúrbio do sono significativo (Phillips et al., 2005a).

Phillips et al. (2005b) investigaram a relação entre distúrbios do sono, sintomas depressivos e aderência às medicações entre mulheres soropositivas. Esses pesquisadores revelam que as soropositivas com maior distúrbio do sono, também, relataram nível mais alto de sintomas

depressivos além de pior aderência ao regime medicamentoso. Os achados desse estudo sugerem alta prevalência de distúrbios do sono nessas mulheres: quase dois terços sofrem deles de maneira relevante, pois quase dois terços da amostra relatou uma pontuação de sono maior que 5 no IQSP.

1.4 Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida tem suscitado pesquisas e cresce a sua utilização nas práticas desenvolvidas por serviços de saúde, por equipes profissionais, e todos que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas (Seidl e Zannon, 2004).

A expressão “Qualidade de Vida em Saúde” (QV) foi originalmente utilizada nos EUA no período pós-guerra, para descrever os efeitos causados pela abundância material, evidenciada pela posse de carros, casas e de outros bens de consumo, na vida das pessoas (Galvão, 2002).

A partir da década de 60, o termo QV começou a ser empregado no âmbito das Ciências Sociais relacionado a diversas áreas do conhecimento (Carr et al., 1996). Na literatura científica, este termo tem sido amplamente difundido nos últimos anos, apresentando-se com diversas conotações associadas a ele, segundo o contexto em que se vive e se discute, englobando aspectos como condição de saúde, satisfação de vida, bem-estar, felicidade, significado de vida, estado funcional e ajustamento (Galvão, 2002).

Hörnquist (1990) compreende que QV, considerada em uma perspectiva abrangente, está relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e auto- percepção de saúde.

Na opinião de Hedge (1991), entretanto, QV é um conceito vago, podendo ser usado tanto em circunstâncias materiais, quanto em um sentido subjetivo de significados aos propósitos de vida.

Muitas vezes, QV é apresentada como sendo a expressão de resultados médicos, significando a ausência de dor física ou a existência de capacidade para executar atividades diárias (Frieldland et al., 1996; Galvão, 2002).

Hays (2000) considera que a avaliação da QV relacionada à saúde é uma medida importante para se observar, pois localiza mudanças na saúde com o passar do tempo, principalmente aferindo efeitos de tratamentos.

As avaliações em saúde são, freqüentemente, baseadas nos efeitos causados pelas intervenções para a promoção da saúde e para a prevenção da mortalidade. A avaliação da QV se torna uma medida importante para assegurar intervenções adequadas na atenção às doenças que, mesmo não levando à morte eminente, causam grande desconforto ao paciente. Avanços na medicina têm proporcionado queda nas taxas de mortalidade e aumento na expectativa de vida, já se amplia o conceito de que viver não é somente sobreviver, mas ter QV. Este foco uma forte razão pela qual surge

o interesse em se mensurar a QV dentro da área da saúde (Vignale e Calandria, 1999).

A estimativa da QV passou a ser um fator importante na análise e na avaliação do impacto das doenças crônicas, como é o caso da AIDS. Para Guyatt et al. (1993), uma razão para se avaliar a QV é o fenômeno, comumente observado entre indivíduos com os mesmos parâmetros clínicos, que apresentam respostas bastante diferentes ao tratamento instituído (Galvão, 2002).

1.5 QV em mulheres com HIV/AIDS

Vem ocorrendo, no contexto da AIDS, uma preocupação crescente com a QV das pessoas contaminadas. Tal procedimento se deve ao aumento do tempo de vida proporcionado pela utilização da terapia anti-retroviral; à busca pelos sistemas de saúde; aos métodos de prevenção e de controle, além de estratégias para facilitar o ajustamento e aumento do bem-estar dos portadores do HIV (Castanha et al., 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “QV” como sendo “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”. Trata-se, portanto, de um conceito multidimensional, e que tem sido usado como referência em estudos, pois engloba os mais variados domínios da vida de pessoas portadoras de doença crônica, como é o caso da AIDS.

Observa-se, no entanto, que a QV de soropositivos não está relacionada apenas a uma possibilidade de vida mais longa, pois viver com HIV é, em geral, se deparar com situações de discriminação, abandono, segregação, estigmatização, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas, bem como problemas com a sexualidade. Diante desse panorama, enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como consequência, a QV pode ficar comprometida (Galvão, 2002; Galvão et al., 2004).

Entre os estudos disponíveis relacionando HIV e QV, encontram-se os realizados em populações específicas de mulheres usuárias de drogas endovenosas ou de mulheres assintomáticas. Mesmo assim, as casuísticas são pequenas e os resultados aparecem somados aos dos homens (Leserman et al., 1992; Stevens, 1995; Swindellis et al., 1999).

A avaliação da QV relacionada à saúde pode ser obtida por meio de vários instrumentos, os quais podem predizer o impacto de uma doença, através da visão integral que se tem do indivíduo e de sua resposta, naquele momento.

O instrumento específico HIV/AIDS – Target Quality of Life, abreviado por HAT- QOL, foi desenvolvido por Holmes e Shea (1998), nos EUA. Apresenta 42 questões distribuídas em nove domínios: atividade geral (oito itens); atividade sexual (três itens); preocupação com sigilo sobre a infecção (cinco itens); preocupação com a saúde (cinco itens); preocupação financeira (quatro itens); conscientização sobre o HIV (três itens); satisfação

com a vida (oito itens); questões relativas à medicação (quatro itens), e, confiança no médico (três itens). Para cada item da escala há cinco opções de escolha; entretanto, a paciente deve escolher apenas uma alternativa. Cada alternativa apresenta pontuação que varia de um a cinco, sendo que: um (1) corresponde ao pior estado e cinco (5) ao melhor estado ou condição.

Galvão et al. (2004), em estudo utilizando a escala HAT-QOL para avaliar a QV de 73 mulheres portadoras de HIV/AIDS, encontraram maior comprometimento nos seguintes domínios: “preocupações financeiras”, “preocupação com sigilo sobre a infecção”, “atividades sexuais” e “preocupações com a saúde”.

1.6 Depressão

Para Sigmund Freud (1915), em linhas gerais, perdas precoces na infância poderiam levar à depressão na vida adulta. Ele também observou que a marcante auto-depreciação, tão comum em pacientes deprimidos, era resultado da raiva voltada para o interior.

A AIDS está, freqüentemente, associada a transtornos psiquiátricos, sendo a depressão o mais freqüente deles (Malbergier e Schöffel, 2000).

A depressão de índice mais elevado em pacientes HIV - positivos está associada a vários fatores: 1) impacto psicológico da descoberta da infecção, com início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas, além de complexas questões psicossociais

envolvidas; 2) invasão do SNC pelo HIV, por infecções oportunistas ou por tumores intracranianos; 3) infecção, por atingir populações que apresentam maior incidência de quadros depressivos (homossexuais e usuários de drogas intravenosas); 4) existência de associação ao acaso entre infecção e depressão (Malbergier, 2000).

Abreu et al (1989), utilizando o Beck Depression Inventory (Inventário de Depressão de Beck - BDI), encontraram prevalência de 60% de depressão (incluindo intensidades leve, moderada e severa) em estudo com 30 pacientes.

Perkins et al (1995) concluíram em sua pesquisa que queixas de fadiga e insônia em pacientes HIV positivos estão, provavelmente, relacionadas a distúrbios psíquicos, possivelmente a depressão grave.

Illescas e Jiménez (1997) encontraram, em estudo com pacientes internados por complicações do HIV/AIDS, a prevalência de 32,7% de depressão.

A depressão em pessoas com HIV/AIDS associou-se a uma rápida progressão da doença em estudo relatado por Ickovics et al (2001), no qual relacionam o declínio das células CD4 a sintomas de depressão.

Malbergier e Schöffel (2000) realizaram estudo com o objetivo de sintetizar e discutir os resultados mais importantes da literatura a respeito das particularidades do tratamento dos transtornos depressivos, em indivíduos infectados pelo HIV. Esses pesquisadores verificaram que, em mulheres infectadas pelo HIV, 26% a 28% apresentavam algum episódio de

depressão, sendo este de início posterior ao conhecimento da sorologia positiva.

O índice de depressão se mostrou quatro vezes mais alto em mulheres soropositivas do que em mulheres soronegativas, no estudo realizado por Morrison et al. (2002). Esses pesquisadores também relataram impacto prejudicial no curso da doença em pessoas deprimidas.

A freqüência de sintomas depressivos na população em geral é de 3%. Na população de soropositivos, essa freqüência fica entre 3% e 21% (Sebit et al., 2003).

Arrivillaga et al. (2006) realizaram pesquisa com 47 mulheres soropositivas em Cali na Colômbia, sendo que 10,9% dessa população apresentou sintomas depressivos.

A prevalência da sintomatologia depressiva encontrada em pesquisa realizada na Paraíba, com soropositivos, foi de 64% (Castanha et al., 2006).

Mello e Malbergier (2006), em estudo com 120 mulheres portadoras de HIV/AIDS, encontraram prevalência de 25,8% de depressão maior em infectadas pelo HIV, sendo este dado mais alto do que o encontrado na população em geral.

1.7 Ansiedade

A ansiedade foi compreendida por Sigmund Freud como um sinal da presença de perigo no inconsciente. Tal conceito psicanalítico é apoiado pelas evidências da neurociência, com base em pesquisas sobre um

subconjunto de processos mentais inconscientes, que possuem uma função sinal de antecipação do perigo (Gabbard, 2006).

Os sintomas de ansiedade nos pacientes infectados estão relacionados com as incertezas acerca da progressão da doença, o seu curso clínico, aos temores relacionados à dor, sofrimento, alterações corporais, tratamento e morte (Malbergier, 2006).

Levin et al (2007) encontraram, em estudo com 105 pacientes portadores de câncer, 31% de pacientes com ansiedade verificada pelo Beck Anxiety Inventory (BAI).

Rico e López (1997), utilizando State Trait Anxiety Inventory (Inventário de Ansiedade Estado - STAI), encontraram em seus pacientes internados por complicações do HIV/AIDS, prevalência de 55,8% de ansiedade.

O estudo de Morrison et al. (2002) teve como objetivo examinar possíveis diferenças nos níveis de ansiedade e de depressão entre mulheres infectadas pelo HIV e mulheres não infectadas. Foi verificada maior ocorrência maior de ansiedade em indivíduos infectados com HIV, quando comparados com indivíduos não infectados e, também, que esse sintoma prejudica o sono.

Em pesquisa realizada em Cali, na Colômbia 23,4% de 47 mulheres soropositivas apresentaram sintomas de ansiedade (Arrivillaga et al., 2006).

1.8 Psicologia, HIV/AIDS, Sono

A AIDS tem se tornado objeto de interesse por parte da psicologia e outras áreas da saúde mental, essencialmente, por duas razões: o tropismo do HIV pelo SNC, e, o impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da infecção nos indivíduos afetados (Malbergier e Schöffel, 2000).

No Brasil, a maior parte das mulheres descobre que está infectada pelo vírus HIV na rotina do pré-natal, ou quando, há o aparecimento de doença oportunista, nela ou no parceiro, isto é, em situações nas quais a mulher já está fragilizada. Esta fragilidade é ainda muitas vezes agravada pela suspeita da infidelidade do parceiro, trazendo-lhe dor e insegurança daí decorrentes; por sentimentos de culpa pela infecção e, no caso das grávidas, pela preocupação com a saúde do bebê.

Alguns aspectos psicossociais podem estar envolvidos no desenvolvimento de quadros psicológicos, tais como: 1) cronicidade da doença; 2) doença letal; 3) mudanças físicas; 4) limitações impostas pela doença; 5) estigma associado à doença e à discriminação que os indivíduos acometidos sofrem; 6) comportamentos associados à transmissão (Malbergier, 2000).

A mulher acometida por HIV/AIDS vivencia solidão e desamparo, pois é difícil falar do assunto com amigos e familiares, principalmente pelos estigmas em torno das pessoas portadoras do vírus HIV em geral, e das mulheres HIV soropositivas, em particular.

O fato de “tornar-se soropositivo” traz a necessidade de mudanças no estilo de vida e nos valores dessas pessoas. Uma sucessão de mudanças ocorre de modo gradual e lento para uns, e, mais rapidamente para outros (Ferraz, 1998).

Na ótica de Sanches (1997), a pessoa sob o impacto do diagnóstico, inicialmente é invadida inicialmente pela angústia e fica com pouca condição de pensar.

A vida dessas pessoas caracteriza-se por sentimentos de incerteza. Cada acontecimento novo é uma necessidade de aprender a conviver com o inesperado, neste novo “mundo da soropositividade” (Ferraz, 1998).

Diante dessa realidade, as reações psicológicas, tais como os distúrbios do sono, apresentam-se como áreas de interesse para os pesquisadores.

O conhecimento mais efetivo sobre a qualidade do sono das mulheres soropositivas surgiu como uma necessidade na prática clínica com HIV/AIDS, para responder as indagações decorrentes e, além disso, buscar subsídios para o acompanhamento e orientação das pacientes, bem como para outros profissionais envolvidos com portadores de HIV/AIDS.

Apesar da literatura especializada contemplar a importância de estudos sobre a qualidade do sono e de vida, sintomas de ansiedade e de depressão, de formas isoladas, não encontramos nenhum estudo referente a inter-relação desses fatores em mulheres portadoras de HIV/AIDS.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar o padrão e a qualidade do sono e a qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/AIDS.

2.2. Objetivos específicos

1) Avaliar as características e o padrão de sono de mulheres portadoras de HIV, sintomáticas ou não, e, comparar os resultados com um grupo controle.

2) Verificar a presença de sinais e sintomas de ansiedade e comparar os resultados com um grupo controle.

3) Verificar a presença de sinais e sintomas de depressão e comparar os resultados com um grupo controle.

4) Avaliar a QV em mulheres portadoras de HIV, sintomáticas ou não e comparar os resultados com um grupo controle.

5) Verificar associações entre alterações do sono, QV e sinais e sintomas de ansiedade e depressão.

3. MÉTODOS

3.1. Procedimentos

Trata-se de um estudo transversal descritivo, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), protocolo de pesquisa número 156/04 (Anexo A).

A seleção dos indivíduos da amostra foi feita levando-se em conta a avaliação seqüencial, já característica dos métodos quantitativos: a representatividade em relação à população alvo de estudo, e, a casualidade da escolha (todos os indivíduos do universo pesquisado teriam a mesma chance de serem incluídos na amostra).

Todas as participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos deste estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), de acordo com as exigências da resolução nº 01 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi feita pelo pesquisador responsável. Todas as participantes responderam aos instrumentos em entrevistas individuais com duração aproximada de 1 hora e meia cada.

3.2. Casuística

3.2.1 Grupo-estudo

Foram avaliados 30 sujeitos com idade entre 18 e 60 anos (média=35,4 anos, DP=7,3), do gênero feminino, com diagnóstico positivo para HIV/AIDS. Do total, 19 mulheres eram apenas soropositivas (assintomáticas) e 11 doentes de AIDS (sintomáticas).

Critérios de inclusão

- a) Idade entre 18 e 60 anos;
- b) Conhecer seu diagnóstico positivo para o HIV/AIDS;
- c) Concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão

- a) Presença de doença mental (dado obtido através do prontuário das pacientes).

3.2.2 Local

Os sujeitos foram selecionados e atendidos no Ambulatório do Centro Corsini, que presta assistência integral a pacientes portadores de HIV, doentes ou não, oriundos de Campinas e região. Considerado referência em

atendimento a AIDS pelo Ministério da Saúde, e, credenciado como ponto de distribuição de medicamentos antiretrovirais, atua diretamente com a questão da AIDS, através de projetos de pesquisa científica; programas de prevenção; ou, atendimento médico-psicossocial ao portador do HIV e a seus familiares. Os serviços oferecidos pelo Centro Corsini à comunidade compreendem: Serviço de Atendimento ao Paciente (SAP), onde são realizados testes para AIDS e DST; Teleaids (0800); Unidade de Apoio Infantil (UAI), único abrigo infantil para crianças portadoras do HIV na região de Campinas; Oficinas Artesanais; e as Atividades de Educação para Prevenção.

3.3 Grupo-Controle

Tomou-se para grupo controle 30 mulheres com idade entre 18 e 60 anos (média= 33,1 anos, DP=10,3) atendidas pelo Centro de Saúde 31 de Março em Campinas, SP.

Critérios de inclusão

- a) Idade entre 18 e 60 anos;
- b) Desconhecer seu diagnóstico para o HIV/AIDS;
- c) Concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão

a) Presença de doença mental (dado obtido através do prontuário das mulheres);

b) Diagnóstico positivo de HIV/AIDS.

3.3.1 Local

O Centro de Saúde 31 de março -"Centro de Saúde Igor Del Guercio"- localiza-se em Campinas, SP e presta atendimento aos moradores dos seguintes bairros: Vila 31 de Março, Fazenda Santo André, Fazenda São José e Fazenda São Quirino. Os serviços disponíveis são os seguintes: consultas e especialidades (enfermagem, odontologia, clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria, psiquiatria); serviços assistenciais (aplicação de medicamentos, atendimentos programáticos de enfermagem, inalações, procedimentos complexos de enfermagem, vacinação – adulto e criança, procedimentos cirúrgicos básicos, tratamento odontológico preventivo, curativos, serviços de atenção a tuberculose, controle e acompanhamento a gestação); grupos de orientação e terapêutica (ginástica para terceira idade); exames de apoio diagnóstico (acuidade visual, Papanicolau, exames laboratoriais, biópsias, eletrocardiograma, glicosimetria); vigilância em saúde (acidentes de trabalho, carteira de saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária); atividades externas

(atendimentos domiciliares, convocações), além de outros serviços especializados (esterilização de materiais, farmácia, informações gerais de saúde).

3.4 Instrumentos

3.4.1. Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)

Para a avaliação da qualidade do sono utilizou-se o questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) (Buysse et al, 1989) (Anexo C). O IQSP é padronizado, fidedigno, validado em português e utilizado internacionalmente. Neste instrumento a escala varia de 0 a 20 pontos.

3.4.2. BAI

Para coletar informações sobre sinais e sintomas de ansiedade aplicou-se o Beck Anxiety Inventory (BAI) (Anexo D). O BAI é constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de quatro pontos, que refletem níveis de gravidade crescentes da ansiedade (Cunha, 2001).

3.4.3. BDI

Para coletar informações sobre sinais e sintomas de depressão aplicou-se o Beck Depression Inventory (BDI) (Anexo E). O BDI é uma escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão (Cunha, 2001).

3.4.4 HIV/AIDS – Target Quality of Life

A avaliação da qualidade de vida foi feita por meio da escala HAT – QOL (Anexo F), um instrumento construído a partir de questões emitidas por pacientes portadores da infecção pelo HIV, que pode ser utilizado em qualquer fase da doença. Trata-se de instrumento com opções de aplicação, podendo ser administrado pelo pesquisador ou auto-administrado (Galvão, 2002).

3.4.5. Prontuários

Para coletar informações sobre perfil sóciodemográfico, presença de doença mental e características clínicas do grupo estudo (Efavirenz, carga viral, CD4), utilizou-se os prontuários clínicos.

3.5. Análise dos dados

Para todas as pessoas do estudo foram aplicados questionários relativos à Qualidade do Sono (IQSP), Qualidade de Vida (HAT-QOL), ansiedade (BAI) e depressão (BDI). Os domínios da escala HAT-QOL referentes às questões exclusivas de mulheres portadoras de HIV/AIDS (D3, D6, D8, D9), não foram respondidos pelas mulheres do grupo controle.

Para responder aos objetivos do estudo, foi utilizado o teste exato de Fisher (Agresti, 1990). Para verificar a existência de associação entre o grupo e as medidas categorizadas, a saber: escolaridade, estado civil, renda, situação ocupacional, escala de depressão em categorias, escala de ansiedade em categorias, escalas de qualidade de vida em categorias, e, as partes do questionário da escala de sono, foi utilizado o teste qui-quadrado de homogeneidade (Agresti, 1990). Para comparar os escores de qualidade de vida, qualidade de sono, ansiedade e depressão, em valores originais entre os grupos, foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (Conover, 1980) acompanhado de comparações múltiplas não-paramétricas (Neter, et. al., 1996), quando o teste apresentou significância estatística ($p < 0,05$).

Para comparar o CD4 e as escalas de qualidade de vida entre os HIV+ e os doentes de AIDS foram utilizados testes não-paramétricos de Mann-Whitney (Conover, 1980).

Para verificar a relação existente entre as escalas de qualidade do sono, ansiedade, depressão, e, as escalas de qualidade de vida e o CD4, foram calculadas as correlações de Spearman (Conover, 1980).

Para comparar os valores das escalas entre as pessoas com carga detectável e indetectável, ou, entre as pessoas que utilizam ou não Efavirenz foi realizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Adotou-se o nível de significância de 5%.

Os programas estatísticos utilizados foram Excel 2003 e Statistical Package for the Social Sciences (Programa Estatístico para as Ciências Sociais - SPSS, versão 13.0).

4- RESULTADOS

4.1 Caracterização da população

4.1.1 Perfil sóciodemográfico

Apresentam-se na Tabela 1 as características sóciodemográficas das 19 mulheres com infecção pelo HIV, das 11 doentes de AIDS e das 30 mulheres que desconheciam seu diagnóstico para HIV.

Tabela 1. Perfil sóciodemográfico e resultado dos testes de associação

Variável	Categoria	Grupo						Total		p
		HIV+		Doente de AIDS		Controle				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Escolaridade	1o. grau incompleto	5	26,3	3	27,3	3	10,0	11	18,3	0,124
	1o. grau completo	5	26,3	1	9,1	2	6,7	8	13,3	
	2o. grau incompleto	3	15,8	2	18,2	2	6,7	7	11,7	
	2o. grau completo	4	21,1	4	36,4	20	66,7	28	46,7	
	Superior completo	2	10,5	1	9,1	3	10,0	6	10,0	
Renda/salário mínimo	2	12	63,2	9	81,8	26	86,7	47	78,3	0,143
	4	7	36,8	2	18,2	4	13,3	13	21,7	
Estado Civil	Solteira/Divorciada	7	36,8	5	45,5	16	53,3	28	46,7	0,595
	Casada/Amasiada	8	42,1	4	36,4	12	40,0	24	40,0	
	Viúva	4	21,1	2	18,2	2	6,7	8	13,3	
Situação Ocupacional	Ativas	13	68,4	0	0	22	73,3	35	58,3	<0,001
	Inativas	6	31,5	11	100	8	26,7	25	41,6	
Total		19	100	11	100	30	100	60	100	

p= resultado do teste qui-quadrado

A idade no grupo-estudo variou entre 24 e 51 anos, e no grupo-controle entre 19 e 56 anos; a média de idade para o grupo estudo foi de 35,4 anos e do grupo controle de 33,1 anos ($p=0,320$).

Quanto ao estado civil, no grupo das mulheres HIV positivas, 36,8% eram solteiras/divorciadas, 42,1% eram casadas/amasiadas e 21,1% eram viúvas. 45,5% das mulheres doentes de AIDS eram solteiras/divorciadas,

36,4% casadas/amasiadas e 18,2% viúvas. No grupo controle 53,3% das mulheres eram solteiras/divorciadas, 40% casadas/amasiadas e 6,7% das mulheres eram viúvas.

Houve diferença significativa ($p < 0,001$) na situação ocupacional entre os grupos sendo que, entre as doentes de AIDS, encontrou-se mais pessoas inativas.

Quanto à escolaridade, no grupo das mulheres HIV positivas, 26,3% possuíam 1º grau incompleto; 26, 3%, 1º grau completo; 15,8%, 2º grau incompleto; 21,1%, 2º grau completo, e, 10,5% superior completo. Entre as mulheres doentes de AIDS, 27,3% possuíam 1º grau incompleto; 9,1% tinham completado apenas o 1º grau; 18,2% possuíam 2º grau incompleto; 36,4%, 2º grau completo, e, 9,1%, superior completo. No grupo-controle, 10% da amostra possuíam 1º grau incompleto; 6,6%, 1º grau completo; 6,6%, 2º grau incompleto; 66,6%, 2º grau completo, e, 10%, superior completo.

A renda foi estimada a partir do número de salários mínimos das participantes da pesquisa. No grupo estudo 21 (70%) mulheres possuíam renda de dois salários mínimos, enquanto que, no grupo-controle, 26 (86,7%) mulheres possuíam renda de dois salários mínimos.

Pode-se verificar que os grupos apresentaram características sócio-demográficas semelhantes, com diferença significativa, apenas, na situação ocupacional.

4.1.2 Características clínicas do grupo-estudo

Apresentam-se na Tabela 2 as características clínicas das 30 mulheres portadoras de HIV/AIDS que fizeram parte do estudo.

Tabela 2. Características clínicas do grupo estudo

Variável	Categoria	N	%
Estado do paciente	HIV+ (assintomáticas)	19	63,3
	Doente de AIDS (sintomáticas)	11	36,7
Efavirenz	Não	21	70,0
	Sim	9	30,0
Total	30	30	100

Dentre as mulheres do grupo-estudo, quanto à fase de apresentação da infecção pelo HIV, 11 (36,7%) apresentavam a doença (AIDS), sendo sintomáticas, e, 19 (63,3%), assintomáticas (infecção pelo HIV) (Tabela 2).

Efavirenz é um medicamento anti-retroviral, que pode causar insônia e sono agitado. Do grupo 21 (70%) das mulheres não faziam uso do Efavirenz.

4.1.3 Contagem de linfócitos T CD4 e determinação da carga viral

A Tabela 3 apresenta a contagem dos linfócitos T CD4 e a determinação da carga viral (CV) das pacientes do grupo-estudo. Foram utilizados, para a contagem de T CD4, os valores encontrados em análises de sangue realizadas em período de 30 dias anteriores às entrevistas. Para a determinação da carga viral foram utilizadas as categorias detectável e indetectável encontradas,

também, em análises de sangue realizadas em período de 30 dias anteriores às entrevistas.

Tabela 3. Marcadores biológicos (T CD4 e CV)

Marcadores biológicos		N	%
CV	Indetectável	18	60,0
	Detectável	12	40,0
T CD4	200	1	3,3
	201-350	6	20,0
	351-500	3	10
	501	20	66,6
Total		30	100

Quanto aos resultados de CV, considera-se carga “indetectável” aquela em que o doente apresenta número menor que 50 cópias de RNA por mL de plasma. Assim, 18 (60%) mulheres apresentavam carga viral indetectável, e, 12 (40%) apresentavam carga viral detectável.

Segundo os resultados da contagem das células T CD4 entre as mulheres estudadas, 20 (66,6%) mulheres apresentavam valores iguais ou superiores a 501 células por mm³.

Apresentou-se na Tabela 4, as associações de CV, Efavirenz e QV nas HIV positivas e doentes de AIDS.

Tabela 4. Descrição de HAT-QOL de cada grupo e resultado dos testes de associação

Variável	Categoria	Estado do paciente				Total		p
		HIV+		Doente de AIDS				
		n	%	n	%	n	%	
CV	Indetectável	10	52,6	8	72,7	18	60,0	0,442
	Detectável	9	47,4	3	27,3	12	40,0	
Efavirenz	Não	13	68,4	8	72,7	21	70,0	>0,999
	Sim	6	31,6	3	27,3	9	30,0	
HAT-QOL - preocupação c/ o sigilo sobre a infecção (D3)	Boa	7	36,8	5	45,5	12	40,0	0,712
	Má	12	63,2	6	54,5	18	60,0	
HAT-QOL - conscientização sobre o HIV (D6)	Boa	14	73,7	5	45,5	19	63,3	0,238
	Má	5	26,3	6	54,5	11	36,7	
HAT-QOL - questões relativas à medicação (D8)	Boa	11	57,9	7	63,6	18	60,0	>0,999
	Má	8	42,1	4	36,4	12	40,0	
HAT-QOL - confiança no médico (D9)	Boa	19	100,0	11	100,0	30	100,0	
Total		19	100	11	100	30	100	

A Tabela 4 mostra que os sub-grupos do grupo-estudo possuíam características semelhantes nos domínios da escala de QV, na CV e no uso do Efavirenz ($p > 0,05$).

4.1.4 Qualidade do Sono, sinais e sintomas de ansiedade e depressão e CV.

A Tabela 5 descreve os resultados da qualidade do sono, sinais e sintomas de ansiedade e de depressão, além de CV detectável e indetectável do grupo-estudo.

Tabela 5. IQSP, BAI, BDI dos pacientes com CV detectável e indetectável

Variável	CV	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
IQSP	Indetectável	8,50	2,0	18,0	18	0,662
	Detectável	9,50	4,0	17,0	12	
	Total	9,00	2,0	18,0	30	
BAI	Indetectável	18,00	1,0	54,0	18	0,368
	Detectável	21,00	6,0	42,0	12	
	Total	20,00	1,0	54,0	30	
BDI	Indetectável	17,00	0,0	46,0	18	0,200
	Detectável	19,00	8,0	39,0	12	
	Total	18,50	0,0	46,0	30	
HAT-QOL – atividades gerais (D1)	Indetectável	76,79	10,7	96,4	18	0,917
	Detectável	75,00	46,4	89,3	12	
	Total	75,00	10,7	96,4	30	
HAT-QOL – atividades sexuais (D2)	Indetectável	33,33	0,0	91,7	18	0,884
	Detectável	37,50	0,0	66,7	12	
	Total	33,33	0,0	91,7	30	
HAT-QOL – preocupação c/ sigilo sobre a infecção (D3)	Indetectável	52,50	5,0	100,0	18	0,146
	Detectável	40,00	0,0	75,0	12	
	Total	40,00	0,0	100,0	30	
HAT-QOL – preocupações c/ saúde (D4)	Indetectável	72,50	15,0	100,0	18	0,087
	Detectável	42,50	0,0	80,0	12	
	Total	60,00	0,0	100,0	30	
HAT-QOL – preocupações financeiras (D5)	Indetectável	40,63	0,0	93,8	18	0,305
	Detectável	25,00	0,0	68,8	12	
	Total	31,25	0,0	93,8	30	
HAT-QOL – conscientização sobre o HIV (D6)	Indetectável	75,00	16,7	100,0	18	0,158
	Detectável	62,50	25,0	75,0	12	
	Total	66,66	16,7	100,0	30	
HAT-QOL – satisfação c/ a vida (D7)	Indetectável	57,81	15,6	100,0	18	0,851
	Detectável	54,69	21,9	96,9	12	
	Total	56,25	15,6	100,0	30	
HAT-QOL – questões relativas à medicação (D8)	Indetectável	75,00	0,0	100,0	18	0,022
	Detectável	43,75	0,0	100,0	12	
	Total	65,63	0,0	100,0	30	
HAT-QOL – confiança no médico (D9)	Indetectável	100,00	66,7	100,0	18	0,025
	Detectável	87,50	58,3	100,0	12	
	Total	100,00	58,3	100,0	30	

p= resultado do teste Mann-Whitney

Pela Tabela 5, tem-se que os pacientes que possuíam carga viral detectável apresentaram no D8 (questões relativas à medicação) e no D9 (confiança no médico) valores estatisticamente menores e significativos ($p = 0,022$ e $p = 0,025$ respectivamente).

4.1.5 Padrão do sono

O grupo de doentes de AIDS apresentou percentuais mais comprometidos nas medidas de eficiência, nos distúrbios do sono e no uso de medicamentos para dormir ($p = 0,002$, $p = 0,017$ e $p = 0,017$ respectivamente). As doentes de AIDS apresentaram pior qualidade do sono ($p=0,003$), conforme pode ser visto na Tabela 6.

Tabela 6. Associação entre o grupo e as partes do IQSP

Variável	Categoria	Grupo						Total		p
		HIV+		Doente de AIDS		Controle				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Qualidade Subjetiva do Sono	Muito boa	2	10,5	0	0,0	7	23,3	9	15,0	0,342
	Boa	9	47,4	5	45,5	16	53,3	30	50,0	
	Ruim	6	31,6	4	36,4	6	20,0	16	26,7	
	Muito ruim	2	10,5	2	18,2	1	3,3	5	8,3	
Latência	<= 15 minutos	3	15,8	4	36,4	8	26,7	15	25,0	0,286
	16 a 30 minutos	3	15,8	3	27,3	11	36,7	17	28,3	
	31 a 60 minutos	6	31,6	1	9,1	7	23,3	14	23,3	
	> 60 minutos	7	36,8	3	27,3	4	13,3	14	23,3	
Duração do Sono	> 7 horas	6	31,6	4	36,4	14	46,7	24	40,0	0,638
	6 - 7 horas	7	36,8	2	18,2	10	33,3	19	31,7	
	5 - 6 horas	4	21,1	3	27,3	5	16,7	12	20,0	
	< 5 horas	2	10,5	2	18,2	1	3,3	5	8,3	
Eficiência	> 85%	7	36,8	7	63,6	26	86,7	40	66,7	0,002
	75% a 84%	6	31,6	0	0,0	1	3,3	7	11,7	
	65% a 74%	3	15,8	1	9,1	3	10,0	7	11,7	
	< 65%	3	15,8	3	27,3	0	0,0	6	10,0	
Distúrbios do Sono	Nenhuma vez	0	0,0	1	9,1	1	3,3	2	3,3	0,017
	Menos 1 vez/sem.	8	42,1	0	0,0	16	53,3	24	40,0	
	1 a 2 vezes/sem.	9	47,4	7	63,6	13	43,3	29	48,3	
	3 vezes/sem.	2	10,5	3	27,3	0	0,0	5	8,3	
Uso de medicação para dormir	Nenhuma vez	11	57,9	6	54,5	28	93,3	45	75,0	0,017
	Menos 1 vez/sem.	2	10,5	0	0,0	1	3,3	3	5,0	
	1 a 2 vezes/sem.	1	5,3	0	0,0	0	0,0	1	1,7	
	3 vezes/sem.	5	26,3	5	45,5	1	3,3	11	18,3	
Sonolência Diurna	Nenhuma	1	5,3	2	18,2	7	23,3	10	16,7	0,593
	Pequena	9	47,4	4	36,4	12	40,0	25	41,7	
	Moderada	7	36,8	5	45,5	8	26,7	20	33,3	
	Muita	2	10,5	0	0,0	3	10,0	5	8,3	
Qualidade do Sono	Boa	2	10,5	2	18,2	13	43,3	17	28,3	0,003
	Má	17	89,5	9	81,8	17	56,7	43	71,7	
Total		19	100	11	100	30	100	60	100	

p= resultado do teste qui-quadrado

4.1.6 Sinais e sintomas de ansiedade e depressão

Pela Tabela 7, verificou-se que o resultado da escala de ansiedade (BAI) mostrou valores maiores no grupo das mulheres doentes de AIDS, com diferença significativa ($p=0,029$), ou seja, este grupo apresentou mais sinais e sintomas de ansiedade. A escala de depressão não apresentou diferença significativa ($p=0,088$).

Tabela 7. Resultados das escalas de ansiedade (BAI) e depressão (BDI) em medidas originais e comparações entre os grupos

Variável	Grupo	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Ansiedade	HIV+	19	1	54	19	0,029
	Doente de AIDS	21	5	44	11	
	Controle	8,5	0	38	30	
Depressão	HIV+	18	0	46	19	0,088
	Doente de AIDS	19	0	39	11	
	Controle	9	0	30	30	

p= resultado do teste Kruskal-Wallis

4.1.7 Qualidade de Vida

Contatou-se que não houve diferença significativa entre os grupos de mulheres sintomáticas e assintomáticas, conforme pode ser visto na Tabela 8, no que se refere às questões dos domínios da HAT-QOL.

Tabela 8. Resultados da HAT-QOL nos domínios D3, D6, D8 e D9

Variável	Grupo	Mediana	Máximo	Mínimo	N	p
HAT-QOL - preocupações c/ sigilo sobre a infecção (D3)	HIV+	40	0	100	19	0,420
	Doente de AIDS	50	5	100	11	
HAT-QOL - conscientização sobre o HIV (D6)	HIV+	66,7	33,3	100	19	0,525
	Doente de AIDS	50	16,7	100	11	
HAT-QOL - questões relativas à medicação (D8)	HIV+	62,5	0	100	19	0,800
	Doente de AIDS	75	0	100	11	
HAT-QOL - confiança no médico (D9)	HIV+	100	58,3	100	19	>0,999
	Doente de AIDS	100	66,7	100	11	

p= resultado do teste Mann-Whitney

Pela Tabela 9, abaixo, notou-se que o grupo de mulheres com AIDS apresentou mais comprometimento na escala de QV, do que o grupo de mulheres assintomáticas, como também do grupo controle.

Tabela 9. Resultados da escala de QV e comparações entre os grupos

Variável	Grupo	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
HAT-QOL – atividades gerais (D1)	HIV+	78,6	10,7	96,4	19	0,046
	Doente de AIDS	64,3	28,6	96,4	11	
	Controle	85,4	25	100	30	
HAT-QOL – atividades sexuais (D2)	HIV+	33,3	0	91,66	19	0,069
	Doente de AIDS	33,3	0	83,33	11	
	Controle	58,3	0	100	30	
HAT-QOL – preocupações c/ a saúde (D4)	HIV+	60	0	100	19	<0,001
	Doente de AIDS	70	15	100	11	
	Controle	93,8	25	100	30	
HAT-QOL – preocupações financeiras (D5)	HIV+	31,3	0	93,75	19	0,028
	Doente de AIDS	25	0	75	11	
	Controle	56,3	0	87,5	30	
HAT-QOL – satisfação c/ a vida (D7)	HIV+	62,5	15,6	100	19	0,014
	Doente de AIDS	50	18,8	87,5	11	
	Controle	76,6	46,9	100	30	

A Tabela 10 mostra que as pessoas do grupo de mulheres sintomáticas apresentaram percentual de QV prejudicados nos domínios de atividades gerais (D1), preocupações com a saúde (D4), e preocupações financeiras (D5), maior que o grupo das mulheres assintomáticas, e do grupo-controle ($p=0,005$, $p=0,001$, $p=0,003$, respectivamente). A qualidade do sono apresentou maior prejuízo nas mulheres com AIDS, em relação aos outros grupos.

Tabela 10. Descrição da HAT-QOL em cada grupo e resultado dos testes de associação

Variável	Categoria	Grupo						Total		p
		HIV+		Doente de AIDS		Controle				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
HAT-QOL – atividades gerais (D1)	Boa	14	73,7	6	54,5	29	96,7	49	81,7	0,005
	Má	5	26,3	5	45,5	1	3,3	11	18,3	
HAT-QOL – atividades sexuais (D2)	Boa	7	36,8	4	36,4	17	56,7	28	46,7	0,299
	Má	12	63,2	7	63,6	13	43,3	32	53,3	
HAT-QOL – preocupações c/ a saúde (D4)	Boa	10	52,6	7	63,6	29	96,7	46	76,7	0,001
	Má	9	47,4	4	36,4	1	3,3	14	23,3	
HAT-QOL – preocupações financeiras (D5)	Boa	3	15,8	2	18,2	18	60,0	23	38,3	0,003
	Má	16	84,2	9	81,8	12	40,0	37	61,7	
HAT-QOL – satisfação c/ a vida (D7)	Boa	12	63,2	5	45,5	24	80,0	41	68,3	0,091
	Má	7	36,8	6	54,5	6	20,0	19	31,7	
IQSP	Boa	2	10,5	2	18,2	13	43,3	17	28,3	0,010
	Má	17	89,5	9	81,8	17	56,7	43	71,7	
Total		19	100	11	100	30	100	60	100	

p= resultado do teste qui-quadrado

Tabela 11. Comparações múltiplas das medidas que apresentaram diferença entre os grupos

Variável	Comparação	Valor Z	p
IQSP - Pontuação Global	HIV+ / doente de AIDS	0,57	0,568
	HIV+ / controle	3,21	0,001
	Doente de AIDS / controle	2,06	0,04
BAI	HIV+ / doente de AIDS	-0,83	0,404
	HIV+ / controle	1,87	0,062
	Doente de AIDS / controle	2,45	0,014
HAT-QOL – atividades gerais (D1)	HIV+ / doente de AIDS	0,62	0,538
	HIV+ / controle	-1,86	0,063
	Doente de AIDS / controle	-2,21	0,027
HAT-QOL – preocupações c/ a saúde (D4)	HIV+ / doente de AIDS	-0,04	0,967
	HIV+ / controle	-4,13	<0,001
	Doente de AIDS / controle	-3,39	0,001
HAT-QOL – preocupações financeiras (D5)	HIV+ / doente de AIDS	-0,12	0,903
	HIV+ / controle	-2,44	0,015
	Doente de AIDS / controle	-1,9	0,057
HAT-QOL – satisfação c/ a vida (D7)	HIV+ / doente de AIDS	1,7	0,090
	HIV+ / controle	-1,35	0,178
	Doente de AIDS / controle	-2,94	0,003

A Tabela 11 mostrou que a pontuação do IQSP é estatisticamente menor no grupo-controle, do que no grupo HIV+ ($p = 0,001$), e, nos doentes de AIDS ($p = 0,040$). Os resultados do BAI foram estatisticamente maiores nos doentes de AIDS, do que nos controles ($p = 0,014$). A qualidade de vida nos domínios de atividades gerais e satisfação com a vida, estatisticamente, menores nos doentes de AIDS em relação ao controle ($p < 0,05$); no domínio 4 os controles possuíam valores maiores que os HIV+ e doentes de AIDS ($p <$

0,05), e, no domínio 5, apenas o grupo de HIV+ apresentou valores estatisticamente menores que o grupo-controle ($p = 0,015$).

4.1.8 Correlações

Os resultados da Tabela 12 mostraram que os domínios da HAT-QOL D1(atividades gerais), D3 (sigilo sobre a infecção), D4 (preocupações c/ a saúde) e D7 (satisfação com a vida) estavam relacionados inversamente com a escala de ansiedade e depressão ($p < 0,05$). A escala de qualidade do sono esteve relacionada inversamente com alguns dos domínios da escala de qualidade de vida D1 (atividades gerais), D4 (preocupações c/ a saúde) e D5 (preocupações financeiras). O IQSP também estava relacionado diretamente com a escala de ansiedade ($p < 0,05$) para o grupo de soropositivas. Quanto maiores os resultados da escala de ansiedade, maiores foram os resultados da escala de sono. Entre os escores de CD4 e IQSP não houve relação significativa.

Tabela 12. Correlações entre IQSP, T CD4, QV, ansiedade e depressão no grupo de mulheres HIV positivas

Correlação	IQSP	BAI	BDI	HAT-QOL - D1	HAT-QOL - D2	HAT-QOL - D3	HAT-QOL - D4	HAT-QOL - D5	HAT-QOL - D6	HAT-QOL - D7	HAT-QOL - D8	HAT-QOL - D9
BAI	r 0,556 p 0,013											
BDI	r 0,433 p 0,064	0,719 0,001										
HAT-QOL - D1	r -0,536 p 0,018	-0,5 0,03	-0,64 0,003									
HAT-QOL - D2	r -0,041 p 0,869	-0,12 0,616	-0,26 0,287	0,611 0,005								
HAT-QOL - D3	r -0,4 p 0,09	-0,53 0,02	-0,41 0,084	0,027 0,911	-0,279 0,248							
HAT-QOL - D4	r -0,487 p 0,034	-0,74 <0,001	-0,84 <0,001	0,606 0,006	0,21 0,387	0,538 0,018						
HAT-QOL - D5	r -0,499 p 0,03	-0,37 0,114	-0,25 0,306	0,309 0,198	-0,045 0,856	0,324 0,176	0,428 0,068					
HAT-QOL - D6	r 0,05 p 0,837	0,182 0,456	-0,03 0,898	0,238 0,327	0,331 0,166	0,023 0,925	0,161 0,511	0,017 0,946				
HAT-QOL - D7	r -0,413 p 0,079	-0,37 0,121	-0,52 0,022	0,685 0,001	0,61 0,006	0,057 0,818	0,382 0,107	0,171 0,483	0,018 0,942			
HAT-QOL - D8	r 0,039 p 0,874	0,009 0,971	-0,35 0,146	0,091 0,712	0,175 0,474	0,189 0,438	0,304 0,206	0,28 0,245	0,103 0,673	0,382 0,106		
HAT-QOL - D9	r -0,033 p 0,895	-0,14 0,557	-0,05 0,848	0,15 0,539	0,178 0,467	-0,074 0,764	-0,067 0,785	-0,064 0,795	0,374 0,114	0,286 0,235	0,04 0,87	
CD4	r 0,229 p 0,345	0,172 0,481	-0,19 0,428	0,058 0,813	0,054 0,826	-0,264 0,275	-0,018 0,94	0,054 0,827	-0,053 0,828	0,025 0,92	0,198 0,417	-0,021 0,931

p= resultado do teste de correlação de Spearman

Os resultados da Tabela 13 mostraram que os domínios D1(atividades gerais), D2 (atividades sexuais), D3 (sigilo sobre a infecção), D4 (preocupações c/ a saúde) e D7 (satisfação com a vida) estavam relacionados inversamente com as escalas de depressão ($p < 0,05$). O IQSP esteve relacionado inversamente com alguns dos domínios da escala de qualidade de vida D1 (atividades gerais), D4 (preocupações c/ a saúde) e D5 (preocupações financeiras). Também esteve relacionado diretamente com as escalas de depressão ($p < 0,05$) para o grupo de mulheres sintomáticas. Quanto maiores os resultados das escalas de depressão, maiores foram os resultados das escalas de sono. Entre os escores de CD4 e IQSP não houve relação significativa.

Tabela 13. Correlações entre IQSP, T CD4, HAT-QOL, BAI e BDI no grupo de mulheres doentes de AIDS

Correlação		IQSP	BAI	BDI	HAT-QOL - D1	HAT-QOL - D2	HAT-QOL - D3	HAT-QOL - D4	HAT-QOL - D5	HAT-QOL - D6	HAT-QOL - D7	HAT-QOL - D8	HAT-QOL - D9
BAI	r	0,124											
	p	0,717											
BDI	r	0,653	0,351										
	p	0,029	0,29										
HAT-QOL - D1	r	-0,566	-0,469	-0,691									
	p	0,069	0,145	0,019									
HAT-QOL - D2	r	-0,545	-0,166	-0,759	0,772								
	p	0,083	0,626	0,007	0,005								
HAT-QOL - D3	r	-0,728	-0,265	-0,606	0,72	0,567							
	p	0,011	0,431	0,048	0,013	0,069							
HAT-QOL - D4	r	-0,857	-0,067	-0,764	0,641	0,623	0,819						
	p	0,001	0,846	0,006	0,034	0,041	0,002						
HAT-QOL - D5	r	-0,539	-0,277	-0,361	0,572	0,161	0,69	0,696					
	p	0,087	0,409	0,276	0,066	0,636	0,019	0,017					
HAT-QOL - D6	r	-0,736	-0,262	-0,476	0,619	0,668	0,644	0,728	0,462				
	p	0,01	0,437	0,139	0,042	0,025	0,033	0,011	0,153				
HAT-QOL - D7	r	-0,79	-0,31	-0,673	0,7	0,524	0,519	0,732	0,52	0,637			
	p	0,004	0,354	0,023	0,016	0,098	0,102	0,01	0,101	0,035			
HAT-QOL - D8	r	-0,471	-0,401	-0,517	0,545	0,611	0,601	0,472	0,377	0,456	0,389		
	p	0,143	0,221	0,103	0,083	0,046	0,051	0,142	0,252	0,159	0,237		
HAT-QOL - D9	r	-0,202	0,185	0,026	-0,37	-0,075	-0,111	-0,008	-0,272	-0,03	0,137	0,351	
	p	0,552	0,586	0,939	0,263	0,827	0,745	0,981	0,418	0,931	0,687	0,29	
CD4	r	-0,311	0,096	-0,409	0,182	0,391	0,15	0,128	-0,445	0,028	0,291	-0,014	0,243
	p	0,353	0,78	0,212	0,593	0,235	0,659	0,707	0,17	0,936	0,385	0,968	0,472

p= resultado do teste de correlação de Spearman

O grupo-controle apresentou relação inversa nas escalas de ansiedade com alguns domínios da HAT-QOL: D1(atividades gerais); D2(atividades sexuais); D5(preocupações financeiras); D7(satisfação com a vida) ($p < 0,05$); ou seja, quanto menores os resultados dos domínios da escala de QV, maiores foram os resultados da escala de ansiedade. As escalas de depressão também estavam relacionadas inversamente com os domínios das escalas de QV: D1(atividades gerais); D2(atividades sexuais); D4(preocupações c/ a saúde); D5(preocupações financeiras), e, D7(satisfação com a vida). As escalas de qualidade do sono estavam relacionadas diretamente com as escalas de ansiedade e depressão, ou seja, quanto maiores os resultados das escalas de sono, maiores foram os resultados das escalas de ansiedade e depressão. As escalas de sono também estavam relacionadas inversamente com alguns domínios da escala de QV D1(atividades gerais), D2(atividades sexuais), D7(satisfação com a vida) ($p < 0,05$), ou seja, quanto maiores os resultados dos domínios da escala de QV, menores eram os resultados das escalas de sono.

Tabela 14. Correlações entre as escalas no grupo controle

Correlação		IQSP	BAI	BDI	HAT-QOL - D1	HAT-QOL - D2	HAT-QOL - D4	HAT-QOL - D5
BAI	r	0,446						
	p	0,014						
BDI	r	0,489	0,723					
	p	0,006	<0,001					
HAT-QOL - D1	r	-0,434	-0,735	-0,559				
	p	0,016	<0,001	0,001				
HAT-QOL - D2	r	-0,594	-0,434	-0,384	0,541			
	p	0,001	0,017	0,036	0,002			
HAT-QOL - D4	r	-0,300	-0,351	-0,674	0,313	0,373		
	p	0,107	0,057	<0,001	0,092	0,042		
HAT-QOL - D5	r	-0,192	-0,505	-0,539	0,455	0,557	0,493	
	p	0,308	0,004	0,002	0,011	0,001	0,006	
HAT-QOL - D7	r	-0,368	-0,388	-0,419	0,562	0,559	0,356	0,487
	p	0,046	0,034	0,021	0,001	0,001	0,054	0,006

5- DISCUSSÃO

Nesses 20 anos que se transcorreram desde a descoberta da AIDS, tem-se verificado um crescente aumento no número de casos de mulheres infectadas, no cenário da epidemia no Brasil e, especificamente, no Ambulatório do Centro Corsini.

Este estudo foi pioneiro em nosso País não só por avaliar a qualidade do sono entre mulheres com infecção pelo HIV mas, também, por inter-relacionar sono, sinais e sintomas de ansiedade e de depressão e QV.

5.1 Aspectos sóciodemográficos

Os casos de HIV/AIDS podem ocorrer a partir do nascimento de um indivíduo até sua morte. No entanto, o maior número de casos, em todo o mundo, situa-se no intervalo de 15 e 49 anos. O número de ocorrências entre as mulheres mostra-se crescente em todas as casuísticas (Galvão, 2002).

No Brasil, o número de casos de AIDS entre as mulheres, também, tem sido uma das características marcantes da epidemia. Na Europa, as idades entre as pacientes adultas do gênero feminino variaram de 18 a 47 anos, sendo a média de idade 29,7 anos (Remor et al., 2001).

Um estudo realizado na Universidade de Colúmbia, nos EUA, utilizando o IQSP com portadores de HIV/AIDS, os participantes tinham entre 24 e 63 anos, sendo que a média de idade era de 39,9 anos (Robbins et al., 2004).

Em pesquisa realizada em Botucatu, interior de São Paulo, para avaliar a QV de mulheres soropositivas, as idades variaram de 19 a 56 anos (Galvão, 2002).

No presente estudo, os resultados da faixa etária foram semelhantes aos de outras pesquisas (Galvão, 2004). As possíveis causas relacionadas ao aumento desta faixa etária têm sido creditadas a diversos fatores: sexo sem segurança; terapias medicamentosas mais eficazes; aumento da expectativa de vida, e, aumento do tempo de vida com atividade sexual.

Outro aspecto importante na caracterização da mulher com HIV/AIDS é o estado civil. Em pesquisa realizada na cidade de São Paulo em 1996, 39,7% de mulheres eram solteiras, enquanto as casadas/amasiadas representavam 26,7% dos casos de AIDS no gênero feminino (Mello, 1999). Na pesquisa de Galvão, 60,3% das mulheres eram casadas (Galvão, 2002).

Arrivillaga et al. (2006) descrevem e correlacionam as variáveis ansiedade e depressão em mulheres portadoras de HIV/AIDS e verificam que 42,5% da amostra era de mulheres casadas. Os dados deste estudo corroboraram com a literatura.

Nas entrevistas de coletas de dados, as mulheres do grupo-estudo, freqüentemente, relataram sobre seus relacionamentos, expressando que não poderiam imaginar que seu próprio marido ou companheiro tinha trazido a AIDS para dentro de seus lares. Elas questionavam sobre as dificuldades em lidar com o diagnóstico positivo para o HIV, e, com a traição de seus companheiros.

Todas as mulheres com vida sexual ativa, independente do estado civil, é fato, estão expostas à AIDS. Essa constatação reforça a condição de “comportamentos de risco”, ou seja, qualquer pessoa, que não estabelece uma relação de cuidado e fidelidade com seu próprio corpo, pode contaminar-se.

A escolaridade expressa diferenças entre as pessoas, em termos de acesso à informação, e tem uma grande importância nos determinantes de saúde. Este estudo corrobora com os resultados de Galvão (2002) e Filho & Souza (2004) na questão da escolaridade, onde a maioria das amostras estudadas referiu até oito anos de estudo.

A situação ocupacional é outro mensurador do nível sócio demográfico associado à saúde, sendo importante para caracterizar a população estudada. Os resultados desta pesquisa são consistentes com os de Santos (1996), Galvão (2002), Phillips et al. (2005b), Arrivillaga et al. (2006), na questão da situação ocupacional, onde a maioria das mulheres do grupo estudo é inativa. Isso revela o empobrecimento e marginalização cultural de mulheres portadoras de HIV/AIDS.

A pobreza tem sido identificada como a força sócioeconômica central na determinação da epidemia da AIDS. Ao analisar a progressão da doença, observa-se que as mulheres são provenientes de segmentos menos favorecidos e com baixos salários (Galvão, 2002). No Rio de Janeiro, Alves et al. (2000) encontraram 66,7% das mulheres de sua pesquisa, com renda entre um e três salários mínimos, as demais apresentavam renda maior que três salários mínimos. Neste estudo, a maioria das mulheres sintomáticas e

assintomáticas, possuíam renda de dois salários mínimos, assemelhando-se aos dados da literatura.

A pobreza funciona como dificultador em quase todas as circunstâncias, e em conjunto com inúmeros fatores sociais e culturais, faz da meta de reduzir o número de casos e dos riscos, um desafio.

5. 2 Características clínicas do grupo-estudo

Os dados de outros pesquisadores se assemelham aos obtidos nesta pesquisa, ou seja, a maioria das mulheres estava assintomática (Phillips et al., 2005b; Arrivillaga et al., 2006).

Atualmente, a contagem de células T CD4 e a determinação da carga viral são os principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento anti-retroviral. São considerados pacientes com condição de saúde comprometida, aqueles com contagem de células T CD4 entre 350-500 mm³ e carga viral com valores acima de 30.000 cópias /ml (Galvão, 2002).

De acordo com essas variáveis, parcela considerável das mulheres do presente estudo apresentava bom estado de saúde e evolução clínica satisfatória. Apresentavam níveis médios de linfócitos T CD4 de 614,9 mm³, carga viral indetectável (60%) e a maioria não tomava Efavirenz.

Podemos conjecturar que o grupo-estudo, apresentando estas características clínicas, teve menos prejuízo no funcionamento do sistema nervoso e não apresentou distúrbios do sono por essa razão.

5. 3 Padrão e qualidade do sono

Viver com HIV, como já foi dito, é se deparar com situações, principalmente, de discriminação, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade. Diante desta realidade, viver e enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como consequência, a qualidade do sono e de vida podem ser comprometidas. Os dados desta pesquisa mostraram que 86,7% do grupo-estudo relatou, de alguma forma, prejuízo no sono. Esses dados foram semelhantes aos de outros pesquisadores, que constatarem prejuízo no sono em pessoas com HIV/AIDS (Nokes & Kendrew, 2001; Robbins et al., 2004; Phillips et al., 2005b).

Observou-se, ainda, que o grupo-estudo apresentou média igual a 10,1 na pontuação global do IQSP, assemelhando-se aos dados de outras pesquisas (Phillips et al., 2005b; Phillips et al., 2006). O grupo de doentes de AIDS apresentou maiores prejuízos nas características de eficiência, distúrbios do sono e uso de medicação para dormir do que o grupo-controle. Esses dados são consistentes com os de Robbins et al. (2004) que buscaram correlações do sono com características físicas e psicológicas de 79 soropositivos, encontrando 53,8% de seus doentes de AIDS com distúrbios do sono.

Pode-se conjecturar que os distúrbios do sono como sintomas, são conseqüentes e pode ser uma forma de afastar o ego de uma situação ameaçadora - a finitude da vida. Freud (1915) afirmou em “Pensamentos para os tempos de guerra e morte” que nossa atitude é colocar a morte de

lado, eliminando-a de nosso pensamento, pois pensar na morte faz a vida perder o sentido.

Cedaro (2005) relata em sua pesquisa com pacientes soropositivos que, embora nenhuma pessoa possa saber quando vai viver ou morrer, os portadores de HIV/AIDS vivem com um vírus mortífero dentro de seus corpos e precisam redimensionar suas vidas, pois essa dúvida aumenta com a presença do vírus.

5.4 Sinais e sintomas de ansiedade e depressão

Quanto à presença de sinais e sintomas de ansiedade, as doentes de AIDS apresentaram mais sintomas de ansiedade do que as portadoras de HIV e o grupo-controle. Vários autores confirmam a presença de sinais e sintomas de ansiedade maiores em portadores de HIV/AIDS do que na população em geral, como, Abreu et al. (1989), Illescas e Jiménez (1997), Morrison (2002), Malbergier (2000; 2006), Arrivillaga et al. (2006), Mello & Malbergier (2006).

Pode-se presumir que ter desenvolvido a AIDS colocou essas mulheres mais próximas das situações de ameaças: comprometimentos orgânicos pela doença, temor de não verem seus filhos crescerem, perda do interesse sexual e esta conjunção aumentou os sintomas de ansiedade. Os dados desta pesquisa mostraram que, no grupo de HIV positivas, os resultados nas escalas de ansiedade estavam direta e significativamente associados com o IQSP, ou seja, quanto maiores os níveis de ansiedade, maiores foram os prejuízos do sono. Pode-se conjecturar que todas as

situações ameaçadoras que aumentaram o nível de ansiedade, conseqüentemente trouxeram mais prejuízo no sono das HIV positivas. Freud (1926) nos ensina em “Inibições, Sintomas e Ansiedade” que a formação de sintomas acaba com a situação de perigo. Aumentando a ansiedade e os distúrbios do sono as HIV positivas tentam afastar a condição de serem portadoras de um vírus mortífero em suas vidas.

Para Lacan a ansiedade tem sua origem na falta de linguagem, de nomeação, de respostas (Kaufmann, 1996). As mulheres apenas soropositivas vivenciam a falta de significados para sua condição de portadoras do HIV. Ainda vivem uma fase de expectativa, cheia de dúvidas e incertezas: “será que vou morrer logo?”; “quando vou ter que começar a tomar anti-retrovirais?”; “as pessoas vão me aceitar ou vão me discriminar?”. Pode-se imputar que toda a falta de respostas para essas e outras questões, ou seja, maiores níveis de ansiedade, prejudicam a qualidade do sono das mulheres HIV positivas.

Nas doentes de AIDS, os maiores níveis de depressão estiverem associados aos prejuízos no sono. Estas mulheres relataram perder o sono, pois ficavam acordadas durante noites e noites, pensando na morte de um ente querido ocorrida, provavelmente, na infância. Muitas perderam, precocemente, a mãe tendo sido assistidas por abrigos ou parentes próximos. Esses dados são consistentes com os de Silva Filho e Souza (2004), que verificaram haver associações entre depressão e relacionamento familiar infantil insatisfatório. Pode-se imaginar, que ser

doente de AIDS as fazem lembrar todas as perdas anteriores e, tal situação prejudica o sono.

Sigmund Freud, em sua importante obra “Luto e Melancolia” (1917), criou as bases mais profundas para a compreensão do estado de sofrimento psíquico, que é denominado depressão. Neste texto o autor faz uma distinção entre o processo de luto e a melancolia. Para Freud, o luto relaciona-se com a perda real de um objeto amado, para o qual se direcionava a libido e que, face à realidade imposta, teve de ser gradualmente desligado, até que estivesse concluído o trabalho de luto. Sendo assim, pode-se considerar que as doentes de AIDS vivem constantemente a elaboração do luto por um objeto de amor (a saúde, um corpo saudável). Esta não elaboração pode ter resultado num desfecho patológico, que é uma causa determinante para a ocorrência de sintomas de depressão na vida adulta.

Os resultados encontrados nos fizeram refletir sobre o quanto desta depressão identificada pode ter sido iniciada em decorrência de experiências de má elaboração do luto. Essas experiências foram reavivadas pela nova vivência de luto, através de uma vida não-saudável, e, será expressa através de sintomas depressivos associados com o comprometimento do sono.

5. 5 Qualidade de Vida e HIV/AIDS

As doentes de AIDS apresentaram mais domínios comprometidos nas escalas de QV. Esses domínios mais comprometidos foram: atividades

gerais; preocupações com a saúde; preocupações financeiras; e, satisfação com a vida. Esses dados foram consistentes com outro estudo que avaliou a QV de mulheres soropositivas, onde os domínios mais prejudicados foram atividades sexuais; preocupação com o sigilo sobre a infecção; preocupações com a saúde e financeiras (Galvão, 2002). No presente estudo, tanto nas mulheres apenas soropositivas, quanto nas doentes de AIDS, houve associação inversa com a qualidade do sono nos domínios de atividades gerais, preocupações com a saúde e as preocupações financeiras.

Ficou evidente que as preocupações com a saúde e as financeiras prejudicaram a qualidade do sono e este acúmulo influenciou negativamente o desempenho das atividades físicas e a satisfação com a vida.

Hipoteticamente, as associações inversas entre alguns domínios da escala de QV e os sintomas de ansiedade e depressão nas portadoras de HIV/AIDS foram constatadas como decorrentes de alguns fatores: 1) os níveis de ansiedade e depressão altos trouxeram a diminuição das atividades físicas; 2) a preocupação com o sigilo sobre a infecção acarretou prejuízo nesse domínio de sua QV e pode aumentar os níveis de ansiedade e depressão; 3) os sintomas de ansiedade e depressão altos trouxeram prejuízo para a saúde; 4) maiores níveis de ansiedade e de depressão prejudicaram a satisfação com a vida. Nas doentes de AIDS, aconteceram associações diretas do domínio de atividade sexuais e sintomas de ansiedade e depressão. Pode-se presumir que maiores níveis de ansiedade

e de depressão trouxeram prejuízo para as relações sexuais desta amostra. Não foi encontrado nenhum estudo que permitisse comparações.

Percebe-se que as doentes de AIDS e as HIV positivas não apresentaram diferenças significativas em relação a prejuízos na QV. Essa constatação talvez tenha ocorrido pelo fato de que tanto as HIV positivas, quanto as doentes de AIDS, estavam infectadas pela mesma doença; sendo assim, ambas convivem com a mesma situação de perda eminente da vida.

6. CONCLUSÕES

A presente pesquisa permitiu concluir que:

- 1) As doentes de AIDS apresentaram maior prejuízo no padrão de sono do que as HIV positivas e o grupo-controle;
- 2) O grupo de doentes de AIDS apresentou maiores níveis de intensidade de sinais e sintomas de ansiedade do que as HIV positivas e o grupo-controle;
- 3) Não houve evidência de diferenças significativas nos níveis de intensidade de sinais e sintomas de depressão entre os grupos;
- 4) As doentes de AIDS apresentaram mais domínios prejudicados na escala de QV, do que as HIV positivas e o grupo-controle;
- 5) Houve associação significativa entre sinais e sintomas de ansiedade, sono e QV, nas HIV positivas. Nas doentes de AIDS houve associação significativa de sinais e sintomas de depressão, sono e QV.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DIRETORIA CLÍNICA
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

O Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 17.01.05, **APROVOU**, *ad referendum*, o Protocolo de Pesquisa nº **1056/04** - intitulado "Qualidade do sono e qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/AIDS", apresentado pelo DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador(a) Responsável: PROF. DR. RUBENS NELSON A. A. REIMÃO

Pesquisador(a) Executante: SRA. PRISCILA CRAVEIRO JUNQUEIRA

CAPPesq, 17 de Janeiro de 2005.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Anexo B)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M   F
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE .....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....
2. RESPONSÁVEL LEGAL .....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M   F
DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE: .....
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Qualidade do Sono e Qualidade de Vida de Mulheres portadoras de HIV/AIDS

PESQUISADOR: Priscila Craveiro Junqueira

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: CRP: 68.250/06

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Neurologia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO	☒	RISCO MÍNIMO	RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO		RISCO MAIOR	

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA :

_____ 18 meses _____

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Objetivo: Essa pesquisa tem como objetivo geral avaliar em mulheres com infecção pelo HIV ou com AIDS, a qualidade do sono e a qualidade de vida das mesmas. **Justificativa:** O sono é uma função primária da vida, e tanto a sua quantidade como a sua qualidade é afetada pelo estado de saúde das pessoas. Os distúrbios do sono, sonolência durante o dia, e fadiga são significantes problemas para homens e mulheres com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), que afetam o funcionamento diário da pessoa e seu bem estar. Distúrbios do sono, principalmente fadiga durante o dia e o aumento da quantidade de vezes que a pessoa acorda depois do início do sono, aumentam o avanço da infecção pelo HIV. (FRANCK, 1999, p. 1)

2. Metodologia: Será tomado como amostra, 60 mulheres com idade entre 18 e 60 anos, portadoras de HIV que são pacientes do Centro de Controle e Investigação Imunológica Dr. A C. Corsini, situado na cidade de Campinas-SP. Serão aplicados nos sujeitos da pesquisa os seguintes instrumentos:

- 1-Índice de qualidade do sono de Pittsburgh, utilizado para quantificar a qualidade do sono.
- 2-Inventário de Depressão de Beck, utilizado para coletar informações sobre sintomas depressivos.
- 3- Inventário de Ansiedade de Beck, utilizado para coletar informações sobre sintomas ansiosos.
- 4- Escala de qualidade de vida HAT – Qol para avaliar a qualidade de vida das mulheres portadoras de HIV/AIDS.

3. Riscos: A participação neste estudo não trará qualquer risco adicional para os envolvidos, porque estará sendo realizado, uma pesquisa científica com base em conhecimentos amplamente reconhecidos.

4. Benefícios: Este trabalho em si não trará benefícios para a população estudada. É esperado, contudo, que a discussão desse tema possa oferecer alguma contribuição para o conhecimento científico sobre o assunto.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: É esperado, que a discussão desse tema possa oferecer alguma contribuição para o conhecimento científico sobre o assunto.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Pesquisador: Priscila Craveiro Junqueira

Função: Psicóloga Clínica

Local de Trabalho: Rua: Dr. Antônio Hossri, 782, Cidade Universitária

CEP: 13.083-370 Campinas-SP

Telefone: (19) 3289-2650

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Campinas,   de   de 2006.

_____
assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

_____
Priscila Craveiro Junqueira
assinatura do pesquisador(carimbo ou nome Legível)

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH – IQSP (Anexo C)

Instruções:

- 1) As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono **apenas durante o mês passado**.
- 2) Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.
- 3) Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minuto) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

3) Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

- a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono
( ) nenhuma vez	( ) menos de uma vez por semana
( ) uma ou duas vezes por semana	( ) três vezes por semana ou mais

- b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo
( ) nenhuma vez	( ) menos de uma vez por semana
( ) uma ou duas vezes por semana	( ) três vezes por semana ou mais

- c) Levantar-se para ir ao banheiro
( ) nenhuma vez	( ) menos de uma vez por semana
( ) uma ou duas vezes por semana	( ) três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar

- ☐ nenhuma vez   ☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana   ☐ três vezes por semana ou mais

e) Tossir ou roncar muito alto

- ☐ nenhuma vez   ☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana   ☐ três vezes por semana ou mais

f) Sentir muito frio

- ☐ nenhuma vez   ☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana   ☐ três vezes por semana ou mais

g) Sentir muito calor

- ☐ nenhuma vez   ☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana   ☐ três vezes por semana ou mais

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos

- ☐ nenhuma vez   ☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana   ☐ três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores

- ☐ nenhuma vez   ☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana   ☐ três vezes por semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva:

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

- ☐ nenhuma vez   ☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana   ☐ três vezes por semana ou mais

6) Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

- ☐ Muito boa   ☐ ruim
☐ Boa   ☐ muito ruim

7) Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

- ☐ nenhuma vez   ☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana   ☐ três vezes por semana ou mais

Qual(is)?

8) Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

- ☐ nenhuma vez   ☐ menos de uma vez por semana

☐ uma ou duas vezes por semana   ☐ três vezes por semana ou mais

9) Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

☐ Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

☐ indisposição e falta de entusiasmo pequenas

☐ Indisposição e falta de entusiasmo moderadas

☐ muita indisposição e falta de entusiasmo

Comentários do entrevistado (se houver):

10) Você cochila?   ☐ Não   ☐ Sim

Comentário do entrevistado (se houver):

Caso Sim – Você cochila intencionalmente, ou seja, pôr que quer?

☐ Não   ☐ Sim

Comentários do entrevistado (se houver):

Para você, cochilar é

☐ Um prazer   ☐ Uma necessidade   ☐ Outro – qual?

Comentários do entrevistado (se houver):

BDI (Anexo E)

- 1) 0 Não me sinto triste
  - 1 Eu me sinto triste
  - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso
  - 3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar
- 2) 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao meu futuro
  - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
  - 2 Acho que nada tenho a esperar
  - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas que não podem melhorar
- 3) 0 Não me sinto um fracasso
  - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
  - 2 Quando olhar pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracasso
  - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
- 4) 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
  - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
  - 2 Não encontro um prazer real em mais nada
  - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo
- 5) 0 Não me sinto especialmente culpado
  - 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo
  - 2 Eu me sinto culpado a maior parte do tempo
  - 3 Eu me sinto sempre culpado
- 6) 0 Não acho que esteja sendo punido
  - 1 Acho que posso ser punido
  - 2 Creio que vou ser punido
  - 3 Acho que estou sendo punido
- 7) 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo
  - 1 Estou decepcionado comigo mesmo
  - 2 Estou enojado de mim
  - 3 Eu me odeio
- 8) 0 Não me sinto de qualquer modo pior do que os outros
  - 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
  - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
  - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
- 9) 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar
  - 1 tenho idéias de me matar, mas não as executaria
  - 2 Gostaria de me matar
  - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
- 10) 0 Não choro mais que o habitual
  - 1 Choro mais agora do que costumava
  - 2 Agora, choro o tempo todo
  - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o que
- 11) 0 Não sou mais irritado agora do que já fui
  - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
  - 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo
  - 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
- 12) 0 Não perdi interesse pelas outras pessoas
  - 1 Estou menos interessado pelas pessoas do que costumava estar
  - 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

- 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
- 13) 0 Tomo decisões tão bem quanto antes
- 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
  - 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes
  - 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões
- 14) 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
- 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo
  - 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
  - 3 Acredito que pareço feio
- 15) 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes
- 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
  - 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
  - 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho
- 16) 0 Consigo dormir tão bem quanto o habitual
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava
  - 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a c
  - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a c
- 17) 0 Não fico mais cansado do que o habitual
- 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava
  - 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa
  - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
- 18) 0 O meu apetite não está pior do que o habitual
- 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
  - 2 Meu apetite é muito pior agora
  - 3 Absolutamente não tenho mais apetite
- 19) 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
- 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
  - 2 Perdi mais do que 5 quilos
  - 3 Perdi mais do que 7 quilos
- Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____ Não___
- 20) 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual
- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição d estômago ou constipação
  - 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em qualc outra coisa
  - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pens em qualquer outra coisa
- 21) 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava
  - 2 Estou muito menos interessado por sexo agora
  - 3 Perdi completamente o interesse por sexo

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu P, Kronfeld M, Straussburger M, Cacilhas A, Boek M, Bordes M. Depressão e déficit cognitivo em pacientes com SIDA-AIDS: achados preliminares - HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre. [Rev AMRIGS](#) 1989; 33(2):117-22.

Agresti A. Categorical Data Analysis. New York: *Wiley*. 1990; 558p.

Alcântara CS, Reimão R, Rossini S, Rovere HD, Coelho AT, Lorenzine LM, et al. Distúrbios do sono na mulher. In: Reimão R. (org) *Neurologia em destaque*. São Paulo: Associação. Paulista de Medicina. 2007; 236-7.

Aldrich MS, Rogers AE, Angell K. Excessive daytime sleepiness as a presenting manifestation of HIV infection. *Sleep Res*. 1998; 31: 250-55.

Alves L, Luz BT, Guimarães MRC, Souza CTV. Mulheres sororeativas para o HIV enfrentando o aleitamento materno alternativo: uma experiência do Centro de Pesquisa Evandro Chagas. *J Bras Doenças Sex Trans* 2000; 12:98.

Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguin L, Tovar J. Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: Un estudio correlacional. *Univ Psychol Bogotá* (Colombia) 2006; 5(3): 659-667.

Barlett JP, Gallant JE. Tratamento clínico da infecção pelo HIV. Rio de Janeiro: Copyright, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes e políticas de prevenção e controle das DST/AIDS entre mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de risco ocupacional*. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. *Contagem de células TCD4+ e teste de carga viral: Principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento Anti-retroviral*. [serial online] [cited 2000a sept 16]. Available from: <http://www.aids.gov.br/assitencia/tratamento.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. *AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico, e tratamento*. [serial online] [cited 2000b oct 22]. Available from: <http://www.aids.gov.br/assistência.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde. 2001; 15: 1-59. [semana ep. 27^a a 40^a].

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989; 28 (2): 193-213.

Carr AJ, Thompson PW, Kirman JR. Outcomes series. Quality of life measures. *Br J Rheumatol*. 1996; 35: 275-81.

Castanha AR, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Ribeiro CG. Repercussões psicossociais da depressão no contexto da AIDS. *Psicologia Ciência e Profissão* 2006; 26(1):70-81.

Castanha AR, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Ribeiro CG. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 2007; 24: 23-31.

Cedaro JL. *A ferida na alma: os doentes de AIDS sob o ponto de vista psicanalítico*. [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo; 2005.

Chiroboga CDR. Mujer y Sida: conceptos sobre el tema. In: Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori AL. *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en America Latina*. México: Instituto Salud Publica; 1997; 13 - 24.

Cohen FL, Ferrans CE, Vizgirda V, Kunkle V, Cloninger L. Sleep in men and women infected with human immunodeficiency virus. *Hol Nurs Pract* 1996; 10, 33 - 43.

Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. 2a. ed. New York: Wiley; 1983.

Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Cruess DG, Antoni MH, Gonzalez J, Fletcher MA, Klimas N, Duron R, Ironson G, Schneiderman N. Sleep disturbance mediates the association between psychological distress and immune status among HIV-positive men and women on combination antiretroviral therapy. *J Psycho Res*. 2003; 54: 185-89.

Darko DF, McCutchan JA, Kripke DF, Gillin JC, Golshan S. Fatigue, sleep disturbance, disability, and indices of progression of HIV infection. *Am J Psychiatry*. 1992; 149 (4): 514–20.

Darko DF, Mitler MM, Miller JC. Growth hormone, fatigue, poor sleep, and disability in HIV infection. *Neuroendocrinology*. 1998; 67 (5): 317-24.

Duarte GGM. *A qualidade do sono, o aproveitamento escolar e o stress em adolescentes que permanecem em frente ao computador durante a noite*. [Dissertação]. Campinas: Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Ferraz AF. Aprender a viver de novo. A singularidade da experiência do tornar-se portador do HIV e doente com AIDS. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Filho NS, Souza LR. Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o teste de relações objetais em pacientes com infecção pelo HIV – 1, doentes ou não. *Psicologia, saúde e doenças*. 2004; 5 (2): 195-213.

Freud S. *Pensamentos para os tempos de guerra e morte*. Cap II – Nossa atitude em relação à morte. In: Obras psicológicas completas. Standard Edition. Rio de Janeiro: Imago, 1915. 299-309.

Freud S. *Luto e Melancolia*. In: Obras psicológicas completas. Standard Edition. Rio de Janeiro: Imago, 1917. 249-263.

Freud S. Inibições, Sintomas e Angústia. Parte XI – Relação entre formação de sintoma e angústia. In: Obras psicológicas completas Standard Edition. Rio de Janeiro: Imago, 1926. 91-99.

Friedland J, Renwick R, McColl M. Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*. 1996; 8:15-31.

Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

Galvão MTG. *Aplicação do instrumento HAT-QOL para análise da qualidade de vida de mulheres com infecção pelo HIV, ou com AIDS e sua correlação com as*

variáveis sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas. [Tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2002.

Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Machado JM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QOL. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2004, 20(2):430-437.

Gotlieb MS, Shoroff R, Schanker HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med*. 1981; 305 (4): 1425-31.

Guyatt G, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 18: 622-9.

Hand GA, Phillips KD, Dudgeon WD. Perceived stress in HIV-infected individuals: Physiological and psychological correlates. *AIDS Care*. 2006; 18(8): 1011-17.

Hays RD. Quality of life in patients with human immunodeficiency virus. *J Med*. 2000; 108:714-22.

Hedge B. Psychosocial aspects of HIV infection. *AIDS Care* 1991; 3: 409-12.

Holmes WC, Shea JA. A new HIV/AIDS – Target Quality of life (HAT-QOL) instrument development, reliability, and validity. *Med Care*. 1998; 36: 138-54.

Hornquist JO. Quality of life: concept and assessment. *Scan J Soc Med*. 1990; 18: 69-79.

Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D. Mortality, CD4 cell count decline and depressive symptoms among HIV-seropositive women: Longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *Journal American Medical Association*. 2001; 285:1466-1474.

Illescas RR, Jiménez LJL. Ansiedad, depresión, desesperanza y riesgo de suicidio en pacientes internados por síndrome de inmunodeficiencia adquirida. [Rev Med 1997](#); 35(2):135-7.

Johnson SC, Gerber JG. Advances in HIV/AIDS therapy. *Adv Intern Med* 2000; 45:1-40.

Kaufmann P. *Dicionário Enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996.

Leserman L, Perkins DO, Evans DL. Coping with the threat of AIDS: the role of social support. *Am J Psychiatry*. 1992; 149:1514-20.

Levin TT, Riskind JH, Li Y. Looming threat-processing style in a cancer cohort / *General Hospital Psychiatry* 2007; 29: 32–38.

Malbergier A. AIDS e saúde mental. *J Bras AIDS*. 2006; 7(6): 281-287.

Malbergier A, Schöffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23(3): 160-167.

Malbergier A. AIDS e Psiquiatria: *Um guia para os profissionais da saúde*. Revinter; Rio de Janeiro: 2000.

Mello MCPF. *Contornos femininos da AIDS em São José do Rio Preto: Impasses e desafios*. [Dissertação]. Araraquara: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, 1999.

Mello VA, Malbergier A. Depressão em mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(1): 10-17.

Mock KS, Phillips KD, Sowell RL. Depression and sleep dysfunction as predictors of fatigue in HIV-infected African-American women. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners* 2002; (6): 9–16.

Moeller AA, Oechsner M, Backmund HC, Popescu M, Emminger C, Holsboer F. Self-reported sleep quality in HIV infection: correlation to the stage of infection and zidovudine therapy. *Journal Acquir Immune Defic Syndr*. 1998; 4(10):1000-3.

Morrison MF, Petitto JM, Have TT. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:789–796.

Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman, W. Applied linear statistical models. 4. ed. Richard D. Irwing. 1996.

Nokes K, Kendrew M. Sleep quality in people with HIV disease. *Journal of Nurses and AIDS Care*. 1996; 7(3): 43-50.

Norman SE, Resnick L, Cohn MA, Duara R, Herbst J, Berger JR. Sleep disturbances in HIV – soropositive patients. *JAMA* 1988; 260(7): 922-33.

Norman SE, Chediak AD, Sowell RL, Rojas M, Becker J. Sleep disturbances in men with asymptomatic human immunodeficiency (HIV) infection. *Sleep*. 1992; 15(2): 150-55.

Oliveira ACP. Afecções neurológicas. In K. Galbinski Rodrigues (Org). *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS/ Coordenação Nacional de DST e AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde. 2000; 39-48.

Organização Mundial de Saúde. La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1998. ONUSIDA. *Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA*. OMS: Ginebra; 1999.

Perkins DO, Leserman J, Stern RA. Somatic symptoms and HIV infection: relationship to depressive symptoms and indicators of HIV disease. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152:1776-781.

Phillips KD, Moneyham L, Murdaugh C, Boyd MR, Tavakoli A, Jackson K, Vyavaharkar M. Sleep disturbance and depression as barriers to adherence. *Clinical Nursing Research*. 2005a; 14(3): 273-93.

Phillips KD, Sowell RL, Boyd M, Dudgeon WD, Hand GA. The Mind-Body Research Group. Sleep quality and health-related quality of life in HIV-infected African-American women of childbearing age. *Quality of Life Research*. 2005b; 14: 959–70.

Phillips KD, Mock KS, Bopp CM, Dudgeon WA, Hand GA. Spiritual well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in HIV infected individuals. *Issues in Mental Health Nursing*. 2006; 27: 125-39.

Rachid M, Schechter M. *Manual de HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

Remor EA, Arranz P, Gutierrez FO, Donate AM. Percepção subjetiva de enfermidade na infecção por HIV e AIDS: um estudo comparativo entre pacientes HIV + com coagulopatias e sem elas. *J Bras Psiquiatr*. 2001; 50:191-8.

Rico RI, López JLJ. Ansiedad, depresión, desesperanza y riesgo de suicidio en pacientes internados por síndrome de inmunodeficiencia adquirida. [Rev Med 1997; IMSS](#); 35(2):135-7.

Robbins JL, Phillips KD, Dudgeon WD, Hand JA. Physiological and psychological correlates of sleep in HIV infection. *Clinical Nursing Research*. 2004; 13 (1): 33-52.

Rubinstein ML, Selwyn PA. High prevalence of insomnia in an outpatient population with HIV infection. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes Human Retrovirology*. 1998; 19(3): 260-65.

Sanches RM. *Escolhi a vida: desafios da AIDS mental*. São Paulo: Olho d'Água; 1997.

Santos NJS. A AIDS entre as mulheres no estado de São Paulo. In: Parker R, Galvão J. *Quebrando silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. ABIA (São Paulo). 1996; 33-41.

Sebit MB, Tombe M, Siziya S, Balus S, Nkomo SDA, Maramba P. Prevalence of HIV/AIDS and psychiatric disorders and their related risk factors among adults in Zimbabwe. *East African Medical Journal*. 2003; 80(10):503-12.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2): 580-88.

Software: Excel 2003 e Statistical Package for the Social Sciences (Programa Estatístico para as Ciências Sociais - SPSS, versão 13.0).

Stevens PE. Impact of HIV/AIDS on women in the United States: challenges of primary and secondary prevention. *Health Care Women Intl.* 1995; (16): 577-95.

Swindellis S, Morth J, Justis J, Berman S. Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. *Int J DST AIDS.* 1999; (10): 383-91.

Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira AS. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. *Cad Saude Publica.* 1999; 15(2): 369-79.

Veronesi R, Focaccia DS. *Tratado de Infectologia.* Rio de Janeiro: Atheneu; 1999.

Vignale R, Calandria L. Calidad de vida de los pacientes com HIV/SIDA. *Bol Acad Nac Med Buenos Aires.* 1999; 77: 385-89.

Xavier IM. Cidadania, gênero e saúde: a mulher e o enfrentamento da AIDS. *Rev Enf UERJ.* 1996: 89-100.

Zimerman DE. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica.* Porto Alegre: Artmed; 1999.