

Nelly Lopes de Moraes Gil

**Qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV com ou sem
tratamento anti-retroviral**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina
de Botucatu, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”-
UNESP, Programa de Doenças Tropicais,
nível Doutorado.**

Orientadora: Profa. Dra. Lenice do Rosário de Souza

Botucatu
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO

DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP

Bibliotecária responsável: Selma Maria de Jesus

Gil, Nelly Lopes de Moraes.

Qualidade de vida de indivíduos infectados pelo hiv com ou sem tratamento anti-retroviral / Nelly Lopes de Moraes Gil. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2009.

Orientadora: Lenice do Rosário de Souza
Assunto CAPES: 40101096

1. HIV 2. Aids (Doença) – Tratamento 3. Qualidade de vida

CDD 616.9792

Palavras chave: HIV/aids; Instrumento HAT-Qol; Qualidade de vida;
Terapia anti-retroviral

A Deus,

Presença constante em minha vida,

que incomparável e inconfundível em seu amor,

deu-me a necessária coragem, nos momentos mais difíceis, vencendo

desafios e almejando conquistas

Dedicatórias

*Por você eu dançaria tango no teto,
Eu limparia os trilhos do metrô,
Eu iria a pé do Rio a Salvador...*

*Eu aceitaria a vida como ela é,
Viajaria a prazo pro inferno,
Eu tomaria banho gelado no inverno.*

*Por você... Eu deixaria de beber,
Por você... Eu ficaria rico num mês,
Eu dormiria de meia pra virar burguês.*

*Eu mudaria até o meu nome,
Eu viveria em greve de fome,
Desejaria todo o dia a mesma mulher...*

Por você - Frejt

*Ao Vilmar que tem me amado incondicionalmente, meu apoio, meu companheiro, que acreditou em
minha capacidade, que por mim fez muito, por mais uma batalha vencida juntos e pela maravilhosa historia de
vida que juntos continuamos escrevendo.....*

Amo você.....

Ao Matheus e a Laís, amores da minha vida, que tantas vezes conviveram com minha ausência, compreendendo e sempre me incentivando. Vocês, são o aconchego que me permite renovar as forças e persistir. Durante todo este tempo vocês cresceram e se tornaram pessoas maravilhosas, amo vocês....

A Yuriko e Jose Moraes, minha eterna gratidão, pelos cuidados e amor que sempre recebi, por apoiar e compreender meus sonhos, por formarem parte de cada passo e de cada objetivo cumprido, por terem me ensinando a nunca desistir.

A Nancy, Nilce e Rose, por compartilhar meu sonho desde os primeiros momentos, pelo suporte emocional. Tenho admiração, carinho e respeito, pelo que são e representam para mim.

Ao Sr Gil e a Alice, pelo carinho demonstrado em momentos especiais da minha vida.

A minha sobrinha e afilhada Erika, pelo carinho e apoio, nesta etapa final do Doutorado.

Ao Tato, pela paciência e apoio em todos os momentos da realização deste Doutorado.

A minha orientadora e amiga, Lenice do Rosário de Souza, agradeço pela amizade conquistada; pela oportunidade de trabalhar em conjunto, com liberdade e de aprender ainda mais; pelos estímulos recebidos para a realização deste trabalho; pelo crescimento profissional e pessoal; pela confiança em mim depositada; principalmente pela paciência nos momentos difíceis, eu serei eternamente grata por todos os momentos dedicados à minha pessoa...

Agradecimentos

A minha grande amiga Rosário, por compartilhar meu sonho desde o primeiro momento, me dando apoio durante toda esta etapa, muito obrigada pela sua amizade!

Às minhas amigas Célia, Odete e Janete, pelos ótimos momentos que passamos juntas, durante nossas viagens, durante as quais nos apoiamos mutuamente e cultivamos fortes laços de amizade.

Aos meus amigos docentes da UNINGÁ, em especial a Loiva, Marta, Terezinha, Lilian e Adilson, pelo apoio e carinho, vocês participaram na realização deste trabalho.

Ao Diretor de Ensino Ney Stival, ao Diretor Acadêmico Gervásio Cardoso dos Santos, Direção Geral e funcionários da Faculdade Ingá – UNINGA, pelo apoio e incentivo na realização desta Pós-Graduação.

À Secretaria de Saúde de Maringá - Paraná, em especial ao Secretário de Saúde, Dr. Antonio Carlos Nardi, pela colaboração na concepção e realização deste projeto.

À equipe do Serviço de DST/aids, pela gentileza com que me acolheram e colaboraram no desenvolvimento deste projeto.

À Professora Jussara Marcondes Machado, pelo esforço em me auxiliar na revisão gramatical e ortográfica.

Aos Professores e funcionários do Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, que direta ou indiretamente colaboraram com este projeto.

A todos os pacientes, por quem tenho muito carinho, meu respeito e consideração pelo tempo dispensado. Sem suas colaborações não seria possível a realização deste projeto.

À Solange, secretária do Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais, obrigada pelo seu apoio.

Ao Grupo de Apoio à Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, pela assessoria estatística.

O desenvolvimento deste estudo possibilitou-me vivenciar diversas experiências que agregaram crescimento intelectual e pessoal à minha vida. Nessa trajetória pude contar com o companheirismo e apoio de amigos, colegas e alunos que me ofereceram suporte permanente durante a jornada.

Muito Obrigada a todos!!!.

Resumo

O “HIV/aids - Quality of life” (HAT-Qol) é um instrumento específico multidimensional utilizado para mensurar a Qualidade de Vida de indivíduos infectados pelo HIV. É dividido em nove domínios, a saber, atividade geral, atividade sexual, preocupação com sigilo sobre a infecção, preocupação com a saúde, preocupação financeira, conscientização sobre o HIV, satisfação com a vida, questões relativas à medicação e confiança no médico. O presente estudo analisou a qualidade de vida de indivíduos com infecção pelo HIV ou aids atendidos no Programa de DST/Aids no município de Maringá (PR), relacionando com o uso ou não de terapia anti-retroviral (TARV) e as características sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas. A coleta de dados foi realizada, pela análise retrospectiva dos prontuários dos 1.200 pacientes cadastrados no Serviço e, a seguir, foi aplicado o instrumento HAT-Qol, no momento anterior à consulta médica ambulatorial de rotina. Preencheram os critérios de inclusão 169 pacientes com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, que foram divididos em dois grupos de estudo, G1 com 118 indivíduos em uso de TARV e G2 com 51 sem uso de TARV. Na análise dos resultados, quanto às características sócio-demográficas, observou-se que, não houve influência nas respostas, em nenhum Domínio, em relação a gênero, grau de escolaridade e opção sexual. Houve influência da faixa etária em relação ao Domínio que avalia a satisfação com a atividade sexual e do estado civil em relação ao Domínio que avalia a conscientização sobre o HIV, nos quais obtiveram menor índice nas respostas ou pior qualidade de vida, respectivamente, os homens de 50 a 69 anos e os pacientes sem parceiros fixos em relação aos casados ou amasiados. Observou-se, ainda, que o tempo de diagnóstico da doença exerceu influência nos Domínios referentes a atividades gerais, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, conscientização sobre HIV, satisfação com a vida e questões relativas à medicação. As variáveis que apresentaram influência em relação aos Domínios foram comparadas nos dois grupos. No entanto, não houve influência do uso ou não de TARV em relação à faixa etária e o Domínio que avalia a atividade sexual, ao tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV e os Domínios que avaliam atividades gerais, preocupações financeiras, conscientização sobre o HIV e satisfação com a vida. Em relação ao tempo de diagnóstico, houve influência do Domínio apenas na faixa entre dois e três anos, observando-se menor qualidade de vida entre indivíduos que não usavam TARV. Não foi possível comparar influências relacionadas ao Domínio que trata das questões relativas à medicação, quanto à carga viral plasmática do HIV e o tempo de diagnóstico, pois os indivíduos de G2 não utilizaram TARV. Também, não foi comparada a influência do estado civil e o Domínio que avalia conscientização do HIV, pois não havia pacientes casados ou amasiados no G2. A análise dos resultados, portando, mostrou que o uso de TARV não influenciou na qualidade de vida de portadores do HIV estudados pela escala HAT-Qol.

Palavras chave: Terapia anti-retroviral, HIV/aids, Qualidade de vida, Instrumento HAT-Qol

Abstract

The “HIV/aids – Quality of life” (HAT-Qol) is a specific multifunctional instrument used to measure the Quality of life of HIV infected people. It's divided in nine domains that are, general activity, sexual activity, concern about the infection secrecy, concern about health, financial concern, awareness about HIV, satisfaction with life, issues about medications and belief in the doctor. The current study has analyzed the quality of life of HIV or aids infected individuals attended in the DST/Aids Program in Maringá city, Paraná state, in relation with the use or not of antiretroviral therapy (TARV) and the social-demographic, epidemiological and clinical characteristics. The data collect was performed, by the retrospective analysis of the 1200 prontuaries of patients registered in the Service and, then, the HAT-Qol instrument was applied right before the routine ambulatory medical consultation. 169 patients had fit the inclusion criteria of HIV infection diagnosis confirmed, which were divided in two groups of study, G1 with 118 individuals in use of TARV and G2 with 51 individuals not using TARV. In the analysis of the results, in respect of the social-demographic characteristics, it was observed that it didn't influence the answers in any Domain, in respect of the gender, educational degree and sexual option. The age rate influenced the Domain which evaluates the satisfaction with the sexual activity and of the marital status in relation with the Domain that evaluates the awareness about HIV, in which they had the lowest response index or the worst quality of life, respectively, the men between 50 and 69 years-old and the patients who didn't have regular partners compared with the ones who were married or concubine. It was observed yet that the time of the disease's diagnosis influenced the Domains related to general activities, concern about health, financial concerns, awareness about HIV, satisfaction with life and issues about medication. The variables which influenced the Domains were compared in both groups. However, there was no influence in the use or not of TARV in relation with the age rate and the Domain that evaluates the sexual activity, the HIV infection diagnosis time and the Domains which evaluate general activities, financial concerns, awareness about HIV and satisfaction with life. In relation with the time of diagnosis, there was an influence only in the group between two and three years of diagnosis, being observed a lower quality of life among the individuals who didn't use TARV. It was not possible to compare the influences related with the Domain dealing with issues about medication, HIV plasmatic viral rate and time of diagnosis, because the individuals of the G2 didn't use TARV. It was not compared either the influence of marital status and the Domain which evaluates the awareness about HIV, because there were not married or concubine individuals in G2. So, the analysis of the results showed that the use of TARV didn't influence the quality of life of the HIV carriers studied by the HAT-Qol scale.

Key words: Antiretroviral therapy, HIV/aids, Quality of Life, HAT-Qol instrument

Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição de frequências absolutas e relativas dos 169 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo, segundo gênero.....30

Tabela 2. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 167 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo, segundo a faixa etária. 31

Tabela 3. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 166 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo e estado civil.....32

Tabela 4. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 163 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo e grau de instrução.....33

Tabela 5. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 159 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo e opção sexual. 34

Tabela 6. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 152 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo e contagem de linfócitos T CD4+. 35

Tabela 7. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 113 portadores de HIV/AIDS estudados, pelos grupos de estudo e determinação de carga viral plasmática do HIV. 36

Tabela 8. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 160 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo e tempo de diagnóstico.....37

Tabela 09. Comparação entre sexos, em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), dos 169 portadores de HIV/aids estudados. 39

Tabela 10. Comparação entre faixas etárias em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 167 portadores de HIV/aids estudados. 40

Tabela 11. Comparação entre grau de escolaridade em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 163 portadores de HIV/aids estudados.....41

Tabela 12. Comparação do estado civil em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 166 portadores de HIV/aids estudados. 42

Tabela 13. Comparação entre opção sexual e os escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 159 portadores de HIV/aids estudados. 43

Tabela 14. Comparação entre contagens de linfócitos T CD4+, por faixa do número de células por mm³ de sangue, em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 152 portadores de HIV/aids estudados. 44

Tabela 15. Comparação entre determinação de carga viral plasmática do HIV, em faixas de número de cópias de RNA por ml, em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 113 portadores de HIV/aids estudados. 45

Tabela 16. Comparação entre tempo de diagnóstico da doença, em anos, em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 160 portadores de HIV/aids estudados. 46

Tabela 17. Comparação entre faixa etária e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 2, referente a atividades sexuais, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 167 portadores de HIV estudados. 47

Tabela 18. Comparação entre estado civil e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 6, referente à conscientização sobre o HIV, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 166 portadores de HIV estudados. 48

Tabela 19. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 1, referente a atividades gerais, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados. 49

Tabela 20. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 4, referente a preocupação com a saúde, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados. 50

Tabela 21. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 5, referente a preocupações financeiras, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados. 51

Tabela 22. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 6, referente a conscientização sobre o HIV, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados. 52

Tabela 23. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 7, referente a satisfação com a vida, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados. 53

Sumário

Resumo

Abstract

Lista de tabelas

1 – Introdução	12
1.1 – Aspectos gerais da epidemia de HIV/AIDS	12
1.2 – Aids, doença crônica	13
1.3 – Terapia anti-retroviral	14
1.4 – Qualidade de vida.....	16
1.5 – Instrumento de medida de qualidade de vida específico para HIV/aids	19
1.6 – Hipótese	22
2 – Objetivos	23
2.1 – Objetivo Geral.....	23
2.2 – Objetivo Específico.....	23
3 – Casuística e métodos	24
3.1 – Casuística	24
3.2 – Métodos.....	24
4 – Resultados	30
4.1 – Caracterização da população estudada quanto aos dados demográficos.....	30
4.2 – Caracterização da casuística quanto à contagem de linfócitos T CD4+, determinação de carga viral plasmática do HIV e tempo de diagnóstico.....	35
4.3 – Avaliação da influência das variáveis pesquisadas em relação às respostas do instrumento HAT-Qol.....	38
4.4 – Comparação entre os grupos que usam e os que não usam ARV em relação aos índices dos Domínios	47
5 – Discussão	54
5.1 – Caracterização da casuística.....	54
5.2 – Tempo de diagnóstico, contagem de linfócitos T CD4 + e determinação de carga viral plasmática do HIV.....	56
5.3 – Qualidade de vida e o instrumento HAT-Qol	58
5.4 – Comparação entre os grupos que usam (G1) e os que não usam ARV (G2), em relação aos escores dos Domínios que demonstraram influência na qualidade de vida.....	62
6 – Considerações Finais.....	68
7 – Referências bibliográficas	69
Anexos	86
Apêndice	100

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Aspectos gerais da epidemia de HIV/AIDS

Os primeiros casos de aids foram relatados aos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) nos Estados Unidos da América (EUA), em 1981^(1, 2, 3), como uma doença rara, caracterizada pela presença de infecções oportunistas, essencialmente, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e sarcoma de Kaposi, que ocorria em indivíduos adultos jovens do sexo masculino com comportamento homo ou bissexual, sem história ou quadro de imunodepressão anterior^(4, 5, 6, 7, 8). A investigação, realizada pelo CDC, dos cinco primeiros casos conduziu à hipótese de disfunção do sistema imunológico celular, tratando-se de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível^(2,3). Entre junho de 1981 e setembro de 1982, o CDC notificou 593 casos de aids, o que atribuiu, à doença, uma dimensão epidêmica nos EUA^(1, 2, 9, 10).

A aids foi a mais importante e devastadora doença do final do século XX⁽¹¹⁾. A epidemia, com agente etiológico posteriormente definido, o vírus da imunodeficiência humana ou *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), continua sendo grave problema de saúde pública em todo o mundo, envolvendo aspectos orgânicos, psicossociais e econômicos. Dados da “*The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*” (UNAIDS)⁽¹²⁾ indicam expansão na prevalência dessa infecção em todos os continentes, sendo que, atualmente, cerca de 33,2 milhões de pessoas vivem com HIV em todo o mundo, e 68,0% delas estão na África Sub-Sahariana, onde menos de 10,0% têm acesso à terapia anti-retroviral combinada e potente (TARV)⁽¹³⁾.

A transmissão do HIV, em geral, dá-se de três formas: sanguínea, causada pelo uso de drogas endovenosas e por transfusão de sangue e derivados contaminados ou, ainda, por acidente ocupacional^(14, 3, 15); sexual, entre homossexuais ou bissexuais masculinos e heterossexuais; vertical, que pode ser durante a gravidez, no momento do parto ou durante a amamentação^(11, 2, 15).

Desde o reconhecimento da aids pela comunidade científica, até os dias atuais, tem havido mudanças na apresentação das categorias de exposição⁽²⁾. No início da epidemia a disseminação do HIV era, predominantemente, entre homossexuais e bissexuais masculinos

e,⁽¹⁴⁾ a partir do final da década de 1980 a transmissão entre usuários de drogas injetáveis (UDI) se intensificou, atingindo, com isso, indivíduos mais jovens⁽²⁾.

Atualmente, os indicadores epidemiológicos do Brasil confirmam a tendência de maior transmissão pela via heterossexual, com aumento, principalmente, do número de casos entre as mulheres. Assim é que a proporção de homens e mulheres, era de 26,5 :1 em 1985 e passou a 1,4:1 em junho de 2006⁽¹⁶⁾. O aumento do número de casos de infecção pelo HIV em mulheres tem sido motivo de preocupação, pois a transmissão vertical é responsável por mais de 85,0% dos casos pediátricos e por 1,5% do total geral de notificações no período de 1980 a 2002⁽¹⁷⁾.

Outro, dado não menos preocupante, é a crescente incidência da doença na faixa etária de 13 a 19 anos, principalmente, em adolescentes do sexo feminino, o que pode ser explicado pelo início precoce da atividade sexual, em geral, com homens mais velhos e mais experientes do ponto de vista sexual e, portanto, mais expostos aos riscos de contaminação pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST)⁽¹⁷⁾.

No Brasil, o primeiro registro de caso de aids ocorreu em 1982. Nos primeiros anos, a epidemia manteve-se restrita às regiões metropolitanas do país, como São Paulo e Rio de Janeiro⁽²⁾, ao contrário do que ocorre atualmente, em que a doença é notificada em praticamente todos os municípios⁽¹⁶⁾. Segundo dados do Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾, até junho de 2007, foram notificados 407.211 casos de aids, sendo 276.078 (67,8%) em indivíduos do sexo masculino, a maioria na região sudeste.

1.2 – Aids, doença crônica.

O desenvolvimento científico e tecnológico tem possibilitado o diagnóstico precoce das doenças, e a terapêutica adequada permite, muitas vezes, o controle de sua evolução e cura. Mesmo com esses avanços, algumas doenças, especialmente as crônicas, promovem alterações orgânicas, emocionais e sociais, que exigem constantes cuidados e adaptação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁸⁾ define doença crônica aquelas que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade ou deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem

capacitação do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Apesar da aids ser uma doença incurável, a utilização da TARV e a profilaxia de doenças oportunistas proporcionaram significativo aumento na sobrevida, atraso na progressão da doença e melhora evidente na qualidade de vida dos indivíduos, passando a ser caracterizada como doença crônica. Na convivência com a doença, com o passar do tempo, percebeu-se que as pessoas não a desenvolviam logo que se infectavam ⁽¹⁹⁾.

O forte simbolismo de que aids é sinônimo de morte tem tido menor impacto atualmente, uma vez que se apresentam melhores perspectivas na vida dos soropositivos. Aos poucos, a realidade desses indivíduos vem sendo alterada, trazendo novos desafios para a compreensão da doença e seu enfrentamento ^(20, 21, 22).

Quanto à idéia de morte, sabe-se que, com a cronicidade da aids, surgiu a possibilidade de desconstrução da idéia de morte iminente ao se receber o diagnóstico de portador do HIV/aids. Esta nova visão também é encontrada entre os profissionais de saúde, que mudaram o foco a respeito da evolução para morte dos pacientes, buscando diversificar as formas de enfrentamento da doença, na medida em que a assistência deve contemplar outros aspectos importantes da vida, tais como, sexualidade, afetividade e relacionamentos, visando à busca de melhor qualidade da vida desses indivíduos ⁽²³⁾.

1.3 – Terapia anti-retroviral

O conhecimento sobre a aids, sua imunopatogenia e o ciclo replicativo do HIV, bem como os sítios de ação das drogas anti-retrovirais (ARV) têm permitido o desenvolvimento de vários fármacos para a terapêutica desses pacientes ⁽²⁰⁾.

No Brasil, o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde ⁽²⁴⁾ distribui, gratuitamente, toda medicação ARV para todos os indivíduos com infecção pelo HIV ou aids e recomenda que o tratamento seja iniciado para pacientes com manifestações clínicas de aids ou para assintomáticos com contagem de linfócitos T CD₄⁺ menor que 350 células/mm³. Para o início da terapêutica, deve-se dar preferência aos esquemas mais simples, com menor número de comprimidos e de doses diárias, medida que facilita a adesão, deixando-se os esquemas mais complexos, para tratamentos de resgate.

A terapia de resgate é indicada após a falha de pelo menos um esquema de tratamento e sua troca deve ser orientada por exame de genotipagem. Esse exame detecta a ocorrência de mutações do HIV que possam ser a causa da resistência dos vírus aos ARV, auxiliando na escolha de uma nova e mais adequada terapia ^(24, 25).

O tratamento ARV, portanto, é complexo, o que exige treinamento e experiência de médicos e outros profissionais que atendem os pacientes. A resposta terapêutica adequada depende da sensibilidade do vírus às drogas e da adesão ao tratamento. Sabe-se que a adesão completa é difícil, tendo em vista o número de medicamentos e comprimidos prescritos, seus efeitos colaterais e as interações entre eles e com outros medicamentos, alimentos, álcool e outras drogas ⁽²⁶⁾. Além disso, os esquemas propostos interferem, diretamente, no cotidiano do paciente, dificultando a completa obediência à prescrição, e sendo necessária, muitas vezes, a modificação de seus hábitos de vida ⁽²⁷⁾.

Os efeitos colaterais têm sido um dos fatores mais importantes da não adesão à TARV. Eles podem ser imediatos e tardios, leves ou graves. Os sintomas imediatos mais frequentes e mais comuns, em todas as classes, são decorrentes de intolerância gástrica, caracterizada por náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia. Esses, porém, são em geral, leves e respondem bem ao tratamento sintomático, desaparecendo após os primeiros dias ou semanas de terapia. Dentre outros eventos adversos mais comumente observados, após o uso de inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), estão astenia, cefaléia, insônia, mielotoxicidade, neuropatia periférica, pancreatite. Mais raramente, todas as drogas dessa classe podem causar acidose láctica com esteatose hepática que, quando grave, pode ser fatal. Os inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) causam exantema e hepatite, tóxica ou por hipersensibilidade. Além disso, o efavirenz pode levar a manifestações neuropsiquiátricas, principalmente, tonturas, distúrbios do sono, irritabilidade, agitação, depressão, euforia, dificuldade de concentração e amnésia. A maioria dos inibidores de protease (IP) tem como efeitos adversos intolerância gastrointestinal, destacando-se diarreia, risco aumentado de sangramentos em hemofílicos e aumento de transaminases ⁽²⁴⁾.

O uso crônico dos medicamentos ARV, principalmente os IP, pode induzir a manifestações adversas graves, tais como, necrose asséptica das cabeças do fêmur e úmero, resistência à insulina, indução de diabetes ⁽²⁸⁾ e lipodistrofia com ou sem dislipidemia. Estes efeitos tardios fazem com que muitos pacientes tenham dificuldade de adesão ou, mesmo, se

recusem a continuar com a terapêutica. Os efeitos adversos, à longo prazo, dos ITRN estão mais relacionados à sua toxicidade mitocondrial, tais como, rabdomiólise, neuropatia periférica, aumento do ácido láctico com ou sem acidose láctica e esteatose hepática grave⁽²⁹⁾.

A adesão ao tratamento é extremamente importante no controle da doença, pois o uso incorreto dos ARV está relacionado, diretamente, à falência terapêutica, por facilitar a emergência de cepas de HIV resistentes a esses medicamentos.

1.4 – Qualidade de vida

O termo qualidade de vida começou a ser empregado nos EUA após a Segunda Guerra Mundial, no intuito de reforçar que, para viver bem, não bastava estar economicamente estável. Com o passar dos anos, este conceito tem sido trabalhado por vários autores que têm atribuído significados diversos ao termo^(30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37,38).

No entanto, a concepção de qualidade de vida permanece controversa entre os autores e não existe, ainda, uma definição que seja comumente aceita pelos estudiosos do tema, assim como não há consenso sobre os atributos a serem considerados, como satisfação com a vida, bem estar, saúde, felicidade, auto-estima, adaptação, valor da vida, significado da vida e estado funcional. Conseqüentemente, as dimensões do conceito variam de estudo a estudo^(30, 31, 32, 33, 34, 35, 36).

Apesar disso, existe concordância razoável entre os pesquisadores em relação a propriedades do conceito, tais como, subjetividade, caráter multidimensional e bipolaridade⁽³⁷⁾.

O termo qualidade de vida é considerado muito amplo, com tendência a valorizar a apreciação pessoal que os indivíduos fazem de sua própria vida e seu bem-estar e, assim, pode ser influenciado pela história familiar, pelas expectativas de vida e também pela mídia⁽³¹⁾.

Assim é que os conceitos de qualidade de vida mais amplamente divulgados, na atualidade, são aqueles apresentados pelo grupo de estudos da OMS, que define o termo como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Essa definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual⁽³⁹⁾.

Minayo et al.⁽⁴⁰⁾, também, descrevem o termo qualidade de vida de forma muito abrangente, com muitos significados que refletem conhecimento, experiências e valores que se reportam ao momento histórico, social e cultural de indivíduos e coletividade.

Burllinger et al.⁽⁴¹⁾ incluem no termo qualidade de vida uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados às suas funções diárias, além de sua condição de saúde e das intervenções médicas.

Fleck et al.⁽⁴²⁾ relatam que a qualidade de vida relacionada à saúde e ao estado subjetivo de saúde encerra conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente e, necessariamente, ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente.

Hays⁽⁴³⁾ considera que a avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde é uma medida importante de se documentar, pois, localiza mudanças na saúde com o passar do tempo, principalmente, avaliando efeitos de tratamento.

Quanto à mensuração de qualidade de vida, Spilker⁽⁴⁴⁾ refere que é uma tarefa bastante complexa, pelo fato de não se encontrar uma definição consensual sobre o que o termo realmente significa. Por isso, o pesquisador deve definir o que considera como qualidade de vida em seu estudo ou estabelecer em qual definição de conceito se operacionaliza.

O estado de saúde é relacionado, cada vez mais, à qualidade de vida, a ponto de se procurar a qualidade de vida relacionada à saúde. Sozinhos, os indicadores tradicionais de saúde não conseguem explicar o fato de idosos, doentes, se sentirem saudáveis. Dessa forma, a percepção do indivíduo de seu estado de saúde está se transformando em um importante indicador de seu bem-estar, servindo, ao mesmo tempo, para a avaliação de suas necessidades de saúde^(45, 46, 47).

As avaliações em saúde são comumente baseadas nos efeitos causados pelas intervenções para a promoção da saúde e prevenção da mortalidade. A avaliação de qualidade de vida torna-se medida útil para assegurar a adequada atenção às intervenções e às doenças que, mesmo não levando à morte iminente, causam grande desconforto ao paciente.

O interesse em medir a qualidade de vida, dentro da área médica, surge à medida que avanços na medicina têm proporcionado queda nas taxas de mortalidade e aumento na

expectativa de vida, quando se considera que viver não é somente sobreviver, mas ter qualidade de vida^(30, 11).

Seidl & Zanon⁽⁴⁸⁾, a partir do início da década de 1990, concordaram em dois aspectos do construto qualidade de vida, isto é, que este é subjetivo e multidimensional. O consenso sobre subjetividade mostra que a qualidade de vida deve ser avaliada pelo próprio indivíduo, considera a percepção da pessoa sobre sua própria situação em cada uma das dimensões utilizadas. Com relação ao caráter multidimensional, ambos reconhecem que o conceito é composto por diferentes dimensões: o físico, o social, o mental, o espiritual, e outros.

Nos anos de 1970, houve o início do desenvolvimento de instrumentos cuja finalidade era mensurar a qualidade de vida. Alguns tratavam saúde como componente indicador composto, outros tinham, no campo da saúde seu objeto, propriamente dito⁽³⁹⁾.

Atualmente, existem duas formas de mensurar qualidade de vida, por meio de instrumentos genéricos ou específicos⁽⁴⁰⁾. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser utilizados tanto para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como os portadores de doenças crônicas. São, geralmente, questionários de base populacional que, normalmente, não se referem a patologias específicas, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde⁽⁴⁹⁾.

Um dos instrumentos genéricos relacionados à saúde é o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (MOS SF 36)⁽³¹⁾, que tem sido empregado em estudos da população geral e em pacientes com diabetes, com doenças pulmonares, problemas cardíacos, entre outros. O MOS SF 36 é constituído por oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos sociais, saúde mental, aspectos emocionais, vitalidade e aspecto geral de saúde.

Os instrumentos específicos destinam-se a medir o impacto, na vida cotidiana, de doenças crônicas, como câncer, diabetes e asma, de condições específicas, como capacidade funcional. Além disso, podem ser direcionadas a determinados tipos de população, como idosos e crianças.

É importante enfatizar que os estudos sobre qualidade de vida podem ter limitações em função do momento da vida do indivíduo que está sendo focado e do próprio instrumento construído e validado em um dado momento, para uma dada população.

De acordo com Paschoal ⁽⁵⁰⁾, tradicionalmente, o atendimento médico era focalizado no diagnóstico e tratamento, e os resultados eram avaliados através de indicadores objetivos, ou seja, morbidade e mortalidade. Entretanto, nas últimas décadas, Souza⁽⁵¹⁾, tem focado variáveis subjetivas no atendimento médico, considerando as percepções dos indivíduos em relação ao seu bem-estar, saúde, sexualidade, capacidade funcional e relações sociais.

A qualidade de vida relacionada à saúde refere-se ao nível de bem-estar e satisfação associado à vida do indivíduo e como ela é afetada por doenças, traumas e tratamentos prolongados, sob o ponto de vista do próprio paciente. Portanto, tem se tornado importante ferramenta capaz de avaliar o impacto da doença e seu tratamento na saúde do indivíduo ⁽³¹⁾.

A qualidade de vida tem se tornado um dos objetivos nas pesquisas sobre a infecção pelo HIV/aids, devido aos avanços proporcionados pelo tratamento com a TARV, que levou à diminuição das infecções oportunistas e aumento das taxas de sobrevivência ⁽⁵²⁾. Com a mudança na trajetória da infecção pelo HIV para doença crônica, melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus tornou-se um dos principais objetivos da prática clínica ^(53, 54, 55).

Assim, a associação da mensuração da qualidade de vida dos indivíduos que vivem com HIV/aids com os parâmetros clínicos e laboratoriais, como contagem de linfócitos T CD4 + e determinação de carga viral plasmática do HIV, é essencial para compreender a complexidade dos resultados do tratamento e das intervenções terapêuticas ⁽⁵⁶⁾.

1.5 – Instrumento de medida de qualidade de vida específico para HIV/aids

O propósito da intervenção médica nas doenças crônicas é o de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos ⁽⁴⁷⁾.

A avaliação sobre qualidade de vida pode ser usada para monitorar o impacto da doença ou da progressão da infecção, sendo, clinicamente, útil para identificar os aspectos que são mais afetados por intervenções diretas, mudanças durante a história natural da doença,

resultados do tratamento, além da avaliação do impacto dos programas preventivos psicossociais^(54, 57).

Para o estudo de medida de qualidade de vida em pacientes portadores de HIV/aids, foram utilizados instrumentos genéricos ou modificações de instrumentos genéricos de outras doenças crônicas, como, por exemplo, câncer. Porém, estes instrumentos não contemplavam as questões relativas ao portador de HIV, principalmente, sobre temas como a adaptação à doença, a sexualidade e o relacionamento humano⁽⁵⁸⁾.

Os instrumentos específicos podem centrar sua avaliação em aspectos do estado da saúde, direcionados para uma área de interesse, ou para uma doença, câncer, aids, asma, para uma função, função sexual, sono, ou para um problema, como por exemplo, dor. Estes instrumentos são clinicamente sensíveis e mais responsivos, mas têm como desvantagens não permitir comparações, se houver patologias ou condições para as quais eles não foram desenhados, além de serem limitados em termos de populações e intervenções, sendo restritos aos domínios de relevância para a doença, a população, a função ou ao problema⁽⁵⁰⁾.

O instrumento específico para mensurar qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV, *HIV/aids - Quality of life*, abreviado por HAT-QoL, foi desenvolvido por Holmes et al⁽⁵⁸⁾, nos EUA. Para a construção de um instrumento dirigido à população específica de indivíduos infectados pelo HIV, Holmes et al.⁽⁵⁸⁾ realizaram dois estudos paralelos.

O primeiro estudo foi desenvolvido com pacientes de clínicas especializadas em tratamento de portadores de HIV, que foram distribuídos em diferentes grupos segundo a provável via de transmissão de transmissão da infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas injetáveis, transfusão sanguínea ou prática sexual promíscua⁽⁵⁸⁾.

Na segunda parte da pesquisa, foi realizado um estudo *cross-seccional* para identificar e agrupar questões de uma mesma natureza e reduzir o número de itens de qualidade de vida, indicados no primeiro estudo pelos portadores. Utilizando métodos estatísticos sucessivos, procedeu-se à remoção de itens semelhantes, e posteriormente, os demais itens foram agrupados em domínios específicos. Foram estabelecidas possibilidades de respostas, segundo uma escala tipo *likert*⁽⁵⁸⁾.

Entre os itens, foi observada a confiança interna e os resultados mostram propriedades psicométricas boas, poucos efeitos de *ceiling/floor*, consistência interna boa e comprovada validade.

Desta forma, obteve-se o primeiro instrumento multidimensional, com 42 itens, dividido em nove domínios: atividade geral (sete itens), atividade sexual (três itens), preocupação com sigilo sobre a infecção (cinco itens), preocupação com a saúde (cinco itens), preocupação financeira (quatro itens), conscientização sobre o HIV (três itens), satisfação com a vida (oito itens), questões relativas à medicação (quatro itens) e confiança no médico (três itens).

As respostas para todos os itens apresentam as opções denominadas de descritores *likert*, que são: todo tempo, a maior parte do tempo, alguma parte do tempo, pouca parte do tempo e nenhuma parte do tempo. Deve-se anotar apenas uma opção para cada item e aquela que melhor caracterize as últimas quatro semanas vivenciadas pelo paciente.

Os escores são calculados de acordo com as respostas, e vão de um a cinco, sendo que um corresponde ao pior estado e cinco ao melhor estado ou condição. Um paciente pode obter de 42 escores a 210 escores no total. Os escores obtidos em cada domínio são transformados em índices com ponderação de 0 a 100.

O HAT-QoL, posteriormente, foi comparado com o MOS-HIV ⁽⁵⁹⁾, instrumento genérico modificado mais utilizado nas avaliações de qualidade de vida de doenças crônicas, e entre portadores de HIV e, também, com outros instrumentos, tais como, *Functional Assessment of HIV Infection e AIDS Health Assessment Questionnaire*.^(60, 61). Estes estudos mostraram que o HAT-QoL é um indicador apropriado para medida de qualidade de vida de portadores de HIV, por apresentar propriedades consistentes e válidas.

No Brasil, Galvão et al. ⁽⁶²⁾, com objetivo de avaliar qualidade de vida entre mulheres portadoras de HIV/aids, aplicaram o *HIV/AIDS Quality of Life test* (HAT-QoL). A escala foi submetida à tradução reversa e pré-teste. Sua forma definitiva foi aplicada em 73 mulheres com HIV/aids. Os resultados, após análise estatística, indicaram que os domínios mais comprometidos foram: "*preocupações financeiras*", "*preocupação com sigilo sobre a infecção*", "*atividades sexuais*" e "*preocupações com a saúde*". Esses resultados foram atribuídos ao fato das mulheres apresentarem, além da infecção, situação sócio-econômica precária que, provavelmente, também interferiu negativamente em sua qualidade de vida. Concluiu-se que a escala HAT-QoL foi adequada para a população de mulheres portadoras de HIV do estudo, apesar de ser originária de uma cultura diferente da brasileira, já que sua aplicação produziu resultados semelhantes aos dos trabalhos internacionais.

1.6 – Hipótese

Diante das interações e avaliações ambulatoriais de indivíduos portadores de HIV/aids, surgiram questões que incentivaram esta pesquisa: o preconceito e o estigma, a adesão ao tratamento ARV, a cronicidade da doença, os efeitos colaterais dos ARV, o viver com HIV e, conseqüentemente, a qualidade de vida destes indivíduos.

As hipóteses formuladas para o estudo foram:

- A qualidade de vida dos portadores de HIV/aids pode ser influenciada por fatores sócio-demográficos.
- A qualidade de vida dos portadores de HIV/aids pode ser influenciada por fatores clínicos.
- A TARV influencia, para melhor, a qualidade de vida dos portadores de HIV/aids.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral

Analisar a qualidade de vida de indivíduos com infecção pelo HIV ou aids atendidos no Programa de DST/Aids do Município de Maringá, e relacioná-la com o uso ou não de anti-retrovirais, utilizando-se a escala HAT-QoL.

2.2 – Objetivo Específico

Estudar as características sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas de indivíduos com infecção pelo HIV/aids e relacioná-las com a qualidade de vida.

3 – CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 – Casuística

Foram estudados 169 pacientes com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, atendidos na Unidade Básica de Saúde Zona Sul, no Programa de DST/Aids do município de Maringá, Estado do Paraná, no período de setembro de 2006 a setembro de 2007.

O ambulatório de DST/Aids foi criado em 1984, sendo de gestão estadual, e em 2003, foi descentralizado, passando sua gestão para o município de Maringá. É um Serviço de referência para Maringá e região. As internações hospitalares, quando necessário, são feitas no Hospital Municipal de Maringá, com capacidade de 80 leitos, adultos e pediátricos, para doenças de média e baixa complexidade.

Este Serviço ambulatorial é credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A equipe de saúde é composta por médicos infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistente social, farmacêutico, e auxiliares de enfermagem. O atendimento é realizado sob forma de agendamento de segunda a sexta-feira, no período das 7:00 às 18:00 horas.

A Unidade possui 1200 indivíduos cadastrados desde sua implantação em 1984. Para realizar este estudo, a pesquisadora atualizou os dados relacionados ao número de portadores de infecção confirmada pelo HIV e de indivíduos que procuraram o Serviço com suspeita da infecção e não tiveram confirmação diagnóstica. Além disso, foi feita a atualização da contagem de indivíduos em atendimento, em TARV, os casos de abandono e óbitos.

Atualmente, então, estão em acompanhamento regular cerca de 450 pacientes com infecção pelo HIV/aids na Unidade Básica de Saúde Zona Sul.

3.2 – Métodos

3.2.1 - Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada, pela própria pesquisadora, numa primeira fase, pela análise retrospectiva dos prontuários dos 1.200 pacientes cadastrados e atendidos na Unidade Básica de Saúde Zona Sul, após autorização do gerente do Setor e do Secretário de

Saúde do Município (Anexo1). Para tanto, foi utilizado formulário, previamente, elaborado e testado, considerando-se os seguintes aspectos: idade, sexo, situação conjugal, grau de instrução, opção sexual, data do diagnóstico da infecção pelo HIV, contagem de linfócitos T CD4 + e determinação da carga viral plasmática do HIV (Apêndice 1).

Na segunda fase da coleta de dados, os portadores do HIV, em seguimento, foram entrevistados, também pela própria pesquisadora, no momento anterior à consulta médica ambulatorial de rotina, que é realizada, por agendamento, a cada três meses.

No período proposto para o estudo, foram entrevistados 169 pacientes, em uso ou não de TARV e que preencheram os critérios de inclusão. O instrumento HAT-QoL (Anexo 2) foi aplicado, de forma homogênea, pela própria pesquisadora, a todos os indivíduos incluídos, em única sessão com duração de 30 minutos, em média, ocasião em que eles recebiam informações sobre a pesquisa e lhes era solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

3.2.2 - Critérios de inclusão

Foram incluídos os pacientes que tinham diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, com 18 anos ou mais de idade, que estivessem ou não em TARV, segundo indicação médica, que estavam em acompanhamento regular no Serviço e que concordassem em participar do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2.3 - Critérios de exclusão

Foram excluídos os indivíduos menores de 18 anos de idade, aqueles em situações de confinamento, os residentes em casas de apoio, aqueles com alterações mentais, os que não usavam ARV por opção, apesar da indicação médica, e os que não concordaram em participar do estudo.

3.2.4 - Constituição dos grupos de estudo

Foram constituídos os seguintes grupos de estudo:

Grupo 1 (G1): constituído por 118 indivíduos com infecção pelo HIV ou aids, em TARV, independentemente se era aderente ou não ao mesmo.

Grupo 2 (G2): constituído por 51 indivíduos com infecção pelo HIV ou aids sem indicação de TARV.

3.2.5 - Instrumento de avaliação da qualidade de vida

Para realização deste estudo foi utilizada a versão brasileira do instrumento HAT-Qol validado e publicado no Brasil por Galvão et al. ⁽⁶²⁾

O instrumento multidimensional aplicado neste estudo, o HAT-QoL, constou de 42 itens, dividido em nove domínios. As respostas assinaladas foram escolhidas entre cinco alternativas, a saber: todo o tempo, a maior parte do tempo, alguma parte do tempo, pouca parte do tempo e nenhuma parte do tempo, devendo-se anotar apenas uma opção para cada item e aquela que melhor caracterizasse as últimas quatro semanas vivenciadas pelo paciente, período considerado para a avaliação. Considerou-se com melhor qualidade de vida, os indivíduos que apresentaram as maiores notas.

Domínio 1: Eram sete itens que discorriam sobre atividades gerais e investigaram: a satisfação com atividade física, a capacidade de executar trabalhos domésticos rotineiros, de estar fisicamente ativo e de executar atividades diárias, se portar o HIV era limitador das atividades diárias, se o cansaço e o estado de saúde eram fatores limitantes para desenvolver atividades sociais.

Domínio 2: atividade sexual. Com três itens que investigaram: a satisfação com a vida sexual, interesse por sexo e se é difícil ser sexualmente despertado.

Domínio 3: preocupação com o sigilo sobre a infecção. Constituído de cinco itens, para investigar: se o entrevistado impunha limites sobre o que contava aos outros, a seu próprio respeito, se tinha receio de contar aos outros ser portador do HIV, se havia preocupação de que os membros da família e as pessoas do convívio diário descobrissem que tem HIV e se perderia a fonte de renda, caso a sorologia positiva seja conhecida.

Domínio 4: preocupação com a saúde. Eram cinco itens, que investigaram se o indivíduo se preocupava com a influência negativa do estado de saúde sobre a maneira de viver, se tinha preocupação com a piora saúde, com a contagem de CD4, com o tempo de sobrevida e finalmente, se sentia insegurança quanto ao futuro.

Domínio 5: preocupações financeiras. Quatro itens para pesquisar se o indivíduo conseguia viver com sua renda, se tinha como pagar as contas, se tinha dinheiro para se cuidar do jeito que gostaria e para fazer as coisas que gostava.

Domínio 6: conscientização sobre o HIV. Eram três itens que investigaram se havia pelo estilo de vida anterior ao diagnóstico da infecção, raiva pelo comportamento de risco em relação à infecção pelo vírus, e se o indivíduo aceitava o fato de ser portador de HIV.

Domínio 7: satisfação com a vida. Constituído por oito itens que avaliaram se o entrevistado tem aproveitado a vida, sentia vontade de viver, estava satisfeito com sua vida, controle sobre sua vida, estava bem em relação a si mesmo, tinha motivação para realizar coisas, estava satisfeito com as atividades sociais desenvolvidas e estava contente e saudável.

Domínio 8: questões relativas à medicação. Quatro itens que permitiram avaliar se a medicação trazia dificuldades para levar uma vida normal, se tomar o remédio o faz se sentir melhor ou se sentir mais doente do que ele pensa estar, se quando toma o remédio sentia que estava combatendo o HIV.

Domínio 9: confiança no médico. Três itens que investigaram a opinião do entrevistado sobre seu médico: se era um profissional capaz de cuidar de pessoas com HIV, se sabia o que era melhor para seu paciente e se o escutava.

3.2.6 - Contagem de linfócitos T CD4+

A determinação quantitativa da subpopulação de linfócitos T com marcador CD4+ foi realizada pela técnica de citometria de fluxo, com emprego do *Coulter Monoclonal, Antibodis, Reagents*. Para isso, foram coletados 5 mL de sangue venoso com ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA) (2 mg/1ml de sangue), com auxílio do sistema *vacutainer*. A amostra de sangue, coletada no ambulatório e mantida em temperatura ambiente, foi enviada para o laboratório de referência, Laboratório Central do Paraná (LACEN), sendo analisada até, no máximo, 24 horas após a coleta. Os resultados foram apresentados em números absolutos e relativos de linfócitos T CD4+ por mm³.

A contagem de linfócitos T CD4+ utilizada neste estudo foi a mais recentemente obtida na rotina de atendimento ambulatorial do paciente, no máximo três meses antes da inclusão no estudo.

Os resultados da contagem de linfócitos T CD4 + foram, ainda, agrupados segundo o que foi definido pelas Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV: menor ou igual a 200 células/mm³, de 201 à 349 células/mm³ e maior ou igual a 350 células/mm³.⁽²⁴⁾

3.2.7 - Determinação da carga viral plasmática do HIV

A determinação da carga viral plasmática do HIV foi realizada pela técnica *branched-DNA* (b-DNA). Esse exame, também, foi realizado no LACEN, após coleta de 5 mL de sangue venoso com EDTA (2 mg/1ml de sangue), com auxílio do sistema *vacutainer*. Os resultados foram apresentados em números absolutos de cópias por mililitro de sangue e em logaritmo de base 10.

A determinação da carga viral plasmática do HIV, utilizada neste estudo, foi mais recentemente obtida na rotina de atendimento ambulatorial do paciente, no máximo, três meses antes da inclusão no estudo.

As determinações da carga viral plasmática do HIV utilizadas no presente estudo, também foram agrupadas segundo as definições contidas nas Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV⁽²⁴⁾, ou seja, menor ou igual a 50 cópias/mL, de 51 a 99.999 cópias/mL e maior ou igual a 100.000 cópias/mL.

3.2.8 - Análise estatística

Os resultados foram analisados estatisticamente, em relação à distribuição dos pacientes, quanto ao gênero, faixa etária, estado civil, grau de instrução, opção sexual, contagem de linfócitos T CD4+, carga viral plasmática do HIV e tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, sendo utilizados o teste do qui-quadrado (χ^2) e teste exato de Fisher.

A abordagem de análise foi realizada em duas etapas:

1- Para identificação de variáveis e fatores influentes no escore, foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney para estimar o efeito do gênero, faixa etária, estado civil, grau de instrução, opção sexual, contagem de linfócitos T CD4+, carga viral plasmática do HIV e tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV sobre os escores em cada Domínio.

2- Para comparação entre pacientes com e sem uso de ARV, foram utilizados os Testes de Mann-Whitney para comparar os dois grupos em relação aos Domínios que sofreram influência das variáveis.

Em todos os testes efetuados, as diferenças foram consideradas significativas quando $p < 0,05$, sendo p a probabilidade de se concluir pela significância.

Este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá e recebeu parecer favorável em 04/08/2006 (Anexo 4).

4 – RESULTADOS

4.1 – Caracterização da população estudada quanto aos dados demográficos

Os dados coletados pelas entrevistas e busca nos prontuários foram dispostos em tabelas comparando os grupos 1 (G1) e 2 (G2) em relação às características sócio-demográficas, o que permite visualização das variáveis fixas, gênero, idade, escolaridade, estado civil e opção sexual de cada grupo.

Caracterização da casuística quanto ao gênero

A distribuição dos indivíduos estudados de acordo com o gênero, pelos grupos de estudo, está apresentada na Tabela 1. Nota-se que houve discreto predomínio numérico de indivíduos do gênero feminino no G1 e do masculino no G2, porém não houve diferença estatística significativa na comparação entre os grupos.

Tabela 1. Distribuição de frequências absolutas e relativas dos 169 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo, segundo gênero.

Gênero	Grupos			
	G1		G2	
	N.º	(%)	N.º	(%)
Masculino	54	(45,8)	27	(52,9)
Feminino	64	(54,2)	24	(47,1)
Total	118	(100,0)	51	(100,0)
Estatística calculada	Nível de significância		Comentário	
Teste de qui-quadrado	p = 0,391		G1 = G2	

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

Caracterização da casuística quanto à faixa etária

A Tabela 2 mostra a distribuição da casuística, pelos grupos de estudo, de acordo com a faixa etária. Não houve diferença estatística na comparação entre os grupos. Observa-se que 70,0% dos indivíduos estavam na faixa de 30 a 49 anos.

Tabela 2. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 167 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo, segundo a faixa etária.

Faixa etária	Grupo			
	G1		G2	
	N.º	(%)	N.º	(%)
20 — 29	14	(11,9)	10	(20,5)
30 — 39	49	(41,5)	26	(53,1)
40 — 49	33	(28,0)	9	(18,4)
50 — 59	16	(13,6)	2	(4,0)
60 — 69	6	(5,1)	2	(4,0)
Total	118	(100,0)	49	(100,0)
Estatística calculada	Nível de significância		Comentário	
Teste exato de Fisher	p = 0,131		G1 = G2	

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

Caracterização da casuística quanto ao estado civil

A Tabela 3 mostra a distribuição da casuística pelos grupos de estudo em relação ao estado civil. Houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos, com maior proporção de indivíduos separados, divorciados ou solteiros no G2.

Tabela 3. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 166 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo, de acordo com o estado civil.

Estado civil	Grupos			
	G1		G2	
	N.º	(%)	N.º	(%)
Casado ou amasiado	16	(13,9)	0	(0)
Separado, divorciado ou solteiro	99	(86,1)	51	(100,0)
Total	115	(100,0)	51	(100,0)
Estatística calculada	Nível de significância		Comentário	
Teste do qui-quadrado	P = 0,003		G1 ≠ G2	

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

Caracterização da casuística quanto ao grau de instrução

Na comparação entre os grupos, não houve diferença estatística significativa quanto ao grau de instrução, porém, houve predomínio numérico de 1º grau nos dois grupos, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 163 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo, de acordo com o grau de instrução.

Grau de Escolaridade	Grupo			
	G1		G2	
	N.º	(%)	N.º	(%)
Analfabeto	4	(3,5)	0	(0,0)
1.º Grau	74	(64,3)	27	(56,3)
2.º Grau	32	(27,8)	18	(37,5)
Superior	5	(4,3)	3	(6,3)
Total	115	(100,0)	48	(100,0)
Estatística calculada	Nível de significância		Comentário	
Teste exato de Fisher	P = 0,383		G1 = G2	

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

Caracterização da casuística quanto à opção sexual

A Tabela 5 mostra a distribuição da casuística, pelos grupos de estudo, de acordo com a opção sexual. Houve diferença estatística na comparação entre os grupos, com maior proporção de heterossexuais no G1.

Tabela 5. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 159 portadores de HIV/aids estudados, pelos grupos de estudo, de acordo com a opção sexual.

Opção sexual	Grupo			
	G1		G2	
	N.º	(%)	N.º	(%)
Hetero	95	(84,8)	33	(70,2)
Homo	17	(15,2)	14	(29,8)
Total	112	(100,0)	47	(100,0)
Estatística calculada	Nível de significância		Comentário	
Teste do qui-quadrado	P = 0,034		G1 ≠ G2	

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

4.2 – Caracterização da casuística quanto à contagem de linfócitos T CD4+, determinação de carga viral plasmática do HIV e tempo de diagnóstico

Caracterização da casuística quanto à contagem de linfócitos T CD4+

A Tabela 6 mostra a distribuição da casuística, pelos grupos de estudo, de acordo com a contagem de linfócitos T CD4+. Houve diferença estatística na comparação entre os grupos, em relação às faixas de contagens de linfócitos TCD4+ menor ou igual a 200 células/mm³ ($p < 0,001$) e maior ou igual a 350 células/mm³ ($p < 0,016$).

Tabela 6. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 152 portadores de HIV/aids da casuística, pelos grupos de estudo, de acordo com a contagem de linfócitos T CD4+.

Contagem de CD4+	Grupo			
	G1		G2	
	N.º	(%)	N.º	(%)
≤ 200	13	(12,1)	0	(0)
201 a 349	16	(15,0)	4	(8,9)
≥ 350	78	(72,9)	41	(91,1)
Total	107	(100,0)	45	(100,0)
Estatística calculada	Nível de significância		Comentário	
Teste exato de Fisher	P=0,013		G1 ≠ G2	

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

Caracterização da casuística quanto à determinação da carga viral plasmática do HIV

A Tabela 7 mostra a distribuição da casuística, pelos grupos de estudo, em relação à determinação da carga viral plasmática do HIV. Houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos, respectivamente, nas três faixas consideradas para determinação da carga viral: menor ou igual a 50 cópias/mL ($p < 0,001$), de 51 a 99.999 cópias/mL ($p < 0,001$) e maior ou igual a 100.000 cópias/mL ($p < 0,035$).

Tabela 7. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 113 portadores de HIV/AIDS da casuística, pelos grupos de estudo, de acordo com a determinação de carga viral plasmática do HIV.

Carga Viral	Grupo			
	G1		G2	
	N.º	(%)	N.º	(%)
≤ 50	43	(53,8)	5	(15,2)
51 a 99999	34	(42,5)	25	(75,8)
≥ 100000	3	(3,8)	3	(9,1)
Total	80	(100,0)	33	(100,0)
Estatística calculada	Nível de significância		Comentário	
Teste exato de Fisher	$P < 0,001$		$G1 \neq G2$	

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

Caracterização da casuística quanto ao tempo de diagnóstico

A Tabela 8 mostra a distribuição da casuística pelos grupos de estudo em relação ao tempo de diagnóstico. Houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos, em relação aos indivíduos com tempo de diagnóstico menor que um ano ($p < 0,001$) e maior ou igual a 8 anos ($p < 0,03$).

Tabela 8. Distribuição de frequências absolutas e relativas de 160 portadores de HIV/aids da casuística, pelos grupos de estudo, de acordo com o tempo de diagnóstico.

Tempo de diagnóstico	Grupo			
	G1		G2	
	N.º	(%)	N.º	(%)
≤ 1	18	(16,2)	21	(42,9)
2 a 3	20	(18,0)	8	(16,3)
4 a 5	20	(18,0)	10	(20,4)
6 a 7	19	(17,1)	3	(6,1)
≥ 8	34	(30,6)	7	(14,3)
Total	111	(100,0)	49	(100,0)
Estatística calculada	Nível de significância		Comentário	
Teste exato de Fisher	P = 0,002		G1 $\neq$ G2	

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

4.3 – Avaliação da influência das variáveis pesquisadas em relação às respostas do instrumento HAT-Qol

Os dados coletados pelas entrevistas e busca nos prontuários em relação às variáveis fixas, gênero, idade, escolaridade, estado civil, opção sexual, contagem de linfócitos T CD4+, carga viral plasmática do HIV e tempo de diagnóstico, do total da população estudada, foram avaliados quanto ao nível de influência em relação aos Domínios do instrumento aplicado e se encontram nas Tabelas 9 a 16, nas quais PD significa percentual de pontos obtidos dentro do escore máximo para cada domínio.

Avaliação quanto ao sexo

Com base nos resultados da Tabela 9, observa-se que não houve diferença estatística significativa entre os sexos, em relação aos escores dos Domínios da escala HAT-Qol.

Tabela 09. Comparação entre sexos, em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), dos 169 portadores de HIV/aids estudados.

Domínios	Sexo				p ⁽¹⁾
	Feminino		Masculino		
	N	n			
D1_PD	88	82,9 (57,1; 97,1)	81	85,7 (62,9; 100,0)	0,327
D2_PD	88	60,0 (20,0; 91,7)	81	73,3 (43,3; 100,0)	0,057
D3_PD	88	48,0 (33,0; 71,0)	81	44,0 (36,0; 68,0)	0,821
D4_PD	88	52,0 (36,0; 68,0)	81	52,0 (44,0; 72,0)	0,113
D5_PD	88	50,0 (40,0; 60,0)	81	50,0 (40,0; 60,0)	0,840
D6_PD	88	80,0 (53,3; 100,0)	81	86,7 (60,0; 100,0)	0,314
D7_PD	88	83,8 (65,0; 90,0)	81	85,0 (72,5; 90,0)	0,380
D8_PD	88	65,0 (0,0; 85,0)	81	70,0 (0,0; 92,5)	0,813
D9_PD	88	100,0 (95,0; 100,0)	81	100,0 (90,0; 100,0)	0,496

(1) Teste de Kurskal-Wallis. Resumo descritivo em mediana e quartís.

D1- Atividades Gerais, D2- Atividades Sexuais, D3-Preocupação com Sigilo, D4-Preocupação com a Saúde, D5-Preocupações Financeiras, D6-Conscientização sobre HIV, D7-Satisfação com a vida, D8- Questões relativas a medicação, D9-Confiança no medico.

Avaliação quanto à faixa etária

Observa-se, na Tabela 10, que houve diferença estatística significativa entre as faixas etárias apenas em relação ao escore do Domínio 2 da escala HAT-QoI ($p = 0,017$), que avalia a atividade sexual

Tabela 10. Comparação entre faixas etárias em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-QoI), de 167 portadores de HIV/aids estudados.

Domínios	Faixa Etária										p ⁽¹⁾
	De 20 a 29 anos		De 30 a 39 anos		De 40 a 49 anos		De 50 a 59 anos		De 60 a 69 anos		
	N		N		N	n	N	n	N	n	
D1_PD	24	95,7 (67,9;100,0)	75	82,9 (60,0; 97,1)	42	85,7 (53,6; 97,9)	18	67,1 (53,6; 95,0)	8	68,6 (50,7; 94,3)	0,129
D2_PD	24	86,7 (60,0; 100,0)	75	66,7 (26,7; 100,0)	42	70,0 (20,0; 100,0)	18	26,7 (20,0; 61,7)	8	40,0 (20,0; 76,7)	0,017
D3_PD	24	48,0 (36,0; 60,0)	75	44,0 (36,0; 68,0)	42	42,0 (36,0; 69,0)	18	60,0 (35,0; 76,0)	8	68,0 (28,0; 83,0)	0,655
D4_PD	24	52,0 (44,0; 82,0)	75	52,0 (40,0; 68,0)	42	52,0 (39,0; 65,0)	18	52,0 (39,0; 69,0)	8	62,0 (53,0; 71,0)	0,563
D5_PD	24	50,0 (40,0; 63,8)	75	50,0 (40,0; 60,0)	42	47,5 (40,0; 60,0)	18	47,5 (40,0; 60,0)	8	55,0 (42,5; 67,5)	0,852
D6_PD	24	80,0 (50,0; 100,0)	75	86,7 (60,0; 100,0)	42	86,7 (60,0; 100,0)	18	76,7 (53,3; 95,0)	8	63,3 (46,7; 83,3)	0,478
D7_PD	24	90,0 (85,0; 90,0)	75	82,5 (65,0; 90,0)	42	78,8 (67,5; 87,5)	18	77,5 (61,3; 88,1)	8	78,8 (53,8; 89,4)	0,066
D8_PD	24	47,5 (0,0; 93,8)	75	60,0 (0,0; 85,0)	42	77,5 (51,3; 95,0)	18	80,0 (40,0; 95,0)	8	62,5 (12,5; 87,5)	0,264
D9_PD	24	100,0 (93,3; 100,0)	75	100,0 (100,0; 100,0)	42	100,0 (91,7; 100,0)	18	100,0 (91,7; 100,0)	8	100,0 (100,0; 100,0)	0,801

(1) Teste de Kurskal-Wallis. Resumo descritivo em mediana e quartís.

D1- Atividades Gerais, D2- Atividades Sexuais, D3-Preocupação com o Sigilo, D4-Preocupação com a Saúde, D5-Preocupações Financeiras, D6-Conscientização sobre HIV, D7-Satisfação com a vida, D8- Questões relativas a medicação, D9-Confiança no médico

Avaliação quanto ao grau de escolaridade

Com base nos resultados da Tabela 11, não houve diferença estatística significativa entre o grau de escolaridade em relação aos escores dos Domínios da escala HAT-Qol

Tabela 11. Comparação entre grau de escolaridade em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 163 portadores de HIV/aids estudados.

Domínios	Grau de Escolaridade						p ⁽¹⁾		
	Analfabeto		Primeiro grau		Segundo grau				
	N		N		N	n			
D1_PD	4	48,6 (42,1; 70,0)	101	80,0 (60,0; 100,0)	50	88,6 (60,0; 100,0)	8	97,1 (72,9; 100,0)	0,197
D2_PD	4	53,3 (20,0; 96,7)	101	66,7 (20,0; 100,0)	50	66,7 (20,0; 100,0)	8	70,0 (25,0; 95,0)	0,994
D3_PD	4	44,0 (20,0; 68,0)	101	44,0 (36,0; 72,0)	50	44,0 (31,0; 76,0)	8	54,0 (28,0; 66,0)	0,991
D4_PD	4	50,0 (39,0; 58,0)	101	52,0 (40,0; 70,0)	50	52,0 (36,0; 68,0)	8	54,0 (52,0; 79,0)	0,259
D5_PD	4	50,0 (41,3; 55,0)	101	50,0 (40,0; 60,0)	50	50,0 (40,0; 60,0)	8	67,5 (45,0; 78,8)	0,113
D6_PD	4	46,7 (46,7; 46,7)	101	80,0 (53,3; 100,0)	50	86,7 (65,0; 100,0)	8	83,3 (60,0; 100,0)	0,556
D7_PD	4	72,5 (49,4; 88,1)	101	85,0 (67,5; 90,0)	50	82,5 (65,0; 90,0)	8	80,0 (65,6; 89,4)	0,968
D8_PD	4	65,0 (52,5; 85,0)	101	70,0 (0,0; 90,0)	50	55,0 (0,0; 95,0)	8	45,0 (0,0; 98,8)	0,907
D9_PD	4	100,0 (100,0; 100,0)	101	100,0 (93,3; 100,0)	50	100,0 (93,3; 100,0)	8	100,0 (85,0; 100,0)	0,829

(1) Teste de Kurskal-Wallis. Resumo descritivo em mediana e quartís.

D1- Atividades Gerais, D2- Atividades Sexuais, D3-Preocupação com Sigilo, D4-Preocupação com a Saúde, D5-Preocupações Financeiras, D6-Consentimentação sobre HIV, D7-Satisfação com a vida, D8- Questões relativas a medicação, D9-Confiança no médico

Avaliação quanto ao estado civil

Com base nos resultados da Tabela 12, que demonstra as comparações entre Domínios e estado civil, nota-se que houve diferença estatística significativa em relação aos escores do Domínio 6 da escala HAT-Qol.

Tabela 12. Comparação do estado civil em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 166 portadores de HIV/aids estudados.

Domínios	Estado Civil				p ⁽¹⁾
	Casado ou amasiado		Solteiro, divorciado ou viúvo		
	n		N		
D1_PD	150	87,1 (71,4; 100,0)	16	82,9 (59,3; 100,0)	0,406
D2_PD	150	73,3 (60,0; 100,0)	16	66,7 (20,0; 100,0)	0,406
D3_PD	150	36,0 (28,0; 66,0)	16	46,0 (36,0; 72,0)	0,254
D4_PD	150	56,0 (37,0; 75,0)	16	52,0 (40,0; 68,0)	0,711
D5_PD	150	52,5 (40,0; 63,8)	16	50,0 (40,0; 60,0)	0,789
D6_PD	150	100,0 (86,7; 100,0)	16	80,0 (58,3; 100,0)	0,007
D7_PD	150	83,8 (70,6; 90,0)	16	83,8 (67,5; 90,0)	0,438
D8_PD	150	75,0 (50,0; 88,8)	16	60,0 (0,0; 90,0)	0,249
D9_PD	150	100,0 (93,3; 100,0)	16	100,0 (93,3; 100,0)	0,805

(1) Teste de Kurskal-Wallis. Resumo descritivo em mediana e quartís.

D1- Atividades Gerais, D2- Atividades Sexuais, D3-Preocupação com Sigilo, D4-Preocupação com a Saúde, D5-Preocupações Financeiras, D6-Conscientização sobre HIV, D7-Satisfação com a vida, D8- Questões relativas a medicação, D9-Confiança no medico

Avaliação quanto à opção sexual

Com base nos resultados da Tabela 13, que demonstra as comparações entre Domínios e opção sexual, observa-se que não houve diferença estatística significativa entre opção sexual em relação aos escores dos Domínios da escala HAT-Qol.

Tabela 13. Comparação entre opção sexual e os escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 159 portadores de HIV/aids estudados.

Escore	Opção Sexual				p ⁽¹⁾
	Heterossexual		Homossexual		
	n		N		
D1_PD	128	81,4(60,0;97,1)	31	91,4(65,7;100,0)	0,182
D2_PD	128	66,7(20,0;100,0)	31	66,7(20,0;100,0)	0,728
D3_PD	128	44,0(36,0;68,0)	31	44,0(36,0;76,0)	0,889
D4_PD	128	52,0(40,0;68,0)	31	52,0(40,0;68,0)	0,831
D5_PD	128	45,0(40,0;60,0)	31	55,0(40,0;60,0)	0,126
D6_PD	128	80,0(55,0;100,0)	31	93,3(73,3;100,0)	0,075
D7_PD	128	81,3(67,5;90,0)	31	85,0(70,0;90,0)	0,173
D8_PD	128	70,0(0,0;90,0)	31	50,0(0,0;90,0)	0,225
D9_PD	128	100,0(93,3;100,0)	31	100,0(86,7;100,0)	0,483

(1) Teste de Mann-Whitney. Resumo descritivo em mediana e quartís.

D1- Atividades Gerais, D2- Atividades Sexuais, D3-Preocupação com Sigilo, D4-Preocupação com a Saúde, D5-Preocupações Financeiras, D6-Conscientização sobre HIV, D7-Satisfação com a vida, D8- Questões relativas a medicação, D9-Confiança no medico

Avaliação quanto à contagem de células T CD4+

Com base nos resultados da Tabela 14, que demonstra as comparações entre Domínios e contagem de linfócitos T CD4+, observa-se que não houve diferença estatística significativa entre as contagens de linfócitos T CD4+ em relação aos escores dos Domínios da escala HAT-Qol.

Tabela 14. Comparação entre contagens de linfócitos T CD4+, por faixa do número de células por mm³ de sangue, em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 152 portadores de HIV/aids estudados.

Escore	Contagem de T CD4+						p ⁽¹⁾
	Até 200		De 201 a 349		Acima de 349		
	N		N		N		
D1_PD	13	77,1 (51,4; 92,9)	20	80,0 (66,4; 88,6)	119	88,6 (60,0; 100,0)	0,284
D2_PD	13	20,0 (20,0; 66,7)	20	60,0 (21,7; 100,0)	119	73,3 (40,0; 100,0)	0,149
D3_PD	13	68,0 (30,0; 88,0)	20	40,0 (36,0; 87,0)	119	44,0 (36,0; 68,0)	0,227
D4_PD	13	60,0 (44,0; 82,0)	20	48,0 (36,0; 72,0)	119	52,0 (40,0; 68,0)	0,468
D5_PD	13	60,0 (40,0; 67,5)	20	50,0 (40,0; 70,0)	119	50,0 (40,0; 60,0)	0,363
D6_PD	13	73,3 (46,7; 96,7)	20	73,3 (55,0; 100,0)	119	80,0 (60,0; 100,0)	0,843
D7_PD	13	72,5 (65,0; 87,5)	20	85,0 (68,1; 89,4)	119	85,0 (70,0; 90,0)	0,388
D8_PD	13	60,0 (50,0; 87,5)	20	70,0 (40,0; 80,0)	119	65,0 (0,0; 90,0)	0,781
D9_PD	13	100,0 (93,3; 100,0)	20	100,0 (93,3; 100,0)	119	100,0 (100,0; 100,0)	0,944

(1) Teste de Kurskal-Wallis. Resumo descritivo em mediana e quartís.

D1- Atividades Gerais, D2- Atividades Sexuais, D3-Preocupação com Sigilo, D4-Preocupação com a Saúde, D5-Preocupações Financeiras, D6-Conscientização sobre HIV, D7-Satisfação com a vida, D8- Questões relativas a medicação, D9-Confiança no médico

Avaliação quanto à determinação de carga viral plasmática do HIV

Na Tabela 15, observa-se que houve diferença estatística significativa na comparação entre a determinação de carga viral plasmática do HIV apenas em relação aos escores do Domínio 8 da escala HAT-Qol, que avalia as questões relativas à medicação.

Tabela 15. Comparação entre determinação de carga viral plasmática do HIV, em faixas de número de cópias de RNA por ml, em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 113 portadores de HIV/aids estudados.

Escores	Determinação da Carga Viral Plasmática						p ⁽¹⁾
	Até 50		De 51 a 99999		Acima de 99999		
	N		N		n		
D1_PD	48	92,9 (68,6; 100,0)	59	85,7 (57,1; 97,1)	6	67,1 (58,6; 97,9)	0,434
D2_PD	48	70,0 (41,7; 100,0)	59	66,7 (20,0; 93,3)	6	60,0 (20,0; 90,0)	0,589
D3_PD	48	44,0 (33,0; 68,0)	59	44,0 (32,0; 72,0)	6	42,0 (36,0; 80,0)	0,771
D4_PD	48	52,0 (40,0; 68,0)	59	52,0 (40,0; 72,0)	6	44,0 (36,0; 76,0)	0,910
D5_PD	48	47,5 (40,0; 60,0)	59	50,0 (40,0; 60,0)	6	52,5 (40,0; 56,3)	0,933
D6_PD	48	73,3 (46,7; 98,3)	59	80,0 (66,7; 100,0)	6	80,0 (53,3; 100,0)	0,130
D7_PD	48	85,0 (72,5; 90,0)	59	85,0 (67,5; 90,0)	6	77,5 (72,5; 90,0)	0,965
D8_PD	48	85,0 (60,0; 98,8)	59	50,0 (0,0; 80,0)	6	22,5 (0,0; 88,8)	0,000
D9_PD	48	100,0 (100,0; 100,0)	59	100,0 (93,3; 100,0)	6	100,0 (85,0; 100,0)	0,552

(1) Teste de Kurskal-Wallis. Resumo descritivo em mediana e quartís.

D1- Atividades Gerais, D2- Atividades Sexuais, D3-Preocupação com Sigilo, D4-Preocupação com a Saúde, D5-Preocupações Financeiras, D6-Conscientização sobre HIV, D7-Satisfação com a vida, D8- Questões relativas a medicação, D9-Confiança no médico.

Avaliação quanto ao tempo de diagnóstico da doença

Observa-se que houve diferença estatística significativa entre o tempo de diagnóstico em relação aos escores dos Domínios 1, 4, 5, 6, 7 e 8 da escala HAT-Qol que avaliam, respectivamente, atividades gerais, preocupação com a saúde, preocupações financeiras, conscientização sobre o HIV, satisfação com a vida e questões relativas à medicações, conforme mostra a Tabela 16

Tabela 16. Comparação entre tempo de diagnóstico da doença, em anos, em relação aos escores dos Domínios da escala de qualidade de vida (HAT-Qol), de 160 portadores de HIV/aids estudados.

Escore	Tempo de Diagnostico										p ⁽¹⁾
	Até 1 ano		Entre 2 a 3 anos		Entre 4 a 5 anos		Entre 6 a 7 anos		Acima de 7 anos		
	n		n		N	n		N	n		
D1_PD	39	85,7 (60,0; 100,0)	28	90,0 (61,4; 100,0)	30	94,3 (77,1; 100,0)	22	80,0 (56,4; 97,9)	41	65,7 (51,4; 90,0)	0,009
D2_PD	39	60,0 (46,7; 86,7)	28	63,3 (30,0; 98,3)	30	80,0 (60,0; 100,0)	22	56,7 (20,0; 81,7)	41	53,3 (20,0; 100,0)	0,080
D3_PD	39	52,0 (32,0; 68,0)	28	38,0 (36,0; 60,0)	30	36,0 (27,0; 61,0)	22	54,0 (36,0; 86,0)	41	48,0 (36,0; 72,0)	0,202
D4_PD	39	56,0 (44,0; 72,0)	28	54,0 (41,0; 79,0)	30	48,0 (36,0; 60,0)	22	66,0 (51,0; 84,0)	41	48,0 (36,0; 64,0)	0,021
D5_PD	39	60,0 (40,0; 70,0)	28	50,0 (40,0; 55,0)	30	45,0 (40,0; 56,3)	22	55,0 (40,0; 70,0)	41	40,0 (40,0; 57,5)	0,014
D6_PD	39	73,3 (46,7; 93,3)	28	86,7 (50,0; 100,0)	30	86,7 (58,3; 100,0)	22	100,0 (73,3; 100,0)	41	73,3 (56,7; 96,7)	0,047
D7_PD	39	85,0 (72,5; 90,0)	28	78,8 (60,0; 90,0)	30	86,3 (81,9; 90,0)	22	87,5 (66,9; 90,0)	41	72,5 (61,3; 86,3)	0,021
D8_PD	39	0,0 (0,0; 70,0)	28	80,0 (0,0; 93,8)	30	72,5 (0,0; 96,3)	22	85,0 (43,8; 91,3)	41	60,0 (40,0; 80,0)	0,011
D9_PD	39	100,0 (100,0; 100,0)	28	100,0 (95,0; 100,0)	30	100,0 (100,0; 100,0)	22	100,0 (85,0; 100,0)	41	100,0 (86,7; 100,0)	0,169

(1) Teste de Kurskal-Wallis. Resumo descritivo em mediana e quartís.

D1- Atividades Gerais, D2- Atividades Sexuais, D3-Preocupação com Sigilo, D4-Preocupação com a Saúde, D5-Preocupações Financeiras, D6-Conscientização sobre HIV, D7-Satisfação com a vida, D8- Questões relativas a medicação, D9-Confiância no médico.

4.4 – Comparação entre os grupos que usam e os que não usam ARV em relação aos índices dos Domínios

Os dados coletados foram avaliados quanto ao nível de influência em relação aos Domínios do instrumento aplicado e as características do total da população estudada quanto a gênero, idade, escolaridade, estado civil, opção sexual, contagem de linfócitos T CD4+ , determinação da carga viral plasmática e tempo de diagnóstico. Os que tiveram diferença estatisticamente significativa foram avaliados em relação aos grupos G1 e G2.

Pode ser observado, em algumas tabelas, que o número de portadores de HIV/aids estudados, era menor que cinco em um dos grupos, sendo que este tamanho amostral impossibilitou o estudo da distribuição probabilística dos valores de escore e, além disto, favoreceu estimativas pouco precisas de média e mediana dos escores em cada grupo.

Comparação entre faixas etárias e grupos de estudo, em relação ao Domínio 2 da escala (HAT-Qol)

Observa-se, pela análise da Tabela 17, que mostra a comparação entre as faixas etárias de 20 anos a 29 anos, de 30 anos a 39 anos e de 40 anos a 49 anos, os grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 2, referente a atividades sexuais, que não foi encontrada diferença estatisticamente significativa.

Tabela 17. Comparação entre faixa etária e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 2, referente a atividades sexuais, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 167 portadores de HIV estudados.

Faixas Etárias	G1		G2		P ⁽¹⁾
	N		N		
De 20 a 29 anos	14	11,0 (5,25; 15,0)	10	14,0 (10,0; 15,0)	0,132
De 30 a 39 anos	49	10,0 (3,0; 15,0)	26	10,5 (8,25; 15,0)	0,341
De 40 a 49 anos	33	9,0 (3,0; 15,0)	9	15,0 (10,5; 15,0)	0,056
De 50 a 59 anos	16	3,5 (3,0; 8,5)	2	11,5 (10,0; 13,0)	—
De 60 a 69 anos	6	3,0 (3,0; 12,2)	2	9,5 (9,0; 10,0)	—

(1)Teste de Mann-Whitney. Resumo descritivo em mediana e quartís.

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

Comparação entre estado civil e grupos de estudo, em relação ao Domínio 6 da escala (HAT-Qol)

Na Tabela 18, pode ser observado que não foi possível a comparação entre estado civil e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 6, referente à conscientização sobre o HIV.

Tabela 18. Comparação entre estado civil e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 6, referente à conscientização sobre o HIV, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 166 portadores de HIV estudados.

Estado civil	G1		G2		P ⁽¹⁾
	N		n		
Casado ou amasiado	16	15,0 (13,0; 15,0)	0	0 (0,0; 0,0)	—
Separado, divorciado e Solteiro.	99	11,0 (8,0; 15,0)	51	13,00 (10,0; 15,0)	0,074

(1) Teste de Mann-Whitney. Resumo descritivo em mediana e quartís.

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação ao Domínio 1 da escala (HAT-Qol)

Na Tabela 19, pode ser observado que a comparação entre os dois grupos do estudo e o tempo de diagnóstico, em relação aos índices do Domínio 1, que avalia atividades gerais, não mostrou diferença estatisticamente significativa.

Tabela 19. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 1, referente a atividades gerais, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados.

Tempo de Diagnóstico	G1		G2		P ⁽¹⁾
	N		N		
Até 1 ano	18	28,5 (18,5; 31,5)	21	32,0 (23,5; 35,0)	0,139
Entre 2 e 3 anos	20	31,0 (20,8; 35,0)	8	32,0 (22,0; 34,8)	0,979
Entre 4 e 5 anos	20	33,0 (25,0; 35,0)	10	32,5 (27,0; 35,0)	0,733
Entre 6 e 7 anos	19	31,0 (19,0; 35,0)	3	24,0 (20,0; 25,0)	—
Acima de 7 anos	34	23,5 (18,8; 31,25)	7	22,0 (16,0; 32,0)	0,376

(1) Teste de Mann-Whitney. Resumo descritivo em mediana e quartís.

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n=51)

Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação ao Domínio 4 da escala (HAT-Qol)

Na Tabela 20, pode ser observado, na comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 4, referente à preocupação com a saúde, que os indivíduos de G2, com diagnóstico na faixa entre 2 e 3 anos, apresentaram menor índice de resposta em relação aos de G1, e esta diferença foi estatisticamente significativa.

Tabela 20. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 4, referente a preocupação com a saúde, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados.

Tempo de Diagnóstico	G1		G2		P ⁽¹⁾
	n		n		
Até 1 ano	18	16,0 (10,5; 17,0)	21	13,0 (11,0; 19,0)	0,989
Entre 2 e 3 anos	20	14,5 (11,5; 20,7)	8	10,5 (9,0; 12,8)	0,012
Entre 4 e 5 anos	20	12,0 (8,2; 14,7)	10	12,5 (11,0; 15,8)	0,289
Entre 6 e 7 anos	19	17,0 (12,0; 21,0)	3	16,0 (14,0; 19,0)	—
Acima de 7 anos	34	12,0 (9,0; 16,0)	7	13,0 (10,0; 18,0)	0,590

(1) Teste de Mann-Whitney. Resumo descritivo em mediana e quartís.

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n= 51)

Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação ao Domínio 5 da escala (HAT-Qol)

Na Tabela 21, observa-se, que na comparação entre os dois grupos e o tempo de diagnóstico, em relação ao Domínio 5, que avalia as preocupações financeiras, que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 21. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 5, referente à preocupações financeiras, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados.

Tempo de Diagnóstico	G1		G2		P ⁽¹⁾
	n		n		
Até 1 ano	18	13,0 (10,25; 14,0)	21	11,0 (8,0; 12,0)	0,098
Entre 2 e 3 anos	20	10,0 (8,0; 11,75)	8	9,5 (7,3; 11,0)	0,352
Entre 4 e 5 anos	20	9,0 (8,0; 11,75)	10	9,5 (8,0; 11,3)	0,964
Entre 6 e 7 anos	19	10,0 (8,0; 13,0)	3	11,0 (15,0; 19,0)	—
Acima de 7 anos	34	9,0 (8,0; 12,0)	7	8,0 (8,0; 10,0)	0,394

(1) Teste de Mann-Whitney. Resumo descritivo em mediana e quartís.

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n=51)

Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação ao Domínio 6 da escala (HAT-Qol)

Na Tabela 22, pode ser observado, na comparação entre os dois grupos e o tempo de diagnóstico, em relação aos índices do Domínio 6, que avalia a conscientização sobre o HIV, que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 22. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 6, referente a conscientização sobre o HIV, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados.

Tempo de Diagnóstico	G1		G2		P ⁽¹⁾
	N		n		
Até 1 ano	18	8,0 (5,7; 14,2)	21	12,0 (9,0; 14,0)	0,125
Entre 2 e 3 anos	20	13,0 (7,5; 15,0)	8	14,5 (8,0; 15,0)	0,651
Entre 4 e 5 anos	20	12,5 (8,2; 15,0)	10	13,5 (10,0; 15,0)	0,514
Entre 6 e 7 anos	19	15,0 (11,0; 15,0)	3	15,0 (14,0; 15,0)	—
Acima de 7 anos	34	29,0 (24,8; 35,2)	7	28,0 (24,0; 33,0)	0,318

(1) Teste de Mann-Whitney. Resumo descritivo em mediana e quartís.

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n=51)

Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo em relação ao Domínio 7 da escala (HAT-Qol)

Na Tabela 23, pode-se observar que na comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 7, que avalia a satisfação com a vida, que não houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 23. Comparação entre tempo de diagnóstico e grupos de estudo, em relação aos índices do Domínio 7, referente a satisfação com a vida, da escala de qualidade de vida (HAT-Qol) de 160 portadores de HIV estudados.

Tempo de Diagnóstico	G1		G2		P ⁽¹⁾
	n		n		
Até 1 ano	18	34,0 (28,5; 36,0)	21	33,0 (27,5; 36,0)	0,775
Entre 2 e 3 anos	20	31,5 (27,5; 35,7)	8	33,5 (22,0; 36,0)	0,623
Entre 4 e 5 anos	20	12,5 (8,2; 15,0)	10	35,0 (34,0; 36,0)	0,623
Entre 6 e 7 anos	19	36,0 (29,0; 36,0)	3	26,0 (25,0; 27,0)	—
Acima de 7 anos	34	29,0 (24,8; 35,2)	7	24,0 (33,0; 34,0)	0,384

(1) Teste de Mann-Whitney. Resumo descritivo em mediana e quartís.

G1= Pacientes em uso de anti-retrovirais (n=118); G2= Pacientes que não usam anti-retrovirais (n=51)

Comparação entre tempo de diagnóstico, determinação da carga viral plasmática do HIV e grupos de estudo, em relação ao Domínio 8 da escala (HAT-Qol)

Em relação ao Domínio 8, que avalia as questões relacionadas ao uso de medicação ARV, não se pode comparar os dois grupos, pois os indivíduos de G2, que não tomavam a medicação, não responderam às questões deste Domínio.

5 – DISCUSSÃO

5.1 – Caracterização da casuística

Cento e sessenta e nove indivíduos foram divididos em dois grupos, G1 com 118 pacientes que fizeram uso de ARV e G2 com 51, que não usaram ARV. A escolha dos pacientes do G2 foi feita para aqueles que não tinham indicação médica de uso de ARV, excluindo os que não faziam tratamento por opção.

No presente estudo, os resultados com o numero semelhante de indivíduos masculinos e femininos, o predomínio da faixa etária entre 30 anos e 39 anos, assim como dos indivíduos não casados, heterossexuais e com instrução de primeiro grau, seguem a tendência da epidemia de aids no Brasil ⁽¹⁴⁾ e no mundo ⁽¹³⁾. Em regiões específicas do Brasil, como São Paulo e Rio de Janeiro, e do resto do mundo, Europa Central e EUA, há mais de uma década, os casos de aids em mulheres vêm aumentando, além de haver notificações em todas as faixas etárias, chegando até 76 anos em alguns estudos ^(63,64,65,66,67).

Evangelista et al. ⁽⁶⁸⁾, em investigação sobre risco de aquisição de DST, incluindo a infecção pelo HIV, realizado no Centro de Referência de DST, em uma unidade de saúde do Distrito Federal entre 2004 e 2005, encontraram diferença entre homens e mulheres quanto à faixa etária, grau de instrução e estado civil. Os autores observaram que as mulheres eram mais jovens, casadas e com menor escolaridade do que os homens.

Em outro estudo realizado por Araújo et al. ⁽⁶⁹⁾, em Centro de Testagem e Aconselhamento, em Campos de Goytacazes, estado do Rio de Janeiro, entre 2001 e 2002, foram analisados 7.386 indivíduos e os autores encontraram maior prevalência na faixa etária dos 35 anos aos 54 anos entre os homens e de 45 anos a 64 anos, entre as mulheres, instrução de primeiro grau completo para as mulheres e incompleto para os homens e de viúvos para ambos os sexos. Tais resultados são semelhantes aqueles encontrados no presente estudo, no qual, no entanto, essas variáveis não foram apresentadas separadamente, para cada um dos gêneros.

A avaliação das mudanças no perfil da epidemia no estado de São Paulo, entre os anos de 1980 e 2001, mostra que, apesar das desigualdades entre regiões do estado, a tendência brasileira, no que se refere ao gênero e à categoria de exposição ao HIV, é mantida ^(16, 70).

Com a evolução da epidemia, nota-se que a infecção pelo HIV, inicialmente vinculada a homens que fazem sexo com homens, atualmente mostra aumento do número de casos de indivíduos com prática heterossexual, tanto homens quanto mulheres ^(9, 10), o que ocorreu, também, no presente estudo. No entanto, esses resultados são diferentes daqueles de Santos et al. ⁽⁷⁰⁾, que demonstraram predomínio de homossexuais no Estado de São Paulo, no período de 1980 a 2001.

Essa mudança significativa no perfil epidemiológico da doença impõe enormes desafios para o cuidado das pessoas vivendo com HIV, pois os serviços de saúde atendiam uma clientela predominantemente masculina e passaram, ao longo do tempo, a conviver com novas e crescentes demandas relacionadas ao cuidado de mulheres vivendo com HIV ⁽⁷¹⁾. Deve-se notar que, no presente trabalho, a proporção entre homens e mulheres foi de 1:1.

Em seu estudo, Santos et al ⁽⁷⁰⁾ encontraram os maiores coeficientes de incidência em indivíduos de 30 anos a 39 anos, sendo que, tanto o número de casos como o de óbitos, mostra ligeiro aumento para idades mais avançadas, indicando “envelhecimento” da epidemia no estado de São Paulo. No Brasil, a proporção de indivíduos com 50 anos ou mais de idade passou de 6,2%, na década de 1980, para 9,4% em 2003, mantendo-se em 9,1% até junho de 2007^(29,16). Nos EUA o número de casos com 50 anos de idade ou mais quintuplicou na última década ^(16, 72). No presente estudo, também, foi observado que 70,0% dos indivíduos tinham entre 30 anos e 49 anos e 15,0% tinham 50 anos ou mais, proporção maior do que os dados oficiais do Brasil ⁽¹⁶⁾.

No Brasil⁽⁷³⁾, o grau de instrução tem sido utilizada como medida indireta da situação socioeconômica, o que mostra, em relação à infecção pelo HIV/aids, aumento de indivíduos com menor escolaridade, caracterizando a pauperização da epidemia. Na década de 1980, a quase totalidade dos casos tinha formação universitária ou ensino médio. No presente estudo, cerca de 62,0% dos casos ocorreu entre indivíduos com 1º grau de escolaridade.

Rodrigues et al⁽⁷⁴⁾, também, sinalizaram a variável escolaridade como importante para a estratificação social e conclui que o aumento do número de casos, nos estratos com menor escolaridade, remete à pior cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência entre os menos favorecidos economicamente.

Apesar da amostra total do presente estudo seguir a tendência da epidemia, a análise dos resultados obtidos na caracterização demográfica comparativa entre G1 e G2,

mostrou diferença estatisticamente significativa quanto a estado civil e opção sexual. Os grupos foram homogêneos quanto a gênero, faixa etária e grau de instrução.

Lignani Junior et al⁽⁷⁵⁾, em avaliação da adesão ao uso de ARV, em pacientes acompanhados pela Universidade Federal de Minas Gerais, observaram predomínio de homens e das opções sexuais homo e heterossexual. As características encontradas por estes autores foram diferentes dos encontrados no presente estudo, em que encontrou predominaram os heterossexuais.

Em relação à faixa etária, no presente estudo verificou-se que o grupo em tratamento com ARV foi, proporcionalmente, mais velho do que o que não se tratava. Esse resultado também foi relatado por Valente et al⁽⁷⁶⁾, o que se justifica, segundo os autores, pelo grande impacto na historia natural da infecção pelo HIV representado pelo uso de ARV no Brasil. Outros benefícios do uso desta terapia são evidenciados com a redução da incidência das infecções oportunistas, diminuição da necessidade das internações hospitalares, bem como, o aumento da expectativa de vida.

Nos últimos anos, a infecção pelo HIV passou a ser considerada doença crônica, passível de ser controlada com medicamentos. A aids deixou de ser uma doença previsível e com curso fatal, para uma doença prolongada, com exacerbações e remissões, com efeitos tóxicos significativos advindos da TARV, com crescentes co-morbididades clínicas e psiquiátricas. No Brasil, a mortalidade por aids teve queda de 50%⁽⁷⁷⁾.

5.2 – Tempo de diagnóstico, contagem de linfócitos T CD4 + e determinação de carga viral plasmática do HIV.

Como já demonstrado em vários estudos, o HIV destrói, preferencialmente, células T CD4+ e interfere no funcionamento do sistema imune, reduzindo a defesa contra agentes infecciosos.^(2, 78)

A progressão da aids com doenças oportunistas e morte tem sido associada, entre outros fatores, com a baixa contagem de células T CD4+, e a sobrevida longa se relaciona com alta contagem destas células no sangue periférico o que, para uma grande proporção de indivíduos já doentes, ocorre após introdução da TARV⁽⁷⁹⁾.

Após a introdução da HAART contra infecção pelo HIV, tem-se observado importante redução, tanto da progressão da doença, quanto da mortalidade por ela induzida,

devido, principalmente, à significativa diminuição dos níveis de RNA viral no plasma e tecido linfóide e à restauração do número de células T CD4+. ^(78, 80, 81, 82).

No presente estudo, a maioria dos indivíduos que recebiam tratamento ARV (61,9%) tinha tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV de mais de quatro anos e carga viral plasmática do HIV abaixo do limite de detecção, enquanto a maioria dos que não tratavam tinham diagnóstico mais recente, menor que um ano, e carga viral plasmática do HIV maior, como esperado. Ambos os grupos apresentavam predomínio da contagem de linfócitos T CD4+ na faixa maior ou igual a 350 células/mm³, sendo que no G2, nenhum indivíduo apresentava essas células abaixo de 200/mm³, o que caracterizava a não indicação de TARV pela recomendação do Ministério da Saúde para aquela época ⁽²⁴⁾.

Estudos demonstram que o tempo de evolução da infecção pelo HIV tem sido substancialmente aumentado em decorrência dos novos e crescentes benefícios terapêuticos. Houve modificação de sua história natural, no que se refere à instalação e à natureza da doença e à frequência das infecções oportunistas, aumentando, com isso, a sobrevida das pessoas com aids ^(83, 84). Estes dados estão de acordo com aqueles encontrados no presente estudo, no qual os pacientes em uso de ARV tinham, na sua maioria, tempo de diagnóstico maior do que oito anos.

A avaliação seriada da contagem de linfócitos T CD4+ vem sendo utilizada, tanto na indicação como na avaliação da necessidade de modificação dos esquemas ARV e, em geral, apresenta boa correlação com a resposta ao tratamento ⁽²⁴⁾.

A carga viral plasmática do HIV, no entanto, é o melhor marcador laboratorial de resposta ao tratamento. É detectada na forma de RNA do HIV, que reflete a dinâmica do vírus nos indivíduos infectados, quantificando as partículas que estão sendo produzidas e lançadas na circulação sanguínea. Níveis elevados de replicação do vírus, com conseqüente aumento da carga viral plasmática, estão associados à deterioração acelerada do sistema imune e do quadro clínico. No caso de pacientes em tratamento que apresentam níveis elevados de carga viral plasmática, deve-se considerar falha terapêutica, seja por resistência do HIV aos ARV ou falta de adesão à terapia ⁽²⁴⁾.

No Brasil, após introdução da HAART, assim como em outros países, vem ocorrendo redução da morbidade e da mortalidade por aids, principalmente no sexo masculino. Observa-se, também, aumento da sobrevida dos portadores de HIV, redução da

incidência de doenças oportunistas e diminuição do número de internações hospitalares ^(85,86,87).

No presente estudo, dos pacientes que estavam em uso de TARV, mais da metade apresentava carga viral plasmática do HIV abaixo do limite de detecção, mais de 70,0% apresentava contagem de linfócitos T CD4+ acima de 350 células/mm³ e cerca de 48,0% tinha diagnóstico de infecção pelo HIV há pelo menos seis anos. Estes resultados demonstram boa resposta terapêutica para o grupo que recebia ARV.

5.3 – Qualidade de vida e o instrumento HAT-Qol

Atualmente, o assunto qualidade de vida vem sendo muito discutido, tendo recebido atenção crescente, não somente da literatura científica, mas, também, das campanhas publicitárias, nos meios de comunicação e plataformas políticas. Além de ser considerada como poderosa expansão no discurso popular, tornando-se até mesmo um clichê, é também motivo de interesse de pesquisas de várias áreas especializadas ^(88,34).

Na análise dos resultados do estudo em discussão, observou-se que, quando avaliado a relação das características sócio-demográficas na qualidade de vida, pelas respostas do Instrumento HAT-Qol, não houve influência, nas respostas em nenhum Domínio, em relação a gênero, grau de escolaridade e opção sexual dos indivíduos estudados.

Em estudo de qualidade de vida de portadores do HIV realizado por Santos et al. ⁽³⁴⁾, na Casa da Aids, no Município de São Paulo no ano de 2002, os autores observaram pior desempenho das mulheres, de indivíduos de raça negra, os de menor escolaridade e de baixa renda, em alguns dos domínios estudados. Vale lembrar que, o presente estudo não abordou raça nem renda mensal, além da utilização de instrumentos diferentes, pois Santos et al ⁽⁸⁸⁾, utilizaram o questionário WHOQOL-bref, para análise da qualidade de vida.

Em estudo realizado nos EUA ⁽⁸⁹⁾, que avaliou a qualidade de vida dos portadores de HIV americanos e imigrantes latinos, os autores observaram maior vulnerabilidade das mulheres, em ambos os grupos, em domínio referente a função física. Shor-Posner et al ⁽⁹⁰⁾, avaliaram portadores de HIV americanos usuários de drogas ilícitas, e, igualmente, encontraram menor escore no domínio atividade física. Os dois estudos também utilizaram diferentes instrumentos. Esses dados discordam dos resultados encontrados no presente

estudo, que não mostraram diferença no Domínio que se refere à atividade física em nenhum dos grupos estudados.

Ainda, no estudo aqui apresentado, houve influência da faixa etária em relação ao Domínio que avalia a satisfação com a atividade sexual, no qual os homens de 50 anos a 69 anos obtiveram menor índice nas respostas, ou seja, pior desempenho.

Freitas et al.⁽⁹¹⁾ em estudo qualitativo sobre a sexualidade do portador do HIV em Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo, observaram que os indivíduos, ao receberem o resultado positivo do exame anti-HIV, referem que “é como uma sentença de morte”, ou seja, tem a sensação de que a vida acabou. O paciente não tem, neste momento, condição de reflexão e elaboração de como enfrentar as dificuldades sociais, emocionais e, principalmente, as sexuais. No entanto, este paciente tenta superar estas dificuldades a curto, médio ou longo prazo, sendo mais difícil para as pessoas de maior faixa etária.

A sexualidade faz parte do bem estar e da vida de todos os pacientes, inclusive dos idosos. Embora a duração e a intensidade da atividade sexual possam mudar com o passar dos anos, não deveria ser considerada como parte do envelhecimento normal⁽⁹²⁾. Este conceito de envelhecimento normal pode explicar os resultados encontrados no presente estudo, que apresenta menor escore para pacientes com maior faixa etária no Domínio que avalia as atividades sexuais.

Até recentemente, ainda se acreditava que, por volta dos cinquenta anos, o declínio da função sexual era inevitável, devido à menopausa feminina e à instalação progressiva das disfunções da ereção masculina. Além disto, a atividade sexual perdia, fatalmente, seu objetivo de procriação e, portanto, sua justificativa social⁽⁹³⁾.

A tendência dos dados sobre a epidemia de HIV/aids aponta, para o aumento de novos casos, por exposição sexual, na faixa populacional situada acima dos 50 anos⁽⁹⁴⁾.

Expressar e exercer atividade sexual, certamente, não é hoje prerrogativa exclusiva dos jovens. A população acima dos 50 anos conquista, progressivamente, sua própria liberdade neste sentido⁽⁹³⁾. Porém, este conceito ainda está sendo inserido nesta população, justificando, assim, os resultados encontrados no presente estudo.

No presente estudo houve, também, influência do estado civil em relação ao Domínio 6, que avalia a Conscientização sobre o HIV, no qual os pacientes solteiros, divorciados ou viúvos, ou seja, aqueles sem parceiros fixos, obtiveram menor índice nas respostas em relação aos casados ou amasiados, o que significa pior desempenho.

Seidl et al.⁽⁹⁵⁾ desenvolveram Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids e também observaram maior satisfação das pessoas que viviam com parceiros. Assim, indivíduos soropositivos, casados ou em união consensual referiam mais apoio e estavam mais satisfeitos, se comparados aos solteiros, separados, divorciados ou viúvos. Observou-se, também, que pessoas com escolaridade mais alta estavam mais satisfeitas e percebiam maior apoio emocional, que pode ser atribuído à eventual facilidade desse segmento em falar sobre sua enfermidade, compartilhado-a com terceiros e, conseqüentemente, obter apoio social.

Na avaliação de qualidade de vida, Reis⁽⁹⁶⁾, comparou dois instrumentos, o HAT-Qol e o WHOQOL-HIV e, também, observou maiores escores nas respostas entre indivíduos com parceiro sexual e soronegativos para HIV.

Galvão et al.⁽⁶²⁾ que avaliaram a qualidade de vida pelo mesmo instrumento, HAT-Qol, não observaram influência do estado civil nas respostas obtidas, o que diferiu dos dados encontrados no presente estudo.

De forma diferente, o grau de escolaridade e a opção sexual não mostraram influência na qualidade de vida dos indivíduos avaliados no instrumento aplicado neste estudo.

Estes dados, também, diferem do estudo de Seidl et al.^(95,97), que investigaram a associação do suporte social com escolaridade e situação conjugal, cujas análises indicaram que pessoas com escolaridade mais alta ou que viviam com parceiro, independentemente da opção sexual, apresentaram médias mais elevadas nas respostas, ou melhor qualidade de vida.

Ainda em relação à escolaridade, Bezerra⁽⁹⁸⁾ utilizando os instrumentos WHOQOL-bref e Kusumota, 2005 o KDQOL-SFTM 1.3 (Kidney Disease and Quality of Life - Short Form), diferentes dos utilizados neste e em outros estudos, também observou que as pessoas com maior nível de escolaridade apresentaram melhor qualidade de vida.

No presente estudo, indivíduos que apresentavam carga viral muito alta, acima de 99.999 cópias/mL, obtiveram menores índices nas respostas do Domínio 8, que trata das Questões Relativas à Medicação, ou seja, pior qualidade de vida. Estes eram os pacientes que se sentiam pior com o uso da medicação ARV e não a tomavam, ou faziam uso muito irregular dela, justificando os altos níveis de carga viral plasmática do HIV.

De acordo com as Recomendações de Tratamento Anti-retroviral do Ministério da Saúde do Brasil⁽²⁴⁾ e outros *guidelines* internacionais^(99, 100), a contagem de linfócitos T CD4+

estabelece o risco de progressão da doença e determina a recomendação do início de uso de ARV. Dessa forma, pacientes assintomáticos e virgens de tratamento, com T CD4+ acima de 350 células/mm³, não apresentam indicação de uso de TARV.

Estudos ^(101, 102) realizados em diferentes países, utilizando diferentes instrumentos para avaliação da qualidade de vida, evidenciaram que os indivíduos com infecção pelo HIV/AIDS, com alta contagem de células T CD4+, apresentaram escores compatíveis com melhor qualidade de vida. Estes resultados diferem dos encontrados no presente estudo, pois não houve diferença entre pacientes com contagens de linfócitos T CD4+ mais baixas ou mais altas.

Hoje o portador de HIV é mais consciente da evolução clínica da doença, conhecendo a importância e o significado das contagens de linfócitos T CD4+ e da carga viral. Esses indivíduos relatam que o aumento dessas taxas os motivam a manter a adesão ao tratamento, o que foi observado em até 100% dos indivíduos no estudo de Sidat et al ⁽¹⁰³⁾.

Nesta pesquisa, foi verificado, ainda, que o tempo de diagnóstico da doença foi a variável que mais exerceu influência nos diferentes Domínios de avaliação da qualidade de vida, tais como, Atividades Gerais, Preocupações com a Saúde, Preocupações Financeiras, Conscientização sobre HIV, Satisfação com a Vida e Questões relativas à Medicação. Os resultados mostraram que tiveram pior desempenho nas respostas com conseqüente pior qualidade de vida, a maioria dos indivíduos que já conheciam o diagnóstico da infecção pelo HIV há mais de sete anos.

Os novos e crescentes benefícios terapêuticos dos ARV proporcionaram mudança evidente na história natural da infecção, alterando a progressão da doença, diminuindo a frequência dos sintomas e das doenças oportunistas, o que tem aumentado, sobremaneira, a sobrevida dos indivíduos que vivem com o HIV/aids ⁽¹⁰⁴⁾.

No Brasil, o tempo médio de sobrevida de pacientes, após o diagnóstico de aids, tem sofrido alterações. Estudos revelaram que, na década de 1980 e início dos anos de 1990, a média de sobrevida, desses pacientes, era de cinco meses ⁽¹⁰⁵⁾. Em pacientes diagnosticados em 1995 e em 1996, a média de sobrevida aumentou para 18 meses e 58 meses, respectivamente ⁽¹⁰⁶⁾. Finalmente, em 2002, foi descrita média de sete anos na sobrevida desses indivíduos ⁽¹⁰⁶⁾.

Dessa maneira, o prolongamento na sobrevida e diminuição na frequência do aparecimento das doenças oportunistas, em pacientes com aids, vem crescendo e vários

fatores, tais como, o aprimoramento de serviços e diagnósticos precoces, além da introdução da HAART estão envolvidos^(107, 108, 109, 110).

A adaptação ao estado de portador de HIV envolve o indivíduo num mundo de incertezas, com consequências biopsicossociais evidentes, provocando, nos infectados, problemas de ordem física associada à deterioração imunológica, psíquica, emocional e social, com impacto em diferentes Domínios da qualidade de vida. Portanto, ao se descobrir soropositivos, os indivíduos podem enfraquecer ou romper os laços afetivos e sociais, além da ameaça de isolamento e de estigmatização na relação com o outro e pelo enfrentamento da idéia de sua morte^(109, 110, 111).

Na avaliação de Clayson et al.⁽¹¹²⁾, no início da epidemia de aids, diagnóstico de infecção pelo HIV se dava já em fase terminal para o paciente, não havendo evolução crônica da doença. Hoje em dia, ao contrário, após o diagnóstico, com as novas opções terapêuticas, com poucos efeitos colaterais, tem-se a possibilidade de prolongar a vida, o que permite aos portadores viver com mais qualidade. No presente estudo, observou-se que o tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, foi a variável que mais influenciou nos Domínios da avaliação da qualidade de vida pelo instrumento HAT-Qol, demonstrando a importância do aumento da sobrevida.

Reis⁽⁹⁶⁾ em seu trabalho de tese desenvolvido em Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo, avaliou a qualidade de vida em relação ao tempo de diagnóstico, utilizando, também, o instrumento HAT-Qol. A autora verificou que os indivíduos com tempo de diagnóstico mais recente apresentaram pior desempenho em seis, dos nove Domínios, isto é, Atividade sexual, Preocupação com a Saúde, Conscientização sobre o HIV, Satisfação com a Vida, Medicação e Confiança no Médico.

5.4 – Comparação entre os grupos que usam (G1) e os que não usam ARV (G2), em relação aos escores dos Domínios que demonstraram influência na qualidade de vida.

No presente estudo, a faixa etária, o estado civil, a determinação da carga viral plasmática do HIV e o tempo de diagnóstico apresentaram influência em relação a alguns Domínios. Estas variáveis foram, então, comparadas nos dois grupos.

No entanto, não houve influência do uso ou não de TARV em relação à faixa etária e o Domínio 2, que avalia a atividade sexual, ao tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV e os Domínios 1, 5, 6 e 7, que avaliam, respectivamente, atividades gerais, preocupações financeiras, conscientização sobre o HIV e satisfação com a vida. No que se refere ao tempo de diagnóstico, houve influência do Domínio 4 apenas na faixa entre dois e três anos, observando-se pior qualidade de vida entre indivíduos que não usavam medicação ARV. E não foi possível comparar as influências relacionadas ao Domínio 8 quanto à carga viral plasmática do HIV e o tempo de diagnóstico, pois este Domínio trata das questões relativas à medicação e os indivíduos de G2 não a utilizaram. Também, a influência do estado civil e o Domínio 6, que avalia conscientização do HIV, não foi comparada, pois não havia pacientes casados ou amasiados no G2.

Durante o desenvolvimento do instrumento HAT-Qol, Holmes et al ⁽¹¹³⁾, observaram que, na avaliação da atividade sexual, os piores indicadores ocorreram no grupo de portadores de HIV com diagnóstico recente da infecção, independentemente da faixa etária. Alguns estudos ^(114, 110) demonstram que a atividade sexual, relacionada ou não com a faixa etária, influencia nas avaliações de qualidade de vida, independentemente do uso ou não de ARV, como observado, também, no presente estudo,

Nesse sentido, Seidl et al ⁽⁹⁷⁾, em estudo realizado em Brasília, avaliaram a qualidade de vida de doentes com aids em uso de TARV e observaram indicativos de maiores dificuldades e insatisfação na atividade sexual.

No estudo realizado por Demmer⁽¹¹⁵⁾, em Nova York, EUA, que avaliou a qualidade de vida de indivíduos com aids pelo mesmo instrumento, HAT-Qol, utilizado no presente estudo, foi observado que a introdução da TARV, principalmente com inibidores de protease, melhora a qualidade de vida, o que leva o paciente a acreditar na redução da gravidade da doença.

Os indicadores de mortalidade por aids sofreram alterações acentuadas com o advento da TARV, particularmente, nos países em que a disponibilidade destes medicamentos é universal e gratuita, como no Brasil. Ainda sem cura, a aids, hoje, tem tratamento e traz novos desafios para pessoas infectadas pelo HIV. A vivência da sexualidade e, principalmente, da vida conjugal com parceiros tanto com sorologias concordante ou quanto discordante, o enfrentamento à luz das possibilidades de tratamento e o fortalecimento da rede

social de apoio são algumas das novas questões de natureza psicossocial vivenciadas, atualmente, pelas pessoas soropositivas para HIV ⁽⁹⁷⁾.

Margalho et al ⁽¹¹⁶⁾ avaliaram determinantes da adesão em doentes infectados pelo HIV e observaram que, aqueles que aderiam à terapêutica ARV (68,0%), tinham maior valorização do apoio emocional dado, predominantemente, pela família. Efetivamente, os familiares dão apoio instrumental e afetivo, proporcionando maior aceitação da condição de portador do HIV.

De acordo com Rabkin et al. ⁽¹¹⁷⁾, é possível supor que a TARV aproxime as pessoas sintomáticas, que estão em tratamento ARV e recuperam sua resposta imunológica e as condições de saúde física, dos indivíduos assintomáticas, quanto ao funcionamento físico. O presente estudo não avaliou os pacientes quanto à presença ou não de sintomas clínicos. Foram avaliados apenas quanto à contagem de linfócitos T CD4+, porém, não se observou influência dessa variável, se menor ou maior do que 200 células/mm³, em relação aos domínios.

Além das atividades gerais, o exercício físico é aceito como terapia auxiliar no tratamento de doenças crônicas e a terapia de exercícios para pessoas com HIV mostra benefício no curso da doença ⁽¹¹⁸⁾. Este fato, também, foi verificado em pesquisa realizada com homens portadores de HIV em uso de ARV, na qual foi evidenciado que seis meses de exercício físico supervisionado promove melhora na avaliação cardiovascular.

Em relação ao Domínio 5, que avalia Preocupações Financeiras, pode ser observado que a epidemia da aids no Brasil, por suas características de evolução, afeta, seletivamente, uma população menos favorecida do ponto de vista socioeconômico com implicações importantes para as ações de prevenção e assistência. O acesso restrito à educação dificulta a apreensão das mensagens educativas. Além disso, alguns autores ^(119, 120, 121) têm mostrado associação entre a progressão da infecção pelo HIV e a sobrevivência após infecção ⁽¹²²⁾, com a baixa renda e baixa escolaridade.

Deve ser avaliado, também, o estigma da aids, que provoca desemprego, principalmente, no início do tratamento ARV, quando o paciente, por necessitar de consultas médicas mais frequentes, se vê obrigado a faltar ao trabalho ⁽¹²³⁾. Essa situação está associada à diminuição na procura de serviços de saúde, prejudicando, assim o acompanhamento médico e a adesão do paciente ⁽¹²⁴⁾.

No estudo de Holmes et al.⁽¹²⁵⁾, no qual foi avaliada a qualidade de vida pelo instrumento HAT-Qol, relacionando a adesão à TARV, foi observado que as pessoas que tinham baixa adesão ao tratamento apresentavam mais preocupações financeiras do que as que tinham alta adesão.

No estudo de Tunala⁽¹²⁶⁾, que avaliou as fontes de estresse entre mulheres portadoras de HIV em uso de ARV, os problemas financeiros representavam somente 8,0% do total, entre os fatores que eram fontes geradoras de estresse.

Galvão et al.⁽⁶²⁾, que avaliaram a qualidade de vida de mulheres portadoras de HIV/aids, pela escala HAT-Qol, concluíram que as mulheres com maior escolaridade, apesar de receber tratamento específico para infecção pelo HIV, apresentavam comprometimento de sua qualidade de vida, talvez pelas adversidades sócio-econômicas impostas pelo meio social em que viviam, além da infecção.

No presente estudo, conforme citado anteriormente, houve influência do Domínio 5, referente a preocupações financeiras, e o tempo de diagnóstico, sendo que, quanto maior o tempo de diagnóstico conhecido, maior foi essa preocupação. Não houve influência, no entanto, quando se comparou o uso ou não de ARV.

Também, o Domínio 6, que aborda a conscientização sobre o HIV, pode ser influenciado pelo tempo de diagnóstico, mas não pelo uso de TARV.

No estudo realizado por Ostrow⁽¹²⁷⁾ verificou-se que, ao receberem o resultado reagente do exame anti-HIV, os pacientes diziam que suas vidas tinham chegado ao fim. Foram referidos, com maior frequência, sentimentos de culpa, remorso, arrependimento, revolta, medo, desespero, desejo de suicídio, negação frente à aceitação do diagnóstico, raiva, agressividade, dor, insegurança, solidão e discriminação, perda do desejo sexual, dificuldade do uso de preservativos e diminuição da atividade sexual.

A vida, após a confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV, gira em torno das mudanças cotidianas impostas pelo tratamento e pela vontade de voltar à “normalidade” anterior ao diagnóstico. Essas mudanças, vistas como obrigatórias ou como consequência “natural”, estão em torno da sexualidade, da religião como amparo e apoio para o enfrentamento da situação, e de mudanças na forma de encarar a realidade no convívio com os outros⁽¹²⁸⁾.

Portadores de HIV que freqüentam serviços de tratamento especializado, com equipe multidisciplinar, conseguem aceitar melhor o fato de ter HIV, e tentam, após o

diagnóstico, manter uma vida “normal”. Durante as entrevistas do presente estudo, foi observado que alguns pacientes que não se sentiam culpados, e aceitavam o fato de ter HIV, estavam apoiados em preceitos religiosos e a maioria das mulheres que tinham sido contaminadas por parceiro fixo aceitavam o diagnóstico como fatalidade.

Para Cardoso et al ⁽¹²⁹⁾, o início do tratamento equivale a um segundo diagnóstico de morte anunciada, devido às dificuldades encontradas no cotidiano do uso de medicamentos ARV. Após o primeiro impacto, a maioria dos pacientes, no entanto, passa a viver melhor com a situação de infectado pelo HIV e por tempo muito prolongado.

Saldanha ⁽¹³⁰⁾, em sua pesquisa, relata que o vislumbre da morte dá-se em um momento de profunda ruptura, desordem e desorientação, acarretando para os sujeitos a percepção de um futuro visto como inexistente, de um presente destruído pelo impacto de saber-se infectado pelo HIV.

Esta morte é representada, envolvendo vários sentidos, ora como morte física, ora como morte social, ora como morte psicológica. Com o passar do tempo e a agregação de novos medicamentos para o tratamento da aids e das doenças oportunistas, a idéia da condenação a uma morte rápida foi sendo diluída, mantendo-se a representação de morte hoje adiada ⁽¹³⁰⁾.

Os resultados destas pesquisas refletem o encontrado no presente estudo, no qual a maioria dos entrevistados aceitava bem os problemas de saúde e vivia em busca de uma vida mais saudável. Apesar do sentimento de condenação persistir, essa preocupação diminui ao longo do tempo e, como existe vontade de viver, há uma busca por maior qualidade de vida, por meio da mudança de conduta frente ao tratamento, ao convívio com os familiares e outros e ao resgate da religiosidade ^(131, 132, 133).

Na pesquisa realizada por Coelho ⁽¹²⁸⁾, alguns pacientes discursavam sobre uma nova conduta de vida e, na maioria das vezes, defendiam a idéia de que vivendo feliz se vive melhor.

A crença na cura da aids discutida no estudo de Cardoso et al ⁽¹²⁹⁾, no qual foi constatado que, mesmo sabendo que a cura não chega, existiria uma “cura paliativa”, devido ao uso de medicamentos e associação a uma vida regrada e saudável. Este fato, também, foi ressaltado por Tunala ⁽¹³³⁾, que após o primeiro impacto, relata a tendência a se adotar um estilo de vida mais saudável, tendência que vem acompanhada da esperança e do esquecimento da condição de soropositivo para o HIV. Nestes estudos, incluindo o presente,

observou-se que a crença da cura e a tendência a ter uma vida mais saudável levaram o paciente a ter mais satisfação com a vida, independentemente do uso de TARV.

Melchor et al ⁽¹³⁴⁾, também observaram em seu estudo, que os entrevistados tinham muita esperança nos medicamentos para melhorar sua vida, prolongá-la e dar-lhes a chance de esperar a cura da aids.

A aids é, frequentemente apontada como uma doença que traz dificuldades, como, a obrigação de tomar remédio, mas os pacientes acham que é possível viver e sentir-se bem com a utilização dos medicamentos ARV⁽¹³⁰⁾.

A inclusão do tratamento na vida diária é marcada pela ansiedade, medo e dificuldades em adaptar-se à medicação, principalmente pelos efeitos colaterais dos ARV, que, muitas vezes, levam à ocorrência de eventos graves, mesmo que transitórios, ou permanentes, após o uso crônico e prolongado das drogas, cujo principal exemplo é a lipodistrofia. Além disso, a idéia de proximidade da morte pode ser um fator para não adesão, visto que ela é inevitável e o uso do medicamento não significa cura ⁽¹³⁵⁾.

Na tentativa de melhorar a aceitação ao uso de ARV, Powers et al ⁽¹³⁶⁾ compararam a influência do uso intermitente HAART, com a do uso contínuo, na qualidade de vida de pacientes com infecção crônica pelo HIV⁽¹³⁷⁾. Os autores observaram que o ciclo intermitente não melhora a qualidade de vida, nem as situações de estresse do portador de HIV.

Em pesquisa realizada por Cardoso et al ⁽¹³⁷⁾, notava-se a necessidade de reconstrução diária da vida, os indivíduos encaravam sua situação de forma a despertar para a luta pelo próprio viver, o que poderia ser tomado como satisfação com a vida.

Os resultados do presente estudo indicaram que o tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV foi a variável que mais influenciou as respostas dos Domínios do instrumento HAT-Qol, sugerindo menor qualidade de vida, principalmente, para os indivíduos com tempo de diagnóstico acima de sete anos. Esses Domínios foram o 1, atividades gerais, o 5, preocupações financeiras, o 6, conscientização sobre o HIV, o 7, satisfação com a vida e o 8, questões relativas à medicação. Porém, quando esses Domínios foram comparados entre os dois grupos estudados, não se observou influência do uso ou não de TARV.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da avaliação da Qualidade de Vida do portador de HIV/aids, realizada neste estudo, no qual foram comparados os indivíduos que usavam ARV com os que não usavam ARV, pode-se observar que houve pior resposta ou pior qualidade de vida dos indivíduos com mais de 50 anos em relação à atividade sexual e com mais de sete anos de diagnóstico em relação às atividades gerais. A qualidade de vida foi melhor em indivíduos casados ou amasiados em relação ao Domínio que avalia conscientização sobre o HIV e nos indivíduos com carga viral plasmática do HIV menor que 50 cópias/ml de plasma, em relação às questões relativas à medicação.

No entanto, o uso de TARV não modificou ou influenciou na qualidade de vida de indivíduos portadores do HIV estudados pela escala HAT-Qol, escolhida para este estudo.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- CDC - Center for Disease Control and Prevention [homepage da Internet]. HIV/SIDA: prevention hoy. Atlanta: CDC; 2006 [Acesso 16 fev 2006]. Disponível em: <http://www.cdcnpin.org>.
- 2- Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 2ªed. São Paulo: Atheneu; 2004.v.1
- 3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Curso básico de vigilância epidemiológica em HIV e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 4-Center for disease control and prevention. Kaposi sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men. New York City and California. MMWR Morb Mortal Wky Rep. 1981;30:305-8.
- 5-Gottlieb MS, Schanker HM, Fan PT. Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. Morb Mortal Wkly Rep. 1981;30: 250-2.
- 6-Gottlieb MS, Schroff R, Shankaer HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA, et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously health homosexual men evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Engl J Med. 1981;305:1425-31.
- 7-Heyward WL, Curram JW. The epidemiology of AIDS in the U.S. Sci Am. 1988; 259:52-9.
- 8-Masur H, Michelis MA, Greene JB, Onorato I, Stouwe RA, Holzman RS, et al. An outbreak of community-acquired Pneumocystis carinii pneumonia. Initial manifestation of cellular immune dysfunction. N Engl J Med. 1981;305:1431-8.

- 9- Montagnier L. Vírus e homens. AIDS: Seus mecanismos e tratamentos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1995. p.37
- 10- Gallo RC, Stall FW. Retrovirus biology and human diseases. New York: Dekker; 1990
- 11- Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/aids. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
- 12- UNAIDS. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2000.
- 13- UNAIDS: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Estimations about HIV/AIDS. Geneva; 2007.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Doenças sexualmente transmissíveis. Manual de bolso. Brasília:Ministério da Saúde; 2000.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de risco ocupacional. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- 16- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Dados epidemiológicos. Bol Epidemiol Aids. 2007;2:1-18.
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual do multiplicador: adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 18- Organização Mundial de Saúde. World Health Organization: Stop the global epidemic of chronic disease. Ginebra: OMS; 2005.
- 19- Pinel A, Inglesi E. O que é AIDS. São Paulo: Brasiliense; 1996.

- 20- Brígido HAZ. Terapêutica antiretroviral: uma conquista. Belém: Prefeitura Municipal de Belém: Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Ações de Saúde. Coordenação Municipal de DST/ AIDS; 1999.
- 21- 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;41:63-85.
- 22- Schaurich D, Coelho DFE, Motta MDGC. A Cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14:455-62.
- 23- Polejack L, Costa LF. Aids e conjugalidades o desafio de (con) viver. *Impulso, Rev Ciênc Soc Hum*. 2002;13:131-9.
- 24- Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV: guia de tratamento. Brasília: Ministério da Saúde;2004. Série Manuais, 2.
- 25- Pau AK. Toxicidades sérias e potencialmente letais associadas à terapia anti-retroviral. São Paulo: Science Press Brasil Latin América; 2003.
- 26- Rodrigues CS. Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:183-90.
- 27- Nemes MIB. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais de usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à AIDS no Estado de São Paulo [monografia da Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1999 [acesso 12 maio 2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
- 28- Metha S, Moore RD, Graham, NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *Aids*. 1997;11:1665-70.

- 29- Vitória MA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento retroviral. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998.
- 30- Meerberg G. Quality of life: a conceptual analysis. J Adv Nurs. 1993;18:32-8.
- 31- Ciconelli R M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36- item short-form health survey (SF-36)” [tese]. São Paulo:Escola Paulista de Medicina; 1997.
- 32- Aguilar PISG. Qualidade de vida em pessoas com Diabetes Mellitos Tipo 2 [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.
- 33- Favarato MECS, Hueb WA, Boden WE, Lopes NH, Takiuti M, Favarato D, et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. Rev Assoc Med Bras. 2006;52:236-41.
- 34- Santos ECM, Franca JI, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007;41 suppl 2:64-71.
- 35- Zanei SSV. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36:confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- 36- Gotardo DRM. Qualidade de vida e transplante hepático: avaliação comparativa em diferentes fases pré e pós cirurgia. São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
- 37- Weissman JS, Cleary PDC, Seage GRS, Gatsonis C, Haas JS, Chasson-Taber S, et al. The influence of health-related quality of life and social characteristics on hospital use by patients with AIDS in the boston healthstudu. Med Care. 1996;34:1037-54.

- 38- Saupe R. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem conforme a Escala de Flanagan. *Rev Ciênc Cuidado Saúde*. 2002;1:287-93.
- 39- Whool Group. The World Helth Organization. Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position. Paper from the World Helth Organization. *Soc Sci Med*.1995;41: 1403-9.
- 40- Minayo SU, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5:7-18.
- 41- Bullinger M, Anderson R, Cella O. Developing and evolution cross-cultural instruments from minimun requiriments tooptimal models. *Qual Life Res*. 1993;2:451-9.
- 42- Fleck MPA, Fachel A, Louzadas S, Xavier M, Chachamouich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde. (WHOQOL-OO) *Rev Brás Psiquiatr*.1999;21: 19-28.
- 43- Hays RD. Quality of life in patients with human immunodeficiency vírus. *J Med*. 2000;108:714-22.
- 44- Spilker BR. Toxonomy of quality of life. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2ª ed. Philadelphia: Lippincett-Raven; 1996. p.25-31.
- 45- Hunt SM, Mckenna SP, Mcfwen J, Backett EM, Willams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation stydy. *J Epidemiol Comm Health*. 1980; 34:281-6.
- 46- Bowling A. Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: Bowling A, editor. *Measuring diseases a reviw of disease specif quality of life measurement. Scales*. Philadelphia: Open University Press; 1995. p.1-19.

- 47- Watanabe M, Nishimura K, Inoue T, Kimura S, Oka S. QoL research group of Aids clinical center. A discriminative study of health-related quality of life assesment in HIV-1- infected persons living in Japan using the multidimensional quality of life questionnaire for persons with HIV/AIDS. *Int J STD AIDS*. 2004;15:107-15.
- 48- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:580-8.
- 49- Dantas RAS, Góis CFL, Silva LM. Utilização da versão adaptada da escala de Qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13:15-20.
- 50- Paschoal S. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2000.
- 51- Souza FF. Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
- 52- Trépanier LL, Rourke SB, Bayoumi AM, Halman MH, Krzyzanowski S, Power C. The Impact of Neuropsychological Impairment and Depression on Health-Related Quality of Life in HIV-Infection. *J Exp Neuropsychol*. 2005;27:1-15.
- 53- Murri R, Fantoni M, Borgo CD, Visona R, Barracco A, Zambelli A, et al. Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003; 15:581-90.

- 54- O'Connell K, Skevington S, Saxena S. Preliminary development of the World Health Organisation's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. WHOQOL-HIV Group. Soc Sci Med. 2003;57:1259-75.
- 55- Skevington SM, O'Connell KA. Measuring quality of life in HIV and AIDS: A review of the recent literature. Psychol Health. 2003;18:331-50.
- 56- Casado A. Measurement of quality of life of HIV individuals: Perspectives & future directions. Indian J Med Res. 2005;122:297-304.
- 57- Hedge B. Psychosocial aspects of HIV infection. AIDS Care. 1991;3:409-12.
- 58- Holmes WC, Shea JA. Performance of a new, HIV/AIDS- target quality of life (HAT-QOL) instrument in asymptomatic seropositive individuals. Qual Life Res. 1997;6: 561-7.
- 59- 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.
- 60- Badia X, Podzamczar D, Garcia M, Lavid CLC, Consiglio E. Spanish MOS-HIV and MQOL- HIV Validation Group, A randomized study comparing instruments for measuring health-related quality of life in HIV- infected patients. AIDS. 1999;13:1727-35.
- 61- Robinson EP. Mensurement of quality of life in HIV disease. J Assoc Nurses AIDS Care. 2004;15:14-9.
- 62- Galvão MT, Cerqueira AT, Marcondes JM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. Cad Saúde Publica. 2004;20:430-7.

- 63- Kissling E, Allison EH, Seeley JA, Russell S, Bachmann M, Musgrave S, et al. Fisherfolk are among groups most at risk of HIV: cross-country analysis of prevalence and numbers infected. *AIDS*. 2005;19:1939-46.
- 64- Parenti CF, Pereira LMR, Brandão ZS, Silvério APC. Perfil dos pacientes com aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005;14: 91-6.
- 65- Kilsztajn S, Lopes ES, Cramo MSN, Rocha PAF. Improvement in survival among symptomatic AIDS patients by exposure category in São Paulo. *JAIDS*. 2007;45:342-7.
- 66- Takahashi RF, Shima H, Souza M. Mulheres e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. *Rev Latinoam Enferm*. 1998;6:59-65.
- 67- Smith DM, Drumright LN, Frost SDW, Cheng WSM, Espita S, Daar ES, et al. Characteristics of recently HIV-infected men who use the Internet to find male sex partners and sexual practices with those partners. *JAIDS*. 2006;43:582-7.
- 68- Evangelista MSN, Madalena M, Tavares LL, Azevedo AMF, Fonseca NV. Percepción del riesgo de la infección VIH entre hombres y mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITS). *Cienc Enferm*. 2007;13:69-80.
- 69- Araujo LC, Fernandes RCSC, Coelho MCP, Medina-Acosta E. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos de Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005;14:85-90.

- 70- Santos NJS, Tayara A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5:286-310.
- 71- 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;23:2653-62.
- 72- Levy JÁ, Ory MG, Crystal S. HIV/Aids interventions fal midlife and other adults: current status and chanllengers. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;3 suppl 2:559-67.
- 73- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde;2003.
- 74- Rodrigues Junior AL, Castilho AL. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004;37:312-7.
- 75- Junior LL, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Rev Saúde Publica*. 2001;35:495-501.
- 76- Valente AMM, Reis FR, Machado DM, Succi RCM, Chacra AR. Alterações metabólicas da síndrome lipodistrófica do HIV. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2005;49:871-81.
- 77- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Semanas Epidemiológicas, janeiro a junho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 78- Weinberg A, Pott GB. Immunity to human immunodeficiency virus (HIV) in children nith chronic HIV infection receiving highly active anti-retroviral therapy. *Clin Diagn Lab Immunol*. 2003;16:F41-7.

- 79- Patroclo MAA, Medronho RA. Evolução da contagem de células T CD4+ de portadores de AIDS em contextos socialmente desiguais. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:1955-63.
- 80- Persaud D, Pierson T, Ruff C, Finzi D, Chadwick KR, Margolick JB, et al. A stable latent reservoir for HIV-1 in resting CD4(+) T lymphocytes in infected children. *J Clin Invest*. 2000;105:995-1003.
- 81- Wood E, Hogg RS, Yip B, Harrigan PR, O'Shaughnessy MV, Montaner JS. The impact of Adherence on CD4 cell Count responses among HIV- infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;35:261-7.
- 82- Wong T, Chiasson MA, Reddy A, Simonds RJ, Heffess J, Loo V. Antiretroviral Therapy and declining AIDS mortality in New York City. *J Urban Health*. 2000;77:492-500.
- 83- Vittinghoff E, Scheer S, O'Malley P, Colfax G, Holmberg SD, Buchbinder SP. Combination antiretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality. *J Infect Dis*. 1999;179:717-20.
- 84- Weissman JS, Cleary PDC, Seage GRS, Gatsonis C, Haas JS, Chasson-Taber S, et al. The influence of health-related quality of life and social characteristics on hospital use by patients with AIDS in the boston healthstudu. *Med Care*. 1996;34:1037-54.
- 85- Conti S, Masocco M, Pezzoti P, Toccaceli V, Vichi M, Boros S, et al. Differential impact of combined antiretroviral therapy on the survival of italianpatients with specific Aids-Defining Illness. *J Acquire Immune Defic Syndr*. 2000;25:451-8.
- 86- Gadelha AJ, Accacio N, Costa RLB, Carvalho MC, Cotrim MR, Souza RV, et al. Morbidity and survival in advanced Aids in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Inst Med Trop*. 2002;44:179-86.

87- Martyins JR, Jamalww LF, Che S, Hudes ES, Barbosa Junior A, Barros MBA, Chequer P, Teixeira PR, Hearst N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patient. *AIDS*. 2003;17:1675-82.

88- Kawakame PMG, Miyadahira AMK. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39:164-72.

89- Rao D, Hahn E, Cella D, Hernandez L. The Health Related Quality of Life Outcomes of English and Spanish Speaking Persons Living with HIV/AIDS from the Continental United States and Puerto Rico. *AIDS Patient Care and STDs*. 2007;21:339-46.

90- Shor-Posner G, Lecusay R, Miguez-Burbano MJ, Quesada J, Rodrigues A, Ruiz P, et al. Quality of life measures in the Miami HIV-1 infected drug abusers cohort: relationship to gender and disease status. *J Subst Abuse*. 2000;4:395-404.

91- Freitas MRI, Gir E, Furegato ARF. Sexualidade do portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): Um estudo com base na Teoria da Crise. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10:70-6.

92- Melo EB, Bruni AT, Ferreira MMC. Inibidores da HIV-integrase: potencial abordagem farmacológica para tratamento da AIDS. *Quím Nova*. 2006;29:555-62.

93- Vasconcellos D, Novo R, Castro O, Vion-Dury K, Ruschel A, Couto MCPP, et al. A Sexualidade No Processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estud Psicol (Natal)*. 2004;9:413-9.

94- Lisboa MÊS. A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia de HIV/Aids. In: IX Congresso Virtual HIV/AIDS [anais da Internet]; 2006 [acesso 25 fev 2006]. Disponível em:
http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=281.

- 95- Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psic Teor Pesqui.* 2006; 22:317-26.
- 96- Reis RK. Qualidade de Vida de portadores do HIV/ AIDS: influencia dos fatores demograficos clinicos e psicossociais [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
- 97- Seidl EMF, Zannon CMLC, Trócoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicol Relig Crít.* 2005;18:188-95.
- 98- Bezerra KV. Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
- 99- Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services [homepage da internet]. Bethesda: Department of Health and Human Services (DHHS); 2008 [acesso 10 fev 2009]. Disponível em: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.
- 100- Scott MH, Eron Jr JJ, Reiss P , Schooley RT, Thompson MA, Walmsley S, et al. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection: 2008 Recommendations of the International AIDS Society–USA Panel. *JAMA.* 2008;300:555-70.
- 101- Call SA, Klapow JC, Stewart KE, Westfal AO, Mallinger AP, Demasi RA, et al. Health- related quality of life and virologic outcomes in an HIV clinic. *Qual Life Res.* 2000;9:977–85.
- 102- Eriksson LE, Nordström G, Berglund T, Sandström E. The health-related quality of life in a Swedish sample of HIV-infected persons. *J Adv Nurs.* 2000;32:1213-23.

- 103- Sidat M, Fairley C, Grierson J. Experiences and Perceptions of Patients with 100% Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: A Qualitative Study. *AIDS Patient Care STDs*. 2007;21:509-20.
- 104- Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2001;34:207-17.
- 105- Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, et al. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. Brazilian State AIDS Program Co-Ordinators. *AIDS*. 1992;6:483-7.
- 106- Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*. 2003. 17:1675-82.
- 107- Gadelha AJ, Accacio N, Costa RL, Galhardo MC, Cotrim MR, de Souza RV, et al. Morbidity and survival in advanced AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2002;44:179-86.
- 108- Rocha FMG. Política de controle ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de São Paulo;1999.
- 109- Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Rev Bras Enferm*. 2007;60:145-9.
- 110- Castanha AR, Coutinho MPL, Saldanha AA, Ribeiro CG . Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. *Estud Psicol*. 2007;24:23-31.
- 111- Remor EA. Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicol Reflex Crit*. 1999;12:89-106.

- 112- Clayson DJ, Wild DJ, Quarterman P, Duprat-Lomon I, Kubin M, Coons SJ. A Comparative Review of Health-Related Quality-of-Life Measures for Use in HIV/AIDS Clinical Trials. *Pharmacoeconomics*. 2006;24:751-65.
- 113- Holmes WC, Shea JA. A New HIV/AIDS-Targeted Quality of Life (HAT-QoL) Instrument: Development, Reliability, and Validity. *Med Care*. 1998;36:138-54.
- 114- Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18:381-9.
- 115- Demmer C. Quality of Life and Risk Perception Among Predominantly Heterosexual, Minority Individuals with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDs*. 2001; 15: 481-9.
- 116- Margalho R, Velez J, Guzmán D, Oliveira J, Saraiva da Cunha JG, Meliço-Silvestre AA. Determinantes da adesão em doentes infectados pelo VIH. *Psicologia [periódico da Internet]*; 2007 [acesso 12 maio 2008]. Disponível em: www.psicologia.com.pt
- 117- Rabkin GJ, Ferrando S, Lin SH, Sewell M, McElhiney M. Psychological effects of HAART: A 2-year study. *Psychosom Med*. 2000;62:413-22.
- 118- Ciccolo JT, Esbelle MJ, Bartolomew JB. The benefits of exercise training for quality of life in HIV/AIDS in the post-HAART era. *Sports Med*. 2004;34:487-99.
- 119- Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Esteves MA, Andrade CLT. A disseminação da epidemia de AIDS no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública*. 2000;16 supl 1:7-19.

- 120- Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Esteves MA, Castilho EA. Dinâmica da epidemia de AIDS no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988-96: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. *Cad Saúde Publica*. 2001;17:109-18.
- 121- Schechter M, Hogg R, Aylward B, Craib KJ, Lê TN, Montaner JS. Higher socioeconomic status is associated with slower progression of HIV infection independent of access to health care. *J Clin. Epidemiol*. 1994;47:59-67.
- 122- Hogg RS, Strathdee SA, Craib KJP, O'Shanhnessy MV, Montaner VS, Schechter MT. Lower socioeconomic status and shorter survival following HIV infection. *Lancet*. 1994;344:1120-4.
- 123- Garrido PB, Paiva V, Nascimento VLV, Souza JB, Santos NJS. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2009;41 supl 2:72-9.
- 124- Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, Cunningham WE. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDs*. 2007;21:584-92.
- 125- Holmes WC, Bilker WB, Wang H, Chapman J, Gross R. HIV/AIDS – Specific quality of life and adherence to antiretroviral therapy over time. *JAIDS*. 2007;46:323-7.
- 126- Tulana LG. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. *Rev Saúde Pública*. 2002;36 supl 4:24-31.
- 127- Ostrow DG. Psychiatric considerations in human immunodeficiency virus disease. In: De Vita Junior V, Hellman S, Rosenberg SA. *AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention*. 4^aed. Philadelphia (USA): Lippincott – Raven; 1997. p.541-50.

- 128- Coelho AB. Representações sociais de homens infectados pelo HIV acerca da Aids [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2006.
- 129- Cardoso GP, Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;10:51-162.
- 130- Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. Ribeirão Preto: Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo; 2003.
- 131- Szaflarski M, Ritchey PN, Leonard AC, Mrus JM, Peterman AH, Ellison CG, et al. Modeling the effects of spirituality/religion on patients' perceptions of living with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2006;21:28-38.
- 132- Yi MS, Mrus JM, Wade TJ, Ho ML, Hornung RW, Cotton S, et al. Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *J Gen Int Med*. 2006. 21:S21-7.
- 133- Tunala L, Paiva V, Ventura-Felipe E, Santos TLL, Santos N, Hearst N. Lidando com fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do hiv aos cuidados de saúde. *Aids Portugal* [periódico da Internet]; 2001[acesso 19 mar 2006]. Disponível em: www.aidsportugal.com.
- 134- Melchor R, Nemes MB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:87-96.
- 135- Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

136- Powers AE, Marden SF, McConnell LCDR, Leidy NK, Campbell CM, Soeken KL, et al. Effect of long-cycle structured intermittent versus continuous HAART on quality of life in patients with chronic HIV infection. *AIDS*. 2006;20:837-45.

137- Cardoso GP, Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:151-162.

Anexo 2

Instrumento de Medida de Qualidade de Vida (HAT-QoL)

O anexo 2 apresenta em português, a versão final do instrumento HAT-QOL (HIV/aids-Target Quality of Life Instrument), para medida de qualidade de vida em portadores de HIV/aids.

Instrumento de Medida de Qualidade de Vida (HAT- QoL)*

Para cada item abaixo, indicar apenas uma alternativa, fazendo um “X” na categoria apropriada. De acordo com o que você na situação de cada pergunta indique a melhor alternativa.

Domínio 1: Atividades Gerais

1.Nessas ultimas 4 semanas, tenho estado satisfeito com minha atividade física. (como por exemplo, caminhar, fazer exercícios, descer e subir escadas).

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

2. Nessas ultimas 4 semanas, tenho estado fisicamente limitado em minha capacidade de executar trabalhos domésticos rotineiros.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

3. Nessas ultimas 4 semanas, a dor tem limitado a capacidade de estar fisicamente ativo. (como por exemplo, limita o trabalho dentro e fora de casa, não realiza caminhadas, não faz exercícios).

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

4 . Nessas ultimas 4 semanas, tenho estado preocupado por não estar sendo capaz de executar minhas atividades diárias, profissionais ou de rotina da maneira que fazia no passado.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;

- ☐ () Alguma parte do tempo;
- ☐ () Pouca parte do tempo;
- ☐ () Nenhuma parte do tempo;

5. Nessas ultimas 4 semanas, tenho sentido que portar o HIV tem limitado a quantidade de trabalho que posso produzir em minhas atividades diárias profissionais ou de rotina. (como por exemplo, deixou de fazer atividades que eram comuns no dia a dia).

- ☐ () Todo o tempo;
- ☐ () A maior parte do tempo;
- ☐ () Alguma parte do tempo;
- ☐ () Pouca parte do tempo;
- ☐ () Nenhuma parte do tempo;

6 Nessas ultimas 4 semanas, estive cansado demais para estar socialmente ativa. (Como por exemplo, estava sentindo-se cansada demais para fazer visitas a parentes e amigos).

- ☐ () Todo o tempo;
- ☐ () A maior parte do tempo;
- ☐ () Alguma parte do tempo;
- ☐ () Pouca parte do tempo;
- ☐ () Nenhuma parte do tempo;

7 Nessas ultimas 4 semanas, minha saúde tem limitado minhas atividades sociais.

- ☐ () Todo o tempo;
- ☐ () A maior parte do tempo;
- ☐ () Alguma parte do tempo;
- ☐ () Pouca parte do tempo;
- ☐ () Nenhuma parte do tempo;

Domínio 2: Atividade sexual

1 Nessas ultimas 4 semanas, tenho estado satisfeito com minha vida sexual.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

2 Nessas ultimas 4 semanas tenho tido interesse por sexo.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

3 Nessas ultimas 4 semanas tem sido difícil ser sexualmente despertado.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

Domínio 3: Preocupações com sigilo, sobre a infecção

1 Nessas ultimas 4 semanas, tenho limitado o que conto aos outros sobre mim mesmo

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

2 Nessas ultimas 4 semanas tenho sentido receio de contar aos outros que tenho HIV

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

3 Nessas ultimas 4 semanas, tenho estado preocupado que os membros de minha família descubram que tenho HIV

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

4 Nessas ultimas 4 semanas, tenho estado preocupado que as pessoas em meu trabalho/minhas atividades diárias descubram que tenho HIV

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

5 Nessas ultimas 4 semanas, tenho me preocupado se as outras pessoas descobrirem que tenho HIV, eu perderei minha fonte de renda.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

Domínio 4: Preocupações com a saúde

1 Nessas ultimas 4 semanas, não tenho conseguido viver da maneira que gostaria por estar tão preocupado com minha saúde.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

2 Nessas ultimas 4 semanas, tenho preocupação que minha saúde piore.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

3 Nessas ultimas 4 semanas, tenho me preocupado com a minha contagem de CD4.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

4 Nessas ultimas 4 semanas, tenho me sentido inseguro sobre o que o futuro me reserva.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

5 Nessas ultimas 4 semanas, tenho me preocupado sobre quando vou morrer.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

Domínio 5: Preocupações financeiras

1 Nessas ultimas 4 semanas, tenho me preocupado em ter que viver com minha renda.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

2 Nessas ultimas 4 semanas, tenho me preocupado em como pagar minhas contas.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

3 Nessas ultimas 4 semanas, o dinheiro tem estado curto demais para que eu possa me cuidar do jeito que eu penso que deveria.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

4 Nessas ultimas 4 semanas, tenho tido dinheiro suficiente para fazer as coisas que me agradam.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

Domínio 6: Conscientização sobre HIV

1 Nessas ultimas 4 semanas, tenho tido remorsos a respeito da maneira que vivi minha vida antes de saber que tinha HIV.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

2 Nessas ultimas 4 semanas, tenho sentido raiva do meu comportamento de risco em relação ao HIV.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

3 Nessas ultimas 4 semanas, tenho conseguido aceitar o fato de que tenho HIV.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

Domínio 7: Satisfação com a vida

1 Nessas ultimas 4 semanas, tenho aproveitado a vida.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

2 Nessas ultimas 4 semanas, tenho sentido uma forte vontade de viver.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

3 Nessas ultimas 4 semanas, tenho sentido satisfação com a minha vida.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

4 Nessas ultimas 4 semanas, tenho sentido no controle de minha vida.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

5 Nessas ultimas 4 semanas, tenho sentido bem em relação a mim mesmo.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

6 Nessas ultimas 4 semanas, tenho sentido motivado a fazer coisas.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

7 Nessas ultimas 4 semanas, tenho estado satisfeito de como sou ativo socialmente.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

8 Nessas ultimas 4 semanas tenho estado contente em estar tão saudável quanto tenho estado.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

Domínio 8: Questões relativas á Medicação (Responder quando fizer os uso dos Anti-retrovierais.)

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

1 Nessas últimas 4 semanas, tomar meu remédio tem dificultado eu viver uma vida normal.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

2 Nessas últimas 4 semanas, tomar meu remédio tem feito com que eu me sinta melhor.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

3 Nessas últimas 4 semanas, tomar meus medicamentos tem feito me sentir mais doente do que eu penso estar.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

4 Nessas últimas 4 semanas, tomar meu remédio tem feito com que eu me sinta combatendo o HIV.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

Domínio 9: Confiança no Médico

1 Nessas ultimas 4 semanas, tenho sentido que meu médico é alguém que me escuta.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

2 Nessas ultimas 4 semanas, tenho sentido confiança na capacidade de meu médico cuidar de pessoas com HIV.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

3 Nessas ultimas 4 semanas, tenho me sentido segura de que meu médico tem em mente o melhor pra mim.

- () Todo o tempo;
- () A maior parte do tempo;
- () Alguma parte do tempo;
- () Pouca parte do tempo;
- () Nenhuma parte do tempo;

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto:

Qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV com ou sem tratamento anti-retroviral

Este estudo visa e analisar a Qualidade de Vida de pacientes portadores de HIV/AIDS em uso ou não de anti-retrovirais. Para o levantamento de dados, será realizado a observação dos prontuários destes pacientes e será realizado a aplicação de questionário utilizado para avaliar a qualidade de vida, aplicados pela pesquisadora durante o segundo semestre de 2006. Através da análise da qualidade de vida pretende-se chamar atenção para este problema. O entrevistado terá liberdade de recusar ou retirar qualquer momento o consentimento sem envolver nenhuma penalização Os dados serão mantidos em sigilo e a privacidade será garantida.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Professor Ms. Nelly Lopes de Moraes Gil, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, _____ participe do mesmo.

Assinatura ou impressão datiloscópica

Data: ____/____/____

Eu, Prof. Ms. Nelly Lopes de Moraes Gil, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Assinatura

Data: ____/____/____

Equipe (Incluindo pesquisador responsável):

1- Nome: Nelly Lopes de Moraes Gil

Telefone: 44 – 9984-8456

Endereço Completo: Rua Marques de Abrantes, 53 apto. 1402

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 – Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

Apêndice 1

Inquérito Sócio-Demográfico, Clínico e Epidemiológico

Data ____/____/____

Nº _____

Parte I: Caracterização sócio demográfica.

Nome (iniciais): _____

Sexo: Feminino() Masculino()

Estado Civil: Casado() Solteiro() Viúvo() Separado () Outro() _____

Nº de anos de instrução escolar: _____ Última série cursada: _____

Opção sexual:

Parte II: Dados clínicos epidemiológicos e laboratoriais.

Data do diagnóstico da infecção pelo HIV: ____/____/____ Tempo em nº de meses _____

Resultados de Exames:

CD4+ : _____ Data : ____/____/____

Carga Viral: _____ Data : ____/____/____