UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FABIANA DE SOUZA ORLANDI

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS VIVENDO COM HIV/AIDS

SÃO PAULO
2011

FABIANA DE SOUZA ORLANDI

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS VIVENDO COM HIV/AIDS

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciência

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof[a]. Dr[a]. Neide de Souza Praça

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Orlandi, Fabiana de Souza
Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com 50 anos ou mais vivendo com HIV/AIDS / Fabiana de Souza Orlandi. -- São Paulo, 2011.
191 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Neide de Souza Praça
Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Saúde da mulher 2. Saúde do idoso 3. HIV 4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 5. Qualidade de vida I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Fabiana de Souza Orlandi

Título: Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciência

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com todo carinho e admiração:

*Aos meus filhos **Arthur** e **Luca**, minha riqueza e meu tesouro, vocês são os maiores presentes que recebi de Deus. Amo vocês!*

*Ao meu esposo **Marcelo**, por caminhar ao meu lado desde a graduação e com quem almejo ficar até a velhice, pela compreensão e pelo apoio demonstrado na realização deste trabalho. Partilhar a vida com você é ter sempre o sol a brilhar, mesmo em meio às nuvens. Te amo!*

*Aos meus pais **José Roberto e Rosa Maria**, que são os pilares da minha vida. Mãe,sou eternamente grata pelo apoio incondicional oferecido no transcorrer do meu trabalho, especialmente no cuidado do Luca.*

AGRADECIMENTOS

A trajetória para realização deste trabalho foi longa, sofrida, desafiante e gratificante. Mas não teria sido possível sem a colaboração de inúmeras pessoas. A todas dirijo o meu reconhecimento e, de modo especial, agradeço:

A Profa. Dra. Neide de Souza Praça, a quem respeito e admiro, que conduziu cuidadosamente meus passos em todas as etapas deste estudo, pelo incentivo, apoio, serenidade, confiança e dedicação em todos os momentos. Obrigada também pelo apoio oferecido durante a minha gravidez e puerpério.

Aos meus pais, José Roberto Ferreira de Souza e Rosa Maria de Oste Souza, que me deram a vida e com quem aprendi que a busca pelo conhecimento é o caminho para crescer.

Ao meu esposo Marcelo Ornaghi Orlandi, meu parceiro há 13 anos, que sempre esteve ao meu lado auxiliando no que fosse necessário.

A Profa. Dra. Miako Kimura e Profa. Dra. Maria Alice Tsunechiro, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

A Profa. Dra. Amélia Fumiko Kimura, pelas contribuições no transcorrer de uma disciplina da Pós Graduação e pelas lindas palavras ditas no momento que soube de minha gravidez.

A Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, minha amiga e madrinha, pessoa estimada que desde a graduação me incentivou a seguir a carreira acadêmica e que ofereceu valioso apoio no transcorrer do meu doutorado.

A Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta de Mendiondo, a Profa. Dra. Vânia Aparecida Gurian Varoto e a Profa. Dra. Elisabeth Barham, por todo apoio oferecido nas atividades acadêmicas junto à Universidade Federal de São Carlos, para que eu pudesse realizar o meu estudo.

As enfermeiras Daniela Biguetti Martins Lopes e Lia Mota e Silva, pela inestimável ajuda na coleta de dados.

A Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria de Saúde de São Paulo, por ter autorizado a realização da coleta de dados nos Serviços de Assistência Especializada em DST/Aids da região norte e leste.

Ao Flavio Andrade Santos e a Erika Valeska Rossetto, funcionários do Departamento de Desenvolvimento Científico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pelo auxílio nos trâmites para autorização da realização da pesquisa junto aos Serviços de Assistência Especializada em DST/Aids.

As interlocutoras em pesquisa dos Serviços de Assistência Especializada em DST/Aids, pelo apoio no transcorrer da coleta de dados.

Ao Dr. Luis Carlos Ferreira de Almeida e Helymar Machado, pelo empenho e seriedade na análise estatística.

Ao Prof. Deusdedit Ferreira de Menezes, pela revisão do texto em língua portuguesa e a Beatrice Allain, pela revisão do resumo em inglês.

A todos os docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, especialmente os do Curso de Graduação em Gerontologia.

A Universidade Federal de São Carlos, pelo afastamento proporcionado para que eu concretizasse meu trabalho.

Aos funcionários da Secretaria da Pós Graduação, da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica e da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

As mulheres participantes deste estudo, que colaboraram para que esta pesquisa fosse realizada.

Orlandi FS. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Este estudo correlacional, de corte transversal, teve o objetivo geral de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos com HIV/aids e sua associação com fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais. A amostra foi constituída por 200 mulheres que estavam em acompanhamento clínico ambulatorial em três Serviços de Assistência Especializada (SAE) em DST/Aids do município de São Paulo. O estudo contou com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer n. 09/2010 e 66/2010). Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as mulheres foram entrevistadas em local privativo e responderam os seguintes instrumentos: caracterização sociodemográfica e clínica, *Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12), *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument* (HAT-QoL), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e Escala de Esperança de Herth (EEH). Os dados foram coletados entre fevereiro e julho de 2010 e foram analisados estatisticamente, incluindo análises descritivas, de confiabilidade e de correlação entre os instrumentos utilizados, comparação de médias e análise de regressão logística. Os resultados mostraram maior comprometimento da QVRS nos domínios Preocupações com o sigilo (30,65 ±30,22) e Preocupações financeiras (35,50 ±35,97), e melhor pontuação nos domínios: Confiança no profissional (79,79 ±21,27) e Preocupações com a medicação (76,49 ±21,06) do HAT-QoL. Identificou-se correlação positiva significante entre os componentes do SF-12 e cinco domínios do HAT-QoL; entre os componentes do SF-12 e os escores da esperança e da autoestima; e entre os domínios do HAT-QoL e a esperança (exceto dois domínios), e a autoestima (exceto dois domínios). Na comparação das médias da QVRS segundo os fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais, observou-se associação estatística nos fatores sociodemográficos (estado marital, escolaridade e renda per capita mensal), clínicos (autopercepção do estado de saúde, carga viral, CD4, tempo de conhecimento do HIV, classificação atual da doença, uso e tempo de tratamento com antirretrovirais e como se sente com o tratamento) e psicossociais (esperança e autoestima). Na regressão logística observou-se que, de forma geral, possuir maior renda per capita, apresentar contagem de CD4 acima de 200 células/mm^3, usar medicamentos antirretrovirais, ter conhecimento da infecção pelo HIV há mais tempo, possuir boa a excelente percepção do estado de saúde e maior nível de esperança e de autoestima auxiliam na melhoria da QVRS das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids. Conclui-se, portanto, que fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais influenciam a QVRS das mulheres investigadas.

Descritores: Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Qualidade de Vida.

Orlandi FS. Health-related quality of life of women 50 years and older suffering from HIV/aids [Thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

The overall goal of this correlational study was to evaluate the health-related quality of life (HRQoL) of women 50 years old or older with HIV/AIDS and its association with sociodemographic, clinical and psychosocial factors. The sample comprised 200 women who were monitored clinically at three clinics of Specialized Outpatient STD/AIDS Services in the municipality of São Paulo. The study was approved by the Research Ethics Committee of the São Paulo Municipal Department of Health (Reports nos. 09/2010 and 66/2010). After signing a Free and Informed Consent Form, the women were interviewed individually in a private room and answered the following instruments: a Sociodemographic and Clinical Characterization, Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12), HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument (HAT-QoL), the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Herth Hope Index. The data were collected between February and July 2010 and were analyzed statistically, including descriptive, reliability and correlation analysis of the instruments, a comparison of averages and a logistic regression analysis. The results revealed a greater involvement of HRQoL in the domains of Disclosure Worries (30.65 ±30.22) and Financial Worries (35.50 ±35.97), and better scores in the domains: Provider Trust (79.79 ±21.27) and Medication Worries (76.49 ±21.06) of the HAT-QoL. In addition, a significant positive correlation was found between the components of the SF-12 and five domains of the HAT-QoL; between the components of the SF-12 and the hope and self-esteem scores; and between the HAT-QoL domains and hope (except for two domains) and self-esteem (except for two domains) scores. A comparison of the average values of HRQoL based on sociodemographic, clinical and psychosocial factors revealed a statistical association among sociodemographic (marital status, education and per capita income), clinical (self-perception of health status, viral load, CD4, time of awareness of the presence of HIV, current status of the disease, the use and time of antiretroviral therapy and how she feels about the treatment) and psychosocial (self-esteem and hope) factors. The logistic regression indicated that, in general, a higher monthly income per capita, a CD4 count above 200 cells/mm^3, the use of antiretroviral medication/drugs, long-term awareness of the HIV infection, a good to excellent perceived health status, and higher levels of hope and self-esteem all contribute to improve the HRQoL of women 50 years or older suffering from HIV/AIDS. Therefore, it is concluded that sociodemographic, clinical and psychosocial factors influence the HRQoL of the women under study.

Descriptors: Women's Health, Health of the Elderly, HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Quality of Life**.**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2010 48

Tabela 2 – Distribuição sociodemográfica da amostra, segundo média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo. São Paulo, 2010 49

Tabela 3 – Distribuição da amostra, segundo as ocupações definidas pela Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego. São Paulo, 2010 49

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo características clínicas, uso de medicamentos e percepção do estado de saúde. São Paulo, 2010 52

Tabela 5 – Distribuição da amostra, conforme os tipos de medicamentos antirretrovirais utilizados. São Paulo, 2010 53

Tabela 6 – Distribuição da amostra, conforme o uso de medicamentos não antirretrovirais. São Paulo, 2010 54

Tabela 7 – Distribuição da amostra, segundo a presença de comorbidades. São Paulo, 2010 55

Tabela 8 – Distribuição da amostra, segundo os comportamentos em saúde. São Paulo, 2010 57

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo informações, ações e percepção sobre aids e tratamento antirretrovial. São Paulo, 2010 59

Tabela 10 – Distribuição das variáveis da EEH segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas das mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/aids. São Paulo, 2010 60

Tabela 11 – Distribuição das variáveis da EAER segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas das mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/aids. São Paulo, 2010 61

Tabela 12 – Distribuição dos componentes do SF-12, segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas das mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/aids. São Paulo, 2010 62

Tabela 13 – Distribuição dos domínios do HAT-QoL segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas das mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/aids. São Paulo, 2010 63

Tabela 14 – Distribuição dos escores médios dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL, segundo as variáveis sóciodemográficas da amostra. São Paulo, 2010 64

Tabela 15 – Distribuição dos escores médios dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL, segundo as variáveis clínicas da amostra. São Paulo, 2010 68

Tabela 16 – Distribuição dos escores médios dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL, segundo o nível de esperança e autoestima da amostra. São Paulo, 2010 74

Tabela 17 – Coeficientes de Correlação de Spearman dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL com as escalas de avaliação da esperança (EEH) e autoestima (EAER) aplicadas à amostra. São Paulo, 2010 76

Tabela 18 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre os componentes do SF-12 e os domínios do HAT-QoL da amostra. São Paulo, 2010 77

Tabela 19 – Análise de regressão logística de variáveis associadas aos componentes do SF-12. São Paulo, 2010 79

Tabela 20 – Análise de regressão logística das variáveis associadas aos domínios do HAT-QoL. São Paulo, 2010 82

LISTA DE SIGLAS

ARV – Antirretroviral

EAER – Escala de Autoestima de Rosenberg

EEH – Escala de Esperança de Herth

EUA – Estados Unidos da América

HAT-QoL – HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

OMS – Organização Mundial da Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

PM DST/Aids – Programa Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids

RME – Rede Municipal Especializada

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SF-12 – Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey

SF-36 – Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey

TARV – Terapia Antirretrovital de Alta Potência

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGISERV – Sistema de Vigilância em Serviços

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 15
1.1. Qualidade de vida relacionada à saúde: aspectos conceituais 16
1.2. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids e fatores associados 18
1.2.1. Fatores psicossociais associados à qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids: a autoestima e a esperança 22
1.3. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde 25
1.3.1. Instrumentos 26
1.3.2. A escolha dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids 28
2. JUSTIFICATIVA 31
3. OBJETIVOS 34
3.1. Objetivo geral 34
3.2. Objetivos específicos 34
4. CASUÍSTICA E MÉTODO 35
4.1. Delineamento do estudo 35
4.2. Local 35
4.3. População 35
4.4. Amostra 36
4.5. Pré-Teste 37
4.6. Coleta de dados 37
4.6.1. Período 37
4.6.2. Procedimentos 37
4.6.3. Instrumentos de coleta de dados 38
4.6.3.1. Caracterização dos Sujeitos 38
4.6.3.2. Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey 38
4.6.3.3. HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument 39
4.6.3.4. Escala de Autoestima de Rosenberg 40
4.6.3.5. Escala de Esperança de Herth 41
4.7. Variáveis 41
4.8. Tratamento dos dados 43

4.9. Aspectos éticos 45
5. RESULTADOS 47
5.1. Caracterização das respondentes 47
5.1.1. Características sociodemográficas 47
5.1.2. Características clínicas 51
5.1.3. Comportamentos em saúde 56
5.1.4. Informações e ações diante da aids e do tratamento 58
5.1.5. Características psicossociais (esperança e autoestima) 59
5.2. Qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/aids 62
5.3. Qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/aids, segundo os aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais 63
5.4. Análise logística das variáveis independentes selecionadas com os componentes do SF-12 e com os domínios do HAT-QOL 77
6. DISCUSSÃO 84
7. CONCLUSÕES 150
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 155
9. REFERÊNCIAS 157
APÊNDICES 176
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 176
ANEXOS 177
Anexo 1 – Instrumento de Caracterização dos Sujeitos 177
Anexo 2 – Quality Metric Health Outcomes ™ Scoring Software 4.0 – Installation Guide 180
Anexo 3 – HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument 183
Anexo 4 – Escala de Autoestima de Rosenberg 186
Anexo 5 – Escala de Esperança de Herth 187
Anexo 6 – Parecer nº 09/2010 do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo 188
Anexo 7 – Parecer nº 66/2010 do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo 190

1. INTRODUÇÃO

Ao longo de 30 anos, a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) disseminou-se globalmente, atingindo indivíduos sem distinção de sexo ou de idade. No Brasil, a epidemia de aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) é um problema de saúde pública e, embora seja maior o número de casos notificados no sexo masculino, a velocidade de expansão é muito maior entre as mulheres (Rodrigues, 2011).

Estudo sobre o atual perfil epidemiológico da epidemia de aids no Brasil indica diminuição na relação homem/mulher nos casos de aids, estando atualmente em 1,4/1 (Silva et al., 2010). Os autores ainda sinalizam aumento no número de casos de HIV/aids em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, o que é corroborado por diversos estudos nacionais e internacionais (Maclean, Clapp, 2001; Feitoza, Souza, Araújo, 2004; Gross, 2005; Inelmen, Gasparine, Enzi, 2005; Araújo et al., 2007; Decarlo, Linsk, 2008; Oliveira, Lima, Saldanha, 2008; Zornitta, 2008).

Essa tendência, no Brasil, confirmou-se, especificamente entre as mulheres, no estudo sobre a incidência e a mortalidade por aids durante a transição menopausal e a pós-menopausa, uma vez que verificou que, além do fenômeno de feminização da aids, o país, atualmente, assiste ao "envelhecimento" da epidemia. Os autores salientam que houve aumento tanto no número de casos novos como na mortalidade (por aids) entre mulheres acima de 30 anos (Pereira et al., 2008).

O aumento da incidência de HIV/aids na população acima de 50 anos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como desafio para o Brasil no sentido do estabelecimento de políticas públicas e de estratégias que garantam o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (Santos, Assis, 2011).

Assim, a infecção pelo HIV em mulheres merece atenção especial, principalmente na faixa etária de 50 anos ou mais. Dentre os motivos para a alta taxa de incidência de HIV/aids encontrada nos últimos anos estão as desigualdades sofridas em relação aos contextos socioeconômicos, culturais e de gênero, o que potencializa vários aspectos que podem influenciar a qualidade de vida (QV) (Valadares et al., 2010; Gaspar et al., 2011).

Com a feminização da aids, a elevada incidência da infecção e a queda dos óbitos dos afetados torna-se imprescindível atentar-se à QV das mulheres que vivem

com HIV/aids (Gaspar et al., 2011), especialmente nas faixas etárias mais elevadas em que o número de casos é crescente e há escassez de estudos científicos.

A compreensão da QV das pessoas que vivem com HIV/aids é fundamental, considerando-se a evolução crônica da infecção, a possibilidade de tratamento e maior sobrevida e o convívio com uma doença estigmatizante, transmissível e, até o momento, incurável, que traz inúmeras consequências biopsicossociais com repercussão na QV destas pessoas (Brito, 1997; Geocze et al., 2010; Meirelles et al., 2010; Briongos Figuero et al., 2011; Gaspar et al., 2011).

Diante do exposto, e dada a cronicidade da aids, analisar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids torna-se uma necessidade que este estudo pretende atender.

1.1. Qualidade de vida: aspectos conceituais

Qualidade de vida é um evento que tem múltiplas dimensões e é multideterminado (Neri, 2008). Nesse sentido, não há uma definição única para o constructo QV.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1994).

A natureza abstrata do termo QV explica por que a boa QV tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diversas. Residem aí as inúmeras conceituações de QV; talvez cada indivíduo tenha a sua própria. É um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo, conforme o decorrer do tempo e a função de estados emocionais, e a ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos (Paschoal, 2002).

O grupo de especialistas em QV da OMS considera que, embora não exista uma definição consensual de QV, há concordância entre os pesquisadores sobre algumas características do constructo como a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade (The WHOQOL Group, 1995).

A percepção subjetiva do indivíduo recebe especial destaque no conceito de QV da OMS e é incorporada em sua definição em três níveis. O primeiro nível diz respeito à percepção subjetiva de uma condição objetiva (por exemplo, a percepção da adequação de uma situação social). O segundo relaciona-se com a percepção global subjetiva de funcionamento (por exemplo, o quão bem um indivíduo dorme). No terceiro nível, há uma avaliação específica da percepção subjetiva (por exemplo, o quão satisfeito um indivíduo está com seu sono) (The WHOQOL Group, 1995).

É necessário avaliar a QV percebida pelas pessoas e o quanto estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de suas vidas (qualidade de vida subjetiva). Deve-se valorizar a opinião dos indivíduos, ou seja, o dono da vida é quem deve avaliar a qualidade de sua vida (Paschoal, 2006).

Para os teóricos do WHOQOL Group, o constructo QV é multidimensional. Por isso, os instrumentos de aferição de QV desenvolvidos pela OMS são compostos de domínios (por exemplo, domínios físico, psicológico e de relacionamento social), ilustrando o entendimento de que QV é um produto de interação de áreas independentes de vida do indivíduo (Chachamovick, Trentini, Fleck, 2007).

Além disso, há o relacionamento de que o constructo é composto de dimensões positivas (por exemplo, funcionalidade, mobilidade) e negativas (por exemplo, sentimentos negativos, dependência de medicações). Assim, uma adequada aferição de QV deve abordar a percepção subjetiva em ambas as dimensões (The WHOQOL Group, 1995).

Paschoal (2002) acrescenta duas características consensuais: a complexidade e a mutabilidade. Segundo o pesquisador, por ser multidimensional, bipolar e subjetivo, o conceito torna-se complexo e difícil de avaliar. Por outro lado, a avaliação da QV muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural; e, para um mesmo indivíduo, muda conforme o seu estado de humor.

A OMS, após a II Guerra Mundial, redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social, e desencadeando considerável discussão a respeito da possibilidade de se medir o bem-estar (Paschoal, 2002).

Apoiado pelo conceito amplo da OMS, o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como esperança, resiliência, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade (Panzini et al., 2007).

No contexto da atenção à saúde, a partir dos anos 1970, o uso elevado do termo na pesquisa social foi seguido por um incremento de seu uso em ensaios clínicos, particularmente nas áreas de oncologia, reumatologia e psiquiatria. Chegava-se à conclusão de que "uma vida longa não era necessariamente uma boa vida" (Farquhar, 1995).

No entanto, previamente a essa conclusão, um dos primeiros usos do termo QV, registrado em periódico médico, ocorreu na metade dos anos 1960, quando Elkington escreveu o editorial intitulado "Medicina e Qualidade de Vida". Ele levantou questões acerca das responsabilidades da medicina a respeito da condição exemplificada pela manutenção da vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. De lá para cá, aumentou de forma expressiva a utilização do termo na literatura médica e nas ciências da saúde (Paschoal, 2002).

A QVRS tem sido definida de diferentes maneiras ao longo dos anos, embora até hoje não se tenha obtido nenhum conceito que contemple toda a sua complexidade. Todavia, a saúde possui importante influência sobre a QV, o que permite considerar os dois conceitos diretamente relacionados (Gill, Feinstein, 1994).

A QVRS pode ser definida como a percepção subjetiva dos aspectos da vida que são influenciados pelas alterações no estado de saúde ou que são afetados pela doença e pelo tratamento (Testa, Simonson, 1996). Para Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997), a QVRS define-se como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, pelas percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial.

1.2. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids e fatores associados

Os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas observados em todas as esferas do conhecimento humano, em especial no tratamento das doenças crônicas, onde houve implementação de novos recursos terapêuticos, geraram importantes créditos para a área da saúde (Reis, 2008). Por outro lado, se as diferentes modalidades terapêuticas garantem o prolongamento da vida, como nos casos de doenças crônicas, o impacto da doença e do tratamento pode trazer

mudanças capazes de influenciar na QVRS dos indivíduos (Reis, 2008; Meirelles et al., 2010).

Ainda que a aids seja considerada incurável, os avanços científicos no tratamento medicamentoso, pelo emprego da terapia antirretroviral de alta potência (TARV), proporcionaram significativo aumento da expectativa de vida do soropositivo ao HIV/com aids, que deixou de ser considerado portador de uma doença incurável, fatal e irreversível, tornando-se um indivíduo afetado por uma condição crônica potencialmente controlável (Bucciardini et al., 2006; Reis, 2008; Meirelles et al., 2010; Gaspar et al., 2011; Hsiung et al., 2011).

Três fatores foram responsáveis por que a aids fosse considerada como doença crônica: os avanços no conhecimento sobre a história natural da infecção pelo HIV; a possibilidade de monitorar a progressão da doença com o surgimento de marcadores laboratoriais, tais como os exames de CD4 e de carga viral; e o surgimento e avanços da TARV (Alencar, 2006).

Apesar de haver um grande benefício em decorrência do uso da TARV, sobretudo pelo prolongamento da sobrevida e cronicidade da infecção pelo HIV/aids, esta situação impõe algumas mudanças que podem ter impacto negativo na QVRS (Reis, 2008).

O otimismo gerado pelo impacto do tratamento tem sido moderado dado ao reconhecimento do aumento dos efeitos metabólicos adversos, que incluem a resistência à insulina e a intolerância à glicose, a dislipidemia, as mudanças na distribuição da gordura corporal, e as alterações no perfil lipídico e glicêmico, que conferem aos infectados pelo HIV maior risco para doenças ateroscleróticas (Guimarães et al., 2007; Calza et al., 2008; Crum-Cianflone et al., 2009; Lima, 2009; Leite, Sampaio, 2011). Para muitos indivíduos, tais efeitos adversos têm trazido substancial impacto negativo na QVRS e causado preocupações sobre o risco cardiovascular e sobre outros agravos que podem ocorrer a longo prazo (Reis, 2008).

A par dessa situação, após a introdução da TARV, os portadores do HIV/aids frequentemente apresentam efeitos adversos relacionados a estes medicamentos como mudanças na imagem corporal e longo tempo de toxicidade (Bucciardini et al., 2006). Lima (2009) salienta que é de fundamental importância que o profissional de saúde que atende a população acima de 50 anos com HIV/aids esteja preparado para identificar possíveis complicações em sua saúde, e identifique as doenças associadas que este

indivíduo possui. O autor ainda cita que o envelhecimento é caracterizado pela polifarmácia, e que, portanto, também é relevante saber quais medicamentos estão sendo usados, se existe ou não interação entre os medicamentos e quais os cuidados específicos para cada um, visto que muitos antirretrovirais apresentam particularidades em sua administração.

Embora o avanço da TARV tenha possibilitado diminuição das taxas de mortalidade, observa-se, no cenário atual, a emergência de coinfecções associadas à infecção pelo HIV/aids, o que pode comprometer a QVRS dos soropositivos (Reis, 2008).

A mensuração da QVRS dos indivíduos vivendo com HIV/aids, atualmente, é considerada essencial na prática clínica que, comumente, utiliza parâmetros como a contagem de CD4 e de carga viral, e presença de doenças oportunistas, ambas insuficientes para se compreender a complexidade dos resultados do tratamento e das intervenções terapêuticas (Casado, 2005).

Diversos fatores biopsicossociais têm sido investigados, os quais denotam o impacto e a influência desses aspectos na QVRS dos portadores do HIV/aids (Reis, 2008). Na comparação de gênero, vários estudos (Préau et al., 2004; Mrus et al., 2005; Reis, 2008; Solomon et al., 2008; Chandra et al., 2009; Abasiubong et al., 2010) sinalizam que as mulheres que vivem com HIV/aids apresentam maiores prejuízos na QVRS se comparadas aos homens. Para Reis (2008), o prejuízo possivelmente se deve ao tratamento desigual nos âmbitos políticos, culturais e socioeconômicos, tendo impacto tanto na QVRS, quanto nos aspectos psicossociais da infecção pelo HIV.

Por sua vez, a avaliação da QV de mulheres que vivem com o HIV/aids pode contribuir para o direcionamento de ações e de intervenções dos profissionais de saúde, bem como de políticas públicas que promovam a QV dessa população (Gaspar et al., 2011).

A literatura é carente em estudos sobre a temática de QVRS que analisam especificamente as mulheres com HIV/aids em países em desenvolvimento (Gaspar et al., 2011). Especificamente na faixa etária de 50 anos ou mais, são inexpressivos. Um estudo encontrado na literatura, sobre essa temática e enfoque na faixa etária de interesse, foi o de Nokes et al. (2011). Trata-se de um estudo multicêntrico sobre os efeitos da idade na percepção dos sintomas e da QVRS de pessoas vivendo com

HIV/aids, de ambos os sexos. Vale salientar que a maioria dos sujeitos estudados era do sexo masculino.

Somada à avaliação da QVRS de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids, a identificação de fatores associados a este constructo pode contribuir no direcionamento de ações dos profissionais de saúde para melhoria da QVRS desta população.

Os fatores associados com a pior QVRS das pessoas que vivem com HIV/aids identificados na literatura nacional e internacional são:

- fatores sociodemográficos: gênero - os estudos têm evidenciado pior QVRS das mulheres, quando comparadas com os homens (Préau et al., 2004; Mrus et al., 2005; Reis, 2008; Solomon et al., 2008; Chandra et al., 2009; Abasiubong et al., 2010); etnia afro-americana (Braithwaite et al., 2008); e baixo nível socioeconômico (Servellen, Chang, Lombardi, 2002; Galvão, 2002; Louwagie et al., 2007; Santos, França Junior, Lopes, 2007; Reis, 2008; Soárez et al., 2009; Mathias, 2010).

- fatores clínicos: tempo de ciência da infecção pelo HIV, sendo, quanto mais recente o diagnóstico, pior a QVRS (Reis, 2008; Reynolds et al., 2009); baixa contagem de células T-CD4 (Call et al., 2000; Delate, Coons, 2000; Galvão, 2002; Gill et al., 2002; Hsiung et al, 2005; Kudel et al., 2006; Préau et al., 2007; Chariyalertsak et al., 2011); alta carga viral (Call et al., 2000; Delate, Coons, 2000; Galvão, 2002; Junqueira, 2008; Reis, 2008); estágio de evolução da infecção pelo HIV, piorando a QVRS à medida que a doença progride (Perez et al., 2005; Zimpel, Fleck, 2007); presença de comorbidades (Jia et al., 2007); presença de coinfecção HIV/hepatite C (Mrus et al., 2006); uso de drogas ilícitas (Préau et al., 2006); tabagismo (Crothers et al., 2005); baixa adesão a TARV (Viswanthan, Anderson, Thomas, 2005; Mannheimer et al., 2005; Holmes et al., 2007; Valencia et al., 2010); efeitos colaterais da TARV (Préau et al., 2007); baixa adesão aos cuidados médicos (Kellekai et al., 2004); presença de sintomas (Reynolds et al., 2009; Valencia et al., 2010; Chariyalertsak et al., 2011); e presença de incapacidade em virtude da aids (Soárez et al., 2009).

- fatores psicossociais: presença de sintomas depressivos (Jia et al., 2005; Trépaier et al., 2005, Kudel et al., 2006; Préau et al., 2006; Reis, 2008; Reynolds et al., 2009; Valencia et al., 2010); baixa autoestima (Reis, 2008); baixa esperança (Yadav, 2010); ausência ou baixo suporte social (Jia et al., 2005; Viswanthan,

Anderson, Thomas, 2005; Préau et al., 2007; Reynolds et al., 2009; Yadav, 2010); ter sofrido abuso sexual (Valencia et al., 2010); ter sofrido estigma (Greef et al, 2010); uso negativo do *coping* religioso (Kudel et al., 2006); uso da negação como estratégia de *coping* (Weaver et al., 2004) e alto caos na vida (Wong et al., 2007).

Neste contexto, o presente estudo busca, além de avaliar a QVRS, identificar fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais associados à QVRS de mulheres a partir de 50 anos, que vivem com HIV/aids.

1.2.1. Fatores psicossociais associados à qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids: a autoestima e a esperança

O cuidar de portadores de HIV/aids, além dos aspectos biológicos e físicos, envolve ações nas dimensões psicológicas e sociais, dentre outras (Sanches, 2008). A infecção pelo HIV/aids marca profundamente a pessoa acometida, uma vez que afeta seu bem-estar tanto na dimensão física, como mental e social; envolve, também, sentimentos negativos como depressão, angústia e medo da morte, o que interfere em sua identidade e na autoestima (Carvalho, Braga, Galvão, 2004).

Dentre os fatores psicossociais, destacam-se a autoestima e a esperança de vida das mulheres com HIV/aids, na faixa etária de interesse. Estudo aponta que as pessoas que vivem com HIV/aids podem ter sua autoestima comprometida devido ao impacto causado em suas vidas pela infecção, que se associa ao estigma de uma doença transmissível, e potencialmente fatal, com diferentes fases de evolução e de curso imprevisível (Reis, 2008).

Autores conceituam a autoestima como sendo uma necessidade básica para a sobrevivência humana, maneira como o indivíduo percebe a si mesmo, sendo compreendida como uma maneira de expressar que se é consciente de própria existência; por fim, é a sensação de que se é competente ao lidar com os desafios da vida e de ser merecedor da felicidade (Medeiros, 1995; Sanches, 2008; Branden, 2000).

No contexto brasileiro, é inexpressiva a publicação de estudos com abordagem na avaliação da autoestima (Avanci et al., 2007). Dentre as publicações com recorte na transmissibilidade do HIV/aids, no país, localizaram-se três estudos com foco na autoestima, porém nenhum estudou especificamente as mulheres e

tampouco limitou-se à faixa etária de interesse do presente estudo: Reis (2008), Warde Filho (2008) e Brito et al. (2009).

A autoestima é considerada um importante indicador da saúde mental (Andrade, Angerami, 2001). Por sua vez, estudo com pessoas com HIV/aids mostrou que a baixa autoestima está fortemente relacionada com a autoimagem negativa relacionada ao estigma (Berger, Ferrans,e Lashley, 2001). A baixa autoestima pode refletir em sentimentos de incapacidade para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde, além de que a elevada autoestima tem sido associada a baixos níveis de depressão e tensão (Vargas, Dantas, Góis, 2005).

Muito antes do comprometimento físico e orgânico, a infecção pelo HIV impõe à pessoa perdas e sofrimentos, tanto pelos aspectos próprios às limitações físicas e sociais advindas com a soropositividade, como pela perda de um projeto de vida em que, após a confirmação do diagnóstico, a pessoa tem de reorganizar sua existência, considerando possíveis limitações nas suas condições de saúde, nas relações trabalhistas, nas relações afetivas e na vida sexual, gerando importantes repercussões na saúde, na autoestima e na qualidade de vida (Reis, 2008).

Para Reis (2008), a autoestima é um aspecto essencial na criação e na manutenção da saúde, da esperança e da qualidade de vida. Assim, a esperança é considerada fenômeno universal, essencial para a qualidade de vida (Parse, 1999). No contexto dos cuidados de saúde, em especial de enfermagem, há três décadas, estudo sugeria que a esperança parecia assumir papel fundamental ao permitir que a pessoa dispusesse de energia de modo a restabelecer sua saúde, sendo que o enfermeiro era visto como um agente impulsionador do bem-estar em geral e da esperança em particular (Polletti, 1980).

Desse modo, a esperança tem efeito benéfico para a saúde das pessoas, sendo um dos aspectos centrais no cuidado de enfermagem, pois contribui para a capacitação da pessoa para lidar com situações de crise, para manutenção da qualidade de vida, para a determinação de objetivos saudáveis e para a promoção da saúde (Cavaco et al., 2010).

Estudo sobre a relação entre a esperança, o suporte social e a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids, no Nepal, verificou associação positiva entre esperança e QV, pois o aumento do nível da primeira gerou a melhora da qualidade de vida da população estudada (Yadav, 2010). Vale destacar, neste

momento, que não foram localizados, no Brasil, estudos com abordagem na avaliação da esperança das pessoas que vivem com HIV/aids, tampouco sobre a associação da esperança de vida com a QV de mulheres na faixa etária de interesse deste estudo.

A esperança apresenta, na vida humana, papel primordial, sendo vivida de forma pessoal e única, apesar da influência do ambiente (Cavaco et al., 2010). A pessoa tem necessidade de alcançar significados para a vida, tanto em seu cotidiano, como em situações de crise, sendo uma dimensão essencial para lidar com a doença e/ou preparação para a morte (Pires, 2006; Miller, 2007). A esperança ajuda globalmente a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (Mattioli, Repinski, Chappy, 2008; Pipe et al., 2008; Reynolds, 2008).

A esperança é considerada fundamental para o portador de uma doença grave e deve ser discutida em seus aspectos conceituais, assim como em seu valor na preservação da qualidade de vida, na cooperação do paciente e na tomada compartilhada de decisão sobre o tratamento (Nogueira Filho, 2010).

Diversos aspectos biopsicossociais têm sido investigados, os quais denotam o seu impacto e a influência na QVRS dos portadores do HIV/aids (Reis, 2008). Diante da feminização e do envelhecimento presentes no perfil epidemiológico da epidemia de aids, a compreensão da QVRS de mulheres com 50 anos ou mais que vivem com HIV/aids torna-se fundamental. Além disso, a identificação dos fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais associados à QVRS dessas mulheres torna-se relevante, especialmente porque atualmente a aids é considerada uma condição crônica, mas com inúmeras consequências biopsicossociais que podem repercutir na sua QVRS.

Diante desse quadro, concorda-se com os autores que salientam o desafio do Brasil no estabelecimento de políticas públicas e de estratégias de intervenção, de modo a garantir o alcance de medidas preventivas e de melhoria da QV da população acima de 50 anos com HIV/aids (Santos, Assis, 2011).

O desafio que se propõe aos indivíduos e à sociedade é voltado à obtenção de uma sobrevida cada vez maior, com uma QV cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e de dignidade. O oposto dessa situação, que é marcada por uma velhice patológica, depende da história de desenvolvimento e de envelhecimento, que é marcada por influências genético-

biológicas, psicológicas e socioculturais, algumas das quais podem ser controladas (Paschoal, 2006).

Dessa forma, a longevidade tem implicações importantes na QV, podendo trazer problemas, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social (Paschoal, 2006), especialmente se associada a doenças crônicas como a aids. Diante disso, torna-se premente avaliar a QVRS de mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/aids e sua associação com fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais, principalmente pelo exposto anteriormente, onde se disse que, no Brasil, as pesquisas sobre a QV de portadores de HIV/aids são escassas, porém numerosas em países desenvolvidos (Reis, 2008).

Para tanto, a seguir serão abordados os aspectos relacionados à avaliação da QVRS e a definição dos instrumentos de medida da QVRS que serão utilizados no presente estudo.

1.3. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde

Atualmente, a QVRS representa um tema de pesquisa imprescindível, visto que os seus resultados contribuem para obter avaliações mais acuradas da saúde dos indivíduos e das populações, para aprovar e definir tratamentos médicos, avaliar custo / benefício do cuidado com a saúde, medir o impacto que as doenças crônicas têm sobre os indivíduos e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade (Guyatt, Feeny, Patrick, 1993).

O atendimento médico e da equipe de saúde, que no passado era focalizado apenas no diagnóstico e no tratamento, e os resultados avaliados pelos indicadores objetivos, morbidade e mortalidade, mostraram importantes mudanças nas últimas décadas. Esse enfoque passa a utilizar indicadores subjetivos, os quais incorporam as percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua QVRS. Assim, as medidas clínicas de caráter objetivo somam-se às de caráter subjetivo, uma vez que o indivíduo é chamado a opinar sobre a qualidade global de sua vida, ou sobre aspectos particulares, tais como saúde, sexualidade, memória, capacidades funcionais e relações sociais, dentre outras.

Dessa maneira, a QVRS estuda o indivíduo globalmente por meio de domínios classificados como: físico (capacidade funcional e capacidade de trabalho), psicológico (satisfação, bem-estar, autoestima, ansiedade e depressão), e social

(reabilitação de trabalho, passatempos, interação familiar e social), cada qual contendo uma diversidade de componentes. Além disso, cada componente pode ser expresso de diferentes maneiras, de acordo com a percepção subjetiva de cada pesquisado, resultando em avaliações diferentes de QV. Assim, dois indivíduos com condições clínicas e terapêuticas similares podem apresentar diferentes resultados de QV, dado que esse conceito é o resultado da interação entre as condições de vida do paciente e a maneira pela qual estas são percebidas por ele (Apolone, Mosconi, 1998).

1.3.1. Instrumentos

Traduzir os vários aspectos dos componentes da QV em valores quantitativos é uma tarefa difícil, pois implica na necessidade de se avaliar dimensões múltiplas, com avaliações de itens múltiplos de cada dimensão. A consequência dessa complexidade é o desenvolvimento, nos últimos anos, de um grande número de instrumentos de medida (Kurtner, 1994).

Na seleção de um instrumento de medida da QV para ser aplicado em estudos clínicos ou populacionais são necessários quatro critérios: definir o propósito para o qual o instrumento de medida será usado; determinar a categoria geral do instrumento; selecionar o formato apropriado para o estudo, se vários formatos forem disponíveis; e possuir certas propriedades psicométricas como: confiabilidade, validade, responsividade e normatização (Guyatt, Feeny, Patrick, 1993).

Com respeito ao propósito de aplicação, os questionários de QV podem ser classificados como: *avaliativos, preditivos e discriminativos* (Kirshner, Guyatt, 1985). O objetivo de um instrumento *avaliativo* é medir mudanças nos indivíduos com o passar do tempo; o instrumento *preditivo* destina-se à previsão de mudanças futuras a partir dos dados obtidos no presente, e o instrumento *discriminativo* visa distinguir as diferenças entre os sujeitos em um único ponto no tempo (Churchill, 1995).

Quanto à categoria, os instrumentos podem ser classificados em: genéricos, específicos e modulares (genéricos e específicos). Os instrumentos genéricos subdividem-se em perfis de saúde e medidas de preferência (Churchill, 1995).

Os perfis de saúde são instrumentos genéricos que tentam medir todos os aspectos importantes da QVRS. Já as medidas de preferência surgiram de teorias

econômicas e de tomadas de decisão, e refletem as preferências dos indivíduos por diferentes estados de saúde, inclusive pela morte (Paschoal, 2000).

Os instrumentos específicos avaliam aspectos do estado de saúde, específicos para a área de interesse. Podem ser específicos para uma doença, para uma função ou para um problema (Paschoal, 2002).

Em relação às vantagens e desvantagens das diferentes categorias de instrumentos de QVRS, os Perfis de Saúde apresentam como vantagens: grande variedade de domínios; podem ser usados em qualquer população; detectam efeitos diferenciais sobre aspectos diferentes do estado de saúde; permitem comparações do impacto relativo dos vários programas de atenção à saúde; e correspondem a um instrumento único. As suas desvantagens resumem-se à possibilidade de não focalizarem adequadamente a área de interesse e de terem menor responsividade (capacidade de detectar mudanças) em condições específicas (Guyatt, Feeny, Patrick, 1993).

As medidas de preferência mostram como vantagens o fato de serem representadas por meio de um escore sumário único; possibilitam análise de custo-utilidade, e incorporam a morte dentro da medida. Porém, suas desvantagens não são poucas, destacando-se a dificuldade de os indivíduos determinarem valores; a de não permitir a avaliação dos diferentes aspectos da QVRS; a de deixar de revelar as dimensões nas quais os pacientes obtiveram melhora e naquelas em que houve piora, além de possibilitar menor responsividade (Guyatt, Feeny, Patrick, 1993).

Quanto aos instrumentos específicos, estes são clinicamente sensíveis e mais responsivos, contudo apresentam desvantagens, como: não permitem comparações, se existir em outras afecções ou condições para as quais não foram desenhados; podem ser limitados, com respeito às populações e intervenções; e ser restritos aos domínios de relevância para a doença, a população, a função; ou mostrar restrição ao problema, sem avaliar outras dimensões, também importantes para a QVRS (Guyatt, Feeny, Patrick, 1993).

Em relação aos instrumentos modulares ou baterias de escalas, os mesmos instrumentos combinam os aspectos genéricos e específicos à doença, mantendo um módulo central de perguntas aplicáveis a diversas doenças e populações de pacientes, cujas questões mais relevantes à doença ou ao tratamento podem ser inseridas no questionário, quando necessárias (Testa, Simonson, 1996).

Algumas sociedades internacionais de pesquisa em QV, como a *International Society for Quality of Life Research*, sugerem e defendem o uso simultâneo de ambos instrumentos (genérico e específico à doença que se pretende avaliar) como estratégia para medir, de forma completa, a QVRS (Duarte, Ciconelli, 2006).

O terceiro critério a ser considerado na escolha de um instrumento de QV é o formato apropriado para o estudo, uma vez que existem instrumentos com mais de um formato. Para citar um exemplo, os instrumentos de medida da QV da Organização Mundial da Saúde, WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, são genéricos e apresentam formatos distintos: o segundo corresponde ao formato abreviado do primeiro.

Os instrumentos utilizados para avaliar a QV devem ser simples, de fácil compreensão para os pacientes e profissionais, e necessitar de pouco tempo para serem respondidos. Além disso, devem ser confiáveis, válidos, responsivos e sensíveis (Valderrábano, Jofre, López-Gómez, 2001).

A esse respeito, o quarto critério na escolha do instrumento de QV traduz a necessidade de possuir propriedades psicométricas, as quais devem garantir confiabilidade e validade (Paschoal, 2000).

1.3.2. A escolha dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids

Conceituar e avaliar a QV não é tarefa das mais fáceis, dada a quantidade e a complexidade das variáveis envolvidas. Há vários conceitos e instrumentos, alguns genéricos e outros específicos para avaliação.

O advento de uma grande diversidade de tecnologia de intervenção em saúde, somado ao envelhecimento populacional ocorrido no último século, com o aumento da prevalência das doenças crônicas, tem indicado a necessidade de novos modelos para avaliar o impacto destas doenças na QVRS dos indivíduos (Campolina, Ciconelli, 2008). Esses autores ainda citam que os instrumentos de avaliação de QVRS têm contribuído enormemente não só pela multidimensionalidade das abordagens, mas principalmente por incorporar a opinião dos pacientes nos processos de decisão compartilhada em saúde.

Nas pesquisas brasileiras sobre QVRS em pessoas vivendo com HIV/aids, há estudos que utilizaram a versão abreviada do instrumento genérico de avaliação da

QV da OMS denominado WHOQOL-bref (Calvetti, 2006; Seidl, Trócoli, 2006; Santos, França Júnior, Lopes, 2007). Porém, vale salientar que na literatura internacional, um instrumento genérico de avaliação de QVRS bastante utilizado em pacientes com HIV/aids é o *Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12), que é a versão abreviada do *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* - SF-36 (Delate, Coons, 2000; Han et al., 2002; Crothers et al., 2005; Mannheimer et al., 2005; Viswanthan, Anderson, Thomas, 2005; Mrus et al., 2006; O'Cleirigh, Safren, 2006; Préau et al., 2006 ; Préau et al., 2007; Wong et al., 2007 ; Braithwaite et al., 2008; Moyer et al., 2008; Barry et al., 2011; Chariyalertsak et al., 2011; Ion et al., 2011; Kortluis et al., 2011; Oursler et al., 2011). A literatura nacional mostra que o SF-12 já foi utilizado em estudos sobre QVRS, porém ainda não foi aplicado em pessoas que vivem com HIV/aids.

O campo da QVRS conta atualmente com desenvolvimento marcante, como a do instrumento genérico SF-36 e seus derivados, dentre eles o SF-12, cuja versatilidade e praticidade podem contribuir com enormes avanços para a vigilância epidemiológica de doenças crônicas, para as tomadas de decisão e para a avaliação da qualidade da assistência à saúde (Campolina, Ciconelli, 2008).

Em relação aos instrumentos específicos para avaliar a QVRS de pessoas com HIV/aids, é necessário destacar que há diversos instrumentos na literatura, tais como: *Medical Outcomes Questionnaire* adaptado para o HIV (MOS-HIV), *AIDS Health Assessment Questionnaire* (AIDS-HAQ), HIV-QOL *Questionnaire* (HIV-QL31), *HIV Symptom Index* (HIV-SI), *Living with* HIV (LWH), *Multi-dimensional Quality of Life Questionnaire for HIV/aids* (MQoL-HIV), *HIV Overview of Problems – Evaluation System* (HOPES), *Functional Assessment of HIV Infection* (FAHI), *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument* (HAT-QoL) e o WHOQOL-HIV. Porém, dentre os instrumentos citados, apenas dois foram adaptados e validados no Brasil, sendo um deles o instrumento da OMS para o HIV denominado WHOQOL-HIV e sua versão abreviada WHOQOL-HIV bref (Zimpel, Fleck, 2007), que são instrumentos modulares, pois apresentam questões genéricas e específicas para o HIV, valendo salientar que o WHOQOL-HIV apresenta 120 itens, sendo 100 questões genéricas e 20 específicas para pessoas que vivem com HIV/aids; já o WHOQOL-HIV bref apresenta 25 questões genéricas e 6 específicas para o HIV/aids.

Outro instrumento específico, validado no Brasil, é o *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument* (HAT-QoL), construído por Holmes e Shea (1997). O referido instrumento, construído com 42 itens, teve avaliada sua confiabilidade por meio de teste-reteste do HAT-QoL, comparando-o ao SF-36. A versão final, após ajuste dos itens, ficou com 34 itens (Holmes, Ruocco, 2008). Esta versão de 34 itens do HAT-QoL foi traduzida e validada, no Brasil, por Soárez et al. em 2009, valendo salientar que um dos autores da escala original (Willian Holmes) participou do processo de tradução e de validação da referida escala no país. O instrumento original na versão de 42 itens foi utilizado anteriormente, no país, por Galvão (2002), porém sem o teste de suas propriedades psicométricas. Recentemente, Moser e Traebert (2011) publicaram a validação do HAT-QoL desta versão (42 itens).

Com relação aos estudos brasileiros que utilizaram o HAT-QoL, nenhum utilizou a versão validada por Soárez et al. (2009), mas a versão utilizada por Galvão (2002): Galvão, Cerqueira, Machado (2004), Reis, (2008), Junqueira (2008), Gil (2009) e Mathias (2010). No âmbito internacional, os seguintes estudos empregaram o HAT-QoL: Holmes e Shea (1997), Holmes e Shea (1998), Holmes e Shea (1999), Demmer (2001), Frain (2003), Keleekai (2004), Weaver et al. (2004), Kudel et al. (2006), Holmes et al., (2007), Holmes e Ruocco (2008), Taylor et al. (2008), Reynolds et al. (2009), Taylor et al. (2009), Abasiubong et al. (2010), Greef et al. (2010), Valencia et al. (2010) e Nokes et al. (2011).

Segundo Soárez et al. (2009), o HAT-QoL é o único instrumento de QV construído a partir de sugestões de portadores de HIV/aids, o que o torna um questionário de QV específico para estes indivíduos, com a garantia da inclusão de domínios importantes e relevantes. Os autores ainda salientam que, no Brasil, a QVRS dos soropositivos ao HIV/com aids tem sido pouco estudada.

Diante do exposto, optou-se por utilizar o instrumento SF-12, dado o seu amplo emprego em estudos internacionais e por ainda não ter sido empregado no país em pesquisas com enfoque no HIV/aids. Outro instrumento de escolha foi o HAT-QoL validado por Soárez et al. (2009), que também não havia sido aplicado no país. Sendo assim, ambos instrumentos foram considerados os mais apropriados para serem aplicados ao segmento alvo deste estudo: mulheres com 50 anos ou mais, que vivem com HIV/aids. Vale reiterar que algumas sociedades internacionais de pesquisa em QV, como a *International Society for Quality of Life Research*, sugerem

e defendem o uso simultâneo de ambos instrumentos (genérico e específico para a doença que se pretende avaliar) como estratégia para medir de forma completa a QVRS (Duarte, Ciconelli, 2006).

2. JUSTIFICATIVA

Os avanços tecnológicos na área da saúde e a melhoria das condições estruturais das pessoas (saneamento básico, acesso à informação, etc), associados ao progresso da ciência em diferentes campos do saber, têm contribuído para a QV, ocasionando, sobretudo nos países desenvolvidos, aumento na esperança de vida da população mundial (Oliveira, Lima, Saldanha, 2008). Os referidos autores destacam que essa mudança do perfil demográfico da população brasileira é fator social importante para a compreensão da aids em pessoas com 50 anos ou mais, uma vez que continua aumentando o número de notificações de aids nessa faixa etária.

Dentre as características da epidemia de aids, estão a feminização e o envelhecimento. Os dados epidemiológicos sinalizam a alta incidência de casos de HIV/aids na população a partir de 50 anos e uma diminuição na relação entre homens e mulheres infectados pelo HIV. Nesse sentido, considerando-se a cronicidade do HIV/aids, torna-se relevante avaliar a QVRS das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids. As mulheres que vivem com aids apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que podem interferir na sua QV (Martins et al., 2008).

Para Silva, Saldanha, Azevedo (2010), o desenvolvimento de estudos na área de QV pode subsidiar práticas assistenciais pautadas numa perspectiva ampla do processo saúde-doença, abarcando aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. O caráter multidimensional da QVRS aponta a necessidade de se considerar, concomitantemente aos aspectos socioeconômicos, a influência das condições de saúde e doença na avaliação das pessoas sobre a sua QV (Oliveira, Lima, Saldanha, 2008).

Todavia, no Brasil, estudos que avaliem a QV de pessoas acima de 50 anos com HIV/aids, por meio de instrumentos padronizados e validados para a população brasileira, são escassos (Oliveira, Lima, Saldanha, 2008). Os autores citam que o crescimento de pessoas soropositivas para o HIV na velhice tem sugerido a

necessidade de caracterização e avaliação da QV, levando em conta a perspectiva dos próprios idosos (Sousa, Galante, Figueiredo, 2003). Essa avaliação da QV não está relacionada, apenas, à possibilidade de ampliar os anos de vida dessas pessoas, mas também compreende o enfrentamento de situações de discriminação, abandono, segregação, estigma, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade (Oliveira, Lima, Saldanha, 2008).

Diferentes fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais já foram associados à QVRS de pessoas que vivem com HIV/aids, porém não foram encontrados estudos que tenham focado especificamente a população feminina acometida pelo HIV/aids em faixa etária igual ou superior a 50 anos. Dentre os fatores psicossociais de interesse, destaca-se a avaliação da autoestima e da esperança. A busca na literatura nacional mostrou que são incipientes os estudos com enfoque na avaliação da autoestima de pessoas com HIV/aids, assim como não se localizaram pesquisas nacionais sobre a avaliação do nível de esperança de indivíduos infectados pelo HIV, embora se tenha constatado sua escassez também na literatura internacional.

Para melhor compreender a noção de QV existente entre as pessoas soropositivas para o HIV na maturidade e velhice, não basta apenas estudar os aspectos profiláticos, etiológicos e terapêuticos, fazendo-se necessária também a perpectiva psicossocial do fenômeno (Saldanha, Figueiredo, Coutinho, 2004), bem como as características subjetivas e sociais dos sujeitos (Oliveira, Lima, Saldanha, 2008).

O impacto após o diagnóstico de HIV/aids é refletido de forma mais significativa na esfera psicossocial da vida do sujeito (Oliveira, Lima, Saldanha, 2008). Na avaliação da QV, mais especificamente no contexto do HIV/aids em adultos mais velhos, sugere-se levar em consideração as condições clínicas e biodemográficas das pessoas, bem como uma noção ampla de saúde, abarcando os aspectos biopsicossociais e culturais do fenômeno (Oliveira, Lima, Saldanha, 2008).

Frente ao exposto, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com 50 anos ou mais que vivem com HIV/aids e sua associação com fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais, torna-se fundamental para trazer subsídios à sua assistência.

Diante desses fatos, pretende-se, com este estudo, responder aos seguintes questionamentos: Qual a percepção da QVRS de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids? O nível de autoestima e/ou de esperança interfere na percepção da QVRS de mulheres que vivem com HIV/aids na faixa etária de interesse? Quais fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais influenciam na QVRS de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids?

Portanto, a presente pesquisa apresenta como objeto de investigação a QVRS de mulheres com 50 anos ou mais com HIV/aids e sua relação com fatores intervenientes, inclusive autoestima e esperança.

Os estudos encontrados na literatura determinaram a elaboração das seguintes hipóteses para esta pesquisa:

- A QVRS das mulheres com 50 anos ou mais com HIV/aids é influenciada positivamente por fatores sociodemográficos como menor idade, estar sem companheiro, maior escolaridade e renda per capita mensal.
- A QVRS das mulheres com 50 anos ou mais com HIV/aids é influenciada positivamente por fatores clínicos como maior tempo de conhecimento do diagnóstico, não estar com aids, ter contagem de células CD4 acima de 200 células/mm^3, ter carga viral indetectável, não apresentar comorbidades, usar medicamentos antirretrovirais e menor tempo de tratamento com antirretrovirais.
- A QVRS das mulheres com 50 anos ou mais com HIV/aids é influenciada positivamente por fatores psicossociais como maior nível de esperança e autoestima.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids e sua associação com fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar as mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids, segundo os fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais.
- Avaliar a QVRS de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids, por meio do SF-12 e do HAT-QoL.
- Descrever as correlações entre os componentes do SF-12 e os domínios do HAT-QoL.
- Descrever as correlações entre os componentes e domínios da QVRS, avaliados pelo SF-12 e HAT-QoL, e os aspectos psicossociais (esperança e auto-estima).
- Identificar fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais associados à QVRS de mulheres com 50 anos ou mais com HIV/aids.

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo correlacional, que examina a relação entre duas ou mais variáveis, visando quantificar a força da relação entre elas, de corte transversal, no qual os dados são examinados num ponto de tempo (Lobiondo-Wood, Haber, 2001).

4.2. Local

O estudo foi realizado nos Serviços de Assistência Especializada (SAEs) em DST/Aids Marcos Luttemberg, Fidélis Ribeiro e Cidade Líder II, sendo o primeiro da Região Norte e os outros dois da Região Leste do município de São Paulo. Vale salientar que a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) é responsável pela gestão das Unidades Especializadas em DST/Aids do referido município. Essas unidades variam desde Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que atuam basicamente com prevenção e diagnóstico de DST/HIV, até Serviços de Assistência Especializada com serviços ambulatoriais de acompanhamento e tratamento.

Cabe acrescentar que os SAEs da Região Norte e Leste, campos deste estudo, são os serviços que possuem o maior número de mulheres a partir de 50 anos cadastradas com diagnóstico de HIV/aids em acompanhamento clínico-ambulatorial do município de São Paulo.

O SAE DST/Aids Marcos Luttemberg é o único na região norte do município, enquanto a região leste apresenta dois SAEs: o SAE DST/Aids Fidélis Ribeiro e o SAE DST/Aids Cidade Líder II. Estes serviços contam com equipe multiprofissional.

4.3. População

A população foi constituída por mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, com HIV/aids, frequentadoras dos SAEs das regiões norte e leste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. De acordo com dados epidemiológicos do Programa Municipal de DST/Aids (PM DST/Aids) da Secretaria de Saúde de São Paulo, em janeiro de 2010, havia 468 mulheres na faixa etária de interesse, com

HIV/aids, em acompanhamento ambulatorial nos SAEs supracitados.* Ainda assim, esse número não correspondia ao total de mulheres em atendimento nos três SAEs campos do estudo, pois os serviços não dispunham de dados atualizados sobre o real número de pacientes sob tratamento, dado a subnotificação de abandonos, transferências ou óbitos.

4.4. Amostra

Para a definição do tamanho da amostra, foram considerados os escores dos instrumentos de coleta de dados - SF-12 e HAT-QoL (para avaliação da QVRS) e das escalas que mediram o nível de esperança e o nível de autoestima. Por hipótese assumida, haveria correlação entre esses instrumentos, portanto, o cálculo do tamanho da amostra baseou-se no coeficiente de correlação de Pearson, sendo o coeficiente arbitrado de 0,20 a 0,50, com intervalo de 0,05, com poder do teste de 80% (β = 0,20) e a confiança de 95%. Para um r = 0,20 (que representa uma correlação baixa), com base nos procedimentos propostos por Hulley et al. (2008), o tamanho amostral seria de 194 sujeitos.

Como apenas os dados coletados pela escala que mediu o nível de esperança apresentaram normalidade, que é um pressuposto para a utilização do coeficiente de correlação de Pearson, o coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado. Considerando-se o coeficiente de correlação de Spearman para uma diferença mínima de 0,20 com valores fixados de erro α igual a 0,05 e erro β igual a 0,20 e com base em procedimentos propostos por Graney (1978), Dawson, Trapp (2003) e Couto Júnior (2009), foi estimado um número mínimo de 197 sujeitos, sendo definida a amostra final em 200 sujeitos.

A amostra de conveniência foi, então, constituída por 200 mulheres na faixa etária de interesse que atenderam os seguintes critérios de inclusão:

- ser do sexo feminino e ter idade igual ou superior a 50 anos;
- ser portadora do HIV/aids, independente do estágio da infecção/doença;
- apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal;

---

* Esta informação está registrada no Sistema de Vigilância em Serviços (VIGISERV) do PM de DST/Aids, que está implantado desde 2002 nas 15 unidades de assistência da Rede Municipal Especializada (RME) em DST/Aids.

- estar em acompanhamento clínico-ambulatorial nos Serviços de Assistência Especializada, campos do estudo;

- concordar em participar do estudo, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

4.5. Pré-Teste

Foi realizado pré-teste com dez sujeitos que atendiam os critérios de inclusão, visando à adequação da coleta e do uso dos instrumentos para a população de escolha. Considerando-se que não foi necessário mudar o procedimento de coleta de dados, esses sujeitos fizeram parte da amostra.

4.6. Coleta de dados

4.6.1. Período

Os dados foram coletados no período previsto de fevereiro a julho de 2010.

4.6.2. Procedimentos

Os dados foram coletados, pela pesquisadora e por duas outras enfermeiras previamente treinadas, por meio de entrevistas individuais. Por se considerar a possibilidade de os sujeitos apresentarem baixo nível instrucional e queda da acuidade visual, optou-se pela aplicação dos instrumentos sob a forma de entrevista.

As mulheres com 50 anos ou mais, com diagnóstico de HIV/aids, que compareceram ao atendimento clínico-ambulatorial previamente agendado, foram identificadas na recepção dos serviços, sendo em seguida abordadas individualmente, em local privativo e reservado, e informadas quanto à pesquisa e seus aspectos éticos. Quando demonstravam dúvidas, estas eram esclarecidas. Após a concordância em participar do estudo, era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, era realizada a entrevista com a aplicação dos instrumentos: caracterização dos sujeitos, avaliação da QVRS *Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12), *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument* (HAT-QoL), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) e Escala de Esperança de Herth (EEH).

Ainda que sem cronometragem, o tempo médio de cada entrevista pode ser estimado como 40 minutos.

4.6.3. Instrumentos de coleta de dados

4.6.3.1. Caracterização dos Sujeitos

Para a caracterização dos sujeitos, utilizou-se o instrumento para a caracterização da população de mulheres e homens com 50 anos ou mais portadores do HIV/aids, elaborado e validado, no Brasil, por Lima (2009).

Esse instrumento (Anexo 1) é composto por questões sobre a caracterização sociodemográfica (estado marital, religião, idade, escolaridade, profissão, ocupação, renda) e clínica (carga viral, CD4, estágio da infecção pelo HIV, presença de doenças oportunistas relacionadas ao HIV/aids ou outras patologias não oportunistas - que no presente estudo foram denominadas de comorbidades - , uso de medicamentos antirretrovirais e/ou não antirretrovirais). Inclui também questões sobre comportamentos em saúde tais como hábitos (uso de cigarro, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas) e sexualidade (relação sexual, parceria sexual, relação sexual com mais de uma pessoa, proteção nas relações sexuais, razão pela qual não utiliza/utilizava proteção nas relações sexuais), além de crenças e atitudes sobre a doença e o tratamento (tempo de conhecimento do diagnóstico do HIV/aids, como ficou sabendo que tinha a doença, como acredita ter adquirido a doença, complicações relacionadas ao HIV/aids que o paciente refere, tempo de tratamento, percepção de vantagem terapêutica e abandono do tratamento).

4.6.3.2. Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)

O SF-12, conforme exposto anteriormente, é a versão reduzida do instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*). Segundo Campolina e Ciconelli (2008), o SF-12 é um questionário genérico de QVRS que, apesar de ser mais curto que o SF-36, se mantém como uma alternativa válida. Esta ferramenta é uma boa opção para estudos de base populacional e também para o rastreamento de problemas de saúde.

O SF-12 estrutura-se com base em 10 itens, extraídos das dimensões do SF-36, e 2 itens acrescentados para melhorar a estimativa dos 2 componentes criados a partir do SF-36. Os resultados são expressos, portanto, por meio dos componentes físico e mental, de forma normalizada, através de desvios-padrão da média da população americana (Z escore, com média = 50 e desvio-padrão = 10) (Ware, Kosinski, Keller, 1995 apud Campolina, Ciconelli, 2008).

O grande objetivo do desenvolvimento do SF-12 foi proporcionar um questionário que pudesse ser reproduzido em uma única página, preenchido em 2 minutos e que fosse capaz de representar as medidas sumárias do SF-36 com uma acurácia de 90%. No momento, as evidências empíricas confirmam que este objetivo foi plenamente alcançado. Portanto, a correspondência entre os Componentes físico e mental do SF-12 e do SF-36 faz que os *guidelines* de interpretação do SF-36 possam ser aplicados ao SF-12 (Campolina e Ciconelli, 2008).

Segundo esses autores, o SF-12 está traduzido e validado nos países onde o SF-36 foi traduzido e adaptado culturalmente, uma vez que seus itens são extraídos dessa ferramenta. Os autores salientam que o SF-12 é uma ferramenta de fácil e rápida aplicação, tendo dois modos de administração: autoaplicável ou por entrevista (Campolina e Ciconelli, 2008).

Vale salientar que estudo populacional realizado na cidade de São Paulo que avaliou a QVRS de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica previamente validou, no Brasil, o SF-12. Seu autor cita que o desempenho do SF-12 está amplamente documentado na literatura, tanto na versão original, quanto na versão utilizada nos diferentes países onde o referido instrumento foi validado, inclusive no Brasil (Camelier, 2004).

Para o presente estudo, foi obtida licença para a utilização do SF-12, junto à empresa *Quality Metric*, tendo esta fornecido o questionário, seu manual, o *Quality Metric Health Outcomes Scoring Software 4.0* e seu guia de instalação (anexo 2).

4.6.3.3. HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument (HAT-QoL)

O HAT-QoL (Anexo 3) foi construído por Holmes e Shea (1997) e validado no Brasil, por Soárez et al. (2009). É um questionário multidimensional, que avalia a QV especificamente de pessoas que vivem com HIV/aids, sendo composto por 34 itens reunidos em nove domínios: Função geral (seis itens), Satisfação com a vida (quatro itens), Preocupações com a saúde (quatro itens), Preocupações financeiras (três itens), Preocupações com a medicação (cinco itens), Aceitação do HIV (dois itens), Preocupações com o sigilo (cinco itens), Confiança no profissional (três itens) e Função sexual (dois itens).

Para responder cada questão, a pessoa é conduzida a pensar sobre a sua QVRS nas últimas quatro semanas. As respostas têm formato de escala tipo Likert de

cinco pontos: “todo o tempo”, “a maior parte do tempo”, “parte do tempo”, “pouco tempo”, e “nunca”.

Para se calcular o escore do instrumento faz-se o somatório das pontuações obtidas por item, valendo salientar que há itens que têm pontuações invertidas (1a, 2a, 2b, 2c, 2d, 8a, 8b e 8c). Todos os domínios são pontuados e o escore final de cada domínio é transformado em uma escala linear de zero a 100, sendo zero o escore mais baixo, e 100 o melhor escore possível. Quanto maior o escore, menor o impacto da infecção pelo HIV na QVRS dos indivíduos (Soárez et al., 2009). Os autores citam que quanto menor o escore, maior acometimento da função, maior preocupação e menor satisfação com a vida.

4.6.3.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER)

A EAER (Anexo 4) foi desenvolvida por Rosenberg (1965) e validada no Brasil por Dini (2001).

Esta escala foi selecionada como instrumento de mensuração da autoestima por ser amplamente utilizada em pesquisas científicas. Tem sido utilizada, no Brasil, com diferentes populações e mostra-se particularmente útil para avaliar a autoestima (Ferreira, 2006; Carvalho et al., 2007; Sartore, 2007). Tem como principais vantagens a capacidade de detectar pequenas alterações na autoestima, possuir boas propriedades psicométricas, ser curta e de fácil entendimento (Carvalho et al., 2007).

Trata-se de escala unidimensional, do tipo Likert de quatro pontos (1 “concordo fortemente”, 2 “concordo”, 3 “discordo”, 4 “discordo fortemente”), contendo 10 questões que englobam a satisfação pessoal, a autodepreciação, a percepção de qualidades e competência, o orgulho por si, a autovalorização, o respeito e o sentimento de fracasso, cinco itens avaliando sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo, e cinco itens, sentimentos negativos.

Para a pontuação das respostas, os cinco itens que expressam sentimentos positivos têm valores invertidos e, então, somam-se esses valores aos outros cinco itens, totalizando um valor único para a escala, correspondente às respostas dos 10 itens. O intervalo possível dessa escala é de 10 (10 itens multiplicados por valor 1) a 40 (10 itens multiplicados por valor 4). Neste instrumento, quanto maior o escore, maior a autoestima do indivíduo.

4.6.3.5. Escala de Esperança de Herth (EEH)

A EEH (Anexo 5) é uma escala de autorrelato de origem americana, desenvolvida por Herth (1992) e validada no Brasil por Sartore (2007), que quantifica a esperança.

Segundo Forbes (1999), manter a esperança frente à doença crônica é um recurso extremamente valioso no processo de enfrentamento dessa condição. Rustoen et al. (1998) salientam que a esperança está relacionada à QV e provê força para resolver problemas e enfrentamentos como perda, solidão e sofrimento. Para Sartore (2007), a esperança impulsiona o indivíduo a agir, se mover e alcançar. Neste sentido, mensurar o nível de esperança de vida do paciente é extremamente relevante.

A EEH foi selecionada como instrumento de avaliação do nível de esperança por ser amplamente utilizada e conhecida internacionalmente, principalmente em pacientes oncológicos. No Brasil, no processo de validação da escala, esta foi utilizada em pacientes oncológicos e diabéticos (Sartore, 2007). Essa autora relata que a EEH mostra-se útil para avaliar o nível de esperança dos pacientes portadores de doenças crônicas, tendo como vantagens: ser confiável e válida, ser curta e de fácil compreensão.

A EEH possui 12 itens, escritos de forma afirmativa, na qual a gradação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de “concordo completamente” a “discordo completamente” onde 1 indica “discordo completamente” e 4 indica “concordo completamente”.

Há dois itens, a afirmação de número 3 e a de número 6, que apresentam escores invertidos. O escore total varia de 12 a 48, e quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança.

4.7. Variáveis

- Variáveis dependentes
  - Escores dos componentes do SF-12;
  - Escores dos domínios do HAT-QoL.

- Variáveis independentes:
  - Caracterização sociodemográfica:
    - Idade;

- Estado marital;
- Religião;
- Tem filhos;
- Número de filhos;
- Anos de estudo;
- Número de pessoas residentes no domicílio;
- Renda per capita mensal;
- É o responsável pelo sustento da casa;
- Recebe ajuda em momentos de dificuldade financeira;
- Quem ajuda em momentos de dificuldade financeira;
- Ocupação.

- Caracterização clínica:
  - Carga viral;
  - Contagem de células T-CD4;
  - Estágio da infecção pelo HIV;
  - Presença de comorbidades;
  - Uso de medicamentos antirretrovirais;
  - Uso de outros medicamentos;
  - Autopercepção do estado de saúde;
  - Medicamentos antirretrovirais em uso;
  - Medicamentos não antirretrovirais em uso;
  - Comorbidades relacionadas à aids;
  - Comorbidades não relacionadas à aids.

- Comportamentos em saúde:
  - Uso de cigarro, bebida alcoólica e drogas ilícitas;
  - Relação sexual atualmente;
  - Parceiro sexual;
  - Quem vive no mesmo teto;
  - Tem relação sexual com mais de uma pessoa;
  - Usa proteção nas relações sexuais;
  - Tem dificuldade para utilizar a proteção;

- Tinha relação sexual com mais de uma pessoa antes de saber que tinha HIV/aids;
- Utilizava proteção nas relações sexuais antes de saber que tinha HIV/aids;
- Motivo para não utilização de proteção nas relações sexuais

- Informações e ações diante da aids e do tratamento:
  - Tempo de conhecimento do diagnóstico de HIV/aids;
  - Como ficou sabendo que tinha HIV/aids;
  - Como acredita ter se infectado;
  - Tempo de TARV;
  - Como se sente com o tratamento;
  - Abandono do tratamento.

- Caracterização psicossocial:
  - Escore do EAER;
  - Escore da EEH.

4.8. Tratamento dos dados

Os dados foram previamente codificados e organizados em banco de dados em dupla entrada e comparação dos valores, utilizando-se o programa Excel Microsoft 2000. O tratamento e a análise dos dados foram feitos pelo programa estatístico SPSS 15.0 para windows (*Statistical Package for the Social Science*) e pelo SAS versão 8.02 (Statistical Analysis System). A análise estatística foi realizada com o apoio de dois estatísticos, em diferentes momentos.

Para a análise e caracterização dos aspectos sociodemográficos, clínicos, comportamentos em saúde e informações e ações diante da aids e tratamento, e descrição dos escores dos instrumentos SF-12, HAT-QoL, EEH e EAER, foi utilizada estatística descritiva, como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

Os escores médios da EEH, da EAER, dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL são apresentados em tabelas que contêm a média, o desvio-padrão, a mediana, os valores mínimo e máximo e o alfa de Cronbach. Para avaliar a distribuição normal dos dados, utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov com o intuito de definir o uso dos testes paramétricos ou não paramétricos. Por meio do referido teste, não se confirmou a distribuição normal dos dados, exceto aqueles obtidos por meio da EEH e, por isso, para verificar a existência de diferenças estatísticas entre os grupos, foram usados os testes não paramétricos como *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Vale salientar que o Teste de *Mann-Whitney* foi utilizado quando havia apenas dois grupos por variável, e o Teste de *Kruskal-Wallis*, quando havia mais de dois grupos por variável.

Para verificar a confiabilidade da EEH, da EAER e dos instrumentos de avaliação da QVRS SF-12 e HAT-QoL, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach cujo valor varia entre zero e 1 (um), e quanto maior for o valor, maior a consistência interna do instrumento, indicando a homogeneidade na medida do mesmo constructo. Neste estudo, para considerar o grau de consistência interna como aceitável (boa confiabilidade) adotou-se o valor de referência igual ou superior a 0,60 (Hair et al., 2005).

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a existência e a magnitude das correlações entre a EEH e os componentes do SF-12, entre a EEH e os domínios do HAT-QoL, entre a EAER e os componentes do SF-12, entre a EAER e os domínios do HAT-QoL e entre os componentes do SF-12 e os domínios do HAT-QoL. O coeficiente de correlação de Spearman é dado por um valor de r, que pode variar de -1 a +1, passando pelo zero. O valor +1 indica correlação perfeita, o zero indica que não existe nenhuma correlação e o -1 indica correlação perfeita negativa ou inversa.

Neste estudo, a magnitude das correlações foi classificada conforme proposição de Levin e Fox (2004): fraca (<0,3); moderada (0,3 a 0,59); forte (0,6 a 0,9) e perfeita (1,0).

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Para analisar os efeitos das variáveis independentes sobre os componentes do SF-12 e os domínios do HAT-QoL, foi realizada a análise de regressão logística

binária multivariada. As variáveis independentes que se associaram aos componentes do SF-12 ou aos domínios da QVRS, avaliados pelo HAT-QoL, das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids, com p-valor ≤ 0,20 entraram no modelo, excetuando-se as colineares. Por meio do método de seleção *Bachward*, foram eliminadas as variáveis independentes que conjuntamente obtiveram p-valor > 0,05.

As variáveis numéricas (independentes) incluídas de forma contínua foram: idade (em anos), escolaridade (em anos), renda per capita mensal (em reais), tempo de ciência do HIV (em anos), tempo de tratamento com antirretrovirais (em anos), esperança (em pontos) e autoestima (em pontos); enquanto as variáveis qualitativas (independentes) receberam valores 0 ou 1 para identificar suas categorias. O quadro 1 descreve as variáveis qualitativas, que foram categorizadas para melhor interpretação dos valores de β.

Quadro 1 – Categorização das variáveis independentes utilizadas na interpretação da análise de regressão. São Paulo, 2010.

Variável independente	**Codificação**	**Categorias**
Estado marital	Estado marital	Sem companheiro=0 Com companheiro=1
Uso de medicamentos antirretrovirais	Uso ARV	Não=0 Sim=1
Classificação atual da doença	HIV/aids	HIV=0 Aids=1
Presença de comorbidades	Comorbidades	Não=1 Sim=0
Carga viral	Carga viral	Indetectável=1 Detectável=0
Contagem de células T-CD4	CD4	≤200células/mm^3=0 >200células/mm^3=1
Autopercepção do estado de saúde	Autopercepção do estado de saúde	Bom/Muito bom/ Exce-lente =1 Ruim/Muito ruim=0

4.9. Aspectos éticos

A coleta de dados foi autorizada pela Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para realização da coleta de dados nos SAEs da região norte e leste, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Pareceres n°. 09/2010 e n°. 66/2010) (Anexo 6 e 7). Foram respeitados todos os

preceitos éticos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos. Todos os sujeitos do estudo assinaram o TCLE em duas vias, ficando uma via com a participante e a outra com a autora deste estudo.

5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados será descrita em quatro etapas. A primeira constitui-se dos resultados da análise descritiva dos dados de caracterização dos sujeitos, segundo os dados sociodemográficos, clínicos, psicossociais, comportamentos em saúde e informações e ações diante da aids e do tratamento. A segunda etapa compõe-se da análise descritiva da QVRS das mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/aids. A terceira etapa constitui-se pela análise das relações entre a QVRS e os dados de caracterização sociodemográficos, clínicos e psicossociais das mulheres pesquisadas. E, por fim, a quarta etapa compõe-se dos resultados da análise de regressão logística binária multivariada dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL e das variáveis independentes selecionadas.

5.1. Caracterização das respondentes

5.1.1. Características sociodemográficas

A amostra foi composta predominantemente por mulheres na faixa etária entre 50 e 59 anos (73,0%), sem companheiro fixo (76,0%) e católica (48%). A maior parte das entrevistadas (85,5%) referiu residir com uma ou mais pessoas e 54,0% eram responsáveis pela manutenção do domicílio. Observa-se que 94,0% tiveram filhos e 92,0% relataram ter estudado (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1 verifica-se que 129 entrevistadas (71,7%) apresentavam renda per capita mensal de até 1 salário-mínimo; 78 (39,0%) relataram receber ajuda em momentos de dificuldade, principalmente dos familiares (88,5%) em contraposição à igreja e amigos (6,4 % e 5,1 %, respectivamente).

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2010. (n=200)

Características	**Categorias**	**N**	**%**
Faixa etária	50 a 59 anos	146	73,0
	60 a 69 anos	44	22,0
	70 anos ou mais	10	5,0
Estado marital	Com companheiro fixo	48	24,0
	Sem companheiro fixo	152	76,0
Religião	Católica	96	48,0
	Evangélica	63	31,5
	Espírita	16	8,0
	Outras	25	12,5
Tem filhos	Não	12	6,0
	Sim	188	94,0
Estudou	Não	16	8,0
	Sim	184	92,0
Anos de escolaridade	Zero	16	8,0
	1 a 7	111	55,5
	8 ou mais	73	36,5
Número de pessoas residentes no domicílio	Mora sozinha	29	14,5
	De 1 a 3	104	52,0
	De 4 a 6	54	27,0
	Mais de 6	13	6,5
Renda per capita mensal (n=180)*	Zero	4	2,2
	Até 1 salário-mínimo	129	71,7
	1,1 a 3 salários-mínimos	39	21,7
	3,1 a 5 salários-mínimos	6	4,4
É a responsável pelo sustento da casa	Não	92	46,0
	Sim	108	54,0
Recebe ajuda em momentos de dificuldade	Não	122	61,0
	Sim	78	39,0
Quem ajuda em momentos de dificuldade (n=78)	Amigos	4	5,1
	Familiares	69	88,5
	Igreja	5	6,4

* Valor do salário-mínimo vigente: R$ 545,00 (Lei n. 12.382, de 25 de fevereiro de 2011).

A idade média das entrevistadas foi de 56,59 anos (± 6,60), variando entre 50,0 e 83,0 anos (Tabela 2). Dentre as 188 mulheres que referiram ter filhos, a média

foi de 3,39 filhos (± 1,91). Com relação à escolaridade (Tabela 1), verificou-se que 16 mulheres referiram não ter estudado e, dentre as que estudaram, a média de anos de estudo foi de 6,37 (± 3,88), variando entre um e 20 anos (Tabela 2). Já a média da renda per capita mensal, referida pela amostra estudada, foi de R$ 500,50, com valor mínimo de zero a um valor máximo de R$ 2.500,00, conforme as Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição sociodemográfica da amostra, segundo média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo. São Paulo, 2010. (n=200)

Variável	**Média**	**Desvio-Padrão**	**Mediana**	**Mínimo**	**Máximo**
Idade	56,59	6,60	55,00	50,00	83,00
Número de filhos (n= 188)	3,39	1,91	3,00	1,00	12,00
Anos de estudo (n= 184)	6,37	3,88	5,00	1,00	20,00
Renda per capita mensal (n=180)	500,50	438,95	375,00	0	2.500,00

Na Tabela 3, observa-se que 31,0% (n=62) das mulheres avaliadas não apresentam nenhuma ocupação formal. Dentre 138 entrevistadas que relataram possuir alguma ocupação, os maiores percentuais foram de empregadas domésticas (22,0%), vendedoras do comércio varejista (11,0%) e costureiras na confecção em série (10,0%).

Tabela 3 - Distribuição da amostra, segundo as ocupações definidas pela Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego. São Paulo, 2010.

Classificação das Ocupações	**N**	**%**
Trabalhadores dos serviços domésticos em geral: empregada doméstica arrumadora (5121-10), empregada doméstica diarista (5121-20) e empregada doméstica nos serviços gerais (5121-05)	46	22,0
Operadores do comércio em lojas e mercados: vendedora de comércio varejista (5211-10)	22	11,0
Operadores de máquinas para costura de peças do vestuário: costureira na confecção em série (7632-10)	20	10,0

Continua

Continuação

Classificação das Ocupações	N	%
Agentes, assistentes e auxiliares administrativos: assistente administrativa (4110-10) e auxiliar de escritório, em geral (4110-05)	9	4,5
Alimentadores de linhas de produção: alimentadora de linha de produção (7842-05)	7	3,5
Trabalhadores nos serviços de embelezamento e higiene: cabeleireira (5161-10) e manicure (5161-20)	6	3,0
Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos: babá (5162-05)	5	2,5
Técnicos e auxiliares de enfermagem: técnica de enfermagem (3222-05)	5	2,5
Tecnólogos e técnicos em terapias alternativas e estéticas: podóloga (3221-10) e terapeuta holística (3221-25)	3	1,5
Artesãos: Artesã bordadora (7911-05)	2	1,0
Supervisores dos serviços de transporte, turismo, hotelaria e administração de edifícios: administradora de edifícios (5101-10)	1	0,5
Camareiros, roupeiros e afins: camareira de hotel (5133-15)	1	0,5
Mordomos e governantas: governanta de residência (5131-05)	1	0,5
Trabalhadores de embalagem e de etiquetagem: embaladora, a máquina (7841-10)	1	0,5
Supervisores administrativos: supervisora administrativa (4101-05)	1	0,5
Operadores do comércio em lojas e mercados: atendente de farmácia – balconista (5211-30)	1	0,5
Trabalhadores auxiliares nos serviços de alimentação: auxiliar nos serviços de alimentação (5135-05)	1	0,5
Entrevistadores e recenseadores: entrevistadora de pesquisa de mercado (4241-15)	1	0,5
Professores de nível superior do ensino fundamental (primeira a quarta séries): professora de nível superior do ensino fundamental (primeira a quarta série) (2312-10)	1	0,5

Continua

Continuação

Classificação das Ocupações	N	%
Gerentes de operações comerciais e de assistência técnica: gerente de loja e supermercado (1414-15)	1	0,5
Inspetores de alunos e afins: inspetora de alunos de escola pública (3341-10)	1	0,5
Vigilantes e guardas de segurança: agente de segurança (5173-10)	1	0,5
Secretárias (os) executivas (os) e afins: secretária executiva (2523-05)	1	0,5
Sem ocupação	62	31,0

Conclusão

5.1.2. Características clínicas

Uma vez caracterizada a amostra segundo os dados sociodemográficos, passou-se a avaliar sua condição clínica, observando-se na Tabela 4 estado satisfatório no que diz respeito às alterações possíveis relacionadas à infecção pelo HIV/aids, uma vez que 71,0% apresentaram carga viral indetectável; e 53,5% e 35,5% apresentaram contagem de células T-CD4 maior que 500/mm^3 e entre 200 e 500/mm^3, respectivamente. Destaca-se ainda que 59,5% das mulheres investigadas não apresentavam comorbidades associadas.

Para se avaliar as condições clínicas da pessoa com HIV/aids geralmente se utilizam os seguintes parâmetros: a contagem de células T-CD4, a carga viral e a ocorrência de eventos clínicos. Com base nos resultados supracitados, reitera-se que as condições clínicas da maioria das mulheres avaliadas eram satisfatórias.

Com relação à classificação do estágio da infecção pelo HIV, 86,0% classificavam-se como aids. Com relação aos medicamentos utilizados, verifica-se que 87,0% (n=174) faziam uso de medicamentos antirretrovirais, e 60,5% (n=121) utilizavam outros medicamentos. Além disso, 89,0% das mulheres relataram que seu estado de saúde era bom, muito bom ou excelente.

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo características clínicas, uso de medicamentos e percepção do estado de saúde. São Paulo, 2010. (n=200)

Características	**Categorias**	**N**	**%**
Carga viral (último resultado)	Indetectável	142	71,0
	Maior que 50 cópias por ml	58	29,0
Contagem de células T-CD4 (último resultado)	Maior que 500 células/mm^3	107	53,5
	De 200 -500células/mm^3	71	35,5
	Menor que 200células/mm^3	22	11,0
Estágio atual da doença	HIV	28	14,0
	Aids	172	86,0
Presença de comorbidades	Não	119	59,5
	Sim	81	40,5
Uso de medicamentos antirretrovirais	Não	26	13,0
	Sim	174	87,0
Uso de outros medicamentos	Não	55	27,5
	Sim	121	60,5
	Não consta registro	24	12,0
Autopercepção do estado de saúde*	Boa a Excelente	178	89,0
	Ruim a Muito Ruim	22	11,0

*Questão 1 do SF-12

Na Tabela 5, verifica-se que os medicamentos antirretrovirais mais utilizados pela amostra estudada foram: o Lopinavir, dentre os inibidores da protease (n = 39 – 22,4%), a Lamivudina associada à Zidovuvina (Biovir), dentre os inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (n = 132 – 75,9%), o Efavirenz, dentre os inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (n = 77 – 44,2%) e o Raltegravir, como inibidor da integrase (n = 1).

Tabela 5 - Distribuição da amostra, conforme os tipos de medicamentos antirretrovirais utilizados. São Paulo, 2010. (n=174)

Medicamentos antirretrovirais	**N**	**%**
Inibidores da protease (IP)*		
Lopinavir (LPV)	39	22,4
Ritonavir (RTV)	29	16,7
Atazanavir (ATV)	19	10,9
Indinavir (IDV)	4	2,3
Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos/nucleotídeos (ITRN/ITRNt)*		
Lamivudina (3TC) + Zidovudina (AZT)	132	75,9
Tenofovir (TDF)	40	23,0
Lamivudina (3TC)	37	21,3
Didanozina (ddI)	6	3,4
Estavudina (d4T)	4	2,3
Abacavir (ABC)	2	1,1
Zidovudina (AZT)	2	1,1
Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN)*		
Efavirenz (EFV)	77	44,2
Nevirapina (NVP)	13	7,5
Inibidor da integrase*		
Raltegravir	1	0,6

* Classificações adotadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010).

Dentre as medicações não antirretrovirais utilizadas, destacam-se os anti-hipertensivos (n = 52 - 43,0%), os complexos vitamínicos (n = 36 - 29,7%) e os analgésicos (n = 31 - 28,1%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra, conforme o uso de medicamentos não antirretrovirais. São Paulo, 2010. (n=121)

Medicamentos	**N**	**%**
Anti-hipertensivos	52	43,0
Complexos vitamínicos	36	29,7
Analgésicos	34	28,1
Protetores gástricos	31	25,6
Antidepressivos	18	14,9
Hipoglicemiantes orais e insulina	17	14,0
Antibióticos/antiparasitários	15	12,4
Hipolipemiantes	14	11,6
Sedativos e antiepiléticos	10	8,3
Antifúngicos	9	7,4
Antiinflamatórios/antirreumáticos	8	6,6
Glicocorticoides	4	3,3
Antialérgicos	4	3,3
Anticoagulantes	3	2,5
Antianginosos e vasodilatores	3	2,5
Antigotosos	2	1,6
Broncodilatadores	2	1,6
Outros	6	5,0

Dentre as 200 mulheres pesquisadas, 81 (40,5%) apresentavam alguma comorbidade associada, com destaque para: hipertensão (n = 31 – 15,5%), diabetes tipo II (n = 20 – 10,0%) e depressão (n = 11 – 5,5%) (Tabela 7). Além disso, verifica-se que dentre as comorbidades relacionadas à aids, as mais frequentes foram: a lipodistrofia (n = 8 – 4,0%) e a hepatite C (n = 8 – 4,0%), porém houve casos de tuberculose (n = 4 – 2,0%), diarreia crônica (n = 4 – 2,0%), monilíase oral (n=4 –

2,0%), pneumocistose (n=3 – 1,5%), herpes zoster (n=2 – 1,0%), citomegalovirose (n=1), toxoplasmose (n=1) e hepatite B (n=1).

Tabela 7 - Distribuição da amostra, segundo a presença de comorbidades. São Paulo, 2010. (n=200)

Comorbidades	**N**	**%**
Hipertensão		
Sim	31	15,5
Não	169	84,5
Diabetes tipo II		
Sim	20	10,0
Não	180	90,0
Depressão		
Sim	11	5,5
Não	189	94,5
Lipodistrofia*		
Sim	8	4,0
Não	192	96,0
Hepatite C*		
Sim	8	4,0
Não	192	96,0
Tuberculose*		
Sim	4	2,0
Não	196	98,0
Diarreia crônica*		
Sim	4	2,0
Não	196	98,0
Monilíase oral*		
Sim	4	2,0
Não	196	98,0
Gastrite crônica		
Sim	3	1,5
Não	197	98,5
Pneumocistose*		
Sim	3	1,5
Não	197	98,5

Continua

Continuação

Comorbidades	N	%
Herpes zoster*		
Sim	2	1,0
Não	198	99,0
Artrite reumatoide		
Sim	2	1,0
Não	198	99,0
Esofagite		
Sim	2	1,0
Não	198	99,0
Acidente Vascular Encefálico		
Sim	2	1,0
Não	198	99,0
Hipoteroidismo		
Sim	2	1,0
Não	198	99,0
Papiloma Vírus Humano (HPV)		
Sim	1	0,5
Não	199	99,5
Citomegalovirose*		
Sim	1	0,5
Não	199	99,5
Toxoplasmose*		
Sim	1	0,5
Não	199	99,5
Hepatite B*		
Sim	1	0,5
Não	199	99,5
Outras		
Sim	23	11,5
Não	177	88,5

***Comorbidades relacionadas à aids.**

Conclusão

5.1.3. Comportamentos em saúde

Ao se analisar os comportamentos em saúde, observa-se, na Tabela 8, que a maior parte das mulheres afirmou não fazer uso de cigarro, de bebida alcoólica e de drogas ilícitas (76,5%, 92,0% e 99,0% respectivamente). Verifica-se, também, que

65,0% não eram sexualmente ativas; por outro lado, dentre as 70 (35,0%) mulheres que relataram ser sexualmente ativas, 48 (68,6%) tinham companheiro fixo, e 46 (95,8%) informaram viver com o parceiro sob o mesmo teto. Observa-se que 98,6% das pessoas sexualmente ativas referiram não se relacionar com mais de uma pessoa atualmente; 74,3% faziam uso de proteção nas relações sexuais e destas, 19,2% disseram ter dificuldade para utilizar o preservativo, principalmente devido à alergia.

Quando questionadas sobre sua vida sexual pregressa, dos 200 sujeitos, 9,5% disseram ter relação com mais de uma pessoa antes de saber que tinham a doença e 92,0% (n=184) afirmaram não fazer uso de proteção, valendo salientar que, dentre as 16 mulheres (8,0%) que relataram utilizar proteção nas relações sexuais, este uso era esporádico. Dentre os motivos da não utilização de proteção nas relações sexuais estão: a confiança no parceiro (59,5%), o parceiro não aceitava e/ou não gostava de preservativo (16,0%) e a falta de conhecimento sobre a doença e a necessidade de proteção (16,0%).

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo os comportamentos em saúde. São Paulo, 2010. (n=200)

Comportamentos	**Categorias**	**N**	**%**
Uso de cigarro	Não	153	76,5
	Sim	47	23,5
Uso de bebidas alcoólicas	Não	184	92,0
	Sim	16	8,0
Uso de drogas ilícitas	Não	198	99,0
	Sim	2	1,0
Tem relação sexual atualmente	Não	130	65,0
	Sim	70	35,0
Parceiro/a sexual (n= 70)	Pessoas do mesmo sexo	--	--
	Pessoa do sexo oposto	70	100,0
Companheiro fixo (n=70)	Não	22	31,4
	Sim	48	68,6
Vive sob o mesmo teto (n=48)	Não	2	4,2
	Sim	46	95,8

Continua

Continuação

Comportamentos	Categorias	N	%
Tem relação sexual com mais de uma pessoa atualmente	Não	69	98,6
	Sim	1	1,4
Usa proteção nas relações sexuais	Não	18	25,7
	Sim	52	74,3
Tem dificuldade para utilizar a proteção	Não	42	80,8
	Sim	10	19,2
Tinha relação sexual com mais de uma pessoa antes de saber que tinha o HIV/aids	Não	181	90,5
	Sim	19	9,5
Utilizava proteção nas relações sexuais antes de saber que tinha o HIV/aids	Não	184	92,0
	Sim*	16	8,0
Motivo para a não utilização de proteção nas relações sexuais	Confiança no parceiro	119	59,5
	Parceiro não aceitava e/ou não gostava de preservativo	32	16,0
	Falta de conhecimento sobre a doença e necessidade de proteção	32	16,0
	Não acreditava que poderia se infectar	14	7,0
	Não soube responder	3	1,5

* Uso esporádico.

Conclusão

5.1.4. Informações e ações diante da aids e do tratamento

Na Tabela 9, verifica-se que os dados relativos às informações retidas sobre sua condição e as ações e percepções diante do tratamento mostram que 67 (33,5%) mulheres conheciam seu diagnóstico de portadoras de HIV/aids entre 1,1 e 5 anos, porém 113 (56,5%) tinham ciência da infecção há mais de 5 anos, e 81 (40,5%) descobriram a doença durante consulta médica e/ou coleta de exames laboratoriais. A principal via de transmissão do HIV foi a sexual (92,0%). Vale destacar que 174 mulheres faziam tratamento com medicamentos antirretrovirais, 106 (60,9%) faziam tratamento há mais de cinco anos e 127 (73%) disseram que o tratamento as fez se sentir melhor. Além disso, 18 (10,4%) respondentes afirmaram ter abandonado o tratamento antirretroviral pelo menos uma vez.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo informações, ações e percepção sobre aids e tratamento antirretrovial. São Paulo, 2010. (n=200)

Crenças e atitudes	Categorias	N	%
Tempo de conhecimento do diagnóstico de HIV/aids (em anos)	Até 1	20	10,0
	De 1,1 a 5	67	33,5
	De 5,1 a 10	57	28,5
	De 10,1 a 15	43	21,5
	Mais de 15	13	6,5
Como ficou sabendo que tinha HIV/aids	Durante a consulta médica/coleta de exames de rotina	81	40,5
	Durante internação hospitalar	34	17,0
	Durante a gravidez	04	2,0
	Após exames de sorologia por ter tido relacionamento com infectado com o HIV/aids	74	37,0
	Na doação de sangue	07	3,5
Como acredita ter se infectado	Relação sexual	184	92,0
	Transfusão de sangue	09	4,5
	Acidente perfurocortante	02	1,0
	Não sabe	05	2,5
Tempo de tratamento com medicamentos antirretrovirais* (em anos)	Até 1	11	6,3
	De 1,1 a 5	57	32,8
	De 5,1 a 10	55	31,6
	De 10,1 a 15	44	25,3
	Mais de 15	07	4,0
Como se sente com o tratamento*	Melhor	127	73,0
	Nem melhor nem pior	43	24,7
	Pior	04	2,3
Abandono de tratamento*	Não	156	89,6
	Sim	18	10,4

* n=174

5.1.5. Características psicossociais (esperança e autoestima)

Com relação à esperança de vida das 200 mulheres avaliadas por meio da Escala de Esperança de Herth (EEH)**,** o escore médio obtido foi de 36,75 (±4,52) (Tabela 10). Vale lembrar que a pontuação da EEH pode variar de 12 a 48; e quanto maior a pontuação, maior o nível de esperança do indivíduo avaliado. A variação da pontuação total obtida foi de 25 a 48. Ainda na Tabela 10 verifica-se que, dentre os 12 itens da escala, o item de número 6 apresentou a pontuação média mais baixa (2,32), o que demonstra que 64,0% da amostra discordavam (n=109) ou discordavam

completamente (n = 19) com a afirmativa *"Eu tenho medo do meu futuro".* Por outro lado, o item com escore médio mais alto foi o de número 5, com média de 3,52. Diante disto, 99,0% das respondentes concordavam (n = 92) ou concordavam completamente (n = 106) da afirmativa *"Eu tenho uma fé que me conforta"*. Vale acrescentar que a EEH apresentou consistência interna satisfatória já que o alfa de Cronbach foi 0,84.

Tabela 10 - Distribuição das variáveis da EEH segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas das mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/aids. São Paulo, 2010. (n=200)

Variáveis	Média	Dp*	Mediana	Mínimo	Máximo
1. Eu estou otimista quanto à vida.	3,08	0,67	3,00	1,00	4,00
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos.	2,83	0,68	3,00	1,00	4,00
3. Eu me sinto muito sozinho(a).	2,72	0,85	3,00	1,00	4,00
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.	3,05	0,57	3,00	1,00	4,00
5. Eu tenho uma fé que me conforta.	3,52	0,52	4,00	2,00	4,00
6. Eu tenho medo do meu futuro.	2,32	0,72	2,00	1,00	4,00
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.	3,18	0,58	3,00	1,00	4,00
8. Eu me sinto muito forte.	3,04	0,74	3,00	1,00	4,00
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.	3,32	0,53	3,00	2,00	4,00
10. Eu sei onde eu quero ir.	2,96	0,51	3,00	2,00	4,00
11. Eu acredito no valor de cada dia.	3,33	0,54	3,00	2,00	4,00
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.	3,49	0,58	4,00	2,00	4,00
Total	36,75	4,52	37,00	25,00	48,00

* Dp= Desvio-padrão.

Em relação à autoestima das 200 mulheres avaliadas por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER), o escore médio obtido foi de 32,05 (±4,24) (Tabela 11). Vale lembrar que a pontuação da EAER pode variar de 10 a 40, e que quanto maior a pontuação, maior a autoestima. A pontuação total obtida variou entre 18 e 40. Ainda na Tabela 11, ao observar as respostas às questões da EAER, verifica-se que a maior média (3,49) encontrada relaciona-se à questão 6, em que 89,5% das entrevistadas discordaram (n=60) ou discordaram plenamente (n=119) da afirmativa "*Às vezes, eu me sinto inútil*"; enquanto que a questão 8 apresentou a menor média (2,07), em que 78,5% das entrevistadas referiram concordar (n=35) ou concordar plenamente (n=122) com a afirmativa "*Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesma*". Cabe ressaltar que a EAER apresentou consistência interna satisfatória já que o alfa de Cronbach foi 0,83.

Tabela 11 - Distribuição das variáveis da EAER segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas das mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/aids. São Paulo, 2010. (n=200)

Variáveis	**Média**	**Dp***	**Mediana**	**Mínimo**	**Máximo**
1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo.	3,20	0,73	3,00	1,00	4,00
2. Às vezes, acho que não sirvo para nada.	3,42	0,72	4,00	1,00	4,00
3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.	3,25	0,56	3,00	1,00	4,00
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	3,31	0,62	3,00	1,00	4,00
5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito que me orgulhar.	3,09	0,78	4,00	1,00	4,00
6. Às vezes, eu me sinto inútil.	3,49	0,69	4,00	1,00	4,00

Continua

Continuação

Variáveis	Média	Dp*	Mediana	Mínimo	Máximo
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual às outras pessoas.	3,41	0,54	3,00	2,00	4,00
8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a).	2,07	0,67	2,00	1,00	4,00
9. Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado (a).	3,42	0,70	4,00	1,00	4,00
10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).	3,41	0,63	3,00	1,00	4,00
Total	32,05	4,24	33,00	18,00	40,00

*Dp = Desvio-padrão

Conclusão

5.2. Qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/aids

As medidas da QVRS obtidas com a aplicação do SF-12 são apresentadas na Tabela 12. Na análise das pontuações obtidas no Componente físico e no Componente mental do SF-12, observou-se um escore médio de 48,40 (±9,30) e de 47,55 (±11,45), respectivamente. Com relação à confiabilidade do instrumento, observa-se que os valores de alfa de Cronbach obtidos por componentes foram de boa confiabilidade, variando de 0,80 a 0,84. Vale informar que o valor do alfa de Cronbach do SF-12 total foi de 0,88.

Tabela 12 – Distribuição dos componentes do SF-12, segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas das mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/aids. São Paulo, 2010. (n=200)

Componentes	Média	Dp*	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Físico	48,40	9,30	51,74	17,93	62,09	0,84
Mental	47,55	11,45	50,89	19,21	65,69	0,80

*Dp=Desvio-padrão

A aplicação do instrumento HAT-QoL mostrou os escores de seus nove domínios indicados na Tabela 13. Por meio do instrumento, observou-se maior comprometimento da QVRS nos domínios Preocupações com o sigilo [média=30,65(±30,22)] e Preocupações financeiras [média=35,50 (±35,97)], e melhor pontuação nos domínios: Confiança no profissional [média=79,79 (±21,27)] e Preocupações com a medicação [média=76,49 (±21,06)]. Com relação à confiabilidade do instrumento, observa-se que os valores de alfa de Cronbach obtidos por domínios variaram de 0,73 a 0,98, sendo de boa a excelente confiabilidade. Vale informar que o valor do alfa de Cronbach do HAT-QoL total foi de 0,88.

Tabela 13 – Distribuição dos domínios do HAT-QoL segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas das mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/aids. São Paulo, 2010. (n=200)

Domínios	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
FG	68,69	24,05	70,83	0,00	100,00	0,84
SV	59,84	26,48	62,50	0,00	100,00	0,84
PS	63,31	31,11	62,50	0,00	100,00	0,87
PF	35,50	35,97	25,00	0,00	100,00	0,95
PM *	76,49	21,06	80,00	10,00	100,00	0,73
AH	70,44	31,36	75,00	0,00	100,00	0,80
PSi	30,65	30,22	20,00	0,00	100,00	0,87
CP	79,79	21,27	83,33	8.33	100,00	0,90
FS	68,69	35,91	87,50	0,00	100,00	0,98

Dp: Desvio-padrão; FG: Função geral; SV: Satisfação com a vida; PS: Preocupações com a saúde; PF: Preocupações financeiras; PM: Preocupações com a medicação; AH: Aceitação do HIV; PSi: Preocupações com o Sigilo; CP: Confiança no profissional; FS: Função Sexual.
*****174 sujeitos responderam as questões do domínio Preocupações com a medicação, pois faziam uso de medicamentos antirretrovirais.

5.3. Qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/aids, segundo os aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais

A comparação das médias dos escores de QVRS, de acordo com os instrumentos SF-12 e HAT-QoL, segundo as variáveis sociodemográficas, é apresentada à Tabela 14. Em relação às faixas etárias estudadas e às médias da QVRS, não houve diferença estatisticamente significante.

Tabela 14 – Distribuição dos escores médios dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL, segundo as variáveis sociodemográficas da amostra. São Paulo, 2010.

Variáveis	**SF-12**		**HAT-QoL**								
	CF	**CM**	**FG**	**SV**	**OS**	**PF**	**PM**	**AH**	**PSI**	**CP**	**FS**
Faixa etária											
50 a 59 anos	48,70	47,24	68,35	59,55	62,41	33,11	77,01	70,29	29,08	79,11	71,83
60 a 69 anos	47,38	48,91	70,17	60,65	65,48	43,18	73,68	71,02	37,84	83,33	57,39
70 anos ou mais	48,55	46,00	67,08	60,63	66,88	36,67	81,11	70,00	22,00	74,17	72,50
Valor de p*	0,635	0,362	0,747	0,925	0,834	0,554	0,457	0,972	0,240	0,441	0,053
Estado Marital											
Com companheiro	47,90	45,87	65,10	55,21	55,99	40,97	74,14	72,66	28,13	74,65	61,20
Sem companheiro	48,56	48,08	69,82	61,31	65,63	33,77	77,09	69,74	31,45	81,41	71,05
Valor de p**	0,413	0,338	0,194	0,187	0,053	0,089	0,339	0,513	0,891	**0,033**	**0,030**
Religião											
Possui religião	48,45	47,75	68,90	60,14	63,33	35,63	76,75	70,73	30,23	80,23	69,20
Não possui religião	46,25	37,81	58,33	45,31	62,50	29,17	61,67	56,25	51,25	58,33	43,75
Valor de p**	0,948	0,154	0,697	0,351	0,972	0,493	0,471	0,397	0,200	0,200	0,107
Estudo											
Não	45,79	44,63	59,11	51,56	51,95	18,23	64,33	75,00	27,50	76,04	68,75
Sim	48,63	47,80	69,52	60,56	64,30	37,00	77,64	70,04	30,92	80,12	68,68
Valor de p**	0,154	0,389	0,069	0,176	0,110	**0,028**	0,115	0,689	0,892	0,319	0,981
Anos de escolaridade											
Zero	45,79	44,63	59,11	51,56	51,95	18,23	64,33	75,00	27,50	76,04	68,75
1 a 7 anos	48,42	47,23	68,69	59,23	60,98	30,33	75,26	69,93	28,33	80,63	68,81
8 anos ou mais	48,95	48,67	70,78	62,59	69,35	47,15	81,27	70,21	34,86	79,34	68,49
Valor de p*	0,230	0,651	0,148	0,265	**0,032**	**<0,001**	**0,024**	0,921	0,258	0,607	0,999

Continua

Continuação

Variáveis	SF-12		HAT-QoL								
	CF	**CM**	**FG**	**SV**	**OS**	**PF**	**PM**	**AH**	**PSI**	**CP**	**FS**
Renda per capita mensal											
Não tem renda	28,98	37,52	30,21	34,38	57,81	0,00	68,75	81,25	52,50	95,83	62,50
≤ 1 salário-mínimo	48,34	47,05	68,15	57,12	61,05	30,88	75,44	72,87	29,53	77,20	74,52
1,1 a 3 salários-mínimos	52,19	48,18	74,89	70,83	75,00	57,69	82,57	65,06	33,08	87,18	54,81
3,1 a 5 salários-mínimos	45,04	49,31	60,94	64,06	67,97	51,04	72,00	65,63	40,63	75,00	50,00
Valor de p*	**0,004**	0,661	0,051	**0,008**	0,104	**<0,001**	0,134	0,562	0,502	**0,021**	**0,013**

CF: Componente físico; CM: Componente mental; FG: Função geral; SV: Satisfação com a vida; PS: Preocupações com a saúde; PF: Preocupações financeiras; PM: Preocupações com a medicação; AH: Aceitação do HIV; PSi: Preocupações com o Sigilo; CP: Confiança no profissional; FS: Função Sexual;* Teste de *Kruskal-Wallis;* **Teste de *Mann-Whitney*.

Conclusão

Com referência ao estado marital, observa-se que tanto nos componentes do SF-12, quanto na maioria dos domínios do HAT-QoL, as mulheres que informaram não ter companheiro fixo apresentaram melhor QVRS, exceto nos domínios Preocupações financeiras e Aceitação do HIV, porém observa-se diferença estatisticamente significante apenas nos domínios Confiança no profissional (p=0,033) e Função sexual (p=0,030), sendo que as mulheres sem companheiro apresentaram maiores escores no domínio Função sexual (média = 71,05) que as com companheiro (média = 61,20). Nota-se, também, uma tendência à associação nos domínios Preocupações com a saúde (p=0,053) e Preocupações financeiras (p=0,089) do HAT-QoL.

Em relação à religião, verifica-se que as mulheres que referiram possuir alguma religião apresentaram melhor QVRS nos componentes do SF-12 e na maioria dos domínios do HAT-QoL, exceto no domínio Preocupações com o sigilo, porém nenhum componente/domínio apresentou diferença estatisticamente significante.

Quanto à escolaridade, observa-se na Tabela 14 que os sujeitos que relataram ter estudado apresentaram escores médios maiores nos componentes do SF-12 e na maioria dos domínios do HAT-QoL, exceto Aceitação do HIV e Função sexual, porém apenas o domínio Preocupações financeiras apresentou diferença estatisticamente significante, demonstrando que as mulheres que não estudaram apresentaram pior QV na questão relativa às Preocupações financeiras quando comparadas às mulheres que estudaram. Nota-se, porém, uma tendência à associação para o domínio Função geral do HAT-QoL (p=0,069). Com relação aos anos de escolaridade, observa-se que, nos domínios Preocupações com a saúde (p=0,032), Preocupações financeiras (p<0,001) e Preocupações com a medicação (p=0,024), as mulheres com 8 anos ou mais de escolaridade apresentaram melhor QVRS, com diferença estatisticamente significante. Cabe destacar que todos os componentes do SF-12 e a maioria dos domínios do HAT-QoL indicaram que a QVRS das mulheres com maior nível educacional (8 anos ou mais de escolaridade) estava melhor que a das mulheres com 1 a 7 anos de escolaridade, exceção apenas para os domínios Confiança no profissional e Função sexual. A QVRS dos sujeitos sem escolaridade (zero) estava pior que a das mulheres que estudaram para todos os componentes/domínios, exceto para Aceitação do HIV, apesar de não haver diferença estatisticamente significante.

Com relação à renda per capita mensal, observa-se que houve diferença estatisticamente significante nas médias do Componente físico do SF-12 (p=0,004) e Preocupações financeiras (p<0,001) do HAT-QoL entre as mulheres sem renda per capita mensal e as respondentes com as demais rendas (até 1 salário-mínimo, de 1,1 a 3 salários-mínimos e com 3,1 a 5 salários-mínimos). Também verifica-se significância estatística no domínio Satisfação com a vida (p=0,008) entre as mulheres sem renda per capita mensal e as mulheres com 1,1 a 3 salários-mínimos e no domínio Confiança no profissional (p=0,021) entre as mulheres sem renda e as que recebem até 1 salário-mínimo. Ainda observa-se diferença estatisticamente significante no domínio Função sexual (p=0,013) do HAT-QoL entre as respondentes com renda de até 1 salário-mínimo e as de 3,1 a 5 salários-mínimos. Vale salientar que as mulheres sem renda apresentaram pior QVRS nos Componentes do SF-12 e na maioria dos domínios do HAT-QoL, exceto em Aceitação do HIV, Preocupações com o sigilo, Confiança no profissional e Função sexual, neste, quando comparadas às mulheres com renda per capita mensal maior que 1,1 salário-mínimo. Nota-se na mesma tabela que há tendência à associação no domínio Função geral (p=0,051).

Na Tabela 15 observa-se a comparação das médias da QVRS avaliadas pelo SF-12 e HAT-QoL, segundo as variáveis clínicas.

Tabela 15 – Distribuição dos escores médios dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL, segundo as variáveis clínicas da amostra. São Paulo, 2010.

Variáveis	SF-12		HAT-QoL								
	CF	**CM**	**FG**	**SV**	**PS**	**PF**	**PM**	**AH**	**PSI**	**CP**	**FS**
Autopercepção do estado de saúde											
Boa a excelente	49,54	49,45	72,52	63,55	65,80	37,03	78,46	71,00	29,92	80,15	68,89
Ruim a muito ruim	39,23	32,13	37,69	29,83	43,18	23,11	62,14	65,91	36,59	76,89	67,05
Valor de p*	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,001**	**0,038**	**0,007**	0,424	0,690	0,631	0,719
Carga viral (cópias/ml)											
Indetectável	48,93	48,25	70,13	61,97	66,37	35,04	78,82	72,10	31,83	81,92	65,58
Detectável (> 50 cópias/ml)	47,12	45,83	65,16	54,63	55,82	36,64	68,16	66,38	27,76	74,57	76,29
Valor de p*	0,121	0,113	0,212	0,097	**0,039**	0,846	**0,017**	0,222	0,560	**0,012**	0,065
CD4 (mm^3 sangue)											
< 200	45,37	41,50	53,98	43,18	45,74	20,83	64,76	56,25	23,86	75,76	73,86
200 – 499	50,37	47,90	72,53	59,68	62,76	35,68	81,19	71,30	24,93	83,10	67,43
≥ 500	47,72	48,56	69,16	63,38	67,29	38,40	75,94	72,78	35,84	78,43	68,46
Valor de p**	**0,026**	**0,028**	**0,003**	**0,006**	**0,010**	**0,038**	**0,024**	**0,042**	0,072	0,266	0,729
Tempo de conhecimento do HIV											
Menos de 2 anos	48,26	45,65	66,51	53,85	45,91	36,86	74,17	62,98	23,85	71,79	62,02
De 2 a 5 anos	46,70	47,56	66,39	58,50	60,14	26,37	75,46	69,88	24,75	79,23	72,54
De 5,1 a 10 anos	48,78	47,17	69,08	59,54	67,21	44,74	76,73	71,93	35,79	82,31	67,10
Mais de 10 anos	49,93	48,80	71,80	64,40	70,87	35,42	77,83	72,99	35,00	81,55	69,20
Valor de p	0,308	0,693	0,592	0,293	**0,007**	0,091	0,943	0,497	**0,047**	0,203	0,589
Classificação atual da doença											
HIV	49,95	49,17	71,28	64,73	66,74	37,50	76,79	63,39	26,25	67,86	63,84
Aids	48,15	47,28	68,27	59,05	62,75	35,17	61,10	71,58	31,37	81,73	69,48
Valor de p*	0,381	0,763	0,487	0,389	0,670	0,570	0,309	0,214	0,499	**<0,001**	0,470

Continua

Continuação

Variáveis	SF-12				HAT-QoL						
	CF	**CM**	**FG**	**SV**	**PS**	**PF**	**PM**	**AH**	**PSI**	**CP**	**FS**
Comorbidades											
Não	49,51	48,44	71,04	60,66	63,97	37,04	77,67	70,48	27,86	80,04	69,85
Sim	46,78	46,23	65,23	58,64	62,35	33,23	74,71	70,37	34,75	79,42	66,98
Valor de p*	0,161	0,215	0,125	0,778	0,798	0,507	0,778	0,936	0,055	0,662	0,506
Uso de ARV											
Não	45,46	44,86	61,86	56,01	43,99	37,50	--	59,13	24,62	75,00	62,02
Sim	48,84	47,95	69,71	60,42	66,20	35,20	76,36 ***	72,13	31,55	80,51	69,68
Valor de p*	**0,012**	0,091	0,129	0,443	**0,002**	0,772		0,065	0,306	0,095	0,241
Tempo de tratamento com ARV											
Menos de 1 ano	47,13	42,71	61,53	51,04	40,62	38,61	65,83	56,67	24,33	73,89	60,42
De 1 a 3 anos	49,62	52,97	74,75	67,23	62,31	34,85	79,53	70,83	21,97	81,57	69,70
De 3,1 a 5 anos	44,38	43,75	61,11	51,25	65,00	21,67	72,50	72,50	27,00	77,22	77,50
De 5,1 a 10 anos	49,13	47,61	70,00	59,77	69,09	43,79	76,55	75,00	37,27	81,51	67,95
Mais de 10 anos	49,91	49,02	71,96	65,26	69,95	33,33	78,14	72,11	34,90	81,73	68,51
Valor de p**	**0,016**	**0,006**	0,066	**0,022**	**0,001**	0,172	0,708	0,175	0,066	0,290	0,371
Como se sente com tratamento											
Melhor	49,34	49,07	70,70	63,77	69,29	35,48	79,30	74,51	34,80	82,03	70,02
Nem melhor nem pior	48,24	45,62	68,84	51,85	58,81	37,31	68,57	67,90	21,02	76,14	69,60
Pior	32,97	42,35	42,71	53,13	60,94	33,33	70,00	56,25	42,50	77,08	50,00
Valor de p**	0,068	0,417	0,112	**0,037**	0,216	0,906	0,078	0,134	0,051	0,388	0,763

CF: Componente físico; CM: Componente mental; FG: Função geral; SV: Satisfação com a vida; PS: Preocupações com a saúde; PF: Preocupações financeiras; PM: Preocupações com a medicação; AH: Aceitação do HIV; PSi: Preocupações com o sigilo; CP: Confiança no profissional; FS: Função sexual; ARV: antirretrovirais.*Teste de *Mann-Whitney*; ** Teste de *Kruskal-Wallis*; *** Responderam apenas as que estavam em uso de ARV.

Conclusão

Com relação à autopercepção do estado de saúde (questão 1 do SF-12), verifica-se que as mulheres que afirmaram considerar sua saúde como boa, muito boa ou excelente, apresentaram maiores escores médios de QVRS, tanto nos Componentes do SF-12, quanto nos domínios do HAT-QoL, que as mulheres investigadas que classificaram o estado de saúde como ruim ou muito ruim, com exceção do domínio Preocupações com sigilo. Houve diferença significante estatisticamente nas médias obtidas no Componente físico ($p<0,001$) e no Componente mental ($p<0,001$) do SF-12 e em cinco domínios do HAT-QoL (Função Geral ($p<0,001$), Satisfação com a vida ($p<0,001$), Preocupações com a saúde (0,001), Preocupações financeiras ($p=0,038$) e Preocupações com a medicação ($p=0,007$)).

Em relação ao exame de carga viral, observa-se que as respondentes que apresentaram carga viral indetectável (< 50 cópias/ml) revelaram melhor QVRS no Componente físico e mental do SF-12 e na maioria dos domínios do HAT-QoL, exceto Preocupações financeiras e Função sexual. Com relação à significância estatística, verifica-se diferença estatisticamente significante nos domínios Preocupação com a saúde ($p=0,039$), Preocupação com a medicação ($p=0,017$) e Confiança no profissional ($p=0,012$). Verifica-se, também, tendência à associação entre carga viral e os domínios Satisfação com a vida ($p=0,097$) e Função sexual ($p=0,065$).

Quanto à contagem de células T-CD4, verifica-se que as mulheres com CD4 menor que 200 células/mm^3 apresentaram pior QVRS nos componentes do SF-12 e na maioria dos domínios do HAT-QoL, com exceção do domínio Função sexual. Em relação à significância estatística, verifica-se diferença significante tanto nos Componentes físico ($p=0,026$) e mental ($p=0,028$) do SF-12, quanto nos domínios Função geral ($p=0,003$), Satisfação com a vida ($p=0,006$), Preocupações com a saúde ($p=0,010$), Preocupações financeiras ($p=0,038$), Preocupações com a medicação ($p=0,024$) e Aceitação do HIV ($p=0,042$) do HAT-QoL. Também nesta variável pode-se verificar tendência à associação no domínio Preocupações com o sigilo ($p=0,072$). A média de QVRS encontrada para os sujeitos com CD4 maior ou igual a 500 mm^3 foi maior no Componente mental do SF-12 e nos domínios Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras, Aceitação do HIV e Preocupações com o sigilo do HAT-QoL.

Com relação ao tempo de conhecimento da infecção pelo HIV, as mulheres com menos de 2 anos de ciência da doença apresentaram pontuações médias mais baixas em todos os domínios avaliados pelo HAT-QoL, com exceção do domínio Preocupações financeiras e Função geral. Já com relação ao SF-12, as mulheres com menos de 2 anos de conhecimento da infecção pelo HIV apresentaram menor escore médio no Componente mental. Vale salientar que se observou diferença estatisticamente significante nos domínios Preocupações com a saúde (p=0,007) e Preocupações com o sigilo (p=0,047) do HAT-QoL, além da tendência à associação no domínio Preocupações financeiras (p=0,091).

Cabe destacar que as mulheres com mais de 10 anos de ciência do diagnóstico de HIV/aids apresentaram maiores escores médios nos Componentes do SF-12 e nos domínios Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saude, Preocupações com a medicação e Preocupações com o sigilo do HAT-QoL.

Com referência ao estágio da infecção pelo HIV, observa-se que as mulheres com HIV apresentaram melhor QVRS nos Componentes físico e mental do SF-12 e nos domínios Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras e Preocupações com a medicação; enquanto que as mulheres com aids apresentaram melhor QVRS nos domínios Aceitação do HIV, Preocupações com sigilo, Confiança no profissional e Função sexual, porém apenas o domínio Confiança no profissional apresentou diferença estatisticamente significante (p<0,001).

Observa-se que as mulheres que relataram não ter comorbidades associadas apresentaram pontuações médias maiores nos componentes/domínios da QVRS em comparação às mulheres com comorbidades associadas com exceção para o domínio Preocupações com o sigilo, porém em nenhum domínio foi apresentado diferença estatisticamente significante, embora se identifique tendência à associação para o mesmo domínio.

Com relação ao uso de medicamentos antirretrovirais, observa-se que as mulheres que os usavam apresentaram melhor QVRS que as mulheres que não faziam uso deles, com exceção do domínio Preocupações financeiras do HAT-QoL, porém verifica-se diferença estatisticamente significante apenas no Componente físico do SF-12 (p=0,012) e no domínio Preocupações com a saúde do HAT-QoL(p=0,002). Vale destacar a tendência à associação desta variável ao Componente

mental do SF-12 (p=0,091) e aos domínios Aceitação do HIV (p=0,065) e Confiança no profissional (p=0,095) do HAT-QoL.

Em relação ao tempo de tratamento com antirretrovirais, observa-se que as mulheres com menos de 1 ano de tratamento apresentaram menores escores médios de QVRS quando avaliados pelo SF-12 e HAT-QoL, com exceção dos domínios Função geral, Preocupações financeiras e Preocupações com o sigilo. Vale salientar que houve diferença estatisticamente significante entre os valores médios da QVRS conforme o tempo de tratamento com antirretrovirais, nos Componentes físico (p=0,016) e mental (p=0,006) do SF-12 e nos domínios Satisfação com a vida (p=0,022) e Preocupações com a saúde (p=0,001). Assim como em outras variáveis, nota-se a tendência à associação nos domínios Função geral e Preocupação com o sigilo, ambos com p=0,066.

Vale salientar que as mulheres em tratamento com antirretrovirais há mais de 10 anos apresentaram maiores médias nos domínios Preocupações com a saúde e Confiança no profissional do HAT-QoL, assim como no Componente físico do SF-12.

Com relação à avaliação do tratamento com antirretrovirais, as mulheres que informaram terem melhorado com o tratamento, apresentaram maiores escores médios de QVRS, com exceção dos domínios Preocupações financeiras e Preocupações com sigilo do HAT-QoL, porém apenas o domínio Satisfação com a vida apresentou diferença estatisticamente significante (p=0,037). Nota-se, também, tendência à associação desta variável ao Componente físico do SF-12 (p=0,068) e aos domínios Preocupações com a medicação (p=0,078) e Preocupações com o sigilo (p=0,051) do HAT-QoL.

Cabe destacar que as mulheres que se sentiam pior com o tratamento apresentaram maior média no domínio Preocupações com o sigilo do HAT-QoL.

Com relação às variáveis psicossociais (esperança e autoestima), a Tabela 16 apresenta os escores médios da QVRS avaliadas pelo SF-12 e HAT-QoL, segundo os instrumentos EEH e EAER. Para comparação das médias da QVRS das mulheres avaliadas, segundo as variáveis esperança e autoestima, foi estabelecida como ponto de corte a pontuação mediana obtida na aplicação da EEH e EAER, que são os valores de 37,0 e 33,0, respectivamente.

Quando comparadas as médias dos escores de QVRS (SF-12 e HAT-QoL), segundo o nível de esperança mensurado pela EEH, verifica-se que as mulheres com pontuações médias mais baixas na EEH apresentaram pontuações mais baixas em todos os componentes e domínios da QVRS, com significância estatística nos Componentes do SF-12 e na maioria dos domínios do HAT-QoL, com exceção dos domínios Preocupações com o sigilo, Confiança no profissional e Função sexual. O domínio Aceitação do HIV apresentou tendência à associação com p=0,069.

Ainda na Tabela 16, ao se comparar os escores médios dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL entre as mulheres com pontuações médias maiores e menores que 33,0 na EAER, verifica-se que aquelas com maior autoestima apresentaram maiores escores médios de QVRS, quando avaliadas pelo SF-12 e pelo HAT-QoL, exceto no domínio Confiança no profissional. Vale salientar que, neste último instrumento, alguns domínios não apresentaram diferença estatisticamente significante, que são: Preocupações com medicação, Aceitação do HIV, Preocupações com sigilo e Confiança no Profissional.

Tabela 16 – Distribuição dos escores médios dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL, segundo o nível de esperança e autoestima da amostra. São Paulo, 2010. (n=200)

	SF-12			HAT-QoL							
	CF	**CM**	**FG**	**SV**	**PS**	**PF**	**PM**	**AH**	**PSI**	**CP**	**FS**
Escala de Esperança de Herth											
EEH < 37	46,50	44,27	61,56	51,28	55,93	28,83	71,24	66,45	27,50	77,55	66,45
EEH ≥ 37	50,23	50,70	75,53	68,08	70,40	41,91	81,52	74,26	33,68	81,94	70,83
Valor de p	**0,008**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,003**	**<0,001**	0,069	0,160	0,239	0,312
Escala de Autoestima de Rosenberg											
EAER < 33	46,25	44,42	61,21	53,93	52,96	25,86	73,57	68,30	30,57	81,10	62,89
EAER ≥ 33	50,43	50,49	75,73	65,41	73,06	44,58	79,22	72,45	30,73	78,56	74,15
Valor de p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,005**	**<0,001**	**<0,001**	0,262	0,466	0,763	0,212	**0,006**

EEH: Escala de Esperança de Herth; EAER: Escala de Autoestima de Rosenberg; CF: Componente físico; CM: Componente mental; FG: Função geral; SV: Satisfação com a vida; PS: Preocupações com a saúde; PF: Preocupações financeiras; PM: Preocupações com a medicação; AH: Aceitação do HIV; PSi: Preocupações com o sigilo; CP: Confiança no profissional; FS: Função sexual;*Teste de *Mann-Whitney*; ** Teste de *Kruskal-Wallis.*

As medidas de esperança (avaliadas pela EEH), de autoestima (avaliadas pela EAER), também foram correlacionadas, conforme Tabela 17. Constatou-se correlação direta entre as medidas de esperança e QVRS, e entre as medidas de autoestima e QVRS. Quanto à magnitude, observaram-se correlações de fraca a moderada magnitude entre as medidas de QVRS SF-12 e de HAT-QoL e a medida de esperança, sendo essas correlações estatisticamente significantes, exceto no domínio Função sexual e no domínio Confiança no profissional do HAT-QoL, havendo neste último tendência à associação ($p = 0,08$).

Ainda na Tabela 17, verifica-se que a autoestima apresentou moderada correlação com os componentes do SF-12, e de fraca a moderada com os domínios do HAT-QoL, com exceção do domínio Preocupação com sigilo e Confiança no profissional, que não apresentaram correlações estaticamente significantes.

Tabela 17 – Coeficientes de Correlação de Spearman dos componentes do SF-12 e dos domínios do HAT-QoL com as escalas de avaliação da esperança (EEH) e autoestima (EAER) aplicadas à amostra. São Paulo, 2010.

Instrumentos	**SF-12**				**HAT-QoL**						
	CF	**CM**	**FG**	**SV**	**PS**	**PF**	**PM**	**AH**	**PSI**	**CP**	**FS**
Escala de Esperança de Herth	**0,233****	**0,349****	**0,354****	**0,381****	**0,319****	**0,261****	**0,299****	**0,225****	**0,153***	0,123***	0,066
Escala de Autoestima de Rosenberg	**0,310****	**0,385****	**0,417****	**0,313****	**0,369****	**0,340****	**0,152***	**0,161***	0,042	0,051	**0,193**

CF: Componente físico; CM: Componente mental; FG: Função geral; SV: Satisfação com a vida; PS: Preocupações com a saúde; PF: Preocupações financeiras; PM: Preocupações com a medicação; AH: Aceitação do HIV; PSi: Preocupações com o sigilo; CP: Confiança no profissional; FS: Função sexual; * p<0,01; **p<0,05; ***p=0,08.

As medidas da QVRS avaliadas pelo SF-12 e pelo HAT-QoL foram analisadas estatisticamente por meio do coeficiente de correlação de Spearman (Tabela 18) e observa-se correlação direta estatisticamente significante, de forte magnitude (r > 0,60) entre o Componente físico do SF-12 e o domínio Função geral (r = 0,619) do HAT-QoL e entre o Componente mental do SF-12 e os domínio Função geral (r = 0,603) e Satisfação com a vida (r=0,612) do HAT-QoL. Verifica-se correlação direta de moderada magnitude, estatisticamente significante, entre o Componente físico do SF-12 e os domínios Satisfação com a vida (r = 0,375), Preocupações com a saúde (r = 0,341), Preocupações financeiras (r = 0,346) e entre o Componente mental do SF-12 e os domínios Preocupações com a saúde (r = 0,428), Preocupações financeiras (r = 0,307), Preocupações com as medicações (r = 0,360). Quanto às correlações estatisticamente significantes, de fraca magnitude, verificou-se entre o Componente físico do SF-12 e o domínio Preocupações com a medicação do HAT-QoL (r = 0,205) e entre o Componente mental do SF-12 e o domínio Aceitação do HIV do HAT-QoL (r = 0,229). Observa-se ainda na Tabela 18, tendência à correlação direta de fraca magnitude entre o Componente físico do SF-12 e o domínio Confiança no profissional do HAT-QoL (r = 0,121 e p = 0,089).

Tabela 18 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre os componentes do SF-12 e os domínios do HAT-QoL da amostra. São Paulo, 2010.

	HAT-QoL								
	FG	**SV**	**PS**	**PF**	**PM**	**AH**	**PSI**	**CP**	**FS**
CF	**0,619***	**0,375***	**0,341***	**0,346***	**0,205***	0,021	-0,028	0,121**	-0,032
CM	**0,603***	**0,612***	**0,428***	**0,307***	**0,360***	**0,229***	0,031	0,017	0,041

CF: Componente físico; CM: Componente mental; FG: Função geral; SV: Satisfação com a vida; PS: Preocupações com a saúde; PF: Preocupações financeiras; PM: Preocupações com a medicação; AH: Aceitação do HIV; PSi: Preocupações com o sigilo; CP: Confiança no profissional; FS: Função sexual. *p<0,0001; **p=0,089.

5.4. Análise logística das variáveis independentes selecionadas com os componentes do SF-12 e com os domínios do HAT-QoL

A regressão logística tem como objetivo descrever a relação entre uma variável dependente ou resposta e um conjunto simultâneo de variáveis independentes (explicativas ou preditivas), mediante um modelo que tenha bom ajuste, que seja biologicamente plausível e obedeça ao princípio da parcimônia

(Hosmer, Lemeshow, 1989). Os ajustes dos modelos de regressão logística do presente estudo foram significativos permitindo, dessa forma, a interpretação dos resultados.

Na Tabela 19, observa-se que as variáveis independentes: - renda per capita mensal, CD4, uso de ARV e esperança de vida - relacionaram-se conjuntamente com o Componente físico do SF-12 e são fatores de proteção da saúde física das mulheres estudadas, tendo o modelo um valor preditivo de 71,9%. Com relação à melhoria da saúde física, cada 100 reais a mais na renda per capita mensal aumenta em 1,1 vezes a probabilidade de melhoria, ter CD4 maior que 200 células/mm^3 aumenta esta chance em 3,2 vezes, usar medicamentos antirretrovirais eleva esta probabilidade em 5,2 vezes e cada ponto a mais na EEH aumenta em 1,1 vezes a chance de as mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids apresentarem escores médios do Componente físico acima de 50 pontos.

Ainda na Tabela 19, verifica-se que as variáveis independentes que se relacionaram conjuntamente com o Componente mental do SF-12 foram: CD4, uso de ARV, tempo de TARV, autopercepção do estado de saúde e autoestima, sendo a maioria das variáveis fatores protetores de saúde mental, com exceção do tempo de TARV, tendo o modelo um valor preditivo de 77,6%. No que se refere à melhoria da saúde mental, ter CD4 maior que 200 células/mm^3 aumenta em 4,7 vezes a probabilidade de sua melhoria, usar medicamentos antirretrovirais aumenta esta chance em 4,7 vezes, apresentar a autopercepção do estado de saúde como boa a excelente eleva esta probabilidade em 13,1 vezes, e cada ponto a mais na EAER aumenta em 1,2 vezes a chance das mulheres com 50 anos ou mais infectadas pelo HIV/aids apresentar escores médios do Componente mental acima de 50 pontos. Ainda que o uso do ARV seja um fator protetor da saúde mental, observa-se na análise de regressão que o tempo de TARV influenciou negativamente a saúde mental, o que indica que cada ano a mais de tratamento diminui em 0,9 vezes a chance de as mulheres estudadas terem melhor saúde mental.

Tabela 19 – Análise de regressão logística de variáveis associadas aos componentes do SF-12. São Paulo, 2010.

Componentes do SF-12	Variáveis	β	E.P.	p-valor	OR	IC95%	VP%
Físico	Renda per capita mensal	0,001	0,043	0,047	1,088	1,001 – 1,183	71,9
	CD4	1,165	0,543	0,032	3,206	1,105 – 9,298	
	Uso de ARV	1,634	0,535	0,002	5,127	1,795 – 14,640	
	EEH	0,109	0,041	0,007	1,115	1,030 – 1,208	
Mental	CD4	1,538	0,609	0,011	4,657	1,413 – 15,351	77,6
	Uso de ARV	1,559	0,566	0,006	4,753	1,566 – 14,425	
	Tempo de TARV	-0,079	0,039	0,042	0,924	0,856 – 0,997	
	Autopercepção do estado de saúde	2,575	0,840	0,002	13,133	2,533 – 68.095	
	EAER	0,192	0,045	<0,001	1,212	1,109 – 1,324	

Na Tabela 20, observa-se a análise das variáveis independentes associadas aos domínios do HAT-QoL e verifica-se que, no domínio Função geral, as variáveis que se relacionaram conjuntamente foram: uso de ARV, autopercepção do estado de saúde e autoestima, tendo o modelo um valor preditivo de 76,4%. Para melhoria da Função geral das mulheres estudadas, usar medicamentos antirretrovirais aumenta as chances em 4,0 vezes, ter a autopercepção do estado de saúde boa a excelente eleva esta probabilidade em 25,0 vezes, e cada ponto a mais na EAER aumenta em 1,2 vezes a chance de o escore médio da Função geral estar acima da mediana.

O domínio Satisfação com a vida apresentou relação conjunta com as variáveis autopercepção do estado de saúde e esperança de vida, sendo as chances de melhoria da Satisfação com a vida aumentadas em 7,2 vezes se a percepção do estado de saúde for bom, muito bom ou excelente e elevam-se em 1,2 vezes a cada ponto a mais na EEH. Este modelo apresentou valor preditivo de 67,3% (Tabela 20).

O domínio Preocupações com a saúde se relacionou conjuntamente com as variáveis estado marital, CD4, tempo de ciência do HIV e esperança de vida, tendo a maioria destas variáveis influenciado positivamente o domínio, com exceção do estado marital. O modelo tem um valor preditivo de 74,1%. Com relação à melhoria do domínio Preocupações com a saúde, ter CD4 acima de 200 células/mm^3 aumenta a chance de melhoria em 5,5 vezes, cada ano a mais de ciência do diagnóstico de HIV eleva esta probabilidade em 1,1 vezes, cada ponto a mais na EEH aumenta em 1,1 vez a chance de as mulheres apresentarem escores acima da mediana. Já com relação ao estado marital, possuir companheiro fixo diminui em 0,4 vezes a chance de apresentar melhoria no referido domínio (Tabela 20).

As variáveis que se relacionaram conjuntamente com o domínio Preocupações financeiras foram a renda per capita mensal e a autoestima, sendo ambas fatores de proteção para o referido domínio, tendo o modelo um valor preditivo de 68,4%. Para melhoria das Preocupações financeiras, a cada 100 reais a mais na renda per capita mensal, aumenta em 1,1 vezes esta chance e cada ponto a mais na EAER eleva esta probabilidade em 1,1 vezes (Tabela 20).

No domínio Preocupações com a medicação, a única variável que se manteve no modelo foi a esperança de vida, e cada ponto a mais na EEH aumenta em 1,2 vezes as chances de ter melhores escores neste domínio. Este modelo apresentou o valor preditivo de 63,4% (Tabela 20).

Na Aceitação do HIV, as variáveis CD4 e esperança de vida se relacionaram conjuntamente, influenciando positivamente o domínio, tendo o modelo um valor preditivo de 60,7%. Para melhoria da Aceitação do HIV, ter CD4 acima de 200 células/mm^3 aumenta a chance de melhoria em 3,1 vezes e cada ponto a mais na EEH eleva esta probabilidade em 1,1 vezes (Tabela 20).

No domínio Preocupações com o sigilo, a única variável que se manteve no modelo foi comorbidades, cuja presença aumentou em 2,0 vezes as chances de ter melhores escores neste domínio. Este modelo apresentou valor preditivo baixo (33,1%) (Tabela 20).

No domínio Confiança no profissional, as variáveis que se relacionaram conjuntamente foram o estágio atual da doença (HIV/aids) e o estado marital, tendo o modelo obtido baixo valor preditivo (38,5%). Observa-se que estar com companheiro fixo diminui em 0,4 vezes a chance de melhor QVRS no domínio Confiança no profissional. Além disso, o fato de estar no estágio de aids aumentou em 4,8 vezes a probabilidade de apresentar maior Confiança no profissional (Tabela 20).

A Função sexual apresentou relação conjunta com idade, estado marital e autoestima, tendo o modelo um valor preditivo de 71,3%. Para melhoria da Função sexual, cada ponto a mais na EAER aumenta a chance de melhoria em 1,1 vezes, já cada ano a mais de idade diminui esta probabilidade em 0,9 vezes e possuir companheiro fixo diminui a chance de melhoria da Função sexual em 0,2 vezes (Tabela 20).

De forma geral, possuir maior renda per capita mensal, apresentar contagem de células CD4 acima de 200 células/mm^3, usar medicamentos antirretroviriais, ter conhecimento da infecção pelo HIV há mais tempo, possuir de boa a excelente percepção do estado de saúde e maior nível de esperança e de autoestima auxiliam na melhoria da QVRS das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids.

Tabela 20 – Análise de regressão logística das variáveis associadas aos domínios do HAT-QoL. São Paulo, 2010.

Domínios do HAT-QoL	Variáveis	β	E.P.	p-valor	OR	IC95%	VP%
FG	Uso de ARV	1,400	0,526	0,008	4,055	1,447 – 11,367	76,4
	Autopercepção do estado de saúde	3,217	1,078	0,003	24,966	3,016 – 26,682	
	EAER	0,203	0,049	<0,001	1,225	1,112 – 1,349	
SV	Autopercepção do estado de saúde	1,979	0,800	0,013	7,236	1,509 – 34,696	67,3
	EEH	0,148	0,042	0,001	1,160	1,067 – 1,260	
PS	Estado Marital	-0,843	0,388	0,030	0,430	0,201 – 0,921	74,1
	CD4	1,703	0,677	0,012	5,491	1,458 – 20,688	
	Tempo de ciência do HIV	0,081	0,035	0,020	1,084	1,013 – 1,161	
	EEH	0,129	0,041	0,002	1,138	1,049 – 1,234	
PF	Renda per capita	0,119	0,046	0,010	1,126	1,028 – 1,233	68,4
	EAER	0,124	0,041	0,002	1,132	1,045 – 1,225	

Continua

Continuação

Domínios do HAT-QoL	Variáveis	β	E.P.	p-valor	OR	IC95%	VP%
PM	EEH	0,160	0,043	0,001	1,174	1,080 – 1,276	63,4
AH	CD4	1,134	0,537	0,035	3,108	1,084 – 8,908	60,7
	EEH	0,081	0,034	0,015	1,085	1,016 – 1,159	
PSI	Comorbidades	0,687	0,308	0,025	1,988	1,088 – 3,634	33,1
CP	Estado marital	-0,911	0,381	0,017	0,402	0,191 – 0,848	38,5
	HIV/aids	1,561	0,568	0,006	4,761	1,563 – 14,509	
FS	Idade	-0,047	0,024	0,048	0,954	0,911 – 1,000	71,3
	Estado marital	-1,461	0,380	0,001	0,232	0,110 – 0,489	
	EAER	0,124	0,037	0,001	1,132	1,052 – 1,218	

FG: Função geral; SV: Satisfação com a vida; PS: Preocupações com a saúde; PF: Preocupações financeiras; PM: Preocupações com a medicação; AH: Aceitação do HIV; PSi: Preocupações com o Sigilo; CP: Confiança no profissional; FS: Função Sexual.

Conclusão

6. DISCUSSÃO

A média de idade obtida neste estudo foi de 56,59 anos, o que indica maior amplitude da idade, e a amostra que foi composta por sujeitos com idades mais avançadas do que as pesquisas encontradas na literatura, realizadas com portadores do HIV com idade igual ou superior a 50 anos, as quais encontraram médias de idade de 53,7 anos (Silva, 2006), 52 anos (Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007), e 53 anos (Araújo, Moura, Cardoso, 2009).

Observou-se predomínio da religião católica (83,3%), o que corrobora o estudo de Silva (2006), em que 61,2% dos sujeitos apresentaram também essa religião como crença. Estudo acerca das concepções de pessoas acima de 50 anos sobre a convivência com HIV/aids verificou que a religião assume grande importância no enfrentamento da doença, além de contribuir para a melhora do quadro geral do paciente, que se sente apoiado e fortalecido por julgar que a crença religiosa traz equilíbrio levando-o a se sentir melhor. Nessa situação, a religião assume papel de refúgio e é utilizada como recurso interno de enfrentamento da doença (Sá, Callegari, Pereira, 2007).

Outro dado que merece destaque relaciona-se ao fato de a maioria das mulheres (76%) entrevistadas viverem sem companheiro fixo. Estudos realizados com sujeitos da mesma faixa etária, também portadores de HIV/aids, mostraram dados contraditórios, pois, enquanto o estudo que validou um instrumento para caracterização desse segmento, realizado em Campinas (SP), também encontrou predomínio de pessoas sem união estável (65,1%) (Lima, 2009); o mesmo não ocorreu em pesquisa realizada no Rio de Janeiro (RJ), que encontrou 71% dos idosos com HIV/aids que viviam em união estável (Zornitta, 2008). Diante dessa contradição, estudo realizado nas cidades de Capivari de Baixo e Imbituba (SC), encontrou 50% de sujeitos com parceiros fixos (Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007), enquanto que outra pesquisa realizada em uma cidade do interior do Estado de São Paulo verificou que 76,9% dos respondentes não eram separados, solteiros ou viúvos (Araújo, Moura, Cardoso, 2009).

Os dados deste estudo mostraram, também, que 188 entrevistadas (94,0%) afirmaram ter filhos. Este achado corrobora estudo realizado com 150 mulheres de 19 a 63 anos, portadoras do vírus HIV, atendidas em um ambulatório de um centro

de referência em DST/aids (Secretaria de Estado da Saúde, SP), no qual a maioria afirmou ter filhos (76,0%) (Tunala, 2002). Dado também verificado em pesquisa qualitativa realizada com 13 indivíduos atendidos no centro de saúde de uma cidade do interior do Estado de São Paulo (Araújo, Moura, Cardoso, 2009). A média de 3,17 (±2,12) filhos por mulher encontrada nesta pesquisa aproximou-se dos achados do estudo realizado em Campinas, SP, que obteve a média de 2,98 (±1,69) filhos (Lima, 2009).

As condições socioeconômicas são fatores preponderantes na condição de conviver com HIV/aids, visto que interferem diretamente na qualidade de vida dessas pessoas e na percepção que elas têm acerca da convivência com o HIV/aids após os 50 anos (Sá, Callegari, Pereira, 2007).

Quando o tema é escolaridade, os achados da presente pesquisa coincidem com o perfil social da epidemia de aids no contexto brasileiro, visto que pessoas com menor escolaridade são as mais atingidas. Segundo dados do Boletim Epidemiológico de Aids e DST (Brasil, 2010), no total de casos notificados de aids obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), segundo a escolaridade por ano de diagnóstico, de 1980 a junho de 2010, 130.288 casos tinham entre 4 e 7 anos de escolaridade (26,5%), o que, se somado ao total de casos com escolaridade entre 1 e 3 anos (n= 92.984 e 18,9%), atinge o percentual de 45,4% do total de casos de aids segundo a escolaridade.

Encontrou-se que a maioria das mulheres deste estudo (55,5%) relatou escolaridade entre 1 e 7 anos, com média de 6,37 anos de estudo (±3,88). Esses dados corroboram aqueles obtidos em estudos de Bertoncini, Moraes e Kulkamp (2007) e Sá, Callegari, Pereira (2009). Também recebem reforço de outras pesquisas, cujos autores afirmaram que pessoas com baixa escolaridade tendem a ser mais vulneráveis ao HIV/aids (Silva, 2006, Selli, Cechin, 2005). Ao se considerar a média de anos de estudo, verificou-se que os dados desta pesquisa assemelham-se aos obtidos com indivíduos na faixa de idade igual ou superior a 50 anos (n=109) realizado em Campinas, SP, que apresentaram escolaridade média de 6,13 (±3,67) anos (Lima, 2009).

Vários estudos realizados no Brasil indicam a característica de menor escolaridade das mulheres portadoras de HIV/aids (Barbosa, 2000; Galvão, Cerqueira, Machado, 2004; Nunes et al., 2004; Nascimento, Barbosa, Medrado,

2005; Braga, Cardoso, Segurado, 2007; Cechim, Selli, 2007; Ferreira, Nichiata, 2008; Reis, 2008). Além disso, diversos autores sinalizam que a escolaridade tem sido um indicador/variável da situação socioeconômica, o que reflete o aumento da epidemia entre os indivíduos com menor escolaridade (Barbosa, 2000; Brito, Castilho, Szwarcwald, 2000; Fernandes et al., 2000; Brasil, 2003; Rodrigues Júnior, Castilho, 2004; Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007; Sá, Callegari, Pereira, 2007; Cechim, Selli, 2007; Reis, 2008; Lima, 2009; Pereira et al., 2011). Na literatura internacional, também se pode verificar estudos com indivíduos portadores de HIV/aids, com baixas condições socioeconômicas (Servellen, Chang, Lombardi, 2002; Updegraff et al., 2002; Joyce et al., 2005; Kalipeni, Ghosh, 2007; Msisha et al., 2008; Harrison et al., 2008; Cheng, Siankam, 2009; Linnemayr et al., 2011).

Além do nível de escolaridade, a ocupação e a renda estão entre os indicadores mais importantes para mensurar o nível socioeconômico associado à saúde (Pottes et al., 2007). Dessa forma, a escolaridade e o baixo poder econômico são indicadores para o estudo de aids, uma vez que indivíduos com nível de escolaridade mais avançado tendem a assimilar melhor as informações e possuem maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e de aquisição de preservativos. A baixa renda pode contribuir para piora das condições de vida dos sujeitos, além de significar fator de comprometimento e de interferência para a continuidade do tratamento, principalmente quando esses indivíduos são os únicos provedores da família (Sá, Callegari, Pereira, 2007).

No presente estudo, a média da renda per capita mensal foi de R$500,50, que, convertida em salários-mínimos, resultou em renda per capita mensal ≤ a 1 salário-mínimo, que se refere ao valor obtido por 129 mulheres. Vale acrescentar que 54,0% das entrevistadas eram responsáveis pelo sustento da casa e 61,0% delas informaram que não recebiam ajuda diante de dificuldades financeiras.

Estudo sobre a qualidade de vida de indivíduos portadores de HIV/aids verificou que a baixa renda mensal informada vincula-se ao tipo de trabalho ou ocupação que desenvolvem. São as mulheres que sofrem com empregos precários, e aumentam o contingente da mão de obra no mercado informal e mal remunerado (Reis, 2008). Isso também pode ser evidenciado no presente estudo onde 31,0% (n=62) relataram não possuir uma ocupação, porém, dentre as que a informaram, as

mais frequentes foram: empregada doméstica (n=46), vendedora em comércio varejista (n=22), costureira (n=20), entre outras.

Pesquisas realizadas em diferentes regiões brasileiras também apontam para os baixos indicadores sociais observados pela renda e escolaridade das mulheres atendidas em Serviços de Assistência Especializada em DST/aids (Paiva et al., 2002; Nunes et al., 2004; Braga, Cardoso, Segurado, 2007).

A posição do indivíduo na estrutura social é um fator condicionante das suas boas condições de saúde (Araújo, Moura, Cardoso, 2009). Ser saudável é situação determinada pelo nível educacional, pela renda e pela ocupação do indivíduo, indicadores objetivos utilizados para mensurar a saúde da população (Fonseca et al., 2000).

Outros autores também abordam o tema. O nível educacional indica diferenças entre pessoas quanto ao acesso à informação e oportunidades de se beneficiar de novos conhecimentos (Pottes et al., 2007). Para se alcançar melhor qualidade na prevenção e na assistência à saúde, alguns parâmetros, como acesso à educação e aos métodos preventivos, vinculam-se diretamente à situação socio-econômica da população (Lima, 2009).

O aumento no número de pessoas a partir de 50 anos vivendo com HIV/aids traz a necessidade de adequação ao modelo clínico assistencial e à educação permanente dos profissionais, que devem considerar as alterações fisiológicas e patológicas desse segmento, e adequar a assistência às necessidades e às capacidades funcionais (Motta, Aguiar, 2007). Na dependência da história de vida dos indivíduos, aqueles com idade mais avançada tendem a adoecer mais frequentemente, e, por conseguinte, gastam mais com saúde, devido ao surgimento de doenças crônicas nesta faixa etária (Sá, Callegari, Pereira, 2007).

Ao se analisar o comportamento em saúde das mulheres do presente estudo, verificou-se que a grande maioria não fazia uso de bebida alcoólica (92,0%), cigarros (76,5%), nem drogas ilícitas (99,0%), dados também encontrados em pesquisa realizada com indivíduos a partir de 50 anos com HIV/aids, em Campinas (SP), com percentual de 87,2%, 96,3% e 100%, respectivamente (Lima, 2009).

Em relação à atividade sexual, 35,0% dos sujeitos relataram ter relações sexuais atualmente. Estudo que verificou a percepção e as ações de mulheres com 50 anos ou mais, moradoras de uma comunidade de baixa renda no município de São

Paulo, encontrou percentual inferior (23,1%) para mulheres na mesma faixa etária de interesse com vida sexual ativa, já que, dentre as 13 respondentes do estudo qualitativo, apenas três mulheres referiram ter relação sexual nos últimos seis meses, apesar de cinco estar vivendo relacionamento estável no momento da entrevista (Lima, 2006). Porcentagem superior a essas foi encontrada em outro estudo realizado em Campinas (SP), com 109 sujeitos com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids, dentre os quais 57,8% relataram ter atividade sexual (Lima, 2009). Por sua vez, pesquisa realizada com pessoas acima de 50 anos, residentes nas cidades de Capivari de Baixo e Imbituba (SC), verificou que, dentre seus respondentes, 52,4% mantinham relação sexual mesmo após a descoberta da soropositividade ao HIV (Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007). Tais achados conflitam com a crença de parte dos profissionais de saúde que têm dificuldade em reconhecer a sexualidade como realidade para pessoas idosas, situação que os impede de incorporar à assistência que prestam, a busca por comportamento sexual, por informações/conhecimento sobre a doença e uso do preservativo pela clientela, com prejuízo da disseminação de medidas de prevenção voltadas a esse segmento (Olivi, Santana, Mathias, 2008).

Outro achado que merece destaque é o percentual de 74,3% de sujeitos que relataram utilizar preservativo nas relações sexuais, atualmente, em comparação com a vida sexual pregressa, em que apenas 8,0% das mulheres referiram o uso de preservativo antes de conhecer seu diagnóstico de soropositividade ao HIV/aids. Esses achados são comparáveis aos encontrados em investigação onde 83,9% dos indivíduos acima de 50 anos com HIV/aids utilizavam preservativo nas relações sexuais após o diagnóstico, e 9,2% faziam uso de proteção antes do diagnóstico (Lima, 2009). Por outro lado, estudo realizado com indivíduos com idade superior a 50 anos mostrou que, dentre 52,4% que mantinham relação sexual, 42,9% nunca usaram preservativo mesmo depois de se infectarem. O mesmo estudo mostrou que apenas um sujeito manteve relação sexual após conhecer o próprio diagnóstico de soropositividade, porém empregava o uso do preservativo “apenas de vez em quando” (Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007).

Os dados apresentados mostram que, mesmo infectados, muitos soropositivos ao HIV/aids não aderem ao preservativo, o que concorre para prejudicar a própria condição de saúde e a do(s) parceiro(s), dada a possibilidade de trocas de espécies diferentes do vírus da aids entre si.

Estudo sobre o uso de preservativos entre mulheres jovens (18 a 29 anos), adultas (30 a 39 anos), e maduras (50 a 59 anos) em Belo Horizonte (MG) e Recife (PE), verificou que as chances de não adesão ao preservativo, em ordem decrescente, são maiores para as mulheres de baixa escolaridade, aquelas sem renda e trabalho, as casadas, as maduras, as com 3 ou mais filhos, as com relacionamentos estáveis e com um único parceiro, além daquelas que não encontram preservativos, que não têm informações/conhecimentos sobre DST/aids, que acreditam na cura da aids, e as que têm baixo poder de negociação com o parceiro (Souza, 2008).

Outra pesquisa sobre a parceria sexual na visão das mulheres portadoras do HIV, em atendimento no ambulatório de moléstias infecto-contagiosas de ginecologia de um hospital escola do interior paulista, também encontrou soropositivas que afirmaram nunca usar preservativo, mesmo após o conhecimento do diagnóstico de soropositividade ao HIV, o que sinaliza despreocupação dessas mulheres em relação às doenças sexualmente transmissíveis (Gir et al.,2006).

Na investigação em que foram estudadas pessoas acima dos 50 anos, verificou-se que os homens afirmavam deixar de usar proteção nas relações sexuais em virtude do medo de comprometer a ereção peniana; relataram uso apenas nas relações extraconjugais (Caldas, Gessolo, 2007).

Concorda-se com os autores quando afirmam que a falta de campanhas de educação e prevenção da aids voltadas para os idosos determina que este segmento da população fique menos informado, o que o leva a não se preocupar com a prevenção e a transmissão do HIV (Feitoza, Souza, Araújo, 2004).

Dentre os motivos para o não uso de preservativos encontrados neste estudo, verificou-se como principal razão a confiança dos sujeitos no parceiro (59,5%), dado passível de comparação com outra investigação, já citada, onde 52,0% das mulheres com idade superior a 50 anos com HIV/aids apresentavam este mesmo motivo para a não adesão (Lima, 2009). Vale ressaltar que, entre os homens, sujeitos do referido estudo, o percentual mais elevado coube à falta de conhecimento sobre a doença e à necessidade de tratamento (29,6%) (Lima, 2009), situação classificada como segundo motivo com maior percentual entre as mulheres investigadas nesta pesquisa.

Concorda-se com os autores quando salientam a necessidade de adoção de políticas públicas de saúde que concentrem sua atenção na população na maturidade para se conter o avanço da aids entre indivíduos com mais de 50 anos, uma vez que

os dados epidemiológicos e de pesquisas mostram o desenho preocupante da epidemia de aids nesta população (Araujo, Moura, Cardoso, 2009).

Os novos e crescentes benefícios terapêuticos dos medicamentos antirretrovirais proporcionaram mudanças na história natural da infecção, pois alteraram a progressão da doença, diminuíram a frequência dos sintomas e das doenças oportunistas, o que aumentou, sobremaneira, a sobrevida dos portadores do HIV/aids (Brito, Castilho, Szwarcwald, 2000).

Essa situação foi constatada no presente estudo, onde 33,5% das respondentes afirmaram ter descoberto a infecção entre 1,1 e 5 anos, com destaque para os 28,0% que há mais de 10 anos tinham conhecimento do diagnóstico. Cabe acrescentar que 40,5% das mulheres souberam do diagnóstico durante consulta médica e/ou coleta de exames laboratoriais de rotina.

Novamente se reporta ao estudo já apresentado onde 59,6% (n=65) dos participantes relataram ter conhecimento do diagnóstico de soropositividade ao HIV há mais de 9 anos e que 46,8% (n=51) descobriram a doença durante a consulta médica e/ou coleta de exames laboratoriais de rotina (Lima, 2009).

Por sua vez, pesquisa realizada com grupos de sujeitos com e sem tratamento antirretroviral em Maringá (PR), mostrou que, dentre os indivíduos sob tratamento, 30,6% (n= 34) tinham 8 ou mais anos de tempo de ciência da infecção pelo HIV; enquanto que, no grupo sem tratamento, 42,9% dos sujeitos tinham conhecimento do diagnóstico há um ano ou menos (Gil, 2009).

Outro estudo realizado em Ribeirão Preto (SP), com 228 portadores de HIV/aids, verificou que 39,0% dos entrevistados apresentavam mais de 10 anos de diagnóstico, sendo 39,6% mulheres e 38,5% homens dentre o total de sujeitos (Reis, 2008).

Por sua vez, investigação realizada com 73 mulheres com infecção pelo HIV ou com aids, frequentadoras de um ambulatório especializado no atendimento aos pacientes com HIV/aids de uma universidade pública do Estado de São Paulo, encontrou 24,7% das mulheres respondentes com ciência de seu diagnóstico por um período igual ou inferior a 1 ano, enquanto que 12,3% sabiam do diagnóstico há 8 anos ou mais (Galvão, 2002).

Pesquisa que realizou a tradução, a adaptação e a validação do HAT-QoL, no Brasil, verificou que a maioria de seus respondentes tinha tempo de soropositividade maior ou igual a 2 anos (Soárez et al., 2009).

No presente estudo, verificou-se que a grande maioria das respondentes relatou ter adquirido a infecção pelo HIV por relação sexual. Esse achado corrobora diversos estudos da literatura nacional e internacional em que a via sexual foi a principal forma de transmissão do vírus da aids (Sowell et al., 1999; Brito, Castilho, Szwarcwald, 2000; Kalichman et al., 2000; Galvão, 2002; Lopes, 2003; Chiou et al., 2004; Galvão, Cerqueira, Machado, 2004; Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007; Braga, Cardoso, Segurado, 2007; Pitts, Grierson, Misson, 2005; Dourado et al., 2006; Emlet, 2007; Sá, Callegari, Pereira, 2007; Reis, 2008; Araújo, Moura, Cardoso, 2009; Brito et al., 2009; Lima, 2009; Soárez et al., 2009; Carvalho, Galvão, Silva, 2010; Castrighini et al., 2010; Mathias, 2010; Toledo et al., 2010; Ion et al., 2011; Pereira et al., 2011).

Observou-se no presente estudo que 174 mulheres estavam em tratamento com medicamentos antirretrovirais. Maior percentual foi encontrado dentre aquelas que se submetiam à terapia entre 1,1 e 5 anos (32,8%), valendo salientar que 29,3 % (n=51) estavam em terapia há mais de 10 anos. Quando se perguntou sobre a avaliação de seu estado diante do tratamento, 73,0% das respondentes relataram sentir-se melhor com a terapia antirretroviral, 24,7% informaram que não perceberam alterações em seu estado, e 2,3% relataram se sentir pior com a introdução dos antirretrovirais.

Estes dados podem ser comparados com os encontrados em estudo realizado com 73 mulheres portadoras de HIV/aids, frequentadoras de um ambulatório especializado no atendimento aos pacientes com HIV/aids de uma universidade pública do Estado de São Paulo, no qual 35,7% (n=26) das respondentes encontravam-se em tratamento com antirretrovirais em um período entre 2 e 3 anos, enquanto 27,3% estavam sob terapia há 4 anos ou mais (Galvão, 2002).

Por sua vez, outro estudo encontrou percentual superior ao encontrado nesta pesquisa para os portadores de HIV/aids sob tratamento com antirretrovirais por período de 5,1 e 10 anos (n=84 – 44,0%) e, especialmente entre as mulheres, 84,0% delas viviam sob terapia nesse intervalo (Reis, 2008).

Vale destacar que estudo citado anteriormente encontrou 53,2% (n=58) dos participantes sob tratamento há mais de 9 anos. Quanto ao seu estado de saúde frente à terapia antirretroviral, 87,2% (n=95) informaram que se sentiam melhor com o tratamento, 11,9% (n=13) relataram que não perceberam alterações em seu estado e apenas um sujeito relatou sentir-se pior com o tratamento (Lima, 2009). Esses achados se aproximam dos achados da presente pesquisa.

No presente estudo, embora soropositivas, 18 mulheres (10,4%) relataram ter abandonado o tratamento com antirretrovirais. Percentual maior de não adesão foi encontrado em estudo realizado com indivíduos com 50 anos ou mais com HIV/aids, onde 23 respondentes (21,1%) relataram já ter abandonado a terapia antirretroviral (Lima, 2009). Por outro lado, estudo que teve o objetivo de analisar, mediante revisão de literatura, os fatores de risco para não adesão à terapia antirretroviral encontrou a necessidade de controle periódico, o relato de sentir-se mal e a ocorrência de sintomas, dentre os fatores de risco, especificamente relacionados à aids (Colombrini, Lopes, Figueiredo, 2006).

Concorda-se com autor encontrado na literatura (Reis, 2008), que destaca a necessidade de os serviços de saúde dispor de recursos eficazes para o diagnóstico e o tratamento preciso das necessidades dos portadores de HIV/aids, oferecendo-lhes suporte psicológico, além de aconselhamento e de atividades educativas que favoreçam melhor adesão ao tratamento, melhor adaptação às mudanças advindas com a soropositividade, e estimulando a autoestima, considerando que viver com o HIV/aids repercute sobre a vida do indivíduo e estende-se a todo seu contexto, transcendendo os aspectos físicos, e interferindo nos aspectos psicossociais.

As condições clínicas das pessoas que vivem com HIV/aids, após o início da terapia antirretroviral, sofrem interferência basicamente de três fatores que caracterizam a falha ou o sucesso terapêutico: evolução da carga viral, contagem de linfócitos CD4 e ocorrência de eventos clínicos (Lima, 2009).

Vale relembrar que, dentre as entrevistadas no presente estudo, 53,5% (n=107) apresentaram contagem de linfócitos CD4 maior que 500 células/mm^3 e 35,5% entre 200 e 500 células/mm^3; 71,0% (n=142) apresentaram carga viral indetectável e 59,5% (n=119) não apresentaram comorbidades associadas.

Estudo realizado com uma população com idade a partir de 50 anos com HIV/aids, na cidade de Campinas (SP), encontrou dados aproximados aos obtidos

nesta pesquisa, ou seja: 45,0% dos sujeitos apresentavam contagem de linfócitos maior que 500 células/mm^3 e 40,4% entre 200 e 500 células/mm^3. Por outro lado, o percentual de indivíduos que apresentaram carga viral indetectável (82,6%) foi superior aos obtidos neste estudo, o mesmo ocorrendo para aqueles que não tinham doenças oportunistas relacionadas ao HIV/aids (82,6%) (Lima, 2009).

A contagem sérica de linfócitos CD4 é o melhor marcador para a avaliação do estado imunológico dos indivíduos. Quando o número de linfócitos CD4 está abaixo do limite das 200 células/mm^3, aumenta significativamente o risco cumulativo para o desenvolvimento de uma doença oportunista definidora de aids. A relação entre o nível de imunossupressão e o risco para o desenvolvimento das diferentes infecções oportunistas está bem estabelecida, o que permite a introdução das distintas quimioprofilaxias e uma orientação diagnóstica das infecções oportunistas, de acordo com o grau de imunossupressão presente (Brasil, 2010).

A carga viral também é um importante marcador clínico e é detectada na forma de RNA do HIV, que reflete a dinâmica deste vírus nas pessoas infectadas, quantificando as partículas que estão sendo produzidas e lançadas na circulação sanguínea. Por sua vez, níveis elevados de replicação do vírus e o aumento da carga viral estão associados à deterioração acelerada do sistema imune (Reis, 2008). O HIV destrói, preferencialmente, linfócitos CD4 e interfere no funcionamento do sistema imune, reduzindo a defesa contra agentes infecciosos (Weinnberg, Pott, 2003).

Pesquisa realizada em Ribeirão Preto (SP), com portadores de HIV/aids mostrou que 38,6% dos sujeitos estudados apresentaram contagem de linfócitos CD4 maior que 500 células/mm^3; 43,0% entre 200 e 500 células/mm^3, e 52,6% apresentavam carga viral indetectável (Reis, 2008).

Estudo realizado em Campinas (SP), sobre a qualidade de vida de mulheres infectadas pelo HIV, cuja idade média era de 40 anos, verificou que 78,9% (n=138) apresentavam contagem de células CD4 $\geq$350 células/mm^3, 70,5% (n=122) possuíam carga viral indetectável e 62,6% (n=112) não possuíam doenças associadas (Mathias, 2010).

Outra pesquisa sobre qualidade de vida de mulheres portadoras de HIV/aids e qualidade do sono realizada com dois grupos de sujeitos - um grupo de soropositivos ao HIV e/ou com diagnóstico de aids, e um grupo controle - verificou que a média de

idade dos participantes era de 35,4 anos, enquanto que 60,0% dos sujeitos apresentavam carga viral indetectável, 66,6% possuíam CD4 > 500células/mm^3 e 30,0% tinham CD4 entre 201 e 500 células/mm^3 (Junqueira, 2008).

Investigação realizada em Maringá (PR), sobre a qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV, teve como sujeitos 169 soropositivos, divididos em dois grupos assim distribuídos: um grupo com 118 sujeitos sob terapia antirretroviral, e outro grupo com 51 indivíduos que não utilizavam antirretrovirais. Verificou-se que os sujeitos com CD4 >350 células/mm^3 foram maioria em ambos os grupos, com percentuais de 72,9% (grupo sob terapia) e 91,1% (grupo sem terapia antirretroviral). Encontraram-se, também, percentuais de 53,8% e 15,2% de sujeitos com carga viral indetectável nos grupos sob terapia e sem terapia, respectivamente (Gil, 2009).

Outra pesquisa sobre qualidade de vida de mulheres com HIV/aids, atendidas em um ambulatório especializado em DST/aids, no município de Botucatu (SP), verificou que apenas 17,8% dos sujeitos possuíam carga viral indetectável e 39,3% possuíam contagem de células T-CD4 >500 células/mm^3 (Galvão, 2002).

Neste contexto, as condições clínicas das mulheres avaliadas na presente investigação foram satisfatórias, considerando-se a contagem de células T-CD4, carga viral e comorbidades associadas, corroborando os achados dos estudos supracitados (Galvão, 2002; Junqueira, 2008; Reis, 2008; Gil, 2009; Mathias, 2010).

Cabe esclarecer que, após a introdução da terapia antirretroviral de alta potência contra a infecção pelo HIV, tem-se observado importante redução, tanto da progressão da aids, quanto da mortalidade por ela induzida, devido, principalmente, à significante diminuição dos níveis de RNA viral no plasma e no tecido linfóide, e à restauração do número de linfócitos CD4 (Weinnberg, Pott, 2003).

Neste estudo, das 200 mulheres avaliadas, 87,0% (n=174) estavam em tratamento com antirretrovirais e 60,5% (n=121) utilizavam outros medicamentos. Pesquisa realizada com portadores de HIV/aids, com idade acima de 50 anos, frequentadores de um Centro de Saúde de um município do Estado de São Paulo, verificou que 86,7% dos entrevistados estavam em tratamento antirretroviral. Para as autoras, a terapia antirretroviral, além de proporcionar maior sobrevida, contribui para que os soropositivos com mais de 50 anos continuem suas atividades cotidianas (Araújo, Moura, Cardoso, 2009).

Seguir o tratamento, mesmo que atribuído apenas ao uso dos medicamentos antirretrovirais, atender a prescrição médica e administrar a medicação em horários corretos são aspectos considerados relevantes no cuidado com a saúde, também, das pessoas acima de 50 anos com HIV/aids. A valorização da vida e a vontade de permanecer vivo, bem como a consciência da presença da morte caso não haja adesão e continuidade do tratamento, também são evidenciados no discurso dos sujeitos estudados (Sá, Callegari, Pereira, 2007).

Estudo citado anteriormente, que avaliou a qualidade de vida de soropositivos ao HIV com e sem tratamento antirretroviral, encontrou 61,9% dos infectados sob tratamento antirretroviral com confirmação da infecção pelo HIV há mais de quatro anos e com carga viral plasmática do vírus abaixo do limite de detecção; 70,0% apresentavam contagem de linfócitos CD4 acima de 350 células/mm^3, enquanto que a maioria dos sujeitos que não faziam uso de terapia tinha o diagnóstico há menos de um ano, e maior carga viral plasmática do HIV. Esses resultados demonstram boa resposta terapêutica para o grupo que recebia antirretrovirais (Gil, 2009).

O aparecimento de distúrbios metabólicos secundários ao uso de medicamentos antirretrovirais vem modificando o cuidado frente ao HIV e à aids (Lima, 2009). O emprego de medicamentos antirretrovirais pode acarretar o surgimento de algumas condições associadas ao maior risco de problemas vasculares, como dislipidemia, lipodistrofia, hipertensão arterial, resistência à insulina e intolerância à glicose. Nesse sentido, investigar a presença de risco cardiovascular entre indivíduos infectados pelo HIV apresenta benefícios relevantes para modificação do estilo de vida e auxilia na abordagem clínica do infectado (Brasil, 2008; Lima, 2009).

Nos últimos anos, a aids passou a ser considerada como doença crônica, passível de controle por medicamentos. A aids deixou de ser uma doença previsível e com curso fatal, para se tornar uma doença prolongada, com exacerbações e remissões, com efeitos tóxicos significativos advindos da terapia antirretroviral, com crescentes comorbidades clínicas e psiquiátricas (Gil, 2009).

Diante da aids, torna-se um desafio assistir os portadores do HIV/aids, especialmente se idosos, pois estes trazem consigo os distúrbios comuns da faixa etária, como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares que, quando

associados à terapia antirretroviral, podem agravar sua condição de saúde e bem-estar (Zornitta, 2008).

No presente estudo, verificou-se que 15,5% (n=31) das entrevistadas sofriam de hipertensão arterial, e 10,0% (n=20) eram diabéticas. Estudo já citado, realizado com homens e mulheres com 50 anos ou mais portadores de HIV/aids, encontrou 30,0% dos sujeitos com hipertensão e 15,0% com diabetes mellitus (Lima, 2009).

É fundamental que o profissional que atende o segmento com idade acima de 50 anos esteja preparado para identificar possíveis complicações de saúde, com identificação de doenças associadas. O envelhecimento é caracterizado pela polifarmácia, daí a importância de pesquisar medicamentos de que o paciente faça uso, para identificar possível interação medicamentosa, e os cuidados específicos exigidos pelos medicamentos em particular, uma vez que muitos antirretrovirais apresentam particularidades em sua administração. Nesse estudo, 27,0% dos sujeitos faziam uso de anti-hipertensivos, enquanto 96,3% (n=105) estavam sob terapia antirretroviral (Lima, 2009). Por outro lado, no presente estudo, verificou-se que 87,0% (n=174) dos sujeitos faziam uso de terapia antirretroviral, e 121 (60,5%) respondentes ingeriam medicamentos não antirretrovirais, sendo mais comum os anti-hipertensivos (43,0%).

Ao se buscar a percepção do estado de saúde da amostra deste estudo, verificou-se que 178 mulheres (89,0%) o avaliaram como bom, muito bom ou excelente, em contraposição a 11,0% das respondentes que consideraram seu estado de saúde ruim ou muito ruim. Esse achado é relevante, quando comparado aos resultados de pesquisa sobre qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia, os quais mostraram que a percepção do estado de saúde como boa ou muito boa contribuiu para o aumento da QVRS da amostra do estudo (Fernandes, 2009). O mesmo deve ter ocorrido com os sujeitos da presente pesquisa.

***

A assistência às pessoas que vivem com HIV/aids deve englobar os aspectos biopsicossociais (Sanches, 2008). Em relação aos aspectos psicossociais, no presente estudo foram avaliadas a esperança e a autoestima de mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids.

Revisão sistemática com o objetivo de compreender o papel da esperança na saúde da pessoa verificou que a esperança tem efeito benéfico para a saúde, sendo um dos aspectos centrais no cuidado de enfermagem (Cavaco et al., 2010). O papel singular do enfermeiro na assistência às pessoas que vivem com HIV/aids necessita abranger não somente os aspectos terapêuticos do paciente, mas de forma integral e humanizada, deve proporcionar apoio biopsicossocial (Sanches, 2008). Por sua vez, Mack et al. (2007) consideram a esperança como uma importante variável psicossocial.

A avaliação da esperança de vida das mulheres do presente estudo mostrou que a pontuação média obtida por meio da aplicação da EEH foi de 36,75. Vale salientar que a pontuação máxima possível é 48, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o nível de esperança de vida do indivíduo avaliado.

Na busca por estudos acerca da avaliação da esperança de vida de pessoas com HIV/aids, observou-se escassez de pesquisas com este segmento. Na literatura nacional não se localizaram estudos acerca da esperança de vida de pessoas com HIV/aids. Por outro lado, o levantamento de publicações internacionais mostrou três estudos que avaliaram a esperança de vida de pessoas com HIV/aids. Estudo publicado em 2000 com os objetivos de descrever o nível de esperança de mulheres afro-americanas, com HIV/aids, em idade reprodutiva (18 a 45 anos) por meio da *Herth Hope Scale*, e comparar o nível de esperança dessas respondentes com mulheres portadoras de câncer de mama e adultos hospitalizados com câncer, verificou que o nível de esperança das mulheres com HIV/aids em idade reprodutiva foi inferior ao das mulheres com câncer de mama e de adultos hospitalizados com câncer (Phillips et al., 2000).

Em 2001, foi publicada outra pesquisa sobre a correlação de fatores fisiológicos e psicossociais e a percepção de saúde em uma amostra de 275 mulheres infectadas pelo HIV na Geórgia, Carolina do Sul e Carolina do Norte, EUA. Dentre os instrumentos utilizados, havia o *Herth Hope Index*, por meio do qual verificou-se escore médio de 38,0 (±5,4) (Phillips et al., em 2001). Esse achado é ligeiramente superior ao encontrado neste estudo.

A terceira pesquisa localizada investigou a relação entre a percepção do suporte social, a esperança e a QV de pessoas que vivem com HIV/aids no Nepal, que avaliou a esperança dos sujeitos e utilizou o instrumento denominado *Hope*

Scale construído especificamente para o referido estudo. Dentre seus achados, a esperança foi considerada um fator preditor de qualidade de vida, uma vez que houve associação significante estatisticamente entre ambas, pois o aumento do nível da esperança de vida culminou na melhora da QV da população estudada (Yadav, 2010). Vale salientar, portanto, que foi encontrado apenas um estudo internacional que utilizou a EEH em mulheres com HIV/aids, porém na faixa etária de 15 a 48 anos (Phillips et al., 2001), mas não incluiu mulheres a partir de 50 anos de idade, faixa etária de interesse do presente estudo.

Na busca por estudos nacionais que tivessem utilizado a EEH, encontrou-se apenas um estudo, realizado com pacientes oncológicos, com diabéticos e seus acompanhantes (familiares ou cuidadores) (Balsanelli, Grossi, Herth, 2010). A busca na literatura internacional mostrou diversos estudos que empregaram a EEH, porém não com soropositivos ao HIV, mas sim com pessoas com doenças crônicas, como o câncer (Chapman e Pepler, 1998; Herth, 2000; Chen, 2003; Ebright, Lyon, 2002; Hsu et al., 2003; Nekolaichuk, Bruera, 2004; Buckley, Herth, 2004; Benzein, Berg, 2005; Sanatani, Schreier, Stitt, 2008; Utne et al., 2008), a esclerose amiotrófica lateral (Vitale, Genge, 2007), a doença pulmonar obstrutiva crônica (Alberto e Joyner, 2008), o acidente vascular encefálico (Bluvol, Ford-Gilboe, 2004), as afecções cardíacas e circulatórias (Evangelista et al., 2003; Gelling et al., 2004; Wang et al., 2006), a doença de Parkinson (Fowler, 1997) e a fibrose cística (Rustoen et al., 2004). Além desses estudos, encontrou-se uma pesquisa com adultos idosos, sem especificação da doença associada (Davis, 2005).

Ao se comparar o escore médio obtido com a aplicação da EEH de estudos nacionais e internacionais, embora não voltados à aids, com os da presente pesquisa, observa-se que, na publicação brasileira, a pontuação média obtida foi de 41,57 (±4,60), 40,46 (±4,88) e 40,88 (±3,77) para os grupos de pacientes com câncer, com diabetes e seus acompanhantes, respectivamente (Balsanelli, Grossi, Herth, 2010). Esses achados mostram que as mulheres com HIV/aids do presente estudo apresentaram nível de esperança inferior (36,75 ± 4,52) aos encontrados nos grupos sob estudo.

Em relação às investigações internacionais, dentre aquelas que obtiveram escore médio superior ao encontrado no presente estudo, destaca-se pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA), que avaliou a esperança, o

otimismo e o autocuidado de pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Dentre seus achados, observou-se que os pacientes com DPOC obtiveram pontuação média na EEH de 39,47 (±5,61) (Alberto, Joyner, 2008). Outro estudo realizado com pacientes que tiveram acidente vascular encefálico e seus familiares encontrou escores médios na aplicação da EEH de 37,7 (±4,46) e 39,9 (±4,73), respectivamente (Bluvol, Ford-Gilboe, 2004).

Pesquisa realizada com pacientes oncológicos obteve o escore médio de 37,28 (±5,26) na EEH. Ao comparar a média obtida na EEH entre os grupos de pacientes oncológicos com dor e sem dor, com metástase e sem metástase, as pessoas com dor e sem metástase apresentaram escores médios superiores aos pacientes com dor e com metástase, porém vale salientar que todos os escores médios foram superiores a 37,0, mesmo para os pacientes oncológicos com dor e com metástase. No entanto, ao comparar o grupo de pacientes com câncer que apresentaram melhora com o tratamento com aqueles que não melhoraram, os pacientes que não obtiveram melhora atingiram pontuação média inferior (35,10 ± 4,92) aos que referiram melhora com o tratamento (37,89 ± 5,13) (Chen, 2003). Diante do exposto, observa-se que apenas o grupo de pacientes que não obteve melhora no tratamento do câncer apresentou nível de esperança de vida inferior ao encontrado no presente estudo realizado com as mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids (36,75 ± 4,52).

Ainda na literatura internacional, encontrou-se estudo realizado com adultos idosos de *New Jersey* (EUA), que teve o objetivo de examinar a relação entre esperança e bem-estar dos sujeitos, e obteve escore médio de 38,26 (± 5,28) (Davis, 2005). Outra pesquisa acerca da esperança e do estilo de vida na promoção da saúde de pessoas com Doença de Parkinson encontrou pontuação média de 38 (± 5,42) para a EEH dos sujeitos investigados (Fowler, 1997). Investigação realizada no Canadá com 13 pessoas com diagnóstico de esclerose amiotrófica lateral e que aplicou a EEH ao final de cada entrevista semi estruturada obteve o escore médio de 40,0 (Vitale, Genge, 2007).

Estudo longitudinal exploratório com pacientes com câncer em tratamento curativo e paliativo, em Londres (Inglaterra), verificou o nível de esperança dos sujeitos por meio da EEH e obteve a pontuação média de 39,5 (± 7,6) para os indivíduos em tratamento curativo e de 41,1 (± 6,6) para aqueles em tratamento paliativo (Sanatani, Schreier, Stitt, 2008).

Cabe destacar as pesquisas internacionais, cujos resultados mostraram nível de esperança inferior ao do presente estudo (36,75 ± 4,52): estudo realizado com mulheres receptoras de transplante cardíaco investigou a esperança, o estado de humor e a QV dessas respondentes, e encontrou escore médio para a EEH de 35,84 (± 5,08) (Evangelista et al., 2003). Outra pesquisa sobre avaliação da esperança e da qualidade de vida de pessoas com distúrbios circulatórios de fluido cérebro-espinal, em *Cambridge* (Inglaterra), encontrou pontuação média para a EEH de 35,2 para os sujeitos com hipertensão intracraniana benigna; enquanto a média de 34,2 foi obtida para os pacientes com hidrocefalia congênita (Gelling et al., 2004).

Investigação sobre a relação entre dor, incerteza e esperança em pacientes com câncer de pulmão, em Taiwan, verificou que os sujeitos que sentiam dor apresentaram menor esperança de vida que aqueles sem dor, com pontuações médias para a EEH de 30,81 (±5,95) e 36,91 (± 5,18), respectivamente (Hsu et al., 2003).

Estudo acerca das expressões de esperança dos pacientes com fibrose cística em comparação com a população geral da Noruega verificou que os indivíduos com fibrose cística tiveram nível de esperança inferior ao obtido na população norueguesa, com pontuação média de 36,1 (±4,1) e 37,2 (±4,1), respectivamente (Rustoen et al., 2004).

A esperança é o ponto central do planejamento dos cuidados, já que contribui para o processo de lidar com situações de crise, para a manutenção da qualidade de vida (Reynolds, 2008). Observa-se, portanto, o quanto é relevante a realização de estudos acerca dos aspectos psicossociais, como a esperança de vida das pessoas, especialmente as acometidas por doenças crônicas, como é o caso do HIV/aids, porém pelo que foi discorrido acerca dos estudos publicados na literatura nacional e internacional sobre a avaliação do nível de esperança dos indivíduos, poucas pesquisas foram realizadas com pessoas vivendo com HIV/aids. Na comparação dos resultados médios obtidos com a aplicação da EEH em indivíduos portadores de doenças crônicas diversas, observa-se que, para a maioria delas, as mulheres do presente estudo obtiveram nível de esperança semelhante ou mais baixo, com exceção dos casos de afecções cardíacas e circulatórias, fibrose cística e câncer de pulmão, especificamente nos sujeitos que apresentavam dor.

Outro ponto que merece destaque neste estudo é o item de número 6 (*"Eu tenho medo do meu futuro"*) da EEH, que foi o que obteve a pontuação mais baixa

(2,32), indicando que a maioria das mulheres com HIV/aids discordou ou discordou completamente da referida afirmativa (64,0%). Pesquisa realizada sobre a esperança e dor de pacientes oncológicos hospitalizados também obteve a menor pontuação média no referido item (2,60) (Utne et al., 2008).

Já no estudo que investigou a esperança de pacientes com fibrose cística, o item com menor média para a EEH foi o de número 5 (“*Eu tenho uma fé que me conforta”*) com pontuação de 2,25 (Rustoen et al., 2004). Esse dado diferiu do presente estudo onde as mulheres com HIV/aids sinalizaram o referido item como o de maior pontuação média (3,52), constatando-se que a maioria das respondentes concordou ou concordou completamente com a afirmativa *“Eu tenho uma fé que me conforta”* (99,0%). O item com maior pontuação nos dois estudos encontrados na literatura foi o de número 7 (*“Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos”*) com médias de 3,61 (Rustoen et al., 2004) e 3,60 (Utne et al., 2008).

As questões acerca da espiritualidade e da religiosidade merecem destaque dado a sua relevância para o segmento sob estudo, já que o item da EEH no qual a maioria das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids apresentaram melhor nível de esperança referia-se à fé que as conforta.

Nesse aspecto, deve-se diferenciar os conceitos de espiritualidade e de religiosidade, pois, enquanto a primeira se refere às questões de significado da vida e da razão de viver, independentemente de crenças e de práticas religiosas, a religiosidade se entende como a medida de crença, acompanhamento e prática de uma religião por um indivíduo (Fleck et al., 2003). Os autores desta afirmativa desenvolveram estudo com indivíduos com HIV/aids onde verificaram que aqueles que apresentavam escores mais elevados de bem-estar espiritual tendiam a ser mais esperançosos. Outros estudos também apontam a religiosidade e a espiritualidade de pessoas com HIV/aids como apoios no enfrentamento de uma dada patologia bem como na promoção de esperança (Newshan, 1998; Prado et al., 2004).

Do exposto, verifica-se que o cuidar de pessoas portadoras de HIV/aids, além dos aspectos biológicos e físicos, envolve ações nas dimensões psicológicas, sociais, espirituais, entre outras (Sanches, 2008). Deve-se considerar que o HIV/aids marca profundamente a pessoa acometida, uma vez que afeta o seu bem-estar físico, mental, social e envolve sentimentos negativos como depressão, angústia e medo da

morte, além de interferir em sua identidade e autoestima (Carvalho, Braga, Galvão, 2004).

As pessoas que vivem com HIV/aids podem ter sua autoestima comprometida devido ao impacto que a infecção pelo HIV/aids pode causar em suas vidas, associado ao estigma de uma doença transmissível, e potencialmente fatal, com diferentes fases de evolução e de curso imprevisível. Muito antes do sofrimento físico e orgânico, a infecção pelo HIV impõe à pessoa perdas e sofrimentos tanto ligados às limitações físicas e sociais, como ao projeto de vida. Após o diagnóstico de soropositividade, a pessoa tem de se reorganizar, considerando possíveis limitações nas suas condições de saúde, nas relações trabalhistas, nas relações afetivas e na vida sexual, com repercussões importantes na saúde, na autoestima e na qualidade de vida (Reis, 2008).

A autoestima é uma necessidade básica para a sobrevivência humana (Sanches, 2008). Ela se refere à maneira como o indivíduo, conscientemente, percebe a si mesmo (Medeiros, 1995). É a sensação de ser competente ao lidar com os desafios da vida e de ser merecedor da felicidade (Branden, 2000).

Sobre esse aspecto, estudo com pessoas com HIV/aids observou que a autoestima está fortemente relacionada com a autoimagem negativa relacionada ao estigma (Berger, Ferrans e Lashley, 2001). A baixa autoestima pode interferir no restabelecimento de pessoas com dificuldades na reabilitação, uma vez que pode refletir em sentimentos de incapacidade para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde. Por outro lado, a elevada autoestima tem sido associada a baixos níveis de depressão e de tensão (Vargas, Dantas, Góis, 2005).

No contexto brasileiro, são escassos os estudos sobre autoestima, com foco em sua avaliação (Avanci et al., 2007). Na presente pesquisa, as mulheres foram avaliadas por meio da EAER e apresentaram pontuação média de 32,05 (±4,24). Vale salientar que a pontuação pode variar de 10 a 40 e quanto maior a pontuação, melhor a autoestima do indivíduo avaliado. No estudo realizado por Brito et al. (2009), a sua classificação foi definida pela seguinte escala: alta autoestima (satisfatória) para escores superiores a 30 pontos; média autoestima, para escores entre 20 e 30 pontos, e baixa autoestima (insatisfatória) para escores menores que 20 pontos. Frente à essa classificação, as mulheres do presente estudo apresentaram alta autoestima (32,05 ±4,24).

Na busca por estudos acerca da avaliação da autoestima de pessoas com HIV/aids, encontraram-se poucas pesquisas nacionais com este segmento. Identificaram-se apenas três com pessoas portadoras de HIV/aids (Reis, 2008; Brito et al., 2009; Castrighini et al., 2010). O levantamento em publicações internacionais mostrou maior número de estudos sobre o tema com recorte nos soropositivos ao HIV/aids, os quais utilizaram a EAER para a avaliação da autoestima (Visintini, Bagnato, 1995; Sowell et al., 1999; Peragallo et al., 2001; Wesley, 2003; Chiou et al., 2004; Volpone, Vosvick, 2006; Bugge, Negaard, Skeie, 2007; Adewuya et al., 2009; Skeie et al., 2010).

De forma geral, tanto nos estudos nacionais quanto nos internacionais, os portadores de HIV/aids participantes das pesquisas apresentaram nível de autoestima inferior ao encontrado no presente estudo, com exceção daquele realizado por Visintini e Bagnato (1995). Neste contexto, a seguir serão descritos brevemente os estudos supracitados que efetuaram a avaliação da autoestima, por meio da EAER, de pessoas vivendo com HIV/aids.

Dentre os estudos brasileiros sobre a autoestima de pessoas com HIV/aids, tem-se a pesquisa realizada em Ribeirão Preto (SP), acerca da QV de portadores de HIV/aids e sua relação com fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais, em que foi utilizada como um dos instrumentos de coleta de dados, a EAER. Seus resultados mostraram idade média de 39 anos dentre os participantes, enquanto que 17,1% (n=39) dos sujeitos tinham idade igual ou superior a 50 anos, dos quais 18 eram mulheres. Escore médio de 30,3 (±4,34) foi encontrado para as mulheres, pela EAER, e pontuação média de 28,8 (± 4,18) para os homens (Reis, 2008). Ao se confrontar esses dados aos obtidos no presente estudo, verifica-se que, neste, as mulheres apresentaram escore médio de autoestima mais elevado ao dos sujeitos do estudo apresentado.

Outro estudo nacional acerca da avaliação da autoestima de portadores de HIV/aids foi realizado no município de Alfenas (MG) e teve como objetivos identificar as características socioeconômicas, e avaliar a autoestima dos usuários adultos com sorologia positiva anti-HIV e acometidos por aids, atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento daquele município. O número de sujeitos foi 45 e seus achados mostraram o predomínio de sujeitos na faixa etária entre 30 e 39 anos (37,78%), do sexo feminino (53,3%), com baixo nível de escolaridade (42,2%), que

adquiriram o vírus por meio de relação sexual (88,9%). A pontuação média da EAER obtida foi de 29,38 (±7,72) (Brito et al., 2009). Estes resultados sinalizam também um escore médio inferior ao do presente estudo.

Trabalho apresentado no 16th *International Symposium on HIV and Emerging Infectious Diseases* teve como objetivo caracterizar os aspectos demográficos, econômicos, clínicos e epidemiológicos, assim como identificar sintomas depressivos, e avaliar a autoestima de indivíduos com HIV/aids em diferentes estágios da infecção, residentes em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Ao aplicar a EAER, obteve-se o escore médio variando entre 14 e 23, com 34,7% dos sujeitos atingindo 16 pontos, o que indicou baixa autoestima (Castrighini et al., 2010). Esses resultados mostraram nível de autoestima inferior aos do presente estudo.

Na literatura internacional, estudo com o objetivo de avaliar a autoestima de indivíduos infectados pelo HIV separou os sujeitos em três grupos: usuários de drogas, homossexuais e heterossexuais. Dentre os achados, verificou-se que os usuários de drogas ilícitas apresentaram escore médio na EAER mais baixo (35,25), quando comparado ao de homossexuais (38,70) e ao de heterossexuais (38,23) (Visintini, Bagnato, 1995). Esses resultados mostram que as mulheres do presente estudo apresentaram escore médio inferior ao da citada pesquisa, valendo lembrar que todas as mulheres estudadas eram heterossexuais e que mesmo os sujeitos da pesquisa de Visintini e Bagnato (1995) que faziam uso de drogas ilícitas obtiveram escore elevado para autoestima.

Estudo realizado no sudeste dos EUA teve como objetivo examinar a frequência e o tipo de violência experienciada por mulheres com HIV, e descrever as associações entre violência, autoestima e senso de competência dessas mulheres. A amostra foi constituída por 194 soropositivas ao HIV. Os resultados relacionados à violência mostraram que 15,0% das mulheres investigadas relataram pelo menos um evento de abuso físico, enquanto 55,0% citaram pelo menos um evento de abuso verbal nos últimos seis meses. Com relação à autoestima, o escore médio obtido por meio da aplicação da EAER foi de 38,02 (±6,63), valendo informar que a pontuação da versão da EAER utilizada podia variar entre 10 e 50 pontos. Os achados mostraram que as experiências de abuso verbal foram fortes preditores negativos de autoestima e competência. Os dados obtidos indicaram que as mulheres infectadas

pelo HIV apresentam risco a abuso físico e verbal, e que a experiência de violência está associada com baixa autoestima e competência (Sowell et al., 1999). Fazendo-se a conversão da pontuação média da EAER obtida no estudo supracitado, para um escala de 10 a 40, verifica-se que o escore médio será de 30,42, indicando pontuação ligeiramente inferior aos resultados obtidos no presente estudo e que, apesar dos episódios de violência, os escores de autoestima foram elevados.

Resultados semelhantes foram encontrados na investigação que teve o objetivo de avaliar os efeitos da violência doméstica e sua relação com a autoestima, a depressão e o risco de infecção pelo HIV por mulheres mexicanas residentes nos EUA. Foi utilizada uma amostra de conveniência de 529 mulheres com idades entre 18 e 44 anos. Seus resultados mostraram que o escore médio da autoestima, obtido por meio da aplicação da EAER, foi de 30,0 (±5,0) (Peragallo et al., 2001).

Pesquisa acerca do desejo de ter filhos, de mulheres negras, com e sem HIV teve os objetivos de determinar o relacionamento entre autoestima, autoeficácia e desejo de ter filhos, e contrastar esses conceitos entre os sujeitos com e sem HIV. A amostra não probabilística foi constituída por 98 mulheres, sendo 52 portadoras de HIV e 46 soronegativas. Destacam-se os resultados obtidos com o emprego da EAER, por meio do qual as mulheres com HIV que tinham filhos tiveram pontuação média de 32,44 (±6,3), enquanto as soropositivas que não tinham filhos apresentaram escore médio de 28,04 (±7,3). A comparação entre as médias de autoestima, segundo a idade das mulheres soropositivas, mostrou escore médio de 29,21 (± 6,7) para aquelas com idade inferior a 32 anos e 30,48 (± 7,4) para aquelas com mais de 32 anos. A comparação entre as mulheres com HIV que desejavam ter filhos e aquelas que não desejavam filhos mostrou que o escore médio obtido com estas foi superior (31,8 ±5,9) ao obtido com as mulheres que desejavam filhos (29,1 ±6,9) (Wesley, 2003). Verificou-se que as mulheres que não tinham filhos e as com idade superior a 32 anos e que desejavam ter filhos apresentaram níveis mais baixos de autoestima, estando ligeiramente inferior ao encontrado no presente estudo, com exceção da variável ter filhos, que foi semelhante ao encontrado no presente estudo, valendo lembrar que a maioria dos sujeitos também tinha filhos.

Sob a perspectiva do emprego de medicamentos, pesquisa com indivíduos portadores de HIV/aids, realizada em Taipei (Taiwan), teve como objetivo investigar os efeitos de um programa de gestão de sintomas no autocuidado relacionados aos

efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais. Dentre os instrumentos de coleta de dados, foi incluída a EAER. A amostra do estudo foi composta por 67 sujeitos, com idade média de 32,4 (± 6,7) anos, sendo a maioria homens (94,0%) e solteiros (93,0%); 33,0% com ensino fundamental; 70,0% assintomáticos e 25,0% com aids. Dentre os respondentes, 46,0% utilizavam medicamentos inibidores de protease no tratamento, com tempo médio de uso das medicações de 26,2 (±22,1) meses. A média de efeitos colaterais encontrada foi de 4,78 (± 3,5). O total de participantes foi dividido em três grupos: um grupo onde os sujeitos foram treinados um a um, outro onde foram realizadas ações grupais, e o terceiro era o grupo controle. Todos os sujeitos (exceto o grupo controle) participaram de um programa educacional de autocuidado para os efeitos colaterais da terapia antirretroviral de alta potência, com a duração de 60 a 90 minutos, semanal, durante três semanas. No início do estudo, os participantes apresentaram escore médio para a EAER de 29,6 (±4,2), 30,8 (±5,13) e 29,0 (±3,64) para os grupos de ensino individualizado (n=23), ensino grupal (n=22) e grupo controle (n=22), respectivamente. Após três meses, foi feita nova avaliação e obtiveram-se os escores médios de 29,9 (±4,5), 31,5 (±5,2), 28,9 (±5,0), respectivamente (Chiou et al., 2004). Verificou-se que a realização de programas educacionais de autocuidado com foco nos efeitos colaterais da terapia antirretroviral melhorou os níveis de autoestima dos sujeitos avaliados. Comparados aos achados no presente estudo (média 32,05), os escores médios ficam mais próximos aos obtidos três meses após a realização da intervenção.

Outro estudo realizado nos EUA verificou a percepção de saúde de pacientes com coinfecção HIV/hepatite C e a comparou com a de soropositivos ao HIV e com pacientes com hepatite C. A amostra de 203 sujeitos foi composta por 29,0% (n=59) de indivíduos com monoinfecção ao HIV, 34,0% (n=69) com monoinfecção para hepatite C e 37,0% (n=75) com coinfecção HIV/hepatite C. Dentre os instrumentos utilizados, havia a EAER. Os achados mostraram escores médios da EAER de 19,0 (±3,4), 20,4 (±3,0) e 18,2 (±3,8), para os indivíduos com HIV, com hepatite C e com coinfecção HIV/hepatite C, respectivamente. Vale informar que esta versão da EAER possui a pontuação de 6 a 24, e que quanto maior a pontuação, maior a autoestima do indivíduo (Mrus et al., 2006). Observa-se que a autoestima dos sujeitos com coinfecção HIV/hepatite C foi mais baixa. Ao se realizar a conversão dos resultados da autoestima obtidos na presente pesquisa para uma escala de 6 a 24,

observa-se que os achados são semelhantes aos encontrados nos indivíduos com monoinfecção ao HIV e ligeiramente superiores aos encontrados nos sujeitos com coinfecção HIV/hepatite C.

Pesquisa publicada no *Public Health and Human Rights – APHA - 134th Annual Meeting and Exposition*, intitulada "Autoeficácia, autoestima e uso de acunpuntura e sua relação com a saúde mental de adultos HIV positivos" teve o objetivo de examinar a associação entre estressores (HIV), variáveis pessoais (autoestima – pela EAER , autoeficácia) e uma estratégia alternativa de *coping* (uso da acupuntura) com a saúde mental. Dentre seus resultados, observou-se relação entre essas quatro variáveis. A análise de regressão mostrou a correlação positiva entre autoeficácia e autoestima com saúde mental. Entretanto, o emprego de acupuntura foi inversamente relacionado com saúde mental. Não foi informado na pesquisa o escore médio obtido por meio da EAER (Volpone, Vosvick, 2006).

Também foram realizados estudos internacionais acerca da avaliação da autoestima (com aplicação da EAER) de indivíduos soropositivos para o HIV com lipoatrofia facial, antes e após intervenções com ácido hialurônico e observou-se melhoria no nível de autoestima dos sujeitos avaliados pós intervenção (Bugge, Negaard, Skeie, 2007; Skeie et al., 2010).

Pesquisa realizada com indivíduos infectados pelo HIV, na Nigéria, teve o objetivo de investigar a probabilidade e a correlação de distúrbio de estresse pós-traumático com eventos estigmatizantes intensos em indivíduos infectados pelo HIV. Sabe-se que o intenso estigma pode ser traumático. A amostra foi composta por 190 adultos soropositivos para o HIV, que responderam a alguns questionários, dentre os quais a EAER. O estudo aponta que 2/3 da amostra vivenciaram pelo menos um evento ou situação estigmatizante relacionada ao HIV. O tempo médio de diagnóstico de infecção pelo HIV era de 2,26 anos (± 1,21) com variação entre 1 e 7 anos; a maioria era assintomática; 43,2% recebiam medicamentos antirretrovirais há menos de 1 ano, e 11,1% tinham história de pelo menos uma hospitalização relacionada à infecção pelo HIV. Com relação às comorbidades, 35,8% apresentaram problemas médicos. A aplicação da EAER mostrou escore médio de 16,4 (± 6,9), com variação de 2 a 27. Vale informar que a variação da referida escala é de 0 a 30, e que quanto maior o escore, melhor o nível de autoestima (Adewuya et al., 2009). Ao se comparar o escore médio obtido no presente estudo, convertendo-se a pontuação

para uma escala de 0 a 30, os sujeitos da pesquisa supracitada apresentaram nível de autoestima mais baixo, indicando que o estigma sofrido pelos portadores de HIV/aids influenciam características psicossociais, como a autoestima.

Os dados do presente estudo mostraram que o item de número 8 (*"Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesma"*) da EAER foi o que obteve a pontuação mais baixa (2,07±0,67) dentre os escores médios obtidos, ou seja, a maioria das mulheres com HIV/aids concordou ou concordou plenamente com a afirmativa. Por outro lado, o item de número 6 da EAER obteve a maior média (3,49 ± 0,69), indicando que a maioria das respondentes discordou ou discordou plenamente da afirmativa *"Ás vezes, eu me sinto inútil"*. Observa-se que o nível de autoestima foi satisfatório e que, de forma geral, as mulheres avaliadas não se sentiam inúteis, mas gostariam de atribuir-se mais valor.

Diante desses achados, buscaram-se, na literatura, outros estudos sobre a avaliação da autoestima de pessoas vivendo com HIV/aids que trouxessem a pontuação média por item da EAER. Encontrou-se apenas uma pesquisa, realizada no município de Alfenas (MG), a qual avaliou a autoestima de portadores de HIV/aids empregando a EAER como instrumento de mensuração. Os dados mostraram que a maior média (3,37 ± 0,69) encontrada relacionava-se à questão 4, em que os entrevistados concordaram com a afirmativa *"Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas",* enquanto que a questão 8 (*"Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesma"*) obteve a menor média (2,09 ± 0,68) (Brito et al., 2009). Ao se confrontar esses dados com os obtidos neste estudo, verifica-se que ambos são concordes quanto aos achados para a questão 8, pois tiveram médias mais baixas, enquanto que a média de 3,31 (± 0,62), obtida para a questão 4, aproximou-se da pontuação média da pesquisa supracitada.

A autoestima é considerada importante indicador da saúde mental; é um aspecto essencial na criação e na manutenção da esperança, da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos (Andrade, Angerami, 2001; Reis, 2008).

***

A utilização dos instrumentos SF-12 e HAT-QoL, neste estudo, possibilitou a avaliação da QVRS das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids atendidas nos SAEs da região norte e leste do município de São Paulo. Ao se verificar os escores médios obtidos nos Componentes físico e mental, avaliados pelo instrumento

genérico SF-12, observou-se que o Componente físico apresentou escore médio de 48,40 enquanto o componente mental obteve a pontuação 47,55. Vale reiterar que os resultados do SF-12 são expressos através dos Componentes físico e mental, de forma normalizada, por meio de desvios-padrão da média da população americana (Z escore, com média de 50 e desvio-padrão de 10).

Sempre que os escores dos Componentes físico e mental forem menores que 50, o estado de saúde estará abaixo da média e cada ponto é um décimo do desvio-padrão. Como exemplo, um Componente físico com escore de 45 indica que a pessoa avaliada está com sua saúde física em patamar abaixo da média, mais especificamente, está a meio desvio-padrão (5 pontos) abaixo da norma estabelecida com base na população americana (Campolina, Ciconelli, 2008). Dito isso, ao se comparar os resultados das pontuações médias dos Componentes físico e mental obtidos no presente estudo, com a média de 50, observa-se que a saúde física e mental das respondentes desta pesquisa está abaixo da média estabelecida pelo parâmetro americano. Acrescente-se que a saúde mental apresentou escore mais baixo que o escore correspondente à saúde física.

Na busca por estudos sobre a avaliação da QVRS de pessoas portadoras de HIV/aids com a aplicação do SF-12 não foram encontrados estudos nacionais, enquanto na literatura internacional foram localizadas diversas pesquisas que utilizaram o SF-12 em indivíduos desse segmento. Eis os estudos: Delate e Coons (2000), Han et al. (2002), Crothers et al. (2005), Mannheimer et al. (2005), Viswanthan, Anderson e Thomas (2005), Mrus et al. (2006), O'Cleirigh e Safren (2006), Préau et al. (2006), Préau et al. (2007), Wong et al. (2007), Braithwaite et al. (2008), Moyer et al. (2008), Barry et al. (2011), Chariyalertsak et al. (2011), Ion et al. (2011), Kortluis et al. (2011) e Oursler et al. (2011).

A consistência interna do Componente físico e mental do SF-12, verificada no presente estudo por meio do coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0,84 e 0,80, respectivamente. Hair et al. (2005) consideram aceitáveis os valores iguais ou superiores a 0,60. Esses achados são superiores aos resultados do alfa de Cronbach do Componente físico e mental do SF-12 obtidos nos estudos de Fong et al. (2010) (0,62 e 0,75), Hoffman et al. (2005) (0,70 e 0,66) e Montazeri et al. (2009) (0,72 e 0,73). Vale informar que outras pesquisas acerca da avaliação da QVRS de pessoas

com HIV/aids, por meio do SF-12, não utilizaram ou não citaram os resultados dos coeficientes alfa de Cronbach.

Estudo de revisão sobre a aplicação dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida do *Medical Outcomes Study*, especificamente o SF-20, MOS-HIV, SF-36, SF-12, SF-56, SF-38, SF-21 e HCSUS, com recorte no segmento de pessoas com HIV/aids, foi publicado em 1997. Com relação ao SF-12, o uso do conjunto de escalas (dimensões) resumidas através de duas medidas sumárias (Componente físico e mental) aumenta a precisão da medida e a redução do número de pontuações finais, o que auxilia no aumento do poder estatístico. Além disso, a pontuação normalizada para média de 50 como parâmetro americano e desvio-padrão de 10 reduz os efeitos denominados de teto e chão. A publicação informa ainda que, em 1997, não havia estudos que tivessem utilizado o SF-12 na avaliação da QVRS de soropositivos ao HIV/aids (Wu et al., 1997).

A seguir, serão descritos brevemente os estudos internacionais acerca da QVRS de pessoas portadoras de HIV/aids com a utilização do SF-12, comparando-se com os achados da presente pesquisa.

Delate e Coons (2000) realizaram estudo que avaliou a habilidade dos escores dos Componentes físico e mental do SF-12 em discriminar os pacientes com HIV, segundo as variáveis clínicas de contagem de células T-CD4 e carga viral. Foi empregada amostra de conveniência composta por 475 indivíduos soropositivos ao HIV atendidos em duas clínicas especializadas em Tucson, Arizona. A amostra possuía a idade média de 39,6 (±7,7) anos; 85,1% eram do sexo masculino, 55,0% estavam em uso de três ou mais medicamentos antirretrovirais, 28,0% tinham contagem de células T-CD4 menor que 200 células/mm^3 e 15,8% possuíam carga viral acima de 55.000 cópias/ml. Quanto aos escores médios dos componentes do SF-12, especificamente no Componente físico, a pontuação foi de 42,8 (±9,6) e no Componente mental foi de 43,8 (±11,6). Na comparação das médias dos Componentes físico e mental, segundo a contagem de células CD4, verificou-se que as pontuações dos sujeitos com CD4 menor que 200 células/mm^3 [43,2(±9,8) e 40,1 (±11,4)], respectivamente, foram inferiores ao das pessoas com contagem de células maior ou igual a 200 células/mm3 [42,6 (±9,6) e 45,3 (± 11,3)], não sendo encontrada diferença estatisticamente significante. Também foi realizada análise de correlação entre os Componentes físico e mental do SF-12 com a contagem CD4 e

carga viral. Nesta encontraram-se correlações estatisticamente significantes entre a contagem de células CD4 e o Componente físico (r = 0,208), e entre a carga viral e o Componente físico (r=-0,131). Não foram encontradas associações significantes entre os escores do Componente mental e os indicadores clínicos (CD4 e carga viral), porém observou-se correlação estatisticamente significante entre os escores do Componente físico e do Componente mental do SF-12 (r = 0,198). Ainda que o SF-12 seja uma medida genérica abreviada, os achados confirmaram a evidência de validade do SF-12 e sugerem que pode ser um meio prático de se monitorar o estado de saúde na perspectiva do paciente com infecção por HIV (Delate, Coons, 2000). Comparativamente ao presente estudo, observa-se que a saúde física e mental dos sujeitos avaliados na citada pesquisa apresentou escore mais baixo, o que indica piores percepções.

Investigação sobre a utilidade dos cinco domínios do questionário SF-12 em uma população com avançada infecção por HIV comparou esses domínios (7 itens) com alguns domínios do SF-39. O desempenho de ambos os instrumentos (SF-12 e SF-39) foi avaliado pela comparação dos escores no início do estudo e ao longo do tempo. Também foram avaliadas a confiabilidade e a validade discriminativa dos referidos instrumentos. A amostra de 742 pacientes foi composta principalmente por homens, entre 30 e 49 anos, com história de relações homossexuais ou bissexuais. A contagem de células T-CD4 foi menor ou igual a $100x10^6$ células/l para 93,0% dos sujeitos. As medidas iniciais da QVRS foram semelhantes para ambos os instrumentos, com alta correlação dentro de cada domínio. Tanto o SF-12 quanto o SF-39 apresentaram confiabilidade satisfatória e perfeita discriminação; todos seus domínios foram altamente preditivos para mortalidade, mas não foram altamente preditivos para morbidade (Han et al., 2002). Vale citar que não foram informadas as pontuações sumárias do Componente físico e mental na pesquisa mencionada.

Pesquisa sobre o impacto do tabagismo na mortalidade, na qualidade de vida e em comorbidades de veteranos das forças armadas dos EUA, soropositivos para o HIV, teve o objetivo de determinar o impacto do fumo na morbidade e na mortalidade de infectados pelo HIV após TARV. Foi aplicado o instrumento de QVRS SF-12, especificamente seu Componente físico. Verificou-se que a saúde física dos sujeitos não fumantes foi superior (45) à saude física dos ex-fumantes (41), que foi superior à saude física dos fumantes (39), com diferença estatísticamente

significante (p<0,001) (Crothers et al., 2005). Comparando-se esses resultados aos do presente estudo, verifica-se que a saúde física das mulheres respondentes desta pesquisa apresentou-se melhor que a dos respondentes da investigação supracitada.

Estudo prospectivo, longitudinal, realizado com os objetivos de avaliar a qualidade de vida, ao longo do tempo, entre indivíduos infectados pelo HIV sob tratamento antirretroviral, e avaliar sua relação com a aderência à terapia antirretroviral contou com 1050 participantes de dois ensaios clínicos multicêntricos. Dentre os instrumentos de coleta de dados, empregou-se o SF-12 para avaliar a QVRS. A amostra foi composta por 20,0% de mulheres, 53,0% de afro-americanos, 16,0% de latinos, e a idade média dos sujeitos foi de 39 anos. Os escores médios dos Componentes físico e mental do SF-12 encontrados no início do estudo foram de 45,4 e 42,9, respectivamente. O acompanhamento longitudinal por um ano, de uma amostra de 514 sujeitos, mostrou melhoria na QVRS naqueles sob terapia antirretroviral após 4 meses, que persistiu após 12 meses (escores médios de 48,0 e 44,7 nos componentes físico e mental, respectivamente). Os participantes com 100% de adesão ao tratamento apresentaram melhores escores médios comparados àqueles com baixa adesão, com significância estatística (Mannheimer et al., 2005).

Observou-se, portanto, nos estudos supracitados acerca da avaliação da QVRS de pessoas vivendo com HIV/aids por meio do SF-12, que a confiabilidade da escala foi satisfatória (Han et al., 2002), sendo semelhante à encontrada no presente estudo, assim como fatores clínicos como baixa contagem de células CD4 influenciaram negativamente a QVRS das pessoas soropositivas para o HIV (Delate, Coons, 2000) e que o uso de antirretrovirais influenciou positivamente a QVRS dos sujeitos avaliados (Mannheimer et al., 2005), corroborando os achados da presente pesquisa. Além disso, observou-se que comportamentos em saúde como o uso de cigarros influenciam negativamente a QVRS das pessoas que vivem com HIV/aids (Crothers et al., 2005) e mesmo os sujeitos não tabagistas apresentaram pior saúde física que as mulheres avaliadas no presente estudo.

Outra investigação, realizada com 86 sujeitos adultos de baixa renda com HIV, atendidos em um Serviço Especializado em aids de Indianápolis (EUA), teve como objetivos descrever sua QVRS, comparar o escore de QVRS dos participantes com a população geral dos EUA e com pessoas com condições crônicas; e examinar a relação entre as características dos pacientes, a não adesão ao tratamento e a

QVRS. Trata-se de um estudo de corte transversal, que utilizou o SF-12 para avaliar a QVRS, dentre os instrumentos empregados para a coleta de dados. Seus resultados mostraram que aproximadamente 84,0% da amostra eram homens, 50,0% brancos e 39,0% negros. Os escores médios dos Componentes físico e mental do SF-12 foi de 41,0 (±12,5) e 41,9 (±11), respectivamente, considerados mais baixos que os da população geral dos EUA. O escore do Componente físico foi similar ao encontrado em outras condições crônicas, enquanto o escore médio do Componente mental encontrava-se abaixo do verificado em pacientes hipertensos e com *diabetes mellitus*. O emprego e o alto suporte social associaram-se positivamente ao Componente físico do SF-12, e a não adesão à terapia antirretroviral associou-se negativamente ao Componente mental do mesmo instrumento. Os achados permitiram identificar que as estratégias que aumentam o suporte social e a adesão ao tratamento medicamentoso para pessoas economicamente desfavorecidas, com HIV/aids, podem melhorar sua QVRS (Viswanthan, Anderson, Thomas, 2005). Comparativamente ao presente estudo, verifica-se que tanto a saúde física como a saúde mental dos sujeitos dessa pesquisa são piores que das mulheres investigadas no contexto brasileiro; além disso, achados referentes à influência positiva do uso de medicamentos antirretrovirais sobre o Componente mental avaliado pelo SF-12 também foram encontrados no presente estudo.

Outra pesquisa buscou a percepção da saúde por indivíduos com coinfecção HIV/hepatite C e comparou esta percepção com a de infectados pelo HIV ou com hepatite C. Compuseram a amostra 203 sujeitos, com HIV, com hepatite C ou ambos. Dentre os instrumentos utilizados, havia o SF-12. Dentre seus achados, verificou-se que 29,0% (n=59) eram infectados pelo HIV, 34,0% (n=69) tinham hepatite C e 37,0% (n=75) tinham coinfecção HIV/hepatite C. Os escores médios do Componente físico do SF-12 foram de 44,9 (±10,9), 44,3 (±10,6), 41,0 (±10,2) para os indivíduos com HIV, com hepatite C e com coinfecção HIV/hepatite C, respectivamente. Observou-se diferença estatisticamente significante entre o escore médio dos indivíduos com HIV e a pontuação média dos pacientes com coinfecção HIV/hepatite C. Com relação ao Componente mental, os escores médios foram, respectivamente, 41,0 (±10,4), 45,1 (±11,6) e 42,8 (± 12,8) para os infectados pelo HIV, para os com hepatite C e para os com coinfecção HIV/ hepatite C (Mrus et al., 2006). Ao se confrontar esses dados com os da presente investigação observa-se que

tanto a saúde física como a saúde mental dos sujeitos são piores do que os encontrados na presente pesquisa.

Investigação com o objetivo de identificar os fatores multidimensionais da satisfação de vida de indivíduos com HIV, por meio de análise de fatores do *Quality of Life Inventory* (QOLI) e examinar a relação desses fatores na QVRS, na depressão e na aderência à terapia antirretroviral foi realizada com 152 soropositivos para o HIV. De seus achados, emergiram quatro domínios de QVRS: *Achivement*, Auto-expressão, Ambiente e Relações Interpessoais. Para a avaliação da QVRS foi empregado o SF-12, cujos escores médios nos componentes físico e mental foram 41,52 (±11,09) e 40,49 (±7,37), respectivamente. As médias do QOLI foram substancialmente menores do que as médias normativas e foram significantemente correlacionadas ao Componente mental do SF-12, mas não ao Componente físico. Os autores salientam que as avaliações multidimensionais da QVRS podem ajudar na implementação e na avaliação de intervenções nesse segmento (O'Cleirigh, Safren, 2006). Observa-se também que as mulheres do presente estudo apresentaram escores médios superiores aos encontrados na investigação citada.

Pesquisa realizada com pacientes com coinfecção HIV/hepatite C, usuários de drogas injetáveis, foi realizada para avaliar fatores associados ao alto nível de QVRS. A amostra foi composta por 240 participantes, e os achados mostraram que 33,0% (n=79) eram mulheres, 86,0% (n=205) tinham baixo nível de escolaridade, 65,0% (n=154) não tinham uma ocupação, 80,0% (n=193) estavam em tratamento com antirretrovirais, 63,0% (n=149) tinham carga viral detectável, 93,0% (n=223) apresentavam CD4 $\geq$ 200/mm^3, 10,0% eram usuários de drogas injetáveis, 29,0% estavam em tratamento de substituição sem uso de drogas injetáveis, 22,0% estavam em abstinência há 6 meses e 39,0% em abstinência por período superior a 6 meses. Dentre os instrumentos utilizados, empregou o SF-12. Os resultados não trouxeram os escores médios obtidos nos Componentes físico e mental do SF-12, mas os autores citaram que foram altos os níveis de QVRS física e mental nos participantes que não apresentavam sintomas depressivos, que estavam em abstinência de drogas e com poucos problemas relacionados às drogas. Além disso, pacientes que pararam de usar drogas injetáveis tiveram melhores escores de QVRS quando comparados àqueles em uso de drogas injetáveis. A QVRS mental também foi mais alta nos indivíduos que recebiam elevado suporte social, enquanto a QVRS física foi elevada

nos participantes que pararam de utilizar drogas injetáveis. Os autores posicionam-se ao realçar a necessidade de auxílio desses pacientes no enfrentamento de sua situação, na busca da cessação do uso de drogas, e relatam que é necessário oferecer suporte psicológico e aconselhamento aos indivíduos com coinfecção HIV/hepatite C, que são usuários de drogas (Préau et al., 2006).

Outro estudo sobre a QVRS de usuários de drogas e ex-usuários, ambos soropositivos para o HIV, teve os objetivos de determinar fatores associados aos altos níveis de QVRS, e avaliar o impacto do *status* de drogas injetáveis e do tratamento com substâncias opioides para a QVRS. Nesse estudo, empregou-se o SF-12 para mensurar a QVRS dos 243 participantes. Os resultados mostraram que 67,0% eram homens e somente 34,0% estavam empregados; 35,0% apresentavam a QVRS mental "normal" e 37,0% apresentavam a QVRS física "normal". Não foram citados os escores médios obtidos nos Componentes físico e mental do SF-12, mas é possível interpretar que os percentuais citados acima se referem aos sujeitos que tiveram a pontuação média acima de 50. Foram considerados preditores independentes de QVRS mental "normal": o suporte social oferecido pelos familiares, nenhuma experiência de violência e poucos efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais, enquanto para a QVRS física "normal" foram considerados: faixa etária mais jovem, relações familiares estáveis, ser ex-usuário de drogas há mais de 6 meses, estar com contagem de células T-CD4 maior ou igual a 500 células/mm^3 e apresentar poucos efeitos colaterais com os medicamentos antirretrovirais (Préau et al., 2007). Ao se comparar os fatores associados à QVRS do estudo supracitado com os encontrados na presente pesquisa, verifica-se que a variável clínica contagem de células T-CD4 em valores mais elevados influenciam positivamente a saúde física dos indivíduos com HIV/aids; além disso, o uso de medicamentos antirretrovirais está associado à melhor QVRS física e mental, porém não foi investigada no presente estudo a influência dos efeitos colaterais sobre a QVRS das mulheres estudadas.

Estudo de coorte prospectivo realizado em Los Angeles (EUA), teve o objetivo de desenvolver e testar a confiabilidade e a validade de um instrumento de medida de caos na vida de adultos com HIV, e examinar a associação do caos com o uso de cuidados com a saúde e estado de saúde. Contou com a participação de 220 indivíduos infectados pelo HIV e, dentre os instrumentos de coleta de dados,

empregou-se o SF-12 para mensurar o estado de saúde física e mental dos sujeitos em três momentos distintos: no início do estudo, após 6 e após 12 meses de seu início. Foram comparadas as médias obtidas entre as pessoas que indicaram alto e baixo caos. No Componente físico, os achados mostraram pontuação média de 45 e 43,3 obtida pelos sujeitos que indicaram baixo e alto caos, respectivamente, avaliados no início do estudo. Após 6 meses, as médias obtidas foram de 46 e 43,6, respectivamente.; enquanto que, após 12 meses de andamento, os escores médios foram de 44,9 e 43,2, respectivamente. No Componente mental, as pontuações médias obtidas no início do estudo foram de 46,3 e 37,3, para os participantes que indicaram baixo e alto caos, respectivamente. Após 6 meses, as médias encontradas foram de 48,1 e 40,2, respectivamente, e após 12 meses do início, os escores médios foram de 47,4 e 39,6, respectivamente (Wong et al., 2007). Comparativamente ao presente estudo, observa-se que as mulheres, a partir de 50 anos com HIV no contexto brasileiro apresentaram escores médios mais altos, especialmente se comparados aos de participantes que relataram alto nível de caos na vida.

Outro estudo realizado nos EUA com o objetivo de quantificar a diminuição da utilidade da terapia antirretroviral combinada devido aos efeitos colaterais em pacientes com HIV foi realizado com 1864 sujeitos, participantes do *Veterans Aging Cohort Study*, com idade mediana de 50 anos e renda anual mediana de U$25.000, 73,0% eram não brancos, 97,0% eram homens, 18,0% faziam uso de bebida alcoólica e 28,0% eram usuários de drogas ilícitas. Dentre os instrumentos de coleta de dados, foi incluído o SF-12, por meio do qual, os participantes que relataram não apresentar sintomas relacionados ao uso da terapia antirretroviral apresentaram os escores médios de 45,3 e 32,2 nos Componentes físico e mental. Por outro lado, os sujeitos que relataram sintomas devidos aos efeitos colaterais da terapia antirretroviral tiveram diminuição no escore do Componente físico de 3,68, enquanto que no Componente mental houve aumento de 0,85. Para os autores do estudo, os sujeitos que relataram sintomas relacionados aos efeitos colaterais dos antirretrovirais apresentaram diminuição da medida de utilidade (SF-6D) em 0,06 (0,05-0,08) pontos na análise univariada e 0,08 (0,06 a 0,10) pontos na análise multivariada, com diferenças clinicamente significantes que são comparáveis à angina. Citam ainda que foram preditores significantes de mudanças na medida de utilidade SF-6D o consumo de bebidas alcoólicas, o uso recente de drogas ilícitas, o

tabagismo, não ter moradia e ser da etnia afro-americana. Como conclusão, o estudo aponta que os sintomas relacionados aos efeitos da terapia antirretroviral combinada estão associados à diminuição substancial da medida de utilidade (Braithwaite et al., 2008). Observou-se, portanto, que a percepção da saúde física e mental das mulheres do presente estudo é melhor do que a citada pelos participantes da pesquisa supracitada.

Por sua vez, pesquisa realizada nos EUA com veteranos das forças armadas, com e sem infecção pelo HIV, teve o objetivo geral de identificar veteranos militares sob alto risco para prescrição de opioides de uso não médico e especificamente, examinar a interferência da dor e o estado funcional, correlacionando-os com o uso de opioides sem prescrição médica. A amostra foi composta por 4122 veteranos militares, sendo 525 usuários de opioides sem prescrição médica e 3597 veteranos que não faziam uso deles. A maioria dos sujeitos era branca, estava na faixa etária de 50 a 54 anos, tinha ensino superior, renda anual de U$12.000 a 24.900 dólares. Dentre os instrumentos de coleta de dados, foi empregado o SF-12, por meio do qual os militares em uso de opioides sem prescrição médica apresentaram o escore mediano de 38,5 e de 40,8 nos Componentes físico e mental, respectivamente. Os militares veteranos que não utilizavam opioides apresentaram médias de 42,8 e de 48,7 nos Componentes físico e mental do SF-12, respectivamente (Barry et al., 2011). Observou-se que o uso de opioides sem prescrição médica influenciou negativamente a QVRS dos sujeitos avaliados e que, se compararmos as pontuações obtidas pelos sujeitos que não utilizavam opioides com as das mulheres do presente estudo, observaremos que a saúde mental foi semelhante, porém a saúde física das mulheres foi superior à encontrada na investigação supracitada.

Pesquisa que verificou a confiabilidade e a validade da versão tailandesa do MOS-HIV e do SF-12 em pessoas vivendo com HIV/Aids foi realizada com 100 portadores de HIV/aids, residentes no norte da Tailândia. Nesse estudo, os autores chamam atenção para o aumento do acesso à terapia antirretroviral das pessoas que vivem com HIV/aids, o que torna importante a avaliação do impacto desta terapia não somente sobre os resultados clínicos, como também sobre o estado funcional e o bem-estar desses pacientes. No estudo foram realizadas a tradução e a adaptação transcultural, assim como foram testadas a confiabilidade e a validade dos dois questionários de avaliação da QVRS amplamente utilizados – MOS-HIV e SF-12.

Os resultados mostraram que a mediana de idade da amostra foi de 36 anos, com 58,0% de mulheres e 60,0% com escolaridade primária. A contagem média de células T-CD4 foi de 218 celulas/mm^3. Os escores médios dos Componentes físicos obtidos por meio do MOS-HIV e SF-12 foram de 53,1 e 49,0, respectivamente; enquanto que no Componente mental a média foi de 53,4 e 45,6, respectivamente. O coeficiente de consistência interna do MOS-HIV, verificado por meio do alfa de Cronbach, foi maior que 0,70 em todas as escalas, com exceção do Componente físico que foi de 0,67. Como hipotetizado, os escores variaram de moderadamente a altamente correlacionados com a contagem CD4 e os escores de sintomas. Também foram altas as correlações entre os escores de saúde física e de saúde mental. Os autores ainda citaram que o MOS-HIV discriminou melhor os indicadores clínicos em comparação ao SF-12. O estudo conclui que ambos, MOS-HIV e SF-12, foram adaptados com sucesso para tailandeses que vivem com HIV/Aids, e mostraram evidências de confiabilidade e de validade. Foi citado, também, que estes instrumentos são válidos para intervenções terapêuticas e outras intervenções em serviço social e na área da saúde, assim como para estimar as necessidades de saúde de populações com comorbidades relacionadas ao HIV (Chariyalertsak et al., 2011). Com relação às propriedades psicométricas avaliadas do estudo supracitado, a presente investigação corrobora os achados referentes à confiabilidade satisfatória. Além disso, também foi verificado que a contagem de células T-CD4 se associou com a QVRS dos sujeitos avaliados. Quanto à percepção da saúde física e mental, as mulheres avaliadas no presente estudo obtiveram melhor saúde mental e resultados semelhantes acerca da saúde física.

Outro estudo comparou as medidas de QVRS MOS-HIV e SF-12 entre homens e mulheres vivendo com HIV/aids, com o objetivo de examinar a relação entre ambos os instrumentos de modo a determinar se o último é adequado para avaliar a QVRS de homens e mulheres portadores do HIV/aids. Esse estudo de corte transversal teve a amostra composta por 112 sujeitos soropositivos atendidos em uma clínica de cuidados terciários em Hamilton, Ontário, sendo 97 homens, 14 mulheres e 1 transexual. Seus resultados mostraram que 89,3% eram brancos, a idade média dos sujeitos era de 49,1 (±8,2) anos (variando de 31 a 75 anos), com média de 12 (±7,6) anos de conhecimento do diagnóstico de positividade ao vírus da aids, com contagem média de células T-CD4 de 507,4 (± 280,3) células/mm^3

(variando de 50 a 1170 células/mm^3); 95,6% dos participantes adquiriram a infecção pelo HIV por relação sexual; e 77,7% submetiam-se a terapia antirretroviral. Quanto aos escores médios dos componentes físico e mental do SF-12, obtiveram-se 47,7 (±11,1) e 44,0 (±10,4), respectivamente; enquanto que nos Componentes físico e mental do MOS-HIV foram obtidos os valores de 47,3 (±11,5) e 49,2 (± 10,7), respectivamente. Os escores das medidas sumárias do MOS-HIV e do SF-12 se correlacionaram positivamente (r=0,84, p<0,001 e r=0,76, p<0,001). A conclusão do estudo, segundo os autores, mostra que são válidas as análises do SF-12 para medir a QVRS de homens e mulheres adultos vivendo com HIV/Aids (Ion et al., 2011). Comparando-se esses resultados com a presente investigação, os dados de caracterização clínica dos sujeitos foram semelhantes, e a saúde mental dos participantes de ambos os estudos, quando avaliados pelo SF-12, estava pior que a saúde física, porém a variação entre ambos foi maior na investigação supracitada.

Outro estudo avaliou os efeitos clínicos de determinado medicamento (*buprenorphine)* sobre alterações da QVRS de soropositivos para o HIV, dependentes de opioides, em uma coorte de 289 pessoas atendidas em 10 clínicas especializadas em HIV dos EUA. Foi aplicado o SF-12 para avaliar a QVRS dos sujeitos no início do tratamento e aos 3, 6, 9 e 12 meses após. Os resultados obtidos no Componente físico do SF-12 nas 4 etapas supracitadas foram: 42,1 (±10,6), 43,1 (±10,2), 42,3 (±10,8), 43,5 (± 10,0) e 42,5 (±10,5), respectivamente. Por outro lado, no Componente mental, as pontuações foram: 38,3 (± 12,5), 42,5 (±12,5), 43,0 (±12,7), 43,6 (±12,0) e 43,4 (±13,2), respectivamente. Os autores do estudo comentam que os escores normalizados do SF-12, no início da pesquisa, foram mais baixos (42,1) que os encontrados na população americana (média de 50). Além disso, relatam que a média do Componente mental do SF-12 melhorou de 38,3 (± 12,5) para 43,4 (±13,2) [β1,13 (IC:0,72-1,54)] no acompanhamento de 12 meses. Com o tratamento contínuo com o medicamento, os 4 trimestres associaram-se à melhoria de ambos os Componentes (físico e mental) da QVRS (Kortluis et al., 2011). Esse estudo mostrou que a percepção da saúde física e mental dos participantes estava pior que a encontrada na presente pesquisa.

O cuidado clínico de indivíduos com HIV deve envolver a prevenção e o tratamento de comorbidades associadas à idade. Embora a função física se correlacione com comorbidades em adultos idosos com HIV, o papel do

envelhecimento nesse segmento não é bem conhecido. Para investigar esta questão foi conduzida uma análise de corte transversal, que incluiu modelos de regressão linear múltipla da função física de 3227 portadores do HIV e 3240 indivíduos soronegativos, envolvidos de 2002 a 2006 no *Veterans Aging Cohort Study* de diferentes regiões dos EUA. A maioria dos sujeitos eram homens, brancos, na faixa etária de 44 a 54 anos. A função física se correlacionou com o Componente físico do SF-12 (0,74, p<0,001) e foi preditora de sobrevida. O declínio da função física, segundo a idade (por ano), mostrou-se grande nos indivíduos com HIV se comparados aos soronegativos. O histórico de doença cardiovascular foi um significante preditor de pior função física, mas seu efeito foi similar entre os grupos. Os infectados pelo HIV, com 50 anos, tinham o nível de função equivalente aos 68 anos dos indivíduos sem HIV. Concluiu-se que as comorbidades associadas à idade afetam a função física nos soropositivos ao HIV e podem modificar o efeito no envelhecimento. Pesquisas longitudinais com indicadores de gravidade da doença são necessárias para se investigar perdas na função física com o envelhecimento, e para desenvolver guias de cuidados específicos para essa idade (Oursler et al., 2011). Vale informar que no referido estudo não foi citada a pontuação média obtida no Componente físico do SF-12. Na presente pesquisa, verificou-se que as mulheres que relataram apresentar comorbidades, tiveram escores médios mais baixos que as mulheres sem comorbidades associadas, porém não se observou diferença significante estatisticamente.

Diante da descrição dos estudos internacionais acerca da QVRS de pessoas com HIV/aids, que utilizaram o instrumento SF-12, observou-se, de forma geral, que a percepção da saúde física e mental das mulheres investigadas na presente pesquisa foi melhor que a dos estudos internacionais publicados na literatura.

Outro instrumento usado na presente pesquisa para avaliação da QVRS das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids foi o instrumento específico HAT-QoL composto por 9 domínios, por meio do qual, foram obtidas as seguintes pontuações médias: Função geral (68,69 ±24,05), Satisfação com a vida (59,84 ±26,48), Preocupações com a saúde (63,31 ±31,11), Preocupações financeiras (35,50 ± 35,97), Preocupações com a medicação (76,49 ±2106), Aceitação do HIV (70,44 ±31,36), Preocupações com o sigilo (30,65 ±30,22), Confiança no profissional (79,79 ±21,27) e Função sexual (68,69 ±35,91).

Com relação à confiabilidade do HAT-QoL, observou-se que o coeficiente alfa de Cronbach variou na presente pesquisa entre 0,73 e 0,98, indicando boa a excelente confiabilidade. Os estudos presentes na literatura que utilizaram a versão do HAT-QoL com 34 itens, apresentaram também boa confiabilidade, como pode ser verificado no estudo de Holmes e Ruocco (2008), Taylor et al. (2009) e Soárez et al. (2009). Já os estudos que utilizaram a versão de 42 itens do HAT-QoL, apresentaram baixa confiabilidade (com alfa de Cronbach abaixo de 0,60) nos domínios Preocupações com a medicação (Holmes, Shea, 1997, 1998), Aceitação do HIV (Holmes, Shea, 1998; Reis, 2008) e Função sexual (Holmes, Shea, 1997, 1999; Reis, 2008).

Dentre os domínios da QVRS avaliados pelo HAT-QoL, observou-se que as mulheres, a partir de 50 anos, com HIV/Aids participantes do presente estudo apresentaram melhor QVRS no domínio Confiança no profissional, sendo o domínio com maior escore médio (79,79±21,27). Esse achado corrobora diversos estudos publicados na literatura como Holmes e Shea (1997, 1999), Galvão (2002), Galvão, Cerqueira e Machado (2004), Kudel et al. (2006), Brambatti (2007), Holmes et al. (2007), Reis (2008), Soárez et al. (2009), Mathias (2010) e Nokes et al. (2011).

O desempenho neste domínio pode refletir a estrutura dos centros de saúde disponíveis na rede pública, referentes ao atendimento dos indivíduos soropositivos para o HIV/aids (Reis, 2008). Carvalho et al. (2007) salientam que o Brasil é um país modelo no que se refere ao atendimento assistencial às pessoas portadoras de HIV/aids, disponibilizando serviços de referência multiprofissional para prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV/aids disponibilizando gratuitamente os antirretrovirais.

A importância da relação médico-paciente na evolução da doença pode ser traduzida por melhor condição clínica e melhor adesão ao tratamento medicamentoso (Reis, 2008). O relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde pode ser um fator que contribui para QVRS de portadores do HIV/aids (Kemppainen, 2001). Reis (2008) salienta que a associação entre o relacionamento dos profissionais de saúde e a QV deve ser enfatizada na assistência à saúde dos portadores do HIV/aids, pelos benefícios na QV destas pessoas. A autora ainda cita que se deve ter uma relação de confiança entre profissionais de saúde e pacientes, precisando os primeiros reconhecer o portador do HIV/aids no seu contexto

psicossocial e cultural, o que possibilita mudanças positivas na adaptação e aceitação ao diagnóstico e nas mudanças de vida, no estilo de vida, nos cuidados à saúde e adesão ao tratamento.

O segundo domínio com maior escore médio foi Preocupações com a medicação (76,49), corroborando pesquisas nacionais e internacionais, como Holmes e Shea (1997), Kudel et al. (2006), Holmes et al. (2007), Reis (2008), Soárez et al. (2009), Mathias (2010) e Nokes et al. (2011).

O uso da TARV foi um marco na história natural da infecção pelo HIV/aids, com impacto na diminuição da mortalidade e morbidade, com relevante importância na sobrevida, porém ainda se observam poucos estudos que avaliam o seu impacto na QV dos indivíduos que a utilizam (Reis, 2008). Se, por um lado, o uso destas medicações não deixa o HIV se manifestar, conferindo uma aparência saudável aos pacientes; por outro lado, é algo que prejudica o organismo à medida que aparecem os efeitos colaterais que se constituem na maior dificuldade no início do tratamento (Reis, 2008). A autora ainda cita que a rotina desses indivíduos é re-estruturada em função do tratamento, e com o tempo vão desenvolvendo maior tolerância aos medicamentos em ordem orgânica e subjetiva, verificada pela adaptação do organismo ao uso contínuo de medicamento, quando cessam ou reduzem os efeitos colaterais e também quando relativizam os efeitos indesejáveis do seu esquema terapêutico, diante do conhecimento dos transtornos que poderiam advir de uma mudança dele, ou de sua interrupção.

O terceiro domínio com maior escore médio encontrado na presente pesquisa foi Aceitação do HIV (70,44), diferindo dos achados da literatura, observando-se variação no terceiro domínio do HAT-QoL com maior escore médio.

Carvalho et al. (2007) citam que a reação da soropositividade ao HIV e os comportamentos dos indivíduos são fatores importantes para a promoção da sua saúde e QV dos que se descobrem portadores do HIV/aids. Veras (2007) cita que, frente à aceitação do diagnóstico de infecção pelo HIV/aids, os pacientes tendem a demorar certo tempo para aceitar a realidade, já que a representação social da aids está permeada de preconceito e discriminação.

Weaver et al. (2004) relatam que à aceitação do diagnóstico de soropositividade ao HIV se associam melhor QV e menor sentimento de estresse, pois é um processo de aceitação ativa que favorece a mobilização do indivíduo em

direção à tomada de atitudes em relação aos importantes desafios enfrentados, pois as estratégias de evitação ou de negação são associadas ao sofrimento psicológico e à pior QV. Reis (2008) relata que a negação do diagnóstico não contribui para os cuidados de saúde física e emocional, pois impede o paciente de procurar ajuda.

Os domínios Função geral e Função sexual obtiveram o mesmo escore médio (68,69), o que os colocou como quarto domínio com maior escore médio. Nos estudos de Holmes e Shea (1999) e de Galvão, Cerqueira e Machado (2004), o domínio Função geral vem como segundo maior escore médio. Já nos estudos de Kudel et al. (2006) e Reis (2008), vem em terceiro lugar. Com relação ao domínio Função sexual, a pesquisa de Valencia et al. (2010) tem este domínio com o maior escore médio, e o estudo de Soárez et al. (2009) tem esse domínio com o terceiro maior escore médio.

Durante muito tempo, o comportamento sexual das pessoas infectadas pelo HIV não recebeu qualquer atenção. Inicialmente, o diagnóstico da infecção pelo HIV implicava em sentença de morte. Nesse sentido, a vida sexual das pessoas infectadas parecia ser uma questão secundária centrada apenas na prevenção. A ideia de casamento ou de namoro representa, na fase inicial do diagnóstico, “risco social”, pois a revelação da soropositividade ao HIV pode representar a ruptura de relacionamentos tradicionais, e a revelação de identidades consideradas pelo grupo de referência como socialmente desviantes (como traidor/infiel, etc) (Reis, 2008).

A sexualidade é um aspecto da vida bastante comprometido pelo impacto da soropositividade ao HIV e das consequências emocionais e sociais associadas a ela (Reis, 2008). No Brasil, Tunala (2002) realizou uma pesquisa com mulheres portadoras de HIV/aids e verificou que a pessoa passa por um processo de adaptação ao diagnóstico em várias fases e com diversas maneiras de lidar com a vida e com a sexualidade. Paiva et al. (2002) citam que muitas mulheres que vivem com HIV/aids decidem não ter mais vida sexual ativa, às vezes definitivamente, com medo de infectar ou de serem abandonadas por futuros parceiros, e também pelas dificuldades de se discutir e falar sobre sexo e sobre o diagnóstico.

No presente estudo, em que a quase totalidade das mulheres participantes foram infectadas pelo HIV via sexual, sentimentos negativos, como medo e constrangimento, podem favorecer a abstinência sexual.

Ainda é a mesma autora quem salienta que as dificuldades vivenciadas pelos portadores de HIV/aids quanto à sexualidade devem ser abordadas pelos profissionais de saúde visando à melhoria da sua QV, adequando as suas necessidades ao contexto de atenção à saúde (Reis, 2004).

Dentre os outros domínios avaliados pelo HAT-QoL, observa-se que o domínio Preocupações com a saúde teve escore médio de 63,31; em seguida, encontrou-se o domínio Satisfação com a vida com um escore médio de 59,84. Os escores médios mais baixos foram encontrados nos domínios Preocupações financeiras (35,50) e Preocupações com o sigilo (30,65). Os achados do presente estudo com relação aos piores escores médios (Preocupações financeiras e Preocupações com o sigilo), corroboram diversos estudos encontrados na literatura como os de Galvão, Cerqueira, Machado (2004), Kudel et al. (2006), Holmes et al. (2007), Brambatti (2007), Reis (2008), Soárez et al. (2009), Mathias (2010), Valencia et al. (2010) e Nokes et al. (2011). Vale informar que o domínio Preocupações financeiras também teve o menor escore nos estudos de Holmes e Shea (1997, 1999).

No que se refere à Preocupação com o sigilo, é evidente a preocupação das mulheres do presente estudo com relação à revelação do diagnóstico de soropositividade para o HIV, corroborando os achados de Reis (2008). A autora relata que esse achado demonstra a condição do estigma, da discriminação e do preconceito na vida destes indivíduos. Por sua vez, Siegel, Lekas e Schirimshaw (2005) relatam que a revelação do diagnóstico é um evento estressante que causa considerável sofrimento emocional e baixa autoestima.

Viver com o HIV/aids é enfrentar o estigma de ser visto como portador de “uma doença terminal” e como um potencial transmissor de “sentença de morte” (Cedaro, 2005). Frente a isso, muitos infectados preferem o sigilo, restringindo ao máximo o número de pessoas que conhecem o diagnóstico, adotando uma vida em duplicidade (Reis, 2008).

No que se refere às Preocupações financeiras, Reis (2008) cita que o predomínio de mulheres com baixa renda reflete o contexto atual da epidemia, denotando a particular vulnerabilidade social das mais pobres frente à epidemia de aids. A autora ainda relata que as mulheres soropositivas para o HIV têm acesso desigual a recursos socioeconômicos, com consequências para a sua inserção no

mercado de trabalho, o que leva frequentemente à falta de poder, maior pobreza e, consequentemente, pior QV. Isso sinaliza a importância da efetivação de políticas públicas sociais que contribuam para melhores condições de vida, maior acesso aos serviços de saúde e que possibilitem o alcance da cidadania e melhor QV.

***

No contexto brasileiro, as pesquisas que utilizaram o HAT-QoL para avaliação da QVRS de pessoas com HIV/aids foram: Galvão (2002); Galvão, Cerqueira, Machado (2004); Reis (2008); Junqueira (2008); Soárez et al. (2009); Gil (2009) e Mathias (2010). Deve-se salientar que os estudos supracitados utilizaram a versão do HAT-QoL com 42 itens, com exceção da pesquisa de Soárez et al. (2009), que trata da tradução, adaptação e validação do HAT-QoL com 34 itens e que foi a versão empregada na presente pesquisa. Vale informar que o instrumento HAT-QoL com 42 itens foi aplicado, no Brasil, pela primeira vez, em uma população feminina com HIV/aids, mas suas propriedades psicométricas não haviam sido testadas (Soárez et al., 2009). Recentemente, estudo de adaptação transcultural e validação do HAT-QoL (versão com 42 itens) foi publicado por Moser e Traebert (2011). Diante do exposto, não foram encontrados outros estudos nacionais que tivessem utilizado a versão do HAT-QoL validada por Soárez et al. (2009) no contexto brasileiro.

Frente ao exposto, passa-se a discorrer sobre os estudos brasileiros acerca da QVRS de pessoas vivendo com HIV/aids, que utilizaram o HAT-QoL como instrumento de avaliação da QVRS.

Soárez et al. (2009) realizaram a tradução e a validação do HAT-QoL com 34 itens, em infectados pelo HIV/aids, no Brasil. Foi realizada a tradução para o português do Brasil, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas (confiabilidade e validade) desse questionário de QVRS específico para infectados pelo HIV. O estudo transversal, realizado no ambulatório de infectologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, teve como amostra 106 sujeitos, que responderam às questões referentes às características sociodemográficas e clínicas e aos questionários de QV HAT-QoL e SF-36. Seus resultados mostraram que a idade média dos sujeitos foi 39,9 (±9,4) anos, sendo 70,8% homens; 40,6% com ensino médio; 46,2% empregados; 56,6% com renda salarial de 1 a 3 salários-mínimos; 31,1% eram heterossexuais masculinos e 31,1%,

homossexuais masculinos; 51,9% relataram práticas sexuais inseguras. Quanto às características clínicas, 73,6% apresentavam tempo de soropositividade ≥ 24 meses; 71,7% tinham contagem de células T-CD4 > 200 células/mm^3, com média de 490,1 (±285,4) células/mm^3; 64,1% tinham como condição clínica o HIV; e 35,9% apresentavam aids. As pontuações médias obtidas com a aplicação do HAT-QoL foram: Função geral (75,8 ± 26,4), Satisfação com a vida (73,1 ± 27,7), Preocupações com a saúde (75,3 ± 27,9), Preocupações financeiras (42,6 ± 39,2), Preocupações com a medicação (82,1 ± 22,7), Aceitação do HIV (64,8 ± 38,5), Preocupações com o sigilo (40,1 ± 33,7), Confiança no profissional (85,5 ± 23,2) e Função sexual (77,7 ± 33,9). Os Componentes físico e mental do SF-36 apresentaram escore médio de 50,7 (± 8,6) e 47,8 (± 12,8), respectivamente. Conforme os resultados da análise da confiabilidade e validade obtidos, os autores do estudo afirmam que o HAT-QoL vertido para o português do Brasil é um instrumento válido, confiável e que pode contribuir para avaliar o impacto da infecção pelo HIV sobre a QV de portadores brasileiros.

Por sua vez, o primeiro estudo brasileiro que utilizou o instrumento HAT-QoL foi realizado por Galvão (2002) e Galvão, Cerqueira e Machado (2004), onde a QVRS de mulheres portadoras de HIV/aids foi avaliada por meio da aplicação do referido instrumento, especificamente na versão de 42 questões divididas em nove domínios, versando sobre diversos aspectos de vida dos soropositivos. O instrumento foi submetido à tradução reversa e pré-teste, e sua forma definitiva foi aplicada em 73 mulheres com HIV/aids, com idades entre 19 e 56 anos; 60,3% tinham companheiro; 50,0% apresentavam até oito anos de escolaridade; 64,3% tinham renda per capita menor que um salário-mínimo; e quase a totalidade infectou-se por relações heterossexuais. As pontuações médias obtidas nos domínios do HAT-QoL foram: Confiança no profissional (91,6 ±19,9), Funções gerais (77,0 ± 22,8), Preocupações com a medicação (76,5 ±19,6), Satisfação com a vida (75,5 ±19,2), Aceitação do HIV (63,0 ±28,3), Preocupações com a saúde (52,7 ±29,6), Função sexual (52,5 ±26,0), Preocupações com o sigilo (39,2 ±30,3) e Preocupações financeiras (31,3 ±27,4) (Galvão, Cerqueira, Machado, 2004). Os achados da pesquisa supracitada corroboram os resultados do presente estudo, especialmente no domínio Confiança no profissional, em que a percepção da QVRS foi melhor, e nos

domínios com maior prejuízo, como Preocupações financeiras e Preocupações com o sigilo.

Por sua vez, estudo analítico correlacional sobre a QV e os fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais de portadores do HIV/aids, em Ribeirão Preto (SP), utilizou o WHOQOL HIV bref e o HAT-QoL (versão de 42 itens). A amostra foi composta por 228 sujeitos, sendo 53,5% homens, com idade média de 39 anos; 54,0% encontravam-se na faixa etária entre 20 e 39 anos; 45,6% eram solteiros; 46,5% tinham menos que 8 anos de escolaridade; 51,8% recebiam renda individual de 1,1 a 3 salários-mínimos; 42,5% não tinham vínculo empregatício e 12,7% referiram estar desempregados; 59,8% dos homens eram exclusivamente heterossexuais e 99,1% das mulheres apontaram ser heterossexuais. A principal categoria de exposição ao HIV foi a via sexual, com representação em 92,4% das mulheres. Em relação às características clínicas, 40,4% dos participantes tinham aids e 59,6% eram portadores do HIV, embora a maioria apresentasse boas condições clínicas. As pontuações médias obtidas por meio da aplicação do HAT-QoL foram: Confiança no médico (95,7 ± 10,5), Preocupações com a medicação (82,8 ± 202), Função geral (73,9 ± 25,0), Satisfação com a vida (70,4 ± 23,0), Aceitação do HIV (67,0 ± 26,4), Função sexual (62,7 ± 27,3), Preocupações com a saúde (50,1 ± 29,9), Preocupações financeiras (32,6 ± 29,7) e Preocupações com o sigilo (31,6 ± 31). Quanto à consistência interna do instrumento, seis domínios do HAT-QoL apresentaram alfa de Cronbach ≥ 0,70. Os domínios que tiveram valores abaixo de 0,70 foram: Preocupações com a medicação (0,67), Função sexual (0,59) e Aceitação do HIV (0,54). Além disso, o estudo constatou diversas variáveis que influenciam na QV de indivíduos que vivem com HIV/Aids (Reis, 2008). Comparativamente aos resultados da presente investigação, observa-se que os resultados da consistência interna (avaliada pelo alfa de Cronbach) do instrumento HAT-QoL utilizado no presente estudo foram superiores a 0,70 em todos os domínios. Já em relação às pontuações médias obtidas por domínio da QVRS, verificam-se resultados semelhantes, especialmente nos domínios com melhor e pior percepção da QVRS.

Junqueira (2008), na pesquisa sobre qualidade do sono e qualidade de vida de mulheres, atendidas em um Centro de Saúde, que presta assistência integral a pacientes portadores de HIV/aids, oriundos de Campinas e região, aplicou o HAT-

QoL (versão com 42 itens) para avaliar a QVRS de 30 mulheres portadoras de HIV/aids e 30 mulheres que desconheciam seu diagnóstico para HIV (grupo controle). Vale informar que foram aplicadas no grupo controle apenas as questões do HAT-QoL referentes aos domínios Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras e Função sexual. Os escores obtidos nos domínios do HAT-QoL com ponto de corte na mediana 55 mostraram má QV para os escores situados abaixo do ponto de corte, e boa QV para os situados acima deste. Não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos de mulheres com HIV e com aids, embora os sujeitos com HIV apresentassem mais prejuízos nos domínios da QV do que o grupo controle. Ao se comparar as pontuações medianas do estudo supracitado com a presente pesquisa, verifica-se que o domínio Confiança no profissional foi o que obteve a melhor percepção da QVRS, em ambos os estudos, assim como os domínios com pior percepção da QVRS, que são Preocupações financeiras e Preocupações com o sigilo

Outra pesquisa sobre a qualidade de vida de infectados pelo HIV, com ou sem tratamento antirretroviral foi realizada com 169 infectados pelo HIV, atendidos na Unidade Básica de Saúde Zona Sul, do Programa Municipal de DST/Aids do município de Maringá (PR), os quais foram divididos em dois grupos: 118 indivíduos compuseram o grupo sob terapia antirretroviral (independentemente de serem ou não aderentes ao mesmo) e outro grupo, com 51 soropositivos para o HIV/aids, porém sem indicação de terapia antirretroviral. O grupo de sujeitos sob terapia antirretroviral era, em sua maioria, do sexo feminino (54,2%); 41,5% estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos; 86,1% não tinham companheiro; 64,3% cursaram o ensino fundamental; 84,8% eram heterossexuais; 72,9% apresentavam contagem de células CD4 $\geq$ 350 células/mm^3; 53,8% tinham carga viral indetectável; e 30,6% tinham tempo de diagnóstico $\geq$ 8 anos. O grupo de participantes sem uso de terapia antirretroviral caracterizava-se da seguinte maneira: 52,9% eram homens; 53,1% estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos; a totalidade não tinha companheiro; 56,3% cursaram o ensino fundamental; 70,2% eram heterossexuais; 91,1% com contagem de células CD4 $\geq$ 350 células/mm^3; 75,8% apresentavam carga viral entre 51 e 99.999, e 42,9% tinham tempo de diagnóstico $\leq$ 1 ano. O estudo mostrou que a terapia antirretroviral não influenciou na QV de portadores do HIV estudados pela escala HAT-QoL (Gil, 2009). Este achado referente ao uso da terapia antirretroviral

difere dos resultados do presente estudo, já que por meio da análise de regressão logística se observou que o domínio Função geral do HAT-QoL se associou com o uso de medicamentos antirretrovirais.

Pesquisa que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres soropositivas ao HIV e os fatores associados foi realizada na cidade de Campinas (SP), com 176 sujeitos. Seus resultados mostraram idade média de 40 anos, sendo 58,0% não brancas; 50,5% tinham mais de 7 anos de escolaridade; 51,7% relataram ter companheiro; 54,5% tinham trabalho remunerado; 83,5% usavam medicações antirretrovirais; e a maioria das respondentes tinham boas condições clínicas. A aplicação do HAT-QoL na avaliação da QVRS dessas mulheres mostrou as seguintes pontuações médias: Confiança no profissional (92,4 ±1,5), Preocupações com a medicação (82,0±23,4), Função geral (72,1 ±27,9), Satisfação com a vida (70,2 ±26,0), Aceitação do HIV (66,6 ±29,9), Preocupações com a saúde (58,0 ±28,8), Função sexual (54,7 ±28,2), Preocupações com o sigilo (51,0 ±30,0) e Preocupações financeiras (43,0 ±31,7). A QV das respondentes mostrou-se afetada mais pelas características sociais e afetivo-sexuais, assim como por sua própria percepção de que o diagnóstico impactou sua QV, do que pelas condições clínicas. Seu autor salienta que os resultados encontrados ratificam a necessidade de uma abordagem integral à saúde das mulheres infectadas pelo HIV, de modo a ajudá-las a lidar com essa condição em que atuam fatores culturais e psicológicos (Mathias, 2010). Comparando-se os resultados referentes às pontuações da QVRS obtidas por meio do HAT-QoL, verificam-se semelhanças com o presente estudo, especialmente nos domínios Confiança no profissional, Preocupações com a saúde, que foram os que obtiveram as melhores percepções em ambos os estudos, assim como nos domínios Preocupações financeiras e Preocupações com sigilo, que apresentaram as piores percepções referentes à QVRS.

Na literatura internacional, foram encontrados diversos estudos sobre a QVRS de pessoas vivendo com HIV com a aplicação do HAT-QoL (Holmes, Shea,1997, 1998, 1999; Demmer, 2001; Frain, 2003; Keleekai, 2004; Weaver et al., 2004 ; Holmes et al., 2007; Holmes, Ruocco, 2008; Taylor et al., 2008; Reynolds et al.,2009; Taylor et al., 2009; Abasiubong et al., 2010; Greef et al., 2010; Valencia et al.,2010; Nokes et al., 2011), sobre os quais passa-se a discorrer.

Estudo que avaliou as propriedades psicométricas do HAT-QoL como instrumento de avaliação da QVRS de indivíduos com HIV/aids foi realizado em dois momentos: primeiramente, por meio de estudo-piloto com amostra de 201 sujeitos do meio urbano e rural da Filadélfia (EUA), com diagnóstico de HIV. Estes preencheram o HAT-QoL com 76 itens, quando foram identificados os domínios e, em seguida, foi feita a redução para 42 itens; posteriormente, foram reavaliados 106 sujeitos que apresentaram idade média de 37,8 (±8,9) anos, com 13,3 (±2,3) anos médios de escolaridade; 74,0% eram homens; 64,0% não brancos; 63,0% eram homossexuais/bissexuais; 79,0% infectaram-se com o HIV por relação sexual; 55,0% recebiam menos de U$ 20.000 de renda anual; 79,0% tinham ciência da soropositividade há mais de 24 meses, com contagem média de células T-CD4 de 358,4 (±293,3) células/mm^3; e 27,0% possuíam doenças relacionadas ao HIV. A aplicação do HAT-QoL mostrou os seguintes escores médios, por domínio: Confiança no profissional (80,8 ± 24,9), Preocupações com a medicação (71,4 ± 20,7), Satisfação com a vida (69,2 ± 20,8), Função geral (69,0 ±23,4), Aceitação do HIV (67,3 ±26,8), Preocupações com o sigilo (59,3 ±27,8), Função sexual (56,3 ±25,1), Preocupações financeiras (54,6 ±30,3) e Preocupações com a saúde (52,0 ±28,7). Os achados indicaram que cinco domínios (Função geral, Preocupações com o sigilo, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras e Satisfação com a vida) apresentaram boas propriedades psicométricas, porém outros quatro (Função sexual, Aceitação do HIV, Preocupações com a medicação e Confiança no profissional) requeriam refinamento adicional para esta subpopulação (Holmes, Shea, 1997).

Em 1998, os mesmos autores publicaram outro estudo que buscou identificar conceitos de qualidade de vida, segundo indivíduos soropositivos para o HIV, e desenvolver uma medida para avaliar esses conceitos. O instrumento de medida HAT-QoL foi desenvolvido em dois estudos interligados. No primeiro, grupos de discussão com 42 indivíduos soropositivos para o HIV geraram o conteúdo dos itens desse novo instrumento de medida. No segundo estudo, 201 indivíduos soropositivos para o HIV participaram de um estudo de corte transversal (que se referem aos mesmos sujeitos participantes do estudo publicado pelos autores em 1997), que identificou domínios e reduziu os itens do questionário de QV resultante da primeira pesquisa. No primeiro estudo, os sujeitos apresentaram idade média de

37,8 (±9,1) anos; 76,0% eram homens; 66,0% eram brancos; 76,0% relataram prática de sexo inseguro; e 61,0% tinham aids. Vale informar que neste primeiro estudo não foram avaliadas a média de escolaridade, a posse de convênio médico, nem a orientação sexual dos sujeitos. O tempo médio de soropositividade ao HIV foi de 61,8 (±37,6) meses, enquanto a contagem média de células T-CD4 foi de 246,1 (±246,9) células/mm^3. No segundo estudo a idade média dos sujeitos foi de 37,5 (±8,1) anos; com média de escolaridade de 13,3 (±2,4); 78,0% eram homens; 58,0% eram não brancos; 77,0% relataram prática de sexo inseguro; e 53,0% possuíam convênio médico. Quanto às características clínicas, 62,0% tinham aids, com tempo médio de soropositividade ao HIV de 61,2 (±38,4) meses e contagem média de células T-CD4 de 249,1 (±262,2) células/mm^3. Os domínios do HAT-QoL foram refinados, com a remoção de itens, por meio de testes estatísticos, de modo a aumentar a consistência interna e reduzir os itens redundantes do instrumento. A consistência interna de todos os domínios foi ≥ 0,70, exceto nos domínios Aceitação do HIV (0,57), Função sexual (0,56) e Preocupações com a medicação (0,51). Na avaliação da validade, todos os domínios do HAT-QoL se relacionaram com as variáveis sociodemográficas e os indicadores de gravidade do HIV (Holmes, Shea, 1998).

No ano seguinte, os mesmos autores realizaram um estudo com o objetivo de reduzir o número de itens do HAT-QoL, avaliar as propriedades psicométricas do instrumento abreviado e comparar as propriedades psicométricas do HAT-QoL com o MOS-HIV. O estudo foi de corte transversal, com uma amostra de conveniência composta por 215 indivíduos soropositivos, que apresentaram idade média de 37,8 (±8,6) anos; 62,0% eram homossexuais/bissexuais; 55,0% não brancos; 80,0% eram homens; 22,0% tinham menos de 12 anos de escolaridade; 53,0% possuíam convênio médico; 76,0% infectaram-se pelo HIV por relação sexual; e 61,0% tinham aids. As médias de contagem de células T-CD4 e do tempo de soropositividade ao HIV foram de 266 (± 241) células/mm^3 e 58,7 (± 38,1) meses, respectivamente. As pontuações médias obtidas nos domínios da QVRS, por meio da aplicação do HAT-QoL, foram: Confiança no profissional (88,3 ± 20,8), Função geral (66,6 ± 24,3), Satisfação com a vida (65,1 ± 25,4), Preocupações com a saúde (62,8 ± 28,9), Aceitação do HIV (59,7 ± 33,0), Preocupações com o sigilo (58,4 ± 28,6), Preocupações com a medicação (58,0 ±29,7), Função sexual (55,0 ± 26,5) e

Preocupações financeiras (53,4 ± 32,9). O instrumento HAT-QoL sofreu redução de itens, após o processo de análise de sua confiabilidade e de validade, comparativamente ao MOS-HIV (Holmes, Shea, 1999).

Os três estudos supracitados abordam o processo de construção do HAT-QoL e avaliação de suas propriedades psicométricas. Ao se comparar os achados referentes à confiabilidade do HAT-QoL, verifica-se que os resultados da presente pesquisa obtiveram o coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,70 em todos os domínios, diferentemente do encontrado nos estudos publicados por Holmes e Shea (1997, 1998, 1999). Com relação à percepção da QVRS segundo os domínios do HAT-QoL, verifica-se, similarmente ao presente estudo, que o domínio Confiança no profissional foi o que obteve o maior escore médio, e os domínios Preocupações financeiras e Preocupações com o sigilo obtiveram escores baixos, mas com valores superiores a 50.

Outra pesquisa sobre QV e percepção de risco por portadores do HIV/aids, predominantemente heterossexuais, examinou os conceitos de QV e avaliou as percepções sobre a aids e sobre a necessidade de sexo seguro, à luz dos avanços no tratamento. A amostra consistiu de 196 infectados com HIV, recrutados em 7 serviços de atendimento de pessoas com aids, em Nova York. Os resultados mostraram a idade média de 42,4 (±7,2) anos; 26,8% eram mulheres; 46,4% negros e 36,7% latinos; 71,0% eram heterossexuais; 72,8% possuíam o ensino médio ou tinham menos escolaridade, e 75,0% usavam inibidores de protease. As médias da QVRS do HAT-QoL são apresentadas, por domínio, convertidas em uma escala de 1 (baixa satisfação) a 4 (alta satisfação). O estudo encontrou os seguintes escores médios: Confiança no profissional (3,49), Satisfação com a vida (3,29), Preocupações com a medicação (2,95), Função sexual (2,90), Preocupações com o sigilo (2,59), Função geral (2,57), Aceitação do HIV (2,53), Preocupações financeiras (2,11) e Preocupações com a saúde (2,10) (Demmer, 2001). Novamente, o domínio Confiança no profissional apresentou o escore médio mais elevado, assim como no presente estudo, e o domínio Preocupações financeiras apresentou baixa pontuação. Verificou-se ainda que na pesquisa supracitada o domínio Preocupações com a saúde apresentou o escore médio mais baixo, diferentemente da presente pesquisa.

Estudo com o objetivo de investigar variáveis que podiam contribuir para a QV de indivíduos com HIV/aids foi realizado nos EUA, com amostra de 147 indivíduos com HIV/aids que responderam online os instrumentos de coleta de dados, dentre os quais havia o HAT-QoL (versão reduzida), por meio do qual a pontuação média total convertida de 0 a 100 foi de 71,75 (± 15,83). Ao considerar cada domínio, obtiveram-se as seguintes médias: Aceitação do HIV (81,96 ± 26,31), Função sexual (77,95 ±18,08), Confiança no profissional (77,91 ±30,82), Preocupações com o sigilo (71,25 ± 26,86), Satisfação com a vida (66,90 ±25,91), Preocupações financeiras (64,99 ±29,01), Preocupações com a medicação (63,74 ±23,81) e Função geral (61,9 ±24,6) (Frain, 2003). Na comparação da percepção da QVRS segundo os domínios do HAT-QoL do estudo supracitado e da presente pesquisa, observou-se que a Aceitação do HIV obteve o maior escore médio (81,96) no estudo de Frain (2003) e o terceiro maior (70,44) na presente pesquisa. Além disso, as piores percepções da QVRS das mulheres avaliadas estavam relacionadas aos domínios Preocupações com o sigilo e Preocupações financeiras, diferindo dos achados no estudo supracitado.

Outra pesquisa correlacional, de corte transversal, examinou a associação entre o envolvimento na relação médico-paciente, a qualidade de vida e a adesão entre pessoas vivendo com HIV/aids, em uma amostra de conveniência constituída por 57 pessoas não hospitalizadas que recebiam atendimento em Clínica Especializada em Doenças Infecto-Contagiosas da Universidade de *Ohio*, em 2003. Os dados mostraram a idade média dos respondentes de 40 anos; 38,0% eram mulheres; 58,0% brancos; tinham tempo médio de conhecimento da infecção pelo HIV de 10 anos, e 39,0% tinham diagnóstico de aids. Dentre os instrumentos para coleta de dados havia o HAT-QoL, por meio do qual os participantes apresentaram a pontuação total média de 56,9 (± 21,1), com variação de 28 a 119. Vale informar que a variação possível era de 0 a 136 pontos, e que quanto maior a pontuação, melhor a QVRS. A melhor QV se relacionou significantemente com o envolvimento no cuidado médico, assim como na adesão às orientações fornecidas pelo profissional. Além disso, houve correlação positiva entre envolvimento na relação médico-paciente e adesão ao tratamento, porém sem diferença estatisticamente significante (Keleekai, 2004).

Pesquisa que examinou a relação entre três estratégias de *coping* (*coping* cognitivo, negação e *coping* religioso) e QV foi realizada com 90 mulheres com HIV em TARV de Miami, Flórida. Esse ensaio clínico randomizado longitudinal investigou os efeitos de 10 semanas de intervenções de gestão do estresse cognitivo-comportamental nos vários resultados de saúde, imunológicos e psicossociais. Dentre as participantes, 84,0% eram afro-americanas; 77,0% tinham ensino médio ou menor escolaridade; a idade média encontrada foi de 37 (±8,1) anos e o tempo médio de diagnóstico de HIV de 78 (±48) meses; 74,0% tinham renda anual menor que U$10.000; e 69,0% não tinham ocupação. Para avaliar a QV, foi utilizado o HAT-QoL, por meio do qual se chegou à pontuação total média de 70,1 (±14,4), podendo variar de 0 a 100. Quanto maior a pontuação, melhor a QV. O *coping* religioso não se relacionou com a QV, entretanto as estratégias de *coping* cognitivo se relacionaram com a melhor QV e a negação se relacionou com a pior QV. Os achados mostram que, dependendo da estratégia de *coping* utilizada, há diminuição ou aumento das percepções de estresse, influenciando assim a QV dessa população (Weaver et al., 2004). De forma geral, observa-se que a maioria dos escores médios dos domínios do HAT-QoL obtidos na presente pesquisa foram inferiores a 70, com exceção de Confiança no profissional (79,79), Preocupações com a medicação (76,49) e Aceitação do HIV (70,44).

Estudo sobre a adesão ao tratamento antirretroviral e a QV em pessoas com HIV/aids realizado em 2007, em Maputo, Moçambique, investigou a percepção da qualidade de vida antes do início da terapia antirretroviral por meio do HAT-QoL. A amostra sequencial e de conveniência foi composta por 65 pessoas em início de terapia antirretroviral, das quais 30 eram mulheres; a idade média dos respondentes foi de 36,1 (±10,5) anos, variando entre 18 e 65 anos; 40,0% possuíam nível primário de escolaridade; e 56,9% viviam em união estável. A aplicação do HAT-QoL mostrou os seguintes escores médios: Confiança no profissional (95,6 ±12,0), Aceitação do HIV (75,4 ±27,7), Satisfação com a vida (67,7 ±25,4), Função geral (55,5 ±25,9), Função sexual (47,4 ±25,4), Preocupações com a saúde (39,7 ±23,9), Preocupações com o sigilo (36,7 ±31,0) e Preocupações financeiras (35,9 ±28,3) (Brambatti, 2007). Comparativamente ao presente estudo, verificou-se que as questões referentes à Preocupação com o sigilo e Preocupações financeiras

apresentaram os piores escores de QVRS e a Confiança no profissional se manteve como o domínio com melhor percepção da QVRS.

Outro estudo realizado em quatro clínicas afiliadas à Universidade da Pensilvânia, de uma Clínica do Hospital Universitário de *Hahnemann* e de uma Clínica do Hospital Universitário de *Temple*, buscou determinar se a QV específica do portador de HIV/aids prediz a adesão à terapia antirretroviral. A amostra foi composta por 116 participantes com infecção pelo HIV, sendo 60 sujeitos com alta aderência ao tratamento antirretroviral e 56 que apresentavam baixa adesão. Os dados mostraram ser de 44 anos a mediana de idade, com variação entre 25 e 69 anos; 81,0% eram do sexo masculino; 66,0% eram afro-americanos; 44,0% tinham escolaridade superior ao ensino médio; 29,0% tinham renda anual igual ou maior que U$20.000; 21,0% tinham história de uso de drogas injetáveis. O tempo mediano de infecção pelo HIV foi de 5,2 anos, com variação de 0,4 a 21,2 anos; 85,0% tinham aids; 60,0% não utilizaram bebida alcoólica no passado; e 78,0% não faziam uso de drogas ilícitas. A aplicação do HAT-QoL mostrou as seguintes pontuações médias da QVRS, por domínio, obtidas para a amostra total: Confiança no profissional (87,6 ±21,9), Preocupações com a medicação (84,7 ±19,4), Satisfação com a vida (76,0 ±22,8), Função sexual (75,2 ±34,5), Função geral (75,0 ±23,1), Preocupações com a saúde (74,9 ±26,7), Preocupações com o sigilo (62,3 ±28,5), Aceitação do HIV (61,9 ±34,0) e Preocupações financeiras (58,1 ±33,4). Ao se comparar ambos os grupos (alta e baixa adesão ao tratamento), verificou-se que a QVRS dos indivíduos com alta adesão foi melhor do que a QVRS daqueles com baixa adesão, com exceção do domínio Aceitação do HIV. Verificou-se, também, que houve diferença estatisticamente significante apenas no domínio Preocupações financeiras (p=0,01) e tendência à associação nos domínios Preocupações com a saúde (p=0,06) e Preocupações com a medicação (p=0,06) (Holmes et al., 2007).

Uma investigação sobre a avaliação da confiabilidade teste-reteste dos instrumentos HAT-QoL e SF-36 em amostra de indivíduos soropositivos para o HIV foi realizada para correção de três domínios que apresentaram problemas psicométricos (Confiança no profissional, Função sexual e Preocupações com as medicações) e avaliar a confiabilidade teste-reteste do HAT-QoL revisto, assim como do SF-36, ambos empregados com soropositivos para o HIV. A amostra randomizada de 153 participantes foi recrutada em clínicas médicas especializadas

em HIV da Filadélfia (EUA), os quais preencheram o HAT-QoL e o SF-36; os componentes de uma subamostra (60 indivíduos) foram convidados a preencher novamente os referidos instrumentos. A amostra total (n=153) apresentou idade média de 37,9 (±8,5) anos; 52,0% eram gays ou bissexuais; 71,0% eram não brancos; 71,0% eram homens; 49,0% possuíam 12 anos ou menos de escolaridade; 69,0% tinham renda anual menor que U$20.000; 79,0% relataram prática de sexo inseguro; 45,0% tinham diagnóstico de aids e tempo médio de soropositividade de 69,8 (± 49,0) meses e contagem média de células T-CD4 de 382 (±304) células/mm^3. O HAT-QoL (versão com 34 itens) revelou considerável estabilidade e propriedades psicométricas para a população soropositiva para o HIV comparável ao instrumento SF-36 (Holmes, Ruocco, 2008). Vale destacar que foi esta versão do HAT-QoL que Soárez et al. (2009) validaram no Brasil, inclusive tendo um dos autores do instrumento como autor da referida publicação e é a versão utilizada na presente pesquisa. Os resultados da consistência interna dos domínios do HAT-QoL desse estudo foram acima de 0,80, indicando que o referido instrumento é uma medida confiável. Similarmente, os resultados referentes à consistência interna do HAT-QoL do presente estudo foram iguais ou superiores a 0,80 na maioria dos domínios, com exceção de Preocupações com a saúde (0,73).

Estudo comparou a QVRS de indivíduos soropositivos para o HIV, de *Zimbabwe*, que recebiam cuidado médico africano tradicional (n=155 – 61,0%) e cuidados segundo a medicina ocidental (n=99 – 39,0%). Teve como objetivo examinar mudanças na autoavaliação do estado de saúde dos participantes de cada grupo. O total de 254 investigados mostrou que a idade média obtida foi de 32,0 (±10,2) anos, sendo 63,0% mulheres; 56,0% eram casados; 18,0% estavam empregados; 42,0% estudaram entre 3 e 7 anos; e 76,0% tinham aids. Os resultados mostraram que a maioria dos participantes apresentou melhores escores de QVRS avaliada pelo HAT-QoL (versão com 32 itens) nos seguintes domínios: Confiança no profissional (médias de 74,26 ±23,67 e de 67,09 ±28,08 para os respondentes em cuidado tradicional e da medicina ocidental, respectivamente); Preocupações com a medicação (média de 74,26 ±25,97 e de 72,71 ±26,38, respectivamente). Os demais domínios apresentaram médias inferiores a 55, sendo, especificamente no domínio Preocupações com o sigilo a pontuação, de 47,32 (±27,98) e 54,69 (±2916) para os indivíduos sob cuidado médico tradicional e sob cuidado médico ocidental,

respectivamente. A seguir, apresentam-se as médias correspondentes ao tipo de cuidado recebido, por domínios: Função geral 48,49 (±25,91) e 40,24 (± 24,35); Preocupações com a saúde 46,09 (±28,85) e 41,86 (±27,10); Aceitação do HIV 45,56 (± 36,16) e 46,09 (±31,93); Satisfação com a vida 44,40 (±27,52) e 35,35 (±24,99); Preocupações financeiras 29,09 (±24,77) e 28,45 (±25,06), respectivamente. Os participantes foram reavaliados após 1 mês e foram observadas melhorias significativas no estado de saúde e na maioria das dimensões da QVRS, com diferenças estatisticamente significantes, nos domínios Função geral, Preocupações com a saúde, Aceitação do HIV, Preocupações com a medicação e Confiança no profissional (Taylor et al., 2008).

Estudo multicêntrico realizado com infectados pelo HIV dos EUA, Taiwan, Noruega, Porto Rico e Colômbia, em amostra de 1217 sujeitos, examinou o relacionamento das representações do HIV com o estado de saúde e os comportamentos de autocuidado. Os dados mostraram que a idade média dos sujeitos foi de 41,7 (±9,1) anos; 32,5% eram mulheres; 51,4% tinham renda prejudicada; o tempo médio de ciência da infecção pelo HIV foi de 9,8 (± 5,5) anos; e 53,8% tinham comorbidades. Dentre os instrumentos de coleta de dados, foi empregado o HAT-QoL, cuja pontuação total da escala poderia variar entre 0 e 100. O valor médio obtido foi de 61 (±18,4). A pontuação média obtida pelos participantes, conforme o país de origem foi de 45 na Noruega (n=77), 58 em Taiwan (n=118), 64 nos EUA (n=876), 64 na Colômbia (n=101) e 73 em Porto Rico (n=44). As análises de regressão linear múltipla mostraram os preditores da QVRS significantes: suporte social, depressão, número de sintomas, e anos de infecção pelo HIV (Reynolds et al., 2009).

Estudo realizado com 400 portadores do HIV/aids avaliou a confiabilidade e a validade de contructo de dois instrumentos específicos de QVRS, adaptados para uso em *Zimbabwe*. Os resultados mostraram que 58,0% da amostra eram mulheres; 41,0% estavam na faixa etária de 30 a 39 anos; 48,0% eram casados; 68,0% estavam desempregados; e 35,0% cursaram o ensino fundamental. A QVRS avaliada pelo HAT-QoL (versão de 34 itens) mostrou os melhores escores médios nos domínios Preocupações com a medicação (74,8 ± 25,2) e Confiança no profissional (72,4 ± 25,9). Os demais domínios obtiveram média abaixo de 55: Preocupações com o sigilo (53,4 ±28,5), Aceitação do HIV (49,1 ±31,6), Função geral (46,5 ±25,8),

Preocupações com a saúde (45,6 ±28,5), Satisfação com a vida (40,7 ±25,8) e Preocupações financeiras (31,4 ±26,1). Os autores citam que as versões dos instrumentos MOS-HIV e HAT-QoL na língua *Shona*, utilizada em *Zimbabwe*, Moçambique, Zâmbia e *Botswana*, se mostraram confiáveis e válidas para medir a QVRS de pessoas com HIV/aids, residentes nestas localidades (Taylor et al., 2009).

Outra pesquisa, realizada na Região Delta da Nigéria, avaliou a QV de pessoas vivendo com HIV/aids e comparou a QV de homens e mulheres infectados. A amostra, composta por 309 clientes de uma Clínica de HIV do Hospital de Ensino da Universidade de *Uyo*, forneceu dados sobre sua QV, por meio do instrumento HAT-QoL. Os resultados mostraram que a idade média dos sujeitos foi de 36,8 (±4,0) anos para os homens e de 31,9 (±3,3) anos para as mulheres; dentre os homens, 48,7% estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos, enquanto 41,1% das mulheres tinham idade entre 20 e 29 anos; 38,9% dos homens tinham ensino médio, e 32,9% das mulheres apresentavam a mesma escolaridade; dentre eles, 47,8% eram casados e 41,4% das mulheres eram casadas, e igual percentual era de solteiras; por sua vez, 42,5% dos homens e 36,8% das mulheres estavam desempregados. Os escores médios dos domínios da QVRS avaliados pelo HAT-QoL foram classificados em três categorias: boa, regular e ruim. Também foram verificados a frequência e o percentual de sujeitos incluídos em cada categoria, conforme os domínios da QVRS avaliados. No domínio Função geral, 54,0% dos homens e 61,8% das mulheres estavam com a QVRS ruim; no domínio Satisfação com a vida, 70,8% dos homens e 86,8% das mulheres apresentaram QVRS ruim; em Preocupações com a saúde, 67,3% dos homens e 77,6% das mulheres tinham QVRS ruim; Preocupações financeiras: 64,6% dos homens e 73,0% das mulheres estavam com a QVRS ruim; em Preocupações com a medicação, 76,1% dos homens e 64,5% das mulheres estavam com a QVRS boa; em Aceitação do HIV, 80,5% dos homens e 84,2% das mulheres tinham a QVRS ruim; em Preocupações com o sigilo, 73,4% dos homens e 82,9% das mulheres apresentaram QVRS ruim; Confiança no profissional: 81,4% dos homens e 80,3% das mulheres apresentaram QVRS ruim, e no domínio Função sexual, 85,8% dos homens e 79,6% das mulheres estavam com a QVRS boa. O estudo mostrou que a QV das mulheres estava em níveis inferiores à dos homens, embora apenas os domínios Satisfação com a vida e Preocupações com a saúde tivessem apresentado diferenças estatisticamente significantes. Os resultados

evidenciaram o prejuízo na QV das pessoas vivendo com HIV/aids, exceto nos domínios Preocupações com a medicação e Função sexual (Abasiubong et al., 2010). O domínio Preocupações com a medicação também obteve pontuação média elevada (76,49) no presente estudo; já o domínio Função sexual obteve a pontuação média de 68,69. Diferentemente da pesquisa supracitada, os domínios Confiança no profissional e Aceitação do HIV obtiveram escores médios superiores a 70.

Estudo longitudinal sobre a percepção do estigma relacionado ao HIV e a Satisfação com a vida foi realizado com 1457 soropositivos ao HIV de cinco países da África - *Lesotho*, *Malawi*, África do Sul, *Swaziland* e Tanzânia -. A amostra de conveniência foi acompanhada por um ano, e neste tempo foram identificados os efeitos do estigma e a satisfação com a vida avaliada pelo HAT-QoL, assim como a influência de outras variáveis sociodemográficas. Os dados foram coletados em três momentos com intervalo de 6 meses, entre dezembro de 2005 e março de 2007. Seus resultados mostraram que a idade média da amostra era de 36,8 (±8,78) anos e que 72,7% (n=1056) dos respondentes eram mulheres. Os escores médios da Satisfação com a vida avaliada pelo HAT-QoL e do estigma encontrados, segundo o momento de aplicação, foram: Tempo 1 – Satisfação com a vida: 60,38 (±31,60), Estigma: 0,43 (±0,48); Tempo 2 – Satisfação com a vida: 63,69 (±31,18), Estigma: 0,44 (±0,47) e Tempo 3 – Satisfação com a vida: 71,0 (±29,58), Estigma: 0,28 (0,39). Vale informar que a pontuação do instrumento de avaliação do estigma em pessoas com HIV varia de 0 a 1, e que quanto maior a pontuação, maior a percepção do estigma. Os autores citam que o referido estudo é o primeiro a documentar empiricamente, em uma amostra longitudinal, que a percepção do estigma do HIV tem impacto constante e significantemente negativo sobre a satisfação com a vida de pessoas infectadas pelo HIV. Concluem que, na ausência de qualquer intervenção para combater ou reduzir a estigmatização, os infectados continuarão a relatar pior satisfação com a vida, evidenciada pela redução dos prazeres e perda do controle da vida, assim como diminuição na interatividade social e na percepção do estado de saúde (Greef et al., 2010).

Estudo descritivo, de corte transversal foi realizado com 137 soropositivos ao HIV/aids atendidos em três serviços de saúde na cidade de Cali, Colômbia, o qual mensurou a QV dos sujeitos e a relacionou a variáveis sociodemográficas e clínicas. A QVRS foi avaliada pelo HAT-QoL. A amostra apresentou idade média de 35,3

(±10,2) anos, com variação entre 20 e 73 anos, tendo 9,0% idade acima de 50 anos; 71,0% eram homens; 88,0% possuíam algum convênio de saúde, embora 5,0% fossem subsidiados pelo Sistema de Saúde e Seguridade Social; 27,0% dos respondentes tinham aids e 64,0% recebiam terapia antirretrovial. Com relação à QVRS avaliada pelo HAT-QoL, a média obtida na pontuação total do instrumento foi de 58,8 (±17,8), enquanto nos domínios os escores médios encontrados foram: Função sexual (81,4 ±28,4), Confiança no profissional (74,3 ±27,4), Satisfação com a vida (74,2 ±21,0), Preocupações com a medicação (72,4 ±21,0), Função geral (71,6 ±22,3), Aceitação do HIV (62,9 ±33,6), Preocupações com a saúde (60,7 ±26,3), Preocupações com o sigilo (49,2 ±28,6) e Preocupações financeiras (41,3 ±31,5). Os escores de QV foram mais altos nos indivíduos que recebiam terapia antirretroviral, que tinham convênio de saúde, que possuíam baixos sintomas depressivos, que relataram baixa frequência e intensidade de sintomas e que não tinham sofrido abuso sexual. Estas variáveis independentes explicaram 53,0% da variabilidade da QV geral (pontuação total do HAT-QoL). As implicações geradas pelo estudo à prática mostram que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem prestar o cuidado com vistas ao alívio de sintomas e à contribuição na melhoria da QV destas pessoas (Valencia et al., 2010). Similarmente ao encontrado no presente estudo, os domínios com maior prejuízo da QVRS eram Preocupações financeiras e Preocupações com o sigilo e, diferentemente da presente pesquisa, o domínio Função sexual foi o que obteve a maior pontuação média. Quanto às variáveis associadas à QVRS, observa-se na pesquisa supracitada que o uso de medicamentos influenciou positivamente a QVRS dos sujeitos avaliados, e o mesmo foi encontrado no presente estudo, já que em todos os domínios da QVRS avaliados pelo HAT-QoL as mulheres em uso de antirretrovirais apresentaram maiores escores de QVRS, com exceção de Preocupações financeiras, porém apenas o domínio Preocupações com a saúde apresentou diferença estatisticamente significante. Na análise de regressão logística, a variável uso de medicamentos antirretrovirais se associou ao domínio Função geral do HAT-QoL.

Outro estudo multicêntrico foi realizado com 1217 adultos infectados pelo HIV de várias cidades e estados americanos, assim como moradores de Porto Rico, *Taiwan*, Colômbia e Noruega. Teve como objetivo verificar os efeitos da idade na percepção dos sintomas e da QVRS. Os dados obtidos com a amostra de

conveniência mostraram a idade média de 41,7 (±9,06) anos, com variação entre 20 e 84 anos. Os sujeitos, divididos segundo a idade, tiveram a seguinte caracterização: dentre os 964 respondentes que tinham entre 20 e 49 anos, 66,0% eram homens; 37,0% eram afro-americanos/negros; 34,0% tinham ensino médio; 52,0% relataram renda pouco adequada. Quanto às variáveis clínicas, os resultados mostraram tempo médio de diagnóstico de HIV/aids de 8,5 anos; 85,0% usavam ou já teriam utilizado medicações antirretroviriais; e 52,0% apresentavam comorbidades. Dentre os 232 sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos, 75,0% eram homens; 41,0% afro-americanos/negros; 29,0% tinham ensino médio; 48,0% informaram renda pouco adequada. Quanto às características clínicas, o tempo médio de ciência do HIV/aids foi de 10,8 anos; 90,0% usavam ou teriam se submetido à terapia antirretroviral e 62,0% apresentavam comorbidades associadas. As médias da QVRS verificadas pelo HAT-QoL, por domínio, segundo as duas categorias de idade dos sujeitos - idade igual ou superior a 50 anos e idade menor que 50 anos, respectivamente - foram: Função geral (59,96 ±25,61) e (61,22 ±25,28); Satisfação com a vida (63,39 ±27,46) e (62,95 ±27,01); Preocupações com a saúde (65,61 ±30,98) e (60,18 ±31,12); Preocupações financeiras (44,68 ±34,23) e (41,29 ±34,06); Preocupações com a medicação (69,47 ±28,87) e (67,27 ±28,86); Aceitação do HIV (62,66 ±34,97) e (57,06 ±35,13); Preocupações com o sigilo (60,13 ±33,41) e (56,69 ±31,37); Confiança no profissional (76,31 ±29,09) e (71,33 ±29,65); e Função sexual (57,38 ±38,06) e (65,08 ±35,15). Na análise multivariada, foram classificadas como variáveis preditoras: diagnóstico de aids (HIV ou aids), sexo (feminino ou masculino), idade (até 49 anos ou 50 anos ou mais), presença ou não de comorbidades e três medidas de sintomas: mudanças corporais, intensidade de sintomas e sintomas depressivos. Os autores citam que a idade foi preditora de QVRS em dois dos nove domínios do HAT-QoL: Função sexual e Confiança no profissional. Outro dado que emergiu do estudo relaciona-se aos sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos que, embora relatassem mais comorbidades, não relataram mais sintomas (Nokes et al., 2011). Similarmente ao presente estudo, verificou-se que a idade foi uma variável preditora de QVRS no domínio Função sexual do HAT-QoL, e o diagnóstico de aids foi uma variável preditora de QVRS, especificamente no domínio Confiança no profissional no presente estudo.

Dentre as pesquisas que investigaram a influência de fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais na QVRS de indivíduos portadores de HIV/aids, encontradas na literatura, verificou-se que, dentre os fatores sociodemográficos, a faixa etária, o estado marital, a escolaridade e a renda foram variáveis que se relacionaram com a QVRS de pessoas vivendo com HIV/aids.

Com relação à faixa etária, no presente estudo observa-se uma tendência à associação apenas no domínio Função sexual do HAT-QoL. Este achado corrobora o estudo de Gil e Souza (2010), em que se observou a influência da faixa etária em relação ao domínio Função sexual. Mathias (2010) encontrou diferença estatisticamente significante nos domínios Preocupações com a saúde, Preocupações com a medicação e Preocupações com o sigilo. Por sua vez, Brambatti (2007) observou diferença nas médias com significância estatística especificamente no domínio Satisfação com a vida. Já Reis (2008) não observou diferença estatisticamente significante entre as médias da QVRS segundo a referida variável.

Neste estudo, a variável estado marital se relacionou com os domínios Confiança no profissional e Função sexual do HAT-QoL, com diferença estatisticamente significante entre os grupos e tendência à associação no domínio Preocupações com a saúde. Mathias (2010) demonstrou diferença na mediana dos escores de QVRS com significância estatística nos domínios Função sexual, Função geral e Preocupações com o sigilo, indo ao encontro de alguns achados da presente pesquisa. Brambatti (2007) verificou que a situação conjugal apresentou diferença estatisticamente significante entre os grupos especificamente no domínio Satisfação com a vida. Por sua vez, Gil e Souza (2010) verificaram a influência do estado civil sobre o domínio que avalia a Aceitação do HIV. Já Galvão (2002) não verificou diferença estatisticamente significante entre as referidas variáveis.

Outro fator sociodemográfico relacionado à QVRS dos sujeitos avaliados foi a escolaridade, e neste estudo os domínios Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras e Preocupações com a medicação se relacionaram com a referida variável. Esses achados são similares aos encontrados por Reis (2008) que observou diferenças entre os grupos com significância estatística nos domínios Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras, Função geral e Satisfação com a vida. Mathias (2010) apresentou diferenças nas medianas com significância estatística nos domínios Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras, Aceitação do HIV e

Preocupações com o sigilo, e tendência à associação no domínio Função sexual do HAT-QoL. Já Brambatti (2007) identificou os domínios Função geral e Preocupações com o sigilo como os que apresentaram médias com diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de sujeitos segundo a variável em questão.

No que se refere à renda mensal, neste estudo observou-se a relação entre a referida variável com os domínios Satisfação com a vida, Preocupações financeiras e Função sexual, assim como tendência à associação no domínio Função geral. Observaram-se resultados parecidos na pesquisa de Reis (2008), em que mostrou diferenças estatísticas significantes entre os grupos, nos domínios Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras, Preocupações com a medicação e Função sexual, além de tendência à associação no domínio Confiança no profissional. Já Mathias (2010) apresentou diferença nas medianas com significância estatística nos domínios Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras e Função sexual.

Os fatores clínicos também foram investigados e se observou que o tempo de ciência do HIV se relacionou à QVRS dos sujeitos avaliados, especificamente nos domínios Preocupações com a saúde e Preocupações com o sigilo do HAT-QoL. Vale salientar que as mulheres a partir de 50 anos com HIV/Aids, que tinham menos de 2 anos de ciência da infecção, apresentaram pontuações médias mais baixas em todos os domínios avaliados pelo HAT-QoL, exceto Função geral e Preocupações financeiras. Reis (2008) verificou que a variável tempo de ciência da infecção pelo HIV apresentou associação estatística nos domínios Preocupações com a saúde e Confiança no profissional. Além disso, os indivíduos com diagnóstico mais recente de infecção pelo HIV foram os que apresentaram pior desempenho em seis dos nove domínios do HAT-QoL: Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações com a medicação, Aceitação do HIV, Confiança no profissional e Função sexual. Mathias (2010) categorizou as mulheres investigadas com tempo de diagnóstico maior que 9 anos e menor ou igual a 9 anos e encontrou medianas inferiores para mulheres com menor tempo de diagnóstico nos domínios Preocupações com saúde, Preocupações com a medicação, Preocupações com o sigilo, Aceitação do HIV e Função sexual. Diferentemente do presente estudo, Gil e Souza (2010) verificaram que os indivíduos que tiveram o pior desempenho nas

respostas, portanto pior QVRS, foram os que já conheciam o diagnóstico da infecção pelo HIV havia mais de seis anos, valendo citar que a referida variável exerceu influência nos domínios Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras, Preocupações com a medicação e Aceitação do HIV.

A contagem de células CD4 foi outra variável clínica investigada. Estudo citado anteriormente (Reis, 2008) encontrou significância estatística nas médias da QVRS em relação à contagem de células T CD4, nos domínios Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações com a medicação e Aceitação do HIV. Identificou, também, que indivíduos com altas taxas de CD4 apresentaram melhores escores em todos os domínios do HAT-QoL, enquanto indivíduos com baixa contagem de células CD4 apresentaram pior avaliação em todos os domínios, exceto de Preocupações com o sigilo. Esses resultados são concordes com os encontrados no presente estudo, que, além dos domínios citados, apresentou diferença estaticamente significante no domínio Preocupações financeiras, e tendência à associação no domínio Preocupações com o sigilo. O mesmo ocorreu quando se avaliaram os indivíduos com baixa contagem de células CD4 que, no presente estudo, também apresentaram os piores escores de QVRS, com exceção do domínio Função sexual. Galvão (2002) observou que o grupo de mulheres investigadas com CD4 mais baixo apresentou escores inferiores na maioria dos domínios, com exceção do domínio Função sexual, o que corrobora os resultados da presente investigação. Por sua vez, Mathias (2010) apresentou diferença nas medianas dos escores da QVRS com significância estatística especificamente nos domínios Função geral e Preocupações com a saúde.

Ao se analisar a variável carga viral, encontrou-se estudo que apresentou diferenças estatisticamente significantes nos seguintes domínios do HAT-QoL: Satisfação com a vida e Preocupações com a medicação, além de tendência à associação no domínio Preocupações com a saúde (Reis, 2008). Na presente pesquisa, o domínio Preocupações com a medicação concorda com os achados do citado estudo, enquanto que o domínio Satisfação com a vida apresentou tendência à associação, e os domínios Preocupações com a saúde e Confiança no profissional apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Vale informar que, na presente investigação, o domínio Função sexual também apresentou tendência à

associação. Por outro lado, estudo realizado por Mathias (2010) não encontrou associação nas medianas dos escores de QVRS, para a variável carga viral. Junqueira (2008) identificou diferença estatisticamente significante nos domínios Preocupação com a medicação e Confiança no profissional segundo a variável clínica em questão, além de tendência à associação no domínio Preocupações com a saúde. O domínio Preocupação com a medicação obteve melhor escore na avaliação da QVRS, dentre os indivíduos com indetectável carga viral plasmática do HIV no estudo de Gil e Souza (2010), corroborando os achados da presente investigação.

No que se refere à classificação da infecção pelo HIV, Reis (2008) apresentou médias de QVRS com significância estatística nos domínios Função geral, Preocupações com o sigilo e Função sexual, diferindo dos achados do presente estudo, que encontrou associação no domínio Confiança no profissional. Por outro lado, estudo de Galvão (2002) identificou tendência à associação apenas nos domínios Função geral e Preocupação com a saúde do HAT-QoL. Junqueira (2008), por sua vez, não encontrou diferenças estatísticas significantes entre as medianas da QVRS avaliadas pelo HAT-QoL de mulheres com HIV e com aids; porém quando incluiu o grupo controle na comparação das medianas foi observada diferença estatisticamente significante, especificamente entre os grupos de mulheres com HIV/aids e o grupo controle, nos domínios Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, e Preocupações financeiras, enquanto o domínio Função sexual apresentou tendência à associação.

Quanto ao uso de medicamentos antirretrovirais, pesquisa desenvolvida por Reis (2008) não encontrou médias de QVRS com diferenças estatisticamente significantes, o que difere do presente estudo, que encontrou associação no domínio Preocupações com o sigilo, e tendência à associação nos domínios Aceitação do HIV e Confiança no profissional do HAT-QoL.

Neste estudo, o tempo de tratamento com medicamentos antirretrovirais apresentou diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de avaliados nos domínios Preocupações com a saúde e Satisfação com a vida, e tendência à associação nos domínios Função geral e Preocupações com o sigilo. Reis (2008) encontrou diferenças nas médias com significância estatística no domínio Confiança no profissional e tendência à associação no domínio Preocupações com a saúde, diferindo do presente estudo. Já Mathias (2010) verificou que a variável em questão

se associou com a QVRS das mulheres investigadas especificamente nos domínios Preocupações com a saúde, Preocupações com o sigilo e Aceitação do HIV do HAT-QoL com diferença estatisticamente significante. Galvão (2002) encontrou apenas tendência à associação no domínio Preocupações com o sigilo, o que concorda com o achado da presente investigação.

A presença de comorbidades também foi uma variável investigada que comparando-se aos achados da literatura, significa que Reis (2008) corrobora os achados da presente pesquisa, pois ambos não encontraram significância estatística para as diferenças das médias da QVRS dos grupos, embora neste estudo se observa tendência à associação no domínio Preocupações com o sigilo.

Na análise de regressão logística, as variáveis independentes que influenciaram positivamente algum componente/domínio da QVRS das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids foram: maior renda per capita mensal, contagem de células T-CD4 acima de 200 células/mm^3, uso de medicamentos antirretrovirais, conhecimento da infecção pelo HIV há mais tempo, posse de boa a excelente percepção do estado de saúde, maior nível de esperança e maior nível de autoestima. Também se verificou que a presença de comorbidades exerceu influência positiva na QVRS, especificamente no domínio Preocupações com o sigilo do HAT-QoL. Além disso, ter aids influenciou positivamente a QVRS, especificamente no domínio Confiança no profissional.

Os achados referentes à influência das variáveis sociodemográficas, retratadas neste estudo pela renda per capita maior, também foi encontrada nos estudos de Servellen, Chang e Lombardi (2002), Louwagie et al. (2007), Santos, França Junior e Lopes (2007), Reis (2008), Soárez et al. (2009) e Mathias (2010), os quais verificaram que o baixo poder socioeconômico piora a QVRS dos indivíduos infectados pelo HIV.

Dentre os fatores clínicos encontrados que influenciaram positivamente a QVRS das mulheres estudadas, alguns foram identificados em investigações publicadas na literatura, como a contagem de células T-CD4 acima de 200 células/mm^3 (Holmes, Shea, 1997; Delate, Coons, 2000; García Ordóñez et al., 2001; Murri et al., 2003; Kohli et al., 2005; Perez et al., 2005; Uphold et et., 2007; Nojomi, Anbary, Ranjbar, 2008; Hasanah, Zaliha, Mahiran, 2011; Hsiung et al., 2011); o uso de medicamentos antirretrovirais (García Ordóñez et al., 2001; Viswanthan,

Anderson, Thomas, 2005; Mannheimer et al., 2005; Préau et al., 2006; Holmes et al., 2007; Valencia et al., 2010); maior tempo de conhecimento da infecção pelo HIV (Holmes, Shea, 1997; Globe, Hays, Cunninghan, 1999; Reis, 2008; Reynolds et al., 2009; Tsevat et al., 2009); e a percepção satisfatória do estado de saúde (Sousa et al., 1999; Phaladze et al., 2005).

Outras variáveis clínicas que interferiram positivamente na QVRS dos sujeitos do presente estudo foram a presença de comorbidades, especificamente no domínio Preocupações com o sigilo e possuir o diagnóstico de aids, especificamente no domínio Confiança no profissional, ambos do HAT-QoL. Não foram encontrados estudos que indicassem que a presença de comorbidades se associasse a melhores escores no domínio Preocupações com o sigilo do HAT-QoL. No estudo de Jia et al. (2007) foi aplicado o instrumento *The HIV Cost and Services Utilization Study* (HCSUS) e a presença de comorbidades influenciou negativamente a QVRS dos sujeitos avaliados, divergindo dos resultados da presente pesquisa. Com relação ao estágio da infecção pelo HIV, os resultados obtidos vão ao encontro dos achados do estudo de Nokes et al. (2011). Lembra-se que estes autores realizaram um estudo multicêntrico com 1217 adultos infectados pelo HIV de várias cidades e estados americanos, assim como moradores de Porto Rico, *Taiwan*, Colômbia e Noruega. Na análise multivariada, foram classificadas como variáveis preditoras: diagnóstico de aids (HIV ou aids), sexo (feminino ou masculino), idade (até 49 anos ou 50 anos ou mais), presença ou não de comorbidades e três medidas de sintomas: mudanças corporais, intensidade de sintomas e sintomas depressivos. Neste contexto, verificou-se, similarmente ao presente estudo, que a classificação da doença como aids foi uma variável preditora de QVRS, especificamente no domínio Confiança no profissional.

Por sua vez, outro estudo verificou que os sujeitos que tinham o diagnóstico de aids apresentaram melhores escores médios nas dimensões saúde mental, energia e funcionamento físico do MOS-HIV (Briongos Figuero et al., 2011). Seus autores citam que este achado pode ser atribuído a uma estabilização das reações da evolução da doença ao longo dos anos, com melhoria do estado imunológico e manutenção a longo prazo em pacientes classificados com aids.

Dentre os fatores psicossociais, observou-se que o maior nível de esperança influenciou positivamente a QVRS das mulheres investigadas, assim como no estudo

com pessoas vivendo com HIV/aids, realizado por Yadav (2010), e na pesquisa com mulheres soropositivas para o HIV em período reprodutivo desenvolvido por Phillips et al. (2001). Outro fator psicossocial que interferiu positivamente na percepção da QVRS dos sujeitos da presente pesquisa foi a autoestima, corroborando os achados de Mrus et al. (2006).

A idade foi uma variável sociodemográfica que influenciou negativamente a QVRS das mulheres investigadas, especificamente no domínio Função sexual do HAT-QoL, corroborando com os achados de Nokes et al. (2011). Podem ser citados outros estudos em que a idade mais elevada influenciou negativamente outras dimensões da QVRS de pessoas com HIV/aids, como a pesquisa de Cowdery e Pesa (2002), especificamente nas dimensões Aspectos físicos e Aspectos sociais, por meio da aplicação do SF-20. Pesquisa realizada com portadores de HIV/aids, com a aplicação do MOS-HIV, verificou que a idade mais elevada interferiu negativamente nos domínios Função física e Atividade sexual da QVRS (Kohle et al., 2005). O mesmo foi encontrado no estudo que teve como sujeitos pessoas portadoras de HIV/aids com idade mais elevada, as quais apresentaram pior QVRS no componente físico do MOS-HIV (Perez et al., 2005).

A idade mais elevada influenciou negativamente a dimensão Função física do MOS-HIV, fato verificado por Globe, Hays, Cunninghan (1999). Estudo realizado com mulheres em idade reprodutiva com HIV/aids verificou que a idade mais elevada influenciou negativamente o Componente físico do SF-36 (Phillips et al., 2001). O mesmo foi encontrado nas pesquisas de Préau et al. (2007) e Korthuis et al. (2011), especificamente no Componente físico do SF-12. A idade mais elevada interferiu negativamente na percepção da Satisfação com a vida das pessoas com HIV/aids (Valencia et al., 2010). Por sua vez, outro estudo divergiu no achado referente à variável independente idade, pois os sujeitos com idade mais elevada, apresentaram melhor QVRS, especificamente no Componente mental do SF-12 (Ion et al., 2011).

O estado marital foi outra variável sociodemográfica que influenciou negativamente a QVRS das mulheres investigadas, especificamente nos domínios Confiança no profissional e Função sexual. Na busca de estudos que tivessem a variável estado marital como preditora de QVRS de pessoas com HIV/aids, foi encontrado apenas o estudo de Kohli et al. (2005), onde foi aplicado o MOS-QOL

em homens e mulheres soropositivos para o HIV. Essa pesquisa verificou que, no domínio atividades sexuais, ambos os sexos apresentaram a referida variável como preditora. Essa variável também foi explicativa de QVRS no domínio trabalho e lazer para as mulheres e no domínio sentimentos e emoções para ambos os sexos.

Por fim, a variável clínica tempo de tratamento com ARV influenciou negativamente a QVRS das mulheres investigadas, especificamente no Componente mental do SF-12. Estudo realizado com indivíduos com HIV/aids observou que a presença de dificuldade no uso do ARV e o uso superior a dois comprimidos de ARV ao dia influenciaram negativamente a QVRS dos sujeitos investigados, especificamente no componente mental do MOS-HIV (Perez et al., 2005), porém não foi encontrado estudo acerca da influência do tempo de tratamento com ARV sobre a QVRS desta população.

Como limitação deste estudo, considera-se a amostra de conveniência, pois dificulta a generalização dos dados, embora os achados sejam representativos para a população pesquisada. Cabe esclarecer que a amostra do estudo representou mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids, em acompanhamento clínico-ambulatorial em três SAEs do município de São Paulo, cujo total de pacientes sob tratamento estava prejudicado por abandonos, transferências e/ou óbitos subnotificados.

7. CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos e considerando-se os objetivos propostos no presente estudo, conclui-se que:

As características sociodemográficas e clínicas encontradas vão ao encontro de algumas características da epidemia de aids, como a pauperização, a heterossexualização e o envelhecimento, já que um percentual expressivo de mulheres possuía menos de 8 anos de escolaridade (63,5%), renda per capita mensal ≤ a 1 salário-mínimo (71,7%), não possuía ocupação (31,0%), e adquiriram a infecção pelo HIV por via sexual (92,0%).

Quando a abordagem recai sobre os fatores clínicos, verifica-se que tinham ciência do diagnóstico de HIV/aids há mais de 5 anos (56,5%), utilizavam medicamentos antirretrovirais há mais de 5 anos (60,9%), enquanto que as condições de saúde, observadas também pelos indicadores objetivos como a contagem de células CD4, a carga viral e a presença de doenças associadas, eram satisfatórias uma vez que 89,0% das mulheres avaliadas apresentaram de boa a excelente percepção do seu estado de saúde. Some-se o fato de que 53,5% tinham CD4 maior que 500 células/mm^3, 71,0% tinham carga viral indetectável e 59,5% não relataram comorbidades associadas.

Em relação aos comportamentos em saúde, a maioria das respondentes não usava cigarro, bebida alcoólica, nem drogas ilícitas, porém em relação à proteção nas relações sexuais, dentre as respondentes que eram sexualmente ativas (n=70), 25,7% não utilizavam preservativo nas relações.

No que se refere aos fatores psicossociais estudados, observa-se nível de autoestima satisfatório, especialmente se comparado aos resultados publicados na literatura nacional e internacional. Com relação à esperança observa-se, de forma geral, um nível semelhante ou inferior aos estudos internacionais, salvo algumas exceções (casos de afecções cardíacas, fibrose cística e câncer de pulmão). Vale destacar que a afirmativa da EEH com maior escore médio na EEH foi "*Eu tenho uma fé que me conforta*", sinalizando que questões referentes à religiosidade e espiritualidade das pessoas que vivem com HIV/aids devem ser investigadas e assistidas, para se buscar melhor nível de esperança e QV. Em relação à EAER, um número representativo de mulheres concordou com a afirmativa "*Eu gostaria de ter*

mais respeito por mim mesma”, sugerindo que os profissionais de saúde devem estar atentos a esta questão.

A QVRS das mulheres investigadas foi mensurada por instrumentos multidimensionais, confiáveis e válidos, através dos quais se verificou que as questões financeiras e de sigilo foram as que mais comprometeram a QVRS das respondentes, corroborando os achados da literatura. Sabe-se que a aids é uma doença estigmatizante e que as questões socioeconômicas influenciam substancialmente na adoção de medidas preventivas e de melhorias nas condições de saúde da população afetada. Na perspectiva da aplicação do SF-12, verifica-se que a saúde física e mental das mulheres avaliadas encontra-se abaixo dos parâmetros americanos, porém, se comparados a outros estudos internacionais realizados com pessoas infectadas pelo HIV, os escores médios obtidos no presente estudo são superiores ou semelhantes. Por sua vez, a aplicação do HAT-QoL, os domínios com pontuações médias mais elevadas foram Confiança no profissional (79,79) e Preocupações com a medicação (76,49), indo ao encontro dos achados publicados na literatura nacional e internacional.

Na descrição das correlações entre os instrumentos de avaliação da QVRS SF-12 e HAT-QoL, verifica-se correlação positiva significante entre os componentes do SF-12 e a maioria dos domínios do HAT-QoL, com exceção da Aceitação do HIV, Preocupações com o sigilo, Confiança no profissional e Função sexual, o que aponta para a medida de atributos de QVRS pouco presentes no SF-12, já que abordam questões específicas do HIV/aids.

Na análise das correlações entre os instrumentos de QVRS SF-12 e HAT-QoL e as escalas de mensuração da esperança e autoestima (EEH e EAER, respectivamente), identificou-se correlação positiva significante entre os componentes do SF-12 e os escores da esperança e da autoestima. Além disso, observou-se também correlação positiva significante entre os domínios do HAT-QoL e a esperança (exceto Função sexual e Confiança no profissional, com tendência à associação neste último), e a autoestima (exceto Preocupações com o sigilo e Confiança no profissional).

Na comparação das médias da QVRS, segundo as variáveis esperança e autoestima, verifica-se que as mulheres com pontuações médias mais baixas na EEH (mediana < 37,0), apresentam escores mais baixos de QVRS, com significância

estatística nos componentes do SF-12 e na maioria dos domínios do HAT-QoL, exceto Preocupações com o sigilo, Confiança no profissional, Função sexual e Aceitação do HIV, com tendência à associação neste último (p=0,069). Quanto à autoestima, as mulheres com médias mais baixas na EAER (mediana < 33,0) apresentam escores médios no SF-12 e HAT-QoL mais baixos, com exceção do domínio Confiança no profissional do HAT-QoL. A significância estatística das comparações se confirma entre a autoestima e os componentes do SF-12, e também com os domínios do HAT-QoL, exceto em Preocupações com a medicação, Aceitação do HIV, Preocupações com o sigilo e Confiança no profissional.

Na análise de regressão logística, a esperança é identificada como uma variável associada à QVRS na amostra estudada, especificamente no Componente físico do SF-12 e em quatro domínios do HAT-QoL (Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações com a medicação e Aceitação do HIV). A variável autoestima também é identificada como variável associada à QVRS das respondentes, especificamente no Componente mental do SF-12 e em três domínios do HAT-QoL (Função geral, Preocupações financeiras e Função sexual). Neste sentido, a hipótese de que a esperança e a autoestima influenciam a QVRS das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids se confirma.

Na análise dos fatores sociodemográficos e clínicos associados à QVRS, verifica-se que as variáveis hipotetizadas como relacionadas à QVRS confirmam-se na análise de regressão logística, já que dentre os fatores sociodemográficos, a idade se mostrou associada ao domínio Função sexual do HAT-QoL, enquanto o estado marital se associa ao domínio Preocupações com a saúde, Confiança no profissional e Função sexual do HAT-QoL; e a renda per capita mensal se associa à QVRS no Componente físico do SF-12 e no domínio Preocupações financeiras do HAT-QoL. Cabe destacar que as variáveis idade e estado marital influenciam negativamente a QVRS, ou seja, a idade mais elevada e a presença de companheiro fixo influenciam negativamente os domínios da QVRS supracitados.

A variável escolaridade não se associa conjuntamente com outras variáveis na análise de regressão, porém observa-se na comparação das médias da QVRS, segundo os anos de escolaridade, que as mulheres com 8 anos ou mais de escolaridade apresentam maiores escores médios no SF-12 e nos domínios do HAT-QoL, com exceção dos domínios Aceitação do HIV, Confiança no profissional e

Função sexual. A significância estatística se confirmou em três domínios do HAT-QoL.

Vale informar que na comparação das médias da QVRS avaliadas pelo SF-12 e HAT-QoL, segundo as variáveis sociodemográficas, observam-se diferenças estatisticamente significantes nas variáveis estado marital (Confiança no Profissional e Função sexual do HAT-QoL), estudo (Preocupações financeiras do HAT-QoL), anos de escolaridade (Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras e Preocupações com a medicação do HAT-QoL) e renda per capita mensal (Componente físico do SF-12 e os domínios Satisfação com a vida e Preocupações financeiras do HAT-QoL).

No que se refere aos fatores clínicos, verifica-se, na análise de regressão, que as variáveis que se associam à QVRS das respondentes são: autopercepção do estado de saúde (Componente físico do SF-12 e Função geral e Satisfação com a vida do HAT-QoL), contagem de células CD4 (Componente físico e mental do SF-12 e Preocupações com a saúde e Aceitação do HIV do HAT-QoL), fase da infecção pelo HIV (Confiança no profissional), comorbidades (Preocupações com o sigilo), uso de ARV (Componentes físico e mental do SF-12 e Função geral do HAT-QoL), e tempo de TARV (Componente mental do SF-12). Dentre os fatores clínicos associados, a maioria dos aspectos supracitados influenciam positivamente a QVRS das mulheres com HIV/aids com 50 anos e mais, exceto tempo de tratamento de TARV. A variável carga viral não se constitui como fator associado à QVRS na análise de regressão, mas na comparação das médias da QVRS. À luz dessa variável, observa-se que as mulheres com carga viral indetectável apresentam maiores escores médios de QVRS no SF-12 e na maioria dos domínios do HAT-QoL, exceto Preocupações financeiras e Função sexual, com significância estatística nos domínios Preocupações com a saúde e Preocupações com a medicação.

Cabe ainda informar que, na comparação das médias da QVRS avaliadas pelo SF-12 e HAT-QoL, segundo as variáveis clínicas de interesse, observam-se diferenças estatisticamente significantes nas variáveis autopercepção do estado de saúde (Componentes do SF-12 e Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras e Preocupações com a medicação do HAT-QoL), contagem de CD4 (Componentes do SF-12 e Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, preocupações financeiras, Preocupações com a

medicação e Aceitação do HIV do HAT-QoL), tempo de conhecimento da infecção pelo HIV (Preocupações com a saúde e Preocupações com o sigilo do HAT-QoL), classificação atual do doença (Confiança no profissional), uso de ARV (Componente físico do SF-12 e Preocupações com a saúde do HAT-QoL), e tempo de TARV (Componentes do SF-12 e Satisfação com a vida e Preocupações com a saúde do HAT-QoL). Vale reiterar que os fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais hipotetizados como variáveis que influenciam a QVRS das mulheres a partir de 50 anos, com HIV/aids, encontram-se comprovados neste estudo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infecção pelo HIV influencia diversos aspectos da vida dos indivíduos, especialmente das mulheres, que vivem com o vírus sob múltiplas consequências biopsicossociais. Nesse sentido, a equipe de saúde deve estar preparada para assistir essa população, na busca da otimização de atributos da QVRS que estejam preservados e na melhoria dos domínios prejudicados. A mensuração da QV pode auxiliar na avaliação do impacto de condutas, políticas e tratamentos e no planejamento de ações e serviços, já que o principal objetivo a ser buscado na assistência ao doente crônico não é a cura, mas sim a manutenção de uma boa QVRS. É notável que, com o advento da TARV, garantiu-se maior longevidade às pessoas com HIV/aids, porém se mantém elevado o custo para a QVRS.

Neste estudo, observou-se que diversos fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais influenciaram a QVRS das mulheres a partir de 50 anos com HIV/aids. Dentre os aspectos clínicos analisados, cabe destacar que a autopercepção do estado de saúde como bom, muito bom ou excelente, maior contagem de células CD4, o uso de ARV e a ciência da infecção pelo HIV há mais tempo influenciam positivamente na QVRS das respondentes. Além disso, a esperança e a autoestima também são fatores psicossociais que influenciam positivamente a QVRS dessas mulheres. Neste contexto, cabe destacar que na assistência às pessoas com HIV/aids devem-se considerar tais fatores, especialmente entre as mulheres na faixa etária de interesse com HIV/aids, uma vez que elas frequentemente apresentam pior QVRS quando comparadas aos homens, e para elas, as alterações funcionais decorrentes do processo de envelhecimento tornam-se mais evidentes.

No contexto brasileiro, novas pesquisas acerca da QVRS, da esperança e da autoestima de pessoas que vivem com HIV/aids devem ser realizadas, especialmente estudos de intervenção que propiciem melhorias na prática assistencial. Associado a isso, torna-se premente sensibilizar os profissionais de saúde acerca da sexualidade das pessoas na maturidade e velhice, dos crescentes números de casos de HIV/aids nesta faixa etária, da diminuição da relação de casos entre homens e mulheres, e da necessidade de elaboração de estratégias para abordar esta temática com os idosos, para que façam uso de proteção nas relações sexuais.

Considera-se necessária a inclusão da família como suporte instrumental e afetivo no cuidado da pessoa que vive com HIV/aids e que o atendimento a estas

pessoas seja realizado por equipes interdisciplinares que promovam o cuidado integral, devendo aqui ser salientado que o estigma e o preconceito vivenciado por esta população, em especial o sigilo sobre a infecção, são fatores que mais prejudicam a QVRS, trazendo consequências para a vida social, afetiva e profissional.

Os fatores sociodemográficos (idade, estado marital, anos de escolaridade e renda per capita mensal), clínicos (tempo de conhecimento do diagnóstico, fase da infecção pelo HIV, número de células CD4, carga viral, presença de comorbidades, uso de medicamentos antirretrovirais e tempo de tratamento com antirretrovirais) e psicossociais (esperança e autoestima) se associaram à QVRS das mulheres com 50 anos ou mais com HIV/aids, verificadas na análise de regressão logística multivariada, na correlação entre os instrumentos utilizados e/ou na comparação das médias da QVRS segundo os fatores supracitados. Frente ao exposto, as hipóteses do presente estudo se comprovam na população estudada.

9. REFERÊNCIAS

Abasiubong F, Ekott JU, Bassey EA, Etukumana EA, Edyang-Ekpa M. Quality of life in people living with HIV/AIDS in Niger Delta region, Nigeria. J Ment Health. 2010;19(2):211-8.

Adewuya AO, Afolabi MO, Ola BA, Ogundele OA, Ajibare AO, Oladipo BF, et al. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after stigma related events in HIV infected individuals in Nigeria. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44:761-6.

Alberto J, Joyner B. Hope, optimism, and self-care among Better Breathers Support Group members with chronic obstructive pulmonary disease. Appl Nursing Res. 2008; 21 (4):212-17.

Alencar TDM. A vida crônica é novidade na aids: as transformações da aids aguda para a aids crônica, sob o ponto de vista dos pacientes [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

Andrade D, Angerami ELS. A autoestima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. Rev Lat Am Enfermagem. 2001; 9(6): 37-41.

Apolone G, Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. Nephrol Dial Transplant. 1998; 13:65-9.

Araújo VLB, Brito DMS, Gimeniz MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da aids na terceira idade em um hospital de referência do estado do Ceará, Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(4):544-54.

Araújo CLO, Moura LF, Cardoso NA. Caracterização do portador de HIV/AIDS acima de 50 anos. Rev Kairós. 2009;12(2):173-82.

Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approaches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. Rev Prevenir. 1997; 33:77-86.

Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Adaptação transcultural da escala de autoestima para adolescentes. Psicol: Reflex Crit. 2007; 20(3): 397-405.

Balsanelli ACS, Grossi SAA, Herth KA. Cultural adaptation and validation of the herth Hope Index for portuguese language: study in patients with chronic illness. Texto Contexto - Enferm. 2010; 19(4): 754-761.

Barbosa RM. HIV/AIDS, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: ABIA; 2000. (Saúde Sexual e Reprodutiva, 2) [citado 2011/07/01]. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20saude%20sexual%20N2.pdf

Barry DT, Goulet JL, Kerns RK, Becker WC, Gordon AJ, Justice AC, et al. Nonmedical use of prescription opioids and pain in veterans with and whithout HIV. Pain. 2011;152:1133-8.

Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. Palliat Med. 2005; 19(3): 234-240.

Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. Res Nurs Health. 2001; 24(6): 518–29.

Bertoncini BZ, Moraes KS, Kulkamp IC. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19(2):75-9.

Bluvol A, Ford-Gilboe M. Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. J Adv Nurs. 2004; 48(4): 322-32.

Branden N. Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo. 35ªed. São Paulo: Saraiva; 2000. 144p.

Braga PE, Cardoso MRA, Segurado AC. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(11):2653-2662.

Braithwaite RS, Goulet J, Kudel I, Tsevat J, Justice AC. Quantifying the decrement in utility from perceived side effects of combination antirretroviral therapies in patients with HIV. Value Health. 2008;11(5):975-79.

Brambatti LP. Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids em Maputo, Moçambique [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde; n. 1, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde; n.1., 2010.

Briongos Figuero LS, Bachiller Luque P, Palacios Martin T, González Sagrado M, Eiros Bouza JM. Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. HIV Med. 2011;12:22-30.

Brito AM. A epidemia de AIDS em Pernambuco: sobrevida dos doentes no período de 1983 a 1995 [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop. 2000;34(2):207-17.

Brito TRP, Vilela MP, Goyatá SLT, Arantes CIS. Avaliação da auto-estima de portadores de HIV/aids do município de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Rev Gaúcha Enferm.2009;30(2):190-7.

Bucciardini R, Murri R, Guarnieri M, Starace F, Martini M, Vatrella A et al. ISSQoL: a new questionnaire for evaluation the quality of life of peolple living with in the HAART era. Qual Life Res. 2006; 15: 377-90.

Buckley J, Herth K. Fostering hope in terminally ill patients. Nurs Stand. 2004; 19(10): 33-41.

Bugge H, Negaard A, Skeie L, Bergensen B. Hyaluronic acid treatment of facial fat atrophy in HIV-positive patients. HIV Med. 2007;8:475-82.

Caldas JMP, Gessolo KM. AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. In: Anais do 7º HIV – AIDS Virtual Congress: o VIH /SIDA na criança e no idoso; 2006 13 out – 1 dez; Santarém. [evento na Internet]. Santarém; SIDAnet; 2007. [citado 2011 ago 20]. Disponível em: http://www.aidscongress.net/html/livro7congresso.pdf

Call SA, Klapow JC, Stewart KE, Westfall AO, Mallinger AP, DeMasi RA, Centor R et al. Health-related quality of life and virologic outcomes in an HIV clinic. Qual Life Res. 2000; 9(9): 977-85.

Calvetti PU. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas que vivem com HIV/Aids [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

Calza L, Manfredi R, Pocaterra, Chiodo F. Risk of premature atherosclerosis and ischemic heart disease associated with HIV infection and antirretroviral therapy. J Infect. 2008; 57(1): 16-32.

Camelier AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.

Campolina AG, Ciconelli RM. O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação de qualidade de vida. Acta Reumatol Port. 2008;33:127-133.

Carvalho CML, Braga VAB, Galvão MTG. AIDS e saúde mental: revisão bibliográfica. DST - J Bras Doenças Sex Transm. 2004;16(4):50-5

Carvalho MP, Oliveira Filho RS, Gomes HC, Heiga DF, Juliano Y, Ferreira LM. Autoestima em pacientes com carcinomas de pele. Rev Col Bras Cir. 2007; 34(6): 361-6.

Carvalho CML, Galvão MTG, Silva RM. Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):94-100.

Casado A. Measurement of quality of life individuals: perpectives & future directions. Indian J Med Res. 2005; 122:282-84.

Castrighini C, Gir E, Neves L, Reis R, Galvão M, Hayashido M. Depression and self-esteem of patients positive for HIV/AIDS in na inland city of Brazil. Retrovirology. 2010;7(Suppl.1):66.

Cavaco VSJ, Guerreiro José HM, Pires Louro SPRL, Ludgero AFA, Martins AFM, Santos MCG. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. Rev Referência. 2010;2(12):93-103.

Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. Rev Bras Enferm. 2007; 60(2):145-9.

Cedaro JJ. 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.

Chachamovich E, Trentini C, Fleck MPA. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: Neri AL, organizadora. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; 2007. p. 61-82.

Chandra PS, Satishchandra VP, Satish KS, Kum M. Do Men and Women with HIV Differ in Their Quality of Life? A Study from South India**.** AIDS and Behav. 2009; 13(1): 110-7.

Chapman, KJ, Pepler C. Coping, hope, and anticipatory grief in family members in palliative home care. Cancer Nurs. 1998; 21(4): 226-34.

Chariyalertsak S, Wansom T, Kawichai S, Ruangyuttikarna C, Kemerer VF, Wu AW. Reliability and validity of Thai versions of the MOS-HIV and SF-12 quality of life questionnaires in people living with HIV/AIDS. Health Qual Life Outcomes. 2011;9(15):1-9.

Chen ML. Pain and hope in patients with cancer. Cancer Nurs. 2003; 26(1): 61-7.

Cheng ST, Siankam B. The Impacts of the HIV/AIDS Pandemic and Socioeconomic Development on the Living Arrangements of Older Persons in Sub-Saharan Africa: A Country-Level Analysis. Am J Community Psychol. 2009; 44(1-2): 136-47.

Chiou P, Kuo BI, Lee M, Chen Y, Wu S, Lin L. A program of symptom management for improving self-care for patients with HIV/AIDS. Aids Patient Care STDS. 2004;18(9):539-47.

Churchill DN. Psychosocial adaptation of dialysis patients. In: Nissensson AR, Fine RN, Gentile DE, editors. Clinical Dialysis. 3ª ed. Boston: Prentice-Hall; 1995. p. 827-38.

Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):576-81.

Couto Junior, EB. Abordagem não-paramétrica para cálculo do tamanho da amostra com base em questionários ou escalas de avaliação na área de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

Cowdery JE, Pesa JA. Assessing quality of life in women living with HIV infection. AIDS Care. 2002; 14(2):235-45.

Crothers K, Griffth TA, McGinnis KA, Rodriguez-Barradas MC, Leaf DA, Weissman S, et al. The impact of cigarette smoking on mortality, quality of life, and comorbid illness among HIV-positive veterans. J Gen Inter Med. 2005;20:1142-45.

Crum-Cianflone N, Hullsiek KH, Marconi V, Weintrob A, Ganesan A, Barthel V, et al. Trends in the Incidence of Cancers among HIV-Infected Persons and the Impact of Antirretroviral Therapy: A 20-Year Cohort Study. AIDS. 2009; 23(1): 41–50.

Davis B. Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. Clin Nurs Res. 2005; 14(3):253-72.

Dawson B, Trapp RG. Bioestatística básica e clínica. 3. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw –Hill; 2003.

Decarlo P, Linsk N. What are HIV prevention needs of adults over 50? In: Centers for Aids Prevention Studies [homepage na Internet] 2008. [acesso em 18 de setembro de 2009]. Disponível em: http://www.caps.ucsf.edu.

Delate T, Coons SJ. The discriminative ability of the 12-item short form health survey (SF-12) in a sample of persons infected with HIV. Clin Ther. 2000;22(9):1112-20.

Demmer C. Quality of life and risk perception among predominantly heterosexual, minority individuals with HIV/AIDS. Aids Patient Care STDS. 2001;15(9):481-89.

Dini GM. Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

Dourado I, Vera MAS, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Rev Saúde Pública. 2006; 40:9-17.

Duarte OS, Ciconelli RM. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida:genéricos e específicos. In: Diniz DP, Schor N. Guia de qualidade de vida. Barueri: Manole; 2006. p. 11-8.

Ebright PR, Lyon B. Understanding Hope and Factors That Enhance Hope in Women With Breast Cancer. Oncol Nurs Forum. 2002; 29(3): 561-8.

Emlet CA. Experiences os stigma in older adults living with HIV/AIDS: a mixed-methods analysis. Aids Patient Care STDS. 2007;21(10):740-52.

Evangelista LS, Doering LV, Dracup K, Vassilakis ME, Kobashigawa J. Hope, Mood States and Quality of Life in Female Heart Transplant Recipients. J Heart Lung Transplant. 2003 ; 22(6): 681-86.

Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Soc Sci Med. 1995; 41 (10): 1439-46.

Feitoza AR, Souza AR, Araújo MFM. A magnitude da infecção pelo HIV – Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza – CE. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2004; 16(4):32-37.

Fernandes AMS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cad Saúde Pública. 2000; 16(Supl.1):103-12.

Fernandes WC. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino submetidas à radioterapia [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Ferreira E. Adaptação cultural da Burn Specific Health Scale – Revised (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Ferreira FC, Nichiata LYI. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3): 483-9.

Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WOQOL, módulo, espiritualidade, religiosidades e crenças pessoais. Rev Saúde Pública. 2003; 37(4):446-55.

Fong DYT, Lam CLK, Mak KK, Lo WS, Lai YK, Ho SY, Lam TH. The Short Form-12 Health Survey was a valid instrument in Chinese adolescents. J Clin Epidemiol. 2010; 63(9): 1020-9.

Fonseca MG, Bastos FI, Derriço M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cad Saúde Pública. 2000; 16(Supl. 1):77-87.

Forbes MA. Hope in the older adult with chronic illness: a comparison of two research methods in theory building. ANS Adv Nurs Sci. 22(2):74-87, 1999.

Fowler SB. Hope and a Health-Promoting Lifestyle in Persons with Parkinson's Disease**.** J Neurosc Nurs. 1997; 29(2): 111-6.

Frain MP. Family resiliency, uncertainty, optimism, and the quality pf life of individuals with HIV/AIDS [thesis]. Madison: University of Wisconsin-Madison; 2003.

Galvão MTG. Aplicação do instrumento do HAT-QoL para análise da qualidade de vida de mulheres com infecção pelo HIV ou com aids, e sua correlação com as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2002.

Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Machado JM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/Aids através do HAT-QoL. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):430-7.

García Ordóñez MA, Mansilla Francisco JJ, Nieto Aragón E, Cereto MR, Salas Samper F, Vallejo Díaz M, Martínez González J. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el cuestionario de salud SF-36. An Med Interna. 2001; 18(2): 74-9.

Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1): 230-6.

Gelling L, Iddon J, McVicar A, Pickard JD. CSF circulation disorders : measuring progress in patients through quality of life and hope. J Clin Nurs. 2004; 13:589-600.

Geocze L, Mucci S, De Marco MA, Nogueira-Martins LA, Citero VA. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. Rev Saúde Pública. 2010: 44(4): 743-9.

Gil NLM. Qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV com ou sem tratamento anti-retroviral [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2009.

Gil NLM, Souza LR. Qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV relacionada com as características sociodemográficas e clínicas. Cienc Cuid Saúde. 2010;9(4):697-703.

Gill CJ, Griffith JL, Jacobson D, Skinner S, Gorbach SL, Wilson IB. Relationship of HIV viral loads, CD4 counts, and HAART use to health-related quality of life. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002; 30(5):485-92.

Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life measurements. JAMA. 1994;272: 619-26.

Gir E, Canini SRMS, Carvalho MJ, Palos MAP, Reis RK, Duarte G. A parceria sexual na visão de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana – HIV. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(1): 53-57.

Globe DR, Hays RD, Cunninghan WE. Associations of clinical parameters with heatlh-related quality of life in hospitalized persons with HIV disease. AIDS Care. 1999; 11(1): 71-86.

Graney MJ. Nomogram for Obtaining z-Test Statistic from Spearman rs and Sample Size 10 to 1000. Teach Sociol. 1978;5(2):201-210.

Greef M, Uys LR, Wantland D, Makoae L, Chirwa M, Dlamini P, et al. Perceived HIV stigma and life satisfaction among persons living with HIV infection in five African countries: a longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2010;47:475-86.

Gross JB. Estudo de pacientes portadores de HIV/aids após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Guimarães MMM, Greco DB, Oliveira Júnior AR, Penido MG, Machado LJC. Distribuição da gordura corporal e perfis lipídico e glicêmico de pacientes infectados pelo HIV. Arq Bras Endocrinol Metab. 2007; 51:42-51.

Guyatt GH, Feeny D, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993; 118: 622-29.

Hair JF, Anderson RE, Tathan RL, Black WC. Análise multivariada de dados. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593p.

Han C, Pulling CC, Telke SE, Hullsiek KH. Assessing yhe utility of five domains in SF-12 health status questionnaire in an AIDS clinical trial. AIDS. 2002;16(3):431-39.

Harrison KM, Ling Q, Song R, Hall I. County-Level Socioeconomic Status and Survival After HIV Diagnosis, United States. AEP. 2008; 18(12): 919–27.

Hasanah CI, Zaliha AR, Mahiran M. Factors influencing the quality of life in patients with HIV in Malaysia. Qual Life Res. 2011; 20:91–100.

Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. J Adv Nurs. 1992; 17:1251-9.

Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. J Adv Nurs. 2000; 32(6): 1431-41.

Hoffman CH, McFarland BH, Kinzie D, Bresler L, Rakhlin D, Wolf S, Kovas AE. Psychometric properties of a Russian version of the SF-12 Health Survey in a refugee population. Compr Psychiatry. 2005;46:390–397.

Holmes WC, Shea JA. Performance of a new, HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument in asymptomatic seropositive individuals. Qual Life Res. 1997;6:561-71.

Holmes WC, Shea JA. A new HIV/AIDS- Targeted Quality of Life (HAT-QoL) Instrument: development, reliability and validity. Med Care. 1998; 36(2): 138-54.

Holmes WC, Shea JA. Two approaches to measuring quality of life in the HIV/AIDS population: HAT-QoL and MOS-HIV. Qual Life Res. 1999;8:515-27.

Holmes WC, Bilker WB, Wang H, Chapman J, Gross R. HIV/AIDS-specific quality of life and adherence to antirretroviral therapy over time. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;46(3):323-27.

Holmes WC, Ruocco JE. Test-retest evaluation of HAT-QoL and SF-36 in an HIV-seropositive sample. AIDS Care. 2008; 20(9): 1084-92.

Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Wiley-Interscience Publication John Wiley and Sons; 1989. 307p.

Hsiung PC, Fang CT, Chang YY, Chen MY, Wang JD. Comparison of WHOQOL-bref and SF-36 in patients with HIV infection. Qual Life Res. 2005; 14(1):141-50.

Hsiung PC, Fang CT, Lee KL, Sheng WH, Wu CY, Wang JD, Yao G. Validation of the medical outcomes study HIV (MOS-HIV) health survey among HIV-infected patients in Taiwan. Qual Life Res. 2011; 20: 281-6.

Hsu T, Lu MS, Tsou TS, Lin CC. The Relationship of Pain, Uncertainty, and Hope in Taiwanese lung cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2003; 26(3):835-42.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 384p.

Inelmen EM, Gasparine G, Enzi G. HIV/aids in older adults. Geriatrics. 2005; 60(9): 26-30.

Ion A, Cai W, Elston D, Pullenayegum E, Smaill F, Smieja M. A comparison of the MOS-HIV and SF-12v2 for measuring health-related quality of life of men and women living with HIV/AIDS. Aids Res Ther. 2011;8(5):1-9.

Jia H, Uphold CR, Wu S, Chen GJ, Duncan PW. A. Predictors of change in health-related quality of life among men with HIV infection in the HAART era. AIDS Patients Care STDS. 2005; 19(6): 495-505.

Jia H, Uphold CR, Zheng Y, Wu S, Chen GJ, Findley K, Duncan PW. A further investigation of quality of life over time among men with HIV infection in the HAART era. Qual Life Res. 2007; 16:961-8.

Joyce GF, Goldman DP, Leibowitz AA, Alpert A, Bao Y. A socioeconomic profile of older adults with HIV. J Health Care Poor Underserved. 2005; 16:19-28.

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

Kalichman SC, Heckman T, Kochman A, Sikkema K, Bergholte J. Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV/AIDS. Psychiatr Serv. 2000;51(7):903-7.

Kalipeni E, Ghosh J. Concern and practice among men about HIV/AIDS in low socioeconomic income areas of Lilongwe, Malawi. Soc Sci Med. 2007;64: 1116–27.

Keleekai NL. Associations between engagement in the patient-provider relationship and quality of life and adherence among persons living with HIV/AIDS [thesis]. Oshio: College of Nursing, Oshio Stae University; 2004.

Kemppainen JK. Predictors of Quality Of Life in AIDS Patients. J Assoc Nurses AIDS Care. 2001;12(1):61-70.

Kirshner B, Guyatt G. A methodologic framework for assessing health indices. J Chronic Dis. 1985; 38: 27-36.

Korthuis PT, Tozzi MJ, Nandi V, Fiellin DA, Weis L, Egan JE, et al. Improved quality of life for opioid-dependent patients receiving buprenorphine treatment in HIV clinics. Journal Acquir Imune Defic Syndr. 2011;56 (suppl 1):39-45.

Kohli RM, Sane S, Kumar K, Paranjape RS, Mehendale SM. Assessment of quality of life among HIV-infected persons in Pune, India. Qual Life Res. 2005; 14: 1641-7.

Kudel I, Farber SL, Mrus JM, Leonard AC, Sherman SN, Tsevat J. Patterns of responses on health-related quality of life questionnaires among patients with HIV/AIDS. J Gen Intern Med. 2006;21:S48-55.

Kurtner NG. Assessing end-stage renal disease disease patients functioning and well-being: Measurement approaches and implications for clinical practice. Am J Kidney Dis. 1994; 24: 321-33.

Leite LHM, Sampaio ABMM. Risco cardiovascular: marcadores antropométricos, clínicos e dietéticos em indivíduos infectados pelo vírus HIV. Rev Nutr Campinas. 2011; 24(1):79-88.

Levin J, Fox J. Estatística para ciências humanas. 9ª ed. São Paulo: Pearson-Prentice Hall, 2004. 497p.

Lima DA. A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia de aids: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Lima TC. Elaboração, validação e aplicação de um instrumento para caracterização de uma população com 50 anos ou mais portadora do HIV/Aids [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Linnemayr S, Lawson BS, Glick P, Wagner G. Economic status and coping mechanisms of individuals seeking HIV care in Uganda. J Afr Econ. 2011; 20(3): 505-29.

Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. Desenhos não experimentais; p. 110-121.

Lopes F. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Louwagie GM, Bachmann MO, Meyer K, Booysen FR, Fairall LR, Heremis C. Highly active antirretroviral treatment and health related quality of life in South African adults with human immunodeficiency virus infection: a cross sectional analytical study. BMC Public Health. 2007; 7(147):244.

Maclean MJ, Clapp C. HIV/aids and aging. J Can Geriat Soc 2001. sn: 75-8.

Mack JW, Wolfe J, Cook EF, Grier HE, Cleary PD, Weeks JC. Hope and prognostic disclosure. J Clin Oncol. 2007; 25: 5636-42

Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antirretroviral therapy is related to adherence. Aids Care. 2005;17(1):10-22.

Martins JT, Garanhani ML, Robazzi MLC, Santos WC. Significados de qualidade de vida para mulheres convivendo com AIDS. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(4):619-25.

Mathias AERA. Qualidade de vida de mulheres com infecção pelo HIV [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2010.

Mattioli J, Repinski R, Chappy SL. The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. Oncol Nurs Forum. 2008; 35(5): 822-9.

Medeiros M. Auto-estima. Sexol Soc. 1995; 1(1): 96-9.

Meirelles BHS, Silva DMGV, Vieira FMA, Souza SS, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. Rev Rene Fortaleza. 2010; 11(3): 68-76.

Miller J. Hope: a construct central to nursing. Nurs Forum. 2007; 42(1): 12-9.

Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. BMC Public Health. 2009; 9: 341-50.

Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Cienc Saúde Colet. 2007; 12(2): 363-72.

Moyer CA, Ekpo G, Calhoun CL, Greene J, Naik S, Sippola E, Stern DT, et al. Quality of life, optimism/pessimism, and knowledge and attitudes toward HIV screening among pregnant women in Ghana. Women's Health Issues. 2008;18:301-9.

Moser AMM, Traebert J. Adaptação transcultural do questionário HIV/AIDS-Target Quality of Life para avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/aids. Cienc Saúde Colet. 2011; 16(Supl.1): 1357-62.

Mrus JM, Williams PL, Tsevat J, Cohn SE, Wu AW. Gender differents in health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. Qual Life Res. 2005; 14: 479-91.

Mrus JM, Sherman KE, Leonard AC, Sherman SN, Mandell KL, Tsevat J. Heath values of patients coinfected with HIV/hepatitis C: are two viruses worse than one? Med Care. 2006;44(2): 158-66.

Msisha WM, Kapiga SH, Earls F, Subramanian SV. Socioeconomic status and HIV serioprevalence in Tanzania: a counterintuitive relationship. Int J Epidemiol. 2008; 37: 1297 - 1303.

Murri R, Fantoni M, Del Borgo C, Visona R, Barracco A, Zambelli A et al. Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. AIDS Care. 2003; 15(4):581-90.

Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B, Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005; 5(1): 77-86.

Nekolaichuk CL, Bruera E. Assessing hope at the end of life: Validation of an experience of hope scale in advanced cancer patients. Palliat Support Care. 2004; 2: 243-53.

Neri AL. Palavras chaves em gerontologia. Campinas: Alínea; 2008. Qualidade de Vida na Velhice. p. 162-5.

Newshan G. Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. J Adv Nurs. 1998; 28:1236-1241.

Nogueira Filho LN. Desafios do médico na manutenção da esperança dos pacientes gravemente enfermos. Rev Bras Saude Mater Infant. 2010; 10 (supl.2): 279-87.

Nokes KM, Coleman CL, Hamilton MJ, Corless IB, Sefcik E, Kirksey KM, et al. Age-related effects on symptom status and health-related quality of life in persons with HIV/AIDS. Appl Nurs Res. 2011;24:10-16.

Nojomi M, Anbary K, Ranjbar M. Health-Related Quality of Life in Patients with HIV/AIDS. Arch Iranian Med. 2008; 11 (6): 608 -12.

O'Cleirigh C, Safren SA. Demains of life satisfaction among patients living with HIV: a factor analytic study of the quality of life inventory. AIDS and Behav. 2006;10(1):53-8.

Oliveira JSC, Lima FLA, Saldanha AAW. Qualidade de vida em pessoas com mais de 50 anos HIV +: um estudo comparativo com a população geral. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2008: 20(3-4): 179-84.

Olivi M, Santana RG, Mathias TAF. Behavior, knowledge and perception of risks about sexually transmitted diseases in a group of people over 50 years old. Rev Lat Am Enfermagem. 2008; 16(4): 679-85.

Oursler KK, Goulet JL, Crystal S, Justice AC, Crothers K, Butt AA. Association of age and comorbiidity with physical function in HIV-infected and uninfected patients: results from the veterans adding cohort syudy. Aids Patient Care STDS. 2011;25(1):13-20.

Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo em São Paulo. Cad Saúde Pública. 2002; 18(6): 1609-20.

Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. Rev Psiq Clin. 2007; 34(1): 105-15.

Parse R. Hope: an international human becoming perspective. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 1999. 303p.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Rocha SM, orgnizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.79-84.

Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Rocha SM, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 147-53.

Peragallo NP, DeForge B, Torres S, Lirtmunlikaporn S, Ferrer L, Cianelli R, et al. Domestic Violence, Self-esteem, Depression, and Risk for HIV among Mexican women in the United States. In: The 129th Annual Meeting of APHA; 2001 Oct 21-25; Atlanta, GA. Atlanta: American Public Health Association; 2001.

Pereira ECA, Schmitt ACB, Cardoso MR, Aldrighi JM. Tendência da incidência e da mortalidade por aids em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa no Brasil, 1996-2005. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(5): 422-425.

Pereira JA, Marques RH, Fonseca LVL, Eleutério AM, Bonfim MLC, Dias OV. Infecção pelo HIV e Aids em município do norte de Minas Gerais. Rev APS. 2011; 14(1); 39-49.

Perez IR, Bãno RJ, Ruz MAL, Jimenez AA, Prados MC, Liaño JP et al. Health-related quality of life of patients with HIV: impact of sociodemographic, clinical and psychosocial fators. Qual Life Res. 2005; 14:1301-10.

Phaladze NA, Human S, Dlamini SB, Hulela EB, Hadebe IM, Sukati NA et al., Quality of life and the concept of “living well” with HIV/AIDS Sub-Saharan Africa. J Nurs Scholarsh. 2005; 37(2): 120-6.

Phillips KD, Sowell RL, Misener TR, Tavakoli A. Levels of hope in HIV-infected African-American women of reproductive age. Clin Excell Nurse Pract. 2000; 4(2): 90-97.

Phillips KD, Sowell RL, Rush C, Murdaugh C. Psychosocial and Physiologic Correlates of Perceived Health Among HIV-infected Women. Southern Online J Nurs Res. 2001; 3(2): 1-25.

Pipe TB, Kelly A, LeBrun G, Schmidt D, Atherton P, Robinson C. Prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. Medsurg Nurs. 2008; 17(4): 248-57.

Pires APM. O lugar da esperança: na aprendizagem do cuidado de enfermagem. Loures: Lusociência, 2006. 206p.

Pitts M, Grierson J, Misson S. Growing Older with HIV: a study of health , social and economic circumstances for people living with HIV in Australia over the age of 50 years. Aids Patient Care STDS. 2005;19(7):460-5.

Polletti R. O conceito de esperança nos cuidados de enfermagem. Servir. 1980; 29(3): 124-8.

Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EA, Carneiro RM. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(3): 338-51.

Prado G, Feaster DJ, Schwartz SJ, Pratt IA, Smith L, Szapocznik J. Religious Involvement, Coping, Social Support, and Psychological Distress in HIV - Soropositive African American mothers. AIDS Behav. 2004 Sep; 8(3): 221-35.

Préau M, Leport C, Salmon-Ceron D, Carrieri P, Portier H, Chene G et al. Health-related quality of life and patient provider relationship in HIV-infected patients during the first years after starting PI-containing antirretroviral treatment. AIDS Care. 2004; 16(5): 649-61.

Préau M, Protopopescu C, Spire B, Dellamonica P, Poizot-Martin I, Villes V, et al. La qualité de vie dês patients co-infectés par Le VIH et le VHC. Rev Epidemiol Sante Publique. 2006;54:1533-43.

Préau M, Protopopescu C, Spire B, Sobel A, Dellamonica P, Moatti J, et al. Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. Drug Alcohol Depend. 2007;86:175-82.

Reis RK. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordânca na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/aids [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Reis RK. Qualidade de vida de portadores do HIV/Aids: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais [teses]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

Reynolds M. Hope in adults, ages 20–59, with advanced stage cancer. Palliat Support Care. 2008; 6(3): 259-264.

Reynolds NR, Eller LS, Nicholas PK, Corless IB, Kirksey K, Hamilton MJ, et al. HIV Illness representation as a predictor of self-care management and health outcomes: a Multi-site, Cross-cultural study. AIDS Behav. 2009;13:258-67.

Rodrigues Júnior EA, Castilho EA. A epidemia da Aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço temporal. Rev Soc Bras Med Trop. 37(4): 312-7.

Rodrigues DAL. Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia de aids: proposta de jogo educativo para a estratégia saúde da família [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Rosenberg M. Society and adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press; 1965. 326p.

Rustoen T, Wiklund I, Hanestad BR, Moum T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. Cancer Nurs. 1998; 21(4): 235-45.

Rustoen T, Wahl AK, Hanesetad BR, Gjengedal E, Moum T. Expressions of hope in cystic fibrosis patients: a comparison with the general population. Heart Lung. 2004; 33(2): 111-18.

Sá AMS, Callegari FM, Pereira ET. Conviver com HIV/AIDS: concepções de pessoas com idade acima de 50 anos. Ser Social. 2007;21:259-84.

Sanatani M, Schreier G, Stitt L. Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. Support Care Cancer. 2008; 16:493-9.

Sanches RS. Lipodistrofia em pacientes sob terapia antirretroviral: subsídios para o cuidado de enfermagem a pacientes portadores do HIV-1 [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

Santos ECM, França Júnior I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids em São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007; 41(Supl.2):64-71.

Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. Rev Bras Geriatria Gerontologia. 2011;14(1):147-57.

Sartore A. Adaptação cultural e validação do Herth Hope Index para a língua portuguesa: estudo em pacientes com doença crônica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Seidl EMF, Trócoli BT. Desenvolvimento de Escala para Suporte Social em HIV/Aids. Psicol: Teoria Pesqu. 2006; 22(3):317-326.

Selli L, Cechin PL. Mulheres HIV/aids: silenciamento, dor moral e saúde coletiva. Mundo Saúde. 2005; 29(3):353-8.

Servellen GV, Chang B, Lombardi E. Acculturation, Socioeconomic Vulnerability, and Quality of Life in Spanish-Speaking and Bilingual Latino HIV-Infected Men and Women. West J Nurs Res. 2002; 24(3): 246-63.

Siegel K, Lekas HM, Schrimshaw EW. Serostatus disclosure to sexual partners by HIV-infected women before and after the advent of HAART. Women Health. 2005; 41(4):63-85.

Silva SL. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres de 50 a 59 anos [dissertação]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2006.

Silva J, Saldanha AAW, Azevedo RLW. Variáveis de impacto na qualidade de vida de pessoas acima de 50 anos HIV +. Psicol reflex crit. 2010;23(1):56-63.

Silva SFR, Pereira MRP, Motta Neto M, Ponte MF, Ribeiro IF, Costa PFTF, et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. RBAC.2010; 42(3): 209-212.

Skeie L, Bugge H, Negaard A, Bergensen BM. Large particle hyaluronic acid for the treatment of facial lipoatrophy in HIV-positive patients: 3-year follow-up stdy. HIV Med. 2010;11:170-7.

Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação da qualidade de vida em AIDS no Brasil. Rev Panam Salude Pública. 2009; 25(1): 69-76.

Solomon S, Venkatesh KK, Brown L, Verma P, Cecelia AJ, Daly C, et al. Gender-related differences in quality of life domains of persons living with HIV/AIDS in South India in the era prior to greater acess to antirretroviral therapy. AIDS Patient Care STDS. 2008; 22(12): 999-1005.

Sousa KH, Holzemer WL, Henry SB, Slaughter R. Dimensions of health-related quality of life in persons living with disease. J Adv Nurs. 1999; 29(1): 178-87.

Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev Saúde Pública. 2003; 37(3):364-71.

Souza CF. O uso/não uso de preservativo entre as mulheres residentes em Belo Horizonte e Recife, 2002: um estudo de fatores associados [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

Sowell R, Seals B, Moneyham L, Guillory J, Mizuno Y. Experiences of violence in HIV seropositive women in the south-eastern United States of America. J Adv Nurs. 1999;30(3):606-15.

Taylor TN, Dolezal C, Tross S, Holmes WC. Comparison of HIV/AIDS-specific quality of life change in Zimbabwean patients at western Medicine versus traditional African Medicine care sites. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008;49(5):552-56.

Taylor TN, Dolezal C, Tross S, Holmes WC. Reliability and validit of two HIV/AIDS-specific quality of life instruments adapted for use in HIV-positive Zimbabweans. AIDS Care. 2009;21(5):598-607.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. New Engl J Med. 1996; 334:835-40.

The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. Int J Ment Health. 1994; 23:24-56.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10): 1403-9.

Toledo LSG, Maciel ELN, Rodrigues LCM, Tristão-Sá R, Fregona G. Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. Rev Soc Bras Med Trop. 2010;43(3):264-7.

Trépaier LL, Rourke SB, Bayoumi AM, Halman MH, Krzyanowski S, Power C. The impact of neuropsychological impairment and depression on health-related quality of life in HIV-infection. J Clin Exp Neuropsychol.2005;27:1-15.

Tsevat J, Leonard AC, Szaflarski M, Sherman SN, Cotton S, Mrus JM et al. Change in quality of life after being diagnosed with HIV: a multicenter longitudinal study. AIDS Patient Care STDS. 2009; 23(11): 931-7.

Tunala LG. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. Rev Saúde Pública. 2002; 36: 24-31.

Updegraff JA, Taylor SE, Kemeny ME, Wyatt GE. Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. Pers Soc Psychol Bull. 2002; 28: 382-94.

Uphold C, Holmes W, Reid K, Findley K, Parada J. Healthy lifestyle and health-related quality of life among men living with HIV infection. J Assoc Nurses AIDS Care. 2007; 18(6): 54-66.

Utne I, Miaskowski C, Bjordal K, Paul SM, Jakobsen G, Rustoen T. The relationship between hope and pain in a sample of hospitalized oncology patients. Palliat Support Care. 2008; 6: 327-34.

Valadares ALR, Pinto-Neto AM, Abdo C, Melo VH. HIV em mulheres de meia-idade: fatores associados. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(1):112-115.

Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis; 2001; 38(3):443-64.

Valencia CP, Canaval GE, Marín D, Portillo CJ. Quality of life in persons living with HIV-AIDS in three healthcare instituitions of Cali, Colombia. Colomb Med. 2010;41(3):206-14.

Vargas TVP, Dantas RAS, Góis CFL. A autoestima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(1): 20-7.

Veras JF. Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea. Psicol Cienc Profissão. 2007; 27(2): 167-78.

Visintini R, Bagnato M. An assessment of self-esteem in HIV-positive patients. AIDS Care. 1995;7(Suppl.1):99-104.

Viswanathan H, Anderson R, Thomas J. Nature and correlates of SF-12 physical and mental quality of life components among low-income HIV adults using an HIV service center. Qual Life Res. 2005;14:935-44.

Vitale A, Genge A. Codman Award 2006: the experience of hope in ALS patients. Axone. 2007; 28(2): 27-35.

Volpone SD, Vosvick M. Self-efficacy, self-esteem, and acunpunture use and their relationship to mental health in HIV + adults. In: The 134th Annual Meeting of APHA; 2006 Nov 4-8; Boston, MA. Boston: American Public Health Association; 2006.

Wang LY, Chang PC, Shih FJ, Sun CC, Jeng C. Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanense patients awaiting heart transplantation. J Psychosom Res. 2006; 61: 485-91.

Warde Filho, MJ. Short Form-36, Escala de Auto-Estima Rosemberg, Body Shape Questionnaire e Escala de Depressão de Beck na lipoatrofia facial de pacientes com HIV/AIDS, após implante de polimetilmetacrilato [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2008.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD. The SF-12: how to score the SF-12 physical and mental health summary scales. Boston: The Health Institute, New England, Medical Center; 1995.

Weaver KE, Antoni MH, Lechner SC, Durán REF, Penedo F, Fernandez MI, et al. Perceived stress mediates the effects of coping on the quality of life of HIV-positive women on highly active antirretroviral therapy. AIDS Behav. 2004;8(2):175-183.

Weinberg A, Pott GB. Immunity to human immunodeficiency virus (HIV) in children with chronic HIV infection receiving highly active antirretroviral therapy. Clin Diagn Lab Immunol. 2003; 10: 821–5.

Wesley Y. Desire for children among black women with and whithout HIV infection. J Nurs Scholarsh. 2003;35(1):37-43.

Wong MD, Sarkisian CA, Davis C, Kinsler J, Cunningham WE. The association between life chaos, health care use, and health status among HIV-infected persons. Soc Gen Int Med. 2007;22:1286-91.

Wu AW, Hays RD, Kelly S, Malitz F, Bozzette SA. Applications of the medical outcomes study heath-related quality of life measures in HIV/AIDS. Qual Life Res. 1997;6:531-554.

Yadav, S. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. Qual Life Res. 2010 Mar; 19, 157-166.

Zimpel RR, Fleck MP. Quality of Life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. AIDS Care. 2007; 19(7): 923-30.

Zornitta M. Os novos idosos com aids: sexualidade e desigualdade à luz da bioética [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa "Qualidade de vida de mulheres com 50 anos ou mais infectadas pelo HIV/aids", que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/aids. Para isso, a senhora precisará responder 5 questionários com perguntas sobre seus dados pessoais, comportamentos em saúde, crenças e atitudes diante da doença e tratamento e sobre como a senhora vê sua qualidade de vida. Para responder esses questionários a senhora levará aproximadamente 1 (uma) hora de seu tempo. Esta pesquisa não oferece risco imediato à você, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à auto-avaliação de comprtamento, história de vida e infecção pelo HIV. O possível risco subjetivo se refere ai que a lembrança de sua história de vida e consequente infecção pelo HIV poderia causar. A qualquer tempo, a senhora poderá ter informações sobre o estudo. A senhora tem liberdade para não querer participar ou desistir a qualquer momento de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para seu atendimento no serviço. Seu nome não será divulgado e o que disser será somente de conhecimento da pesquisadora. Quando a pesquisa estiver pronta, os resultados serão apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

Este consentimento é composto por duas vias, sendo uma para a senhora e a outra ficará comigo.

Se tiver dúvidas pode me procurar no telefone (16) 88242813 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pelo telefone (11) 3397-2464 ou pelo e-mail smscep@gmail.com

Após ter sido convenientemente esclarecida pela pesquisadora, e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar da presente pesquisa.

Data: ___/___/___

_____	_____
Assinatura da entrevistada	Assinatura da pesquisadora

Número da Entrevista: _____
Data da Entrevista: ___/___/___

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento de Caracterização dos Sujeitos

1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

1.1. IDENTIFICAÇÃO

1.1.1. Qual é o seu estado civil? (1) casada (2) solteira (3) separada/divorciada/desquitada (4) viúva (5) amasiada (6) outro Qual?_____

1.1.2. Qual é a sua religião? (1) católico (2) evangélico (3) protestante (4) testemunha de Jeová (5) não tem religião (6) outra Qual?_____

1.1.3. Quantos anos você tem? _____ anos. (Data do nascimento: ____/____/____)

1.1.4. Você tem filhos? (1) não (2) sim. 1.1.3.1. Quantos? _____ filhos

1.1.5. Você estudou? (1) não (2) sim. 1.1.7.1. Até que série? _____ série (_____anos completos de estudo)

1.1.6. Qual é a sua profissão? _____

1.1.7. Como você ocupa a maior parte do seu tempo? _____

1.2. RENDA

1.2.1. Quantas pessoas moram com você? (1) mora sozinha (2) 1 a 3 pessoas (3) 4 a 6 pessoas (4) mais que 6 pessoas

1.2.2. Você é a principal responsável pelo sustento da casa? (1) sim (2) não

1.2.3. Qual a renda, em sua moradia, por mês? R$ _____(_____ salários-mínimos) (1) não sabe (2) não respondeu

1.2.4. Em momentos de dificuldade financeira, alguém ajuda você? (1) não (2) sim

1.2.4.1. Quem? (1) amigos (2) parceiro/a (3) familiares (4) outros_____

1.3. DADOS CLÍNICOS

A entrevistadora irá buscar esses dados junto ao prontuário médico do paciente:

1.3.1. Último resultado de carga viral do paciente: _____Data: _____

1.3.2. Último resultado de CD4 do paciente: _____ Data: _____

1.3.3. Classificação atual da doença (HIV/Aids): _____Data: _____

1.3.4. Já teve alguma doença oportunista relacionada ao HIV/Aids: (1) não (2) sim (3) não consta registro do(s) dado(s). **1.3.4.1. Se sim, quais?** _____

1.3.5. Apresenta alguma doença oportunista relacionadas ao HIV/Aids atualmente: (1) não (2) sim (3) não consta registro do(s) dado(s). **1.3.5.1. Se sim, quais?** _____

1.3.6. Faz uso de medicamentos antirretrovirais: (1) não (2) sim (3) não consta registro do(s) dado(s). **1.3.6.1. Se sim, quais?** _____

1.3.7. Apresenta outras patologias, não oportunistas, atualmente: (1) não (2) sim (3) não consta registro do(s) dado(s). **1.3.7.1. Se sim, quais?** _____

1.3.8. Faz uso de outros medicamentos, não antirretrovirais, atualmente: (1) não (2) sim (3) não consta registro do(s) dado(s). **1.3.8.1. Se sim, quais?** _____

2. COMPORTAMENTO EM SAÚDE

2.1. HÁBITOS

2.1.1. Você fuma? (1) não (2) sim

2.1.1.1. Há quanto tempo fuma? _____

2.1.1.2. Quantos cigarros você fuma por dia? _____

2.1.2. Você faz uso de bebida alcoólica? (1) não (2) sim

2.1.2.1. Há quanto tempo usa? _____

2.1.2.2. Quanto você bebe por dia? _____

2.1.3. Você faz uso de drogas? (1) não (2) sim

2.1.3.1. Há quanto tempo usa? _____

2.1.3.2. Que tipo de droga você usa? _____

2.1.3.3. Quantas vezes você usa por dia? _____

2.1.3.4. Você utiliza agulhas e seringas? (1) não (2) sim

2.1.3.5. Você compartilha agulhas e seringas? (1) não (2) sim

2.1.3.6. Onde você obtém as seringas e agulhas para uso? _____

2.2.SEXUALIDADE

2.2.1. Você ainda tem relação sexual? (1) não (2) sim

As perguntas do número 2.2.2 até 2.2.5.2.1 deverão ser feitas aos entrevistadas que ainda tem relação sexual

2.2.2.Quem é o seu parceiro sexual? (1) pessoas do mesmo sexo que o seu (2) pessoas de sexo diferente ao seu (3) pessoas do mesmo sexo e de sexo diferente ao seu

2.2.3. Você tem companheiro(a) fixo(a)? (1) não (2) sim **2.2.3.1. Há quanto tempo?** _____

2.2.3.2. Vivem sob o mesmo teto? (1) não (2) sim

2.2.4. Você se relaciona sexualmente com mais de uma pessoa atualmente? (1) não (2) sim

2.2.5. Você usa algum tipo de proteção nas relações sexuais atualmente? (1) não (2) sim

2.2.5.1. Quais? _____

2.2.5.2. Tem alguma dificuldade para utilizá-la (s)? (1) não (2) sim

2.2.5.2.1. Quais? _____

2.2.6. Antes de descobrir que era portadora do vírus HIV/Aids, você tinha relação sexual com mais de uma pessoa? (1) não (2) sim

2.2.7. Antes de saber que era portadora do vírus HIV/Aids você usava algum tipo de proteção em suas relações sexuais? (1) não (2) sim **2.2.8.1. Quais?** _____

2.2.7.2. Tinha dificuldade para utilizá-la (s)? (1) não (2) sim

2.2.7.2.1. Quais? _____

Se a entrevistada não usa/usava proteção em suas relações sexuais

2.2.8. Porque você não utiliza/utilizava proteção em suas relações sexuais? _____

_____

3. CRENÇAS E ATITUDES SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO

3.1. Há quanto tempo você ficou sabendo que tinha o HIV/Aids? (1) menos de 1 ano (2) de 1 a 3 anos (3) de 4 a 6 anos (4) de 7 a 9 anos (5) mais de 9 anos (6) não se lembra

3.2. Como você ficou sabendo que tinha HIV/Aids? (1) durante a consulta médica/coleta de exames de rotina (2) durante uma internação hospitalar (3) durante a gravidez (4) após solicitação de exames de sorologia por ter tido relacionamento com uma pessoa infectada com o HIV/Aids (5) outra maneira **Qual?** _____

3.3. Como você acredita ter pego o HIV/Aids? (1) relação sexual (2) transfusão de sangue (3) usando drogas injetáveis (4) outra maneira Qual (is)? _____

3.4. Você teve alguma complicação de sua saúde relacionada ao HIV/Aids? (1) não (2) sim

3.4.1. Qual (is)? (1) pneumonia (2) infecção nos olhos (3) diarréia (4) problema/infecção na cabeça (5) "sapinho" (6) linfoma/câncer (7) outros **Qual(is)?** _____

3.5. Atualmente, você tem alguma complicação de saúde relacionada ao HIV/Aids? (1) não (2) sim **3.5.1. Qual (is)?** (1) pneumonia (2) infecção nos olhos (3) diarréia (4) problema/infecção na cabeça (5) "sapinho" (6) linfoma/câncer (7) outros **Qual(is)?** _____

3.6. Há quanto tempo você começou o tratamento para o HIV/Aids? (1) menos de 1 ano (2) de 1 a 3 anos (3) de 4 a 6 anos (4) de 7 a 9 anos (5) mais de 9 anos (6) não se lembra

3.7. Com o tratamento que está recebendo para o HIV/Aids, você sente que: (1) melhorou (2) nem melhorou, nem piorou (3) piorou

3.8.Você abandonou o tratamento alguma vez? (1) não (2) sim

3.8.1. Por quê? _____

Se a entrevistada já abandonou o tratamento alguma vez, deve-se fazer as 3 próximas questões:

3.9. Quantas vezes você já abandonou o tratamento? _____ **3.9.1. Durante quanto tempo?** _____

3.10. Com o abandono houve alteração na sua doença? (1) não (2) sim **3.10.1. Quais?** _____

_____

3.11. O que fez você voltar a se tratar? _____

Anexo 2 – Quality Metric Health Outcomes ™ Scoring Software 4.0 – Installation Guide

QualityMetric
Health Outcomes Solutions

QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.0

Installation Guide

Renee N. Saris-Baglama, Ph.D.
Christopher J. Dewey, B.A.
Gordon B. Chisholm
Elise Plumb, B.S.
Jim King, B.S.
Mark Kosinski, M.A.
Jakob B. Bjorner, M.D., Ph.D.
John E. Ware, Jr., Ph.D.

Copyrights

Copyright© 2004, 2007, 2009, 2010
QualityMetric Incorporated
24 Albion Road, Bldg 400.
Lincoln, R.I. 02865, U.S.A.

All rights reserved.

SF-12® Health Survey and SF-36® Health Survey are registered trademarks of the Medical Outcomes Trust.

SF-8™ Health Survey, SF-10™ Health Survey for Children, SF-12v2® Health Survey, SF-36v2® Health Survey, Pain Impact Questionnaire™, Asthma Control Test™, Headache Impact Test™, Rhinitis Impact™ Survey and QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.0 are trademarks of QualityMetric Incorporated.

MOS 6-Item Sleep Scale and MOS 12-Item Sleep Scale are copyrights of RAND

Microsoft® Word™, Microsoft® Notepad, Microsoft® NET, Windows® Vista™, Windows® XP, Windows® 7 and Microsoft® Excel are trademarks or registered trademarks of Microsoft Corporation.

Contents

Section 1. Requirements 4
1.1 System Requirements 4
1.2 Hardware Requirements 4
1.3 Software Requirements 4
Section 2. Standard Installation Procedure 5
2.1 Introduction 5
2.2 Before You Begin 5
2.3 Product Licensing 5
2.4 Installation Procedure 6
Section 3. Starting the Application 9
3.1 Launching the Application for the First Time 9
3.2 Entering the Product Activation Key 9
3.3 Survey Options 10
Section 4. Troubleshooting Problems 11
4.1 .Net Framework Problems 11
4.2 Disk Space Problems 11
4.3 Permission Problems 11
4.4 User Account Control (UAC) Problems 12
4.5 Additional Support 12

Anexo 3 – HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument

1. As perguntas a seguir abordam aspectos relacionados ao seu estado e funcionamento geral nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física					
Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina					
Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes					
Nas últimas 4 semanas, senti que ter o HIV tem limitado o volume de trabalho que sou capaz de realizar em minhas atividades diárias de rotina/trabalho					
Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais					

2. As perguntas a seguir abordam aspectos relativos ao seu contentamento com a vida nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida					
Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida					
Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais					
Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável					

3. As perguntas a seguir abordam suas preocupações com a saúde nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria					

4. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações com aspectos financeiros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com uma renda determinada					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas					
Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto					

5. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação à medicação para o HIV nas últimas 4 semanas:

Você tomou medicação para o HIV nas últimas 4 semanas?

NÃO ⇒⇒⇒⇒⇒ Vá para Seção 6

SIM ⇒⇒⇒⇒⇒ Continue com a questão 5a

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso					
Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal					
Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo					
Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios					

6. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu por ser HIV positivo nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV					
Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado					

7. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações em revelar a doença para os outros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo					
Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que as pessoas do meu trabalho ou que participam de minhas atividades do dia-a-dia descobrissem que eu tenho HIV					
Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV					

8. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação ao seu médico nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade.					
Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento					
Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo					

9. As perguntas a seguir abordam sua atividade sexual nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado					
Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo					

Anexo 4 - Escala de Autoestima de Rosenberg

Para cada item abaixo, indicar apenas uma alternativa, fazendo um X na categoria apropriada. De acordo como você se sente indique a melhor alternativa.

		Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
1	De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4
2	As vezes acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).	1	2	3	4
3	Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.	1	2	3	4
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	1	2	3	4
5	Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito que me orgulhar.	1	2	3	4
6	Às vezes, eu me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).	1	2	3	4
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.	1	2	3	4
8	Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (Dar me mais valor).	1	2	3	4
9	Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado (a).	1	2	3	4
10	Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).	1	2	3	4

Anexo 5 - Escala de Esperança de Herth

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Eu estou otimista quanto à vida.				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos.				
3. Eu me sinto muito sozinho(a).				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do meu futuro.				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

Anexo 6 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo nº 09/2010

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 14 de Janeiro de 2010
PARECER Nº 09/10 – CEP/SMS
CAAE: 0259.0.162.162-09

Ilma Sra
Fabiana de Souza Orlandi

Projeto de Pesquisa: *QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS PORTADORAS DE HIV/AIDS*
Pesquisador Responsável: *Fabiana de Souza Orlandi*
Instituição: *Escola de Enfermagem da USP*
Local onde os dados serão coletados: *Serviços de Assistência Especializada (SAE) em DST/AIDS das regiões Centro – Oeste e Leste do Município de São Paulo*
Patrocinador: *o Pesquisador*

I - Sumário Geral do Protocolo

O aumento no número de mulheres com 50 anos ou mais vivendo com HIV/AIDS tem sido verificado no Brasil. O otimismo gerado pelo impacto do tratamento tem sido moderado pelo reconhecimento do aumento dos efeitos metabólicos adversos, incluindo a resistência à insulina e intolerância à glicose, dislipidemia, mudanças na distribuição da gordura corporal, alterações no perfil lipídico e glicêmico, conferindo aos infectados pelo HIV maior risco para doenças ateroscleróticas. Para muitos indivíduos, estes efeitos adversos têm trazido um substancial impacto negativo na QV.

Diferentes estudos identificados na literatura, principalmente internacional, apontam que a QV pode ser afetada por fatores individuais, culturais, sociais e emocionais, relacionados com o impacto do diagnóstico e do tratamento e a convivência cotidiana de uma doença crônica. A infecção pelo HIV não afeta severamente somente a saúde física das pessoas, mas também tem impacto importante na vida emocional e social destes indivíduos.

Objetivos

Geral *- Analisar a qualidade de vida de mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/AIDS.*

Específicos

1. *Caracterizar as mulheres com 50 anos ou mais, portadoras de HIV/AIDS, segundo os aspectos sóciodemográficos, clínicos, psicossociais, comportamentos em saúde, e crenças e atitudes diante da infecção e do tratamento.*
2. *Analisar a qualidade de vida de mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/AIDS, por meio do Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey e do HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument.*
3. *Relacionar a qualidade de vida e os aspectos sóciodemográficos, clínicos, psicossociais, comportamentos em saúde, e crenças e atitudes diante da infecção e do tratamento.*

Trata-se de um estudo correlacional de corte transversal.

Serão sujeitos da pesquisa mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, com HIV/AIDS, freqüentadoras dos SAEs das Regiões Centro-Oeste e Leste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

A amostra de 194 sujeitos foi definida estatisticamente.

Critérios de inclusão - sujeitos que concordarem em participar da pesquisa e que não apresentarem alterações cognitivas (aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (Anexo1)).

Para a coleta dos dados serão realizadas entrevistas individuais, em uma sala do próprio ambulatório, antes ou após a consulta médica.

Rua General Jardim, 36 / 1º -São Paulo - CEP 01223-010 Telefone: (11) 3397-2464 – e-mail: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/index.php?p=5959

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

CAAE: 0259.0.162.162-09

II - Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida e informa 200 sujeitos de pesquisa.
O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.
Cronograma e orçamento detalhado estão adequados. O pesquisador informa que arcará com um os custos.
Há tratamento adequado dos dados/informações.
A metodologia é adequada aos objetivos, pode impor alguma condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa, porém tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa.
Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *- É conciso e objetivo, a linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa. Está redigido na forma de convite à participação no estudo.*
Há descrição suficiente dos procedimentos e identificação dos riscos e desconfortos esperados.
Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96.
Permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.
Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados.
Não há vícios a serem repelidos.
São descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE.

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.
Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

Rua General Jardim, 36 / 1º -São Paulo - CEP 01223-010 Telefone: (11) 3397-2464 – e-mail: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/index.php?p=5959

Anexo 7 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo nº 66/2010

1

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

São Paulo, 24 de Fevereiro de 2010
PARECER Nº 66/10 – CEP/SMS
CAAE: 0259.0.162.162-09

Ilma Sra
Fabiana de Souza Orlandi

Projeto de Pesquisa: *QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS PORTADORAS DE HIV/AIDS*
Pesquisador Responsável: *Fabiana de Souza Orlandi*
Instituição: *Escola de Enfermagem da USP*
Local onde os dados serão coletados: *Serviços de Assistência Especializada (SAE) em DST/AIDS das regiões Centro – Oeste e Leste do Município de São Paulo*
Patrocinador: *o Pesquisador*

I – Adendo ao projeto acima identificado, quanto à:

Em relação aos locais de coleta de dados do projeto intitulado "Qualidade de vida de mulheres com 50 anos ou mais portadoras de HIV/aids", com CAAE 259/2009, gostaria de informar que haverá a necessidade de ampliação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em DST/Aids do município de São Paulo, já que alguns SAEs da região Centro-Oeste não poderão ser campo de coleta de dados em função do espaço físico necessário para realização da pesquisa (uma sala privativa).
Diante do exposto, gostaria de solicitar a ampliação dos locais de coleta de dados para todos os SAEs em DST/Aids, Centros de Referência em DST/Aids e Ambulatórios de Especialidades do município de São Paulo, já que o projeto foi apresentado à toda Rede Municipal Especializada em DST/Aids em uma reunião com os interlocutores em pesquisa no dia 09 de fevereiro de 2010, conforme solicitação do Setor de Desenvolvimento Científico da SMS/SP e será necessário efetuar contato com outros Serviços que possam ser locais de coleta de dados.
Para facilitar a análise da solicitação, segue abaixo o que constava no projeto encaminhado ao CEP em relação ao local de coleta de dados.
Atenciosamente,
Fabiana de Souza Orlandi

4.2. Local

O estudo será realizado nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em DST/Aids das regiões Centro-Oeste e Leste do município de São Paulo. Vale salientar que a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) é responsável pela gestão das Unidades Especializadas em DST/Aids do referido município. Essas unidades variam desde Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/Aids, que atuam basicamente com prevenção e o diagnóstico de DST/HIV até os serviços ambulatoriais de acompanhamento e tratamento, como SAE.
A região Centro-Oeste apresenta três SAEs, que são o SAE DST/Aids Butantã, o SAE DST/Aids Campos Elíseos e o SAE DST/Aids Paulo César Bonfim – Lapa. Já a região Leste apresenta dois SAE, que são o SAE DST/Aids Fidélis Ribeiro e o SAE DST/Aids Cidade Líder II. Eles contam com equipe multiprofissional.

CEP/SMS – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
Rua General Jardim, 36 – 1º andar – Vila Buarque – São Paulo, SP – CEP 01223-010 Telefone: (11) 3297-2464
e-mail: smscep@gmail.com / homepage: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/cepsms

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

CAAE: 0259.0.162.162-09

II. Considerações

Do ponto de vista da ética, esse adendo não altera o projeto, que continua atendendo a Resolução 196/96 e suas complementares.

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

CEP/SMS – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO
Rua General Jardim, 36 – 1° andar – Vila Buarque – São Paulo, SP – CEP 01223-010 Telefone: (11) 3297-2464
e-mail: smscep@gmail.com / homepage: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/cepsms