

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE

Marília Buss De Marchi

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM HIV/AIDS
UTILIZANDO HAT-QOL**

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Marília Buss De Marchi

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM HIV/AIDS UTILIZANDO HAT-QOL

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo.**

Aprovado em 09 de fevereiro de 2018:

Rosângela Marion da Silva, Dra.(UFSM)
(Presidente/ Orientador)

Jucelaine Arend Birrer, Me. (UFSM)
(Coorientador)

Vergínia Rossato, Dra. (HUSM)

Claúdia Sala Andrade, Me. (HUSM)

Santa Maria, RS, Brasil

2018

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM HIV/AIDS UTILIZANDO HAT-QOL QUALITY OF LIVING ON ELDERLY PERSONS WITH HIV/AIDS USING HAT-QOL

Fernanda Gnoatto¹, Marília Buss De Marchi², Jucelaine Arend Birrer³, Rosângela Marion da Silva⁴

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida (QV) de idosos com HIV/Aids, em uso de terapia antirretroviral e correlaciona-la às variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário para as variáveis sociodemográficas e o questionário HIV/Aids - Quality of Life (HAT-QoL), composto por 34 questões, distribuídas em nove domínios: função geral, satisfação com a vida, preocupação com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo, confiança no profissional e função sexual. A análise dos dados foi realizada como auxílio do programa SPSS versão 18.0. Participaram do estudo 50 idosos com HIV/Aids, com predomínio do sexo masculino 62%, em que 72% fazem uso do preservativo. Com relação aos nove domínios do HAT-QoL, cinco apresentaram comprometimento na QV: função geral (70,2%), preocupações financeiras (50,7%), aceitação do HIV (50,7%), preocupações com o sigilo (46,4%) e função sexual (70,7%). Concluiu-se que a melhor percepção da QV ocorreu nos domínios: preocupações com a medicação, confiança no profissional, satisfação com a vida e preocupações com a saúde. A avaliação da QV em idosos com HIV/Aids faz-se necessária por se tratar de uma doença crônica que traz inúmeras consequências que repercutem na satisfação com a vida, bem como subsidiar práticas assistenciais pautadas numa perspectiva ampla do processo saúde-doença.

Descritores: Qualidade de vida, Idosos, HIV, Aids

ABSTRACT

This study aimed at the quality of life (QoL) of elderly people with HIV/Aids, using antiretroviral therapy and correlating it with sociodemographic, economic and clinical variables. It is a quantitative, cross-sectional study. Data were collected through a questionnaire for sociodemographic variables and the questionnaire HIV/Aids - Quality of Life (HAT-QoL), composed of 34 questions, distributed in nine domains: general function, satisfaction with life, concerns about health, financial concerns, medication concerns, HIV acceptance, concerns about confidentiality, unprofessional trust, and sexual function. An analysis of the data was performed as an aid to the SPSS program version 18.0. Fifty elderly people with HIV/Aids participated in the study, predominantly male 62%, in which 72% of condom use. Regarding the nine HAT-QoL domains, five had QoL impairment: general function (70,2%), financial concerns (50,7%), HIV acceptance (50,7%), concerns about confidentiality (46,4%) and sexual function (70,7%). It was concluded that the best perception of QoL occurred in the domains: concerns about medication, confidence in the professional, satisfaction with a life and concerns about health. The evaluation of QoL in elderly people with HIV/Aids is necessary for the accomplishment of a chronic disease that brings countless consequences that affect the satisfaction with a life, as well as subsidize care practices based on a broad perspective of the health-disease process.

Keywords: Quality of life; Aged; HIV; Aids

¹ Nutricionista, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

² Farmacêutica, autora Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

³ Enfermeira, coorientadora. Mestre em Administração, Co-gestora de atividades práticas do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM

⁴ Enfermeira, orientadora Doutora em Ciências; Tutora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

1 INTRODUÇÃO

A desmistificação do sexo na terceira idade e o acesso a medicamentos para distúrbios eréteis são fatores que tem prolongado a atividade sexual nesta faixa etária¹. É recorrente a associação do envelhecimento e a sobrevida da população brasileira ao elevado número de casos de idosos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). No entanto, ainda são altos os índices de infecção de HIV/Aids em idosos, que tem dentre as principais causas as mudanças socioculturais, sobretudo na sexualidade, resistência por parte dos idosos em utilizar preservativo, inovações na área da saúde e medicamentos e o acesso à Terapia Antirretroviral (TARV)².

A infecção pelo HIV passou por diversas modificações onde a doença que antes era considerada progressiva e fatal passou a ser considerada tratável e crônica³. Dessa forma, com melhorias contínuas no tratamento, as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) estão apresentando maior longevidade, porém experimentando mais sintomas associados à doença e seu tratamento, bem como a sintomatologia relacionada ao processo de envelhecimento normal^{4,5}.

O impacto da infecção pelo HIV desencadeia mudanças em diversos aspectos da vida dos idosos, como nas relações sociais, pessoais e afetivas, principalmente por se tratar de uma doença ainda estigmatizada, exigindo suporte social, familiar e profissional durante seu enfrentamento⁶.

Além das alterações clínicas que o HIV pode causar na vida das PVHA, a estigmatização pode acarretar sérios prejuízos sociais e psicológicos, decorrentes das sensações de inferioridade^{7,8,9}. Esses sentimentos podem ocasionar ansiedade, solidão, depressão e o desejo de morte, com redução de autoestima e autoconfiança, podendo levar ao isolamento social e sexual das PVHA^{8,10}, o que pode comprometer a Qualidade de Vida (QV).

A QV das pessoas portadoras do vírus tem melhorado com o uso dos antirretrovirais (ARV) no tratamento do HIV/Aids. Em contrapartida, a baixa adesão ao tratamento traz como consequência a diminuição de sua eficácia, piora clínica do paciente e a disseminação de cepas resistentes, o que pode ocasionar redução das opções terapêuticas futuras, tanto para os pacientes não aderentes quanto para aos que irão se

infectar. A adesão à TARV está associada à QV, envolvendo questões como o protagonismo do sujeito, o vínculo do profissional com o paciente, a frequência às consultas médicas, a realização dos exames solicitados, os cuidados com a alimentação e higiene, a aceitação da patologia, dentre outras¹¹.

A QV é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção dos indivíduos da posição que ocupam na sua vida, no contexto cultural, valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹². Sendo assim, existe uma crescente preocupação com a QV das PVHA por envolver características multifatoriais, refletindo experiências, conhecimentos e valores individuais e coletivos¹³.

Nesse contexto, é fundamental a investigação da QV de PVHA, principalmente pelas características da infecção, necessidade de tratamento, aumento da sobrevida e aceitação/convívio com a doença. Esses aspectos observados juntamente às características socioeconômicas e hábitos de vida, possuem o intuito de identificar fatores negativos que contribuem para problemas biopsicossociais. A partir disso, o objetivo deste estudo é avaliar a QV de idosos com HIV/Aids, em uso de TARV e correlaciona-la às variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo é parte do projeto matriz “Qualidade de vida e conhecimento sobre HIV/Aids de usuários acima de 50 anos de idade” como requisito para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de uma Universidade pública da região central do estado do Rio Grande do Sul. Integram este projeto os núcleos profissionais da farmácia e nutrição.

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, que foi realizado com idosos, com diagnóstico de HIV e em uso de TARV, em uma Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) e Ambulatório Multiprofissional de Doenças Infecciosas de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul. A técnica para seleção da amostra foi não probabilística por conveniência, a coleta de dados ocorreu durante os meses de junho a setembro de 2017, em três turnos semanais, na qual foram convidados

a participar os indivíduos que foram ao ambulatório para as consultas multiprofissionais e para retirada dos ARV na UDM.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados pelas duas pesquisadoras, previamente treinadas, utilizando-se questionários estruturados, que avaliaram aspectos sociodemográficos: sexo, idade, cor, filhos, presença de parceiro, atividade laboral, orientação sexual, sorologia do cônjuge, uso de preservativo, número de pessoas que conhecem a condição sorológica. Quanto aos parâmetros clínicos, indagou-se sobre o tempo de diagnóstico da doença, uso e tempo de TARV. Os dados sobre o estágio clínico da infecção, contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral foram obtidos observando-se o registro do exame mais recente que constava nos sistemas eletrônicos disponíveis pela instituição.

Para avaliação da QV, foi utilizado o questionário HIV/Aids - Quality of Life (HAT-QoL), proposto por Holmes e Shea¹⁴ e validado para PVHA no Brasil¹⁵. O HAT-QoL apresenta 34 questões, distribuídas em nove domínios: função geral, satisfação com a vida, preocupação com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo, confiança no profissional e função sexual.

As respostas dos itens que compõe o instrumento estão distribuídas em uma escala do tipo Likert de cinco pontos: todo o tempo, a maior parte do tempo, parte do tempo, pouco tempo e nunca. Valores aproximados ou igual a zero correspondem a pior QV, e números próximos a 100 indicam melhor QV. O ponto de corte utilizado neste estudo foi de 75 pontos, valor também utilizado em estudos semelhantes^{16,17}, considerando-se valores inferiores a este como prejuízo na QV das PVHA. Assim, quanto maior o escore, menor o impacto da infecção pelo HIV na QV dos idosos. Os dados foram coletados em local reservado.

Para definir a amostra foi utilizada a análise descritiva das variáveis em relação ao perfil, apresentando os dados em frequência absoluta e relativa. Posteriormente, foi realizada análise descritiva dos domínios do HAT-QoL, sendo os resultados apresentados com medidas de tendência central, média e mediana, bem como desvio padrão, mínimo e máximo.

Para verificar a normalidade dos dados do questionário HAT-QoL foi realizado o teste Kolmogorov Smirnov. Todos os domínios demonstraram seguir a normalidade,

com isso, para realizar a comparação foi utilizado o teste *t* de *Student*. O mesmo procedimento foi realizado para comparar os domínios em relação às variáveis: filhos, presença de parceiro, atividade laboral, orientação sexual, sorologia do cônjuge, uso de preservativo, carga viral e linfócitos TCD4+.

Para a análise das variáveis quantitativas utilizou-se coeficientes de correlação. Segundo Dancey e Reidy¹⁸, um coeficiente de correlação (*r*) que de 0,10 até 0,39 pode ser considerado fraco; de 0,40 até 0,69 indica correlação moderada; e de 0,70 até 1, uma correlação forte.

Para a análise estatística utilizou-se o software SPSS (Statistical Package For Social Sciences) versão 18, considerando-se confiança de 95% e nível de significância $p < 0,05$. Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino proponente, número do CAAE 67685517.2.0000.5346.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 50 idosos com HIV/Aids com média de idade de 59,64 ($\pm 7,26$) anos, com mínimo de 50 anos e máximo de 79 anos. Nas mulheres a média de idade foi de 58,53 ($\pm 7,56$) e nos homens 60,32 ($\pm 7,09$). A média de tempo de diagnóstico encontrada foi de 7,71 anos, enquanto que a média de tempo de tratamento foi de 6,81 anos.

Houve predomínio do sexo masculino, da cor branca, heterossexuais, com parceiros sorodiscordantes, em que a maioria faz uso de preservativo, com exames laboratoriais de carga viral indetectável e linfócitos TCD4+ ≥ 500 células/mm³.

Na Tabela 1, são apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos pesquisados. Rio Grande do Sul. Brasil (2018).

Variáveis	Frequência	Percentual
Sexo		
Feminino	19	38,0%
Masculino	31	62,0%
Cor		
Branco	43	86,0%
Negro	2	4,0%
Pardo	5	10,0%
Filhos		
Sim	36	72,0%
Não	14	28,0%
Presença de parceiro		
Sim	28	56,0%
Não	22	44%
Atividade laboral		
Sim	20	40,0%
Não	30	60,0%
Orientação sexual		
Heterossexual	41	82,0%
Homossexual	6	12,0%
Bissexual	2	4,0%
Outro	1	2,0%
Sorologia do cônjuge		
Soroconcordante	10	20,8%
Sorodiscordante	21	43,8%
Não sei	17	35,4%
Uso de preservativo		
Sim	36	72,0%
Não	14	28,0%
Carga Viral		
Não detectável	42	84,0%
Detectável	8	16,0%
TCD4+ (cél/mm³)		
<500	17	34,0%
≥500	33	66,0%
Quantas pessoas sabem		
0	1	2,0%
1 ou mais	49	98,0%

Na Tabela 2, são apresentados os resultados relacionados a análise descritiva dos domínios do HAT-QoL.

Tabela 2 - Distribuição dos valores descritivos dos domínios do questionário HAT-QoL dos idosos pesquisados. Rio Grande do Sul. Brasil (2018)

Domínios	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Função geral	70,17	22,58	75,00	4,17	100,00
Satisfação com a vida	76,63	22,69	81,25	12,50	100,00
Preocupações com a saúde	76,00	28,33	81,25	0,00	100,00
Preocupações financeiras	59,67	39,50	75,00	0,00	100,00
Preocupações com a medicação	84,08	21,08	95,00	20,00	100,00
Aceitação do HIV	59,75	35,65	62,50	0,00	100,00
Preocupações com o sigilo	46,40	28,93	40,00	0,00	100,00
Confiança no profissional	78,83	25,27	83,33	0,00	100,00
Função sexual	70,66	32,53	75,00	0,00	100,00

Verifica-se que o domínio com maior escore médio encontrado foi preocupações com a medicação. Os domínios função geral, preocupações financeiras, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo e função sexual, apresentaram média de escores com valor inferior a 75 pontos, evidenciando um comprometimento na QV.

Na Tabela 3, são apresentadas as comparações dos domínios do HAT-QoL em relação ao sexo dos idosos.

Tabela 3 - Comparação dos domínios do HAT-QoL em relação ao sexo dos idosos pesquisados. Rio Grande do Sul. Brasil (2018).

Domínios	Sexo		p
	Feminino	Masculino	
Função geral			
Média±dp	64,25 (27,19)	73,79 (18,79)	0,341
Mediana (I.I.Q.)	75,00 (41,67 -83,33)	75,00 (62,50-87,50)	
Satisfação com a vida			
Média±dp	71,05 (28,12)	80,04(12,29)	0,407
Mediana (I.I.Q.)	75,00 (50,00-100,00)	81,25 (75,00-93,75)	
Preocupações com a saúde			
Média±dp	74,34 (31,59)	77,02 (26,63)	0,967
Mediana (I.I.Q.)	81,25 (62,50-91,67)	81,25 (62,50-100,00)	
Preocupações financeiras			
Média±dp	44,74 (41,69)	68,82 (35,74)	0,052
Mediana (I.I.Q.)	41,67 (0,00-91,67)	83,33(41,67-100,00)	
Preocupações com a medicação			
Média±dp	87,22 (21,84)	82,26 (20,77)	0,366
Mediana (I.I.Q.)	95,00 (80,00-100,00)	85,00 (70,00-100,00)	
Aceitação do HIV			
Média±dp	60,53 (38,02)	59,27 (34,76)	0,854
Mediana (I.I.Q.)	62,50 (25,00-100,00)	62,50 (37,50-100,00)	
Preocupações com o sigilo			
Média±dp	45,79 (29,59)	46,77 (29,00)	0,912
Mediana (I.I.Q.)	40,00 (20,00-65,00)	40,00 (20,00-80,00)	
Confiança no profissional			
Média±dp	80,26 (25,19)	77,96 (25,69)	0,744
Mediana (I.I.Q.)	83,33 (753,00-100,00)	83,33 (66,67-100,00)	
Função sexual			
Média±dp	81,94 (31,86)	64,11 (31,58)	0,029
Mediana (I.I.Q.)	100,00 (62,50-100,00)	75,00 (37,50-100,00)	

Identificou-se associação significativa ($p=0,029$) entre o sexo e o domínio função sexual, onde percebe-se que o sexo feminino está associado a melhor QV. Notou-se também diferença significativa entre a variável presença de parceiro e os domínios função geral ($p=0,043$) e satisfação com a vida ($p=0,001$), em que os idosos casados (as) e com companheiro (a) estão associados com melhor percepção da QV nestes domínios.

Encontrou-se diferença significativa entre a variável atividade laboral e os domínios função geral ($p=0,029$), preocupações com a saúde ($p=0,021$), preocupações financeiras ($p=0,036$) e confiança no profissional ($p=0,006$). Observa-se que a presença

de atividade laboral apresentou escores médios superiores aos que não tem nenhuma atividade para os domínios função geral, preocupações com a saúde e preocupações financeiras.

Quando comparados os resultados de linfócitos TCD4+ (<500/≥500) com os domínios, houve diferença para os domínios função geral (p=0,018) e preocupação com a saúde (p=0,017), sendo que os idosos que apresentam linfócitos TCD4+ ≥500 possuem melhor percepção de QV.

A Tabela 4 apresenta a correlação entre os domínios e as variáveis sociodemográficas quantitativas.

Tabela 4 - Distribuição das correlações entre os domínios do HAT-QoL e as variáveis sociodemográficas quantitativas. Rio Grande do Sul. Brasil (2018).

	Idade	Tempo de diagnóstico (ID)	Tempo de tratamento (TTO)	Função geral (FG)	Satisfação com a vida (SV)	Preocupações com a saúde (PSA)	Preocupações financeiras (PF)	Preocupações com a medicação (PM)	Aceitação do HIV (AHIV)	Preocupações com o sigilo (PSI)	Confiança no profissional (CP)	Função sexual (FS)
Idade	1											
ID	r=-0,016 p=0,910	1										
TTO	r=0,061 p=0,676	r=0,967 p<0,001	1									
FG	r=-0,114 p=0,429	r=-0,200 p=0,164	r=-0,295 p=0,037	1								
SV	r=-0,189 p=0,189	r=-0,154 p=0,287	r=-0,242 p=0,091	r=0,496 p<0,001	1							
PSA	r=-0,087 p=0,549	r=0,105 p=0,466	r=0,039 p=0,789	r=0,780 p=0,007	r=0,341 p=0,015	1						
PF	r=0,121 p=0,403	r=-0,115 p=0,427	r=-0,156 p=0,279	r=0,497 p<0,001	r=0,388 p=0,005	r=0,412 p=0,003	1					
PM	r=-0,004 p=0,979	r=-0,028 p=0,849	r=-0,090 p=0,537	r=0,284 p=0,048	r=0,225 p=0,121	r=0,471 p=0,001	r=0,495 p<0,001	1				
AHIV	r=-0,240 p=0,094	r=-0,106 p=0,463	r=0,027 p=0,854	r=0,178 p=0,216	r=0,081 p=0,577	r=0,533 p<0,001	r=0,309 p=0,029	r=0,449 p=0,001	1			
PSI	r=-0,084 p=0,560	r=-0,113 p=0,435	r=-0,151 p=0,294	r=0,276 p=0,053	r=0,026 p=0,860	r=0,241 p=0,091	r=0,122 p=0,400	r=0,065 p=0,660	r=0,164 p=0,256	1		
CP	r=0,275 p=0,054	r=0,048 p=0,742	r=0,138 p=0,340	r=-0,140 p=0,332	r=-0,115 p=0,425	r=-0,319 p=0,024	r=-0,187 p=0,194	r=-0,143 p=0,328	r=-0,306 p=0,031	r=-0,201 p=161	1	
FS	r=-0,288 p=0,045	r=0,163 p=0,264	r=0,116 p=0,426	r=0,084 p=0,568	r=0,232 p=0,108	r=0,344 p=0,016	r=0,141 p=0,332	r=0,253 p=0,079	r=0,246 p=0,088	r=0,018 p=0,900	r=-0,032 p=0,828	1

Foram constatadas correlações significativas negativas da idade dos pacientes com a função sexual (r=-0,288), isto é, à medida que aumenta a idade, diminui a percepção de QV no domínio função sexual. Encontrou-se correlação positiva forte entre a variável tempo de tratamento e o tempo de diagnóstico (r=0,967), onde o aumento de uma destas variáveis é concomitante a outra.

Na análise das correlações entre os domínios da HAT-QoL, observa-se que o domínio preocupação com a saúde está correlacionado positivamente com forte magnitude com a função geral ($r=0,780$), ou seja, a preocupação com a saúde aumenta na medida que aumenta a limitação causada pela presença do HIV/Aids, relacionadas à atividade física, atividades da vida cotidiana, do trabalho e das atividades sociais.

A confiança no profissional apresentou correlação negativa fraca com a preocupação com a saúde ($r=-0,319$), ou seja, a medida que diminui a confiança no profissional, aumentam as preocupações com a saúde. O domínio confiança no médico está correlacionado negativamente com o domínio aceitação do HIV, ou seja, na medida que aumenta a confiança no médico, diminui a aceitação da doença.

4 DISCUSSÃO

As características sociodemográficas encontradas no presente estudo foram semelhantes às de outras pesquisas com PVHA, ou seja, com predominância do sexo masculino, de cor branca⁶ e heterossexuais^{19,20}.

Sobre a prevenção, um dos aspectos importantes na prevenção do HIV/Aids é o uso do preservativo nas relações sexuais, o uso regular e consistente deste método de prevenção é uma das medidas preconizadas, demonstrando bons níveis de eficácia e baixo custo^{21,22}. Soares²³ em seu estudo com PVHA, identificou que 67,8% da amostra pesquisada afirmou usar preservativo nas relações sexuais e 6,8% disseram nunca usar, mesmo após o diagnóstico do HIV. O presente estudo obteve um percentual de 28% de idosos que não faziam uso de preservativo durante as relações sexuais. O não uso do preservativo pelos idosos, os tornam expostos a se reinfectarem pelo HIV e/ou adquirirem outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)²⁴.

Sobre a QV, os seus aspectos positivos caracterizam-se pelo entendimento e readaptação a novos hábitos cotidianos e manutenção de comportamentos saudáveis²⁵. Com o surgimento da TARV, o modo de encarar o HIV/Aids nas últimas décadas vem sendo influenciado, possibilitando repensar e ressignificar a infecção²⁶. Os benefícios de sua utilização são indiscutíveis, proporcionando efeitos positivos, uma vez que está associada a melhores perspectivas de vida²⁵.

O avanço das pesquisas e o desenvolvimento de novos fármacos tem possibilitado QV em PVHA, pois permite ao portador conviver com o HIV²⁷, sendo o uso de medicamentos e as mudanças de hábitos de vida situações do dia a dia que auxiliam no alcance da melhor QV, tornando o tratamento e o autocuidado meios de enfrentamento da doença².

Quanto ao tempo de diagnóstico do HIV, verificou-se média semelhante ao estudo de Soares²³ o qual identificou que a maior parte dos pacientes entrevistados afirmou saber do diagnóstico há menos de 10 anos. Salienta-se que a revelação do diagnóstico num primeiro momento ocasiona grande impacto, despertando medos, angústias e sentimentos desestruturantes e até mesmo mecanismos de defesa frente à essa nova condição². Azambuja²⁸ considera um desafio diagnosticar pacientes soropositivos idosos por se tratar de mais um diagnóstico diferencial para um grupo já exposto a múltiplas patologias, o que leva à possibilidade de subnotificação de casos ou se reflete em diagnósticos tardios e em terapêuticas incorretas, acelerando a instalação de infecções oportunistas e de complicações.

O uso da TARV e uma adequada adesão permitem obter um nível mínimo de vírus circulante no organismo, denominada carga viral indetectável, o que diminui significativamente as chances de sua transmissão. A literatura mostra redução da transmissão sexual do HIV em 96% quando o (a) parceiro (a) soropositivo está em uso de TARV com carga viral não detectável^{21,22}.

A administração dos ARV nas doses e frequências corretas garante benefícios como redução da ocorrência de doenças oportunistas, diminuição das internações hospitalares, favorecendo a diminuição das taxas de mortalidade e aumento do tempo e da QV^{29,30}. Sabe-se que o tempo de tratamento, as dificuldades de acesso e a má qualidade estão associados a problemas com a adesão, o que aumenta potencialmente o risco de transmissão da doença e redução da QV³¹.

Este estudo encontrou uma média de 6,81 anos de uso de TARV, porém, segundo Munene³² as maiores chances de não adesão são observadas em PVHA em tratamento há menos tempo. Em relação ao perfil clínico dos idosos, constatou-se que 66% apresentavam linfócitos TCD4+ ≥ 500 cél/mm³. Soares²³ identificou que 78,2% apresentavam contagem de linfócitos TCD4+ maior que 350 cél/mm³ nos exames realizados e quando comparados os resultados de carga viral, evidenciou-se percentuais

elevados de carga viral indetectável³³. A contagem de TCD4+ e da carga viral por meio do acompanhamento laboratorial em PVHA, reduz a morbimortalidade, sendo possível avaliar o grau de comprometimento do sistema imune e a recuperação da resposta imunológica com o tratamento adequado³⁴.

No tocante à avaliação da QV pelo HAT-QoL, dos nove domínios analisados, cinco apresentaram a média inferior a 75 pontos: função geral, preocupações financeiras, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo e função sexual. Segundo Galvão¹⁶, valores inferiores a 75 pontos na média de escores do HAT-QoL significaria um comprometimento da QV.

Estudos^{16,35,36} que utilizaram o HAT-QoL evidenciaram comprometimentos semelhantes, sugerindo que as pessoas que vivem com HIV possuem preocupações similares independentemente da localização geográfica. Assim, pode-se inferir que os baixos escores encontrados podem ter relação com o impacto causado pelo diagnóstico, com a preocupação sobre o adoecer e com a adaptação a uma nova realidade.

Pesquisa de Sousa³⁷ realizada com 30 idosos utilizando o HAT-QoL, apresentou no domínio atividades gerais média de 72 pontos, evidenciando-se um grau de acometimento da QV, o que corrobora com os presentes achados. Nesse sentido, menciona-se que a funcionalidade é dos aspectos que apresenta relação direta com a autonomia, assim como a independência dos idosos. As PVHA podem desenvolver quadro clínico limitante, possibilidade de complicações neuropsiquiátricas, lesões da memória, e da cognição motora e funcional, que pode comprometer o desempenho funcional e afeta sensivelmente sua QV³⁸.

No domínio função sexual, identificou-se um comprometimento deste domínio, semelhante a resultado de estudo de Nobre³⁹, que demonstra um reajuste do comportamento sexual como um aspecto da vida, fato este que pode ser explicado, em parte, pela dificuldade do uso do preservativo, medo da rejeição, de superinfecção, da transmissão, falta de confiança no parceiro, diminuição do desejo sexual e não considerar o sexo como uma parte importante da vida.

No domínio preocupações financeiras, o prejuízo na QV retratado pode estar relacionado ao significado que atribuem ao vínculo trabalhista, em que não consideram apenas o benefício financeiro, como também uma forma de inserção social, emocional e de identidade que o emprego possibilita^{23,40}. Segundo Reis⁴⁰ e Soares²³, as PVHA que

não possuem vínculo trabalhista apresentam pior QV quando comparadas as que trabalham.

A relação entre a preocupação financeira e o vínculo empregatício em PVHA ainda não está bem estabelecida. Observou-se em pesquisa de Sousa³⁷ que houve predomínio de idosos que não demonstraram preocupações financeiras e afirmaram não se preocupar em viver com renda predeterminada, considerando suficiente para atender às suas necessidades, já que estão na condição de aposentados ou recebendo benefícios. Outros fatores que julgam favoráveis são a distribuição gratuita de TARV e livre acessibilidade a outros medicamentos, como antihipertensivos, antiglicemiantes, antilipêmicos.

A pior avaliação da QV foi evidenciada no domínio preocupação com o sigilo. Além disso, foi identificado que um participante informou que ninguém sabe do seu diagnóstico. A preocupação com o sigilo está relacionada ao medo de revelar a doença e ficar sujeito a discriminação e estigmatização no ambiente social, e entre pessoas do cotidiano e colegas de trabalho³⁶. Além disso, há o receio de perder o emprego, pois, frequentemente, precisam ausentar-se para realização de acompanhamento em saúde e exames periódicos⁴¹.

Alencar⁴² ressalta que os idosos geralmente contam sobre sua condição sorológica apenas para algumas pessoas do convívio familiar, esse aspecto pode ser percebido na atual pesquisa. Enfatiza-se o vínculo existente com a equipe de saúde que, muitas vezes é a única que tem posse dessa informação sorológica. O preconceito, a desvalorização, a discriminação e o julgamento interferem negativamente a vida das PVHA, desde a aderência ao tratamento a realização de testes laboratoriais pelo receio de comparecer à unidade de saúde³⁶.

O domínio relacionado às preocupações com medicações apresentou a melhor percepção de QV (84,08), o que corrobora com estudo de Soares²³ em que foram encontradas as melhores médias nos domínios confiança do profissional (96,18), seguido de questões relativas ao tratamento (86,54). Isso pode estar relacionado aos avanços tecnológicos, a redução do número de comprimidos diários da TARV e a associação de medicamentos, fatores que facilitam a adesão terapêutica medicamentosa. A consciência sobre a importância do tratamento, a correta administração dos medicamentos e a menor incidência de efeitos adversos relatados pelos entrevistados

facilitam a manutenção das rotinas nos cuidados com a saúde, o que pode influenciar no sucesso do tratamento.

Sobre a atividade sexual, embora possa apresentar mudanças à medida que as mulheres envelhecem, a sexualidade é um aspecto importante a ser considerado nos relacionamentos das mulheres idosas⁴³. No presente estudo encontrou-se associação entre o sexo feminino com o domínio função sexual, onde pode-se inferir que as mulheres apresentam uma melhor QV. Tais achados vão de encontro ao estudo de Santos⁵ que verificou que a QV foi influenciada negativamente pela prática sexuais.

A presença de relacionamentos afetivo/sexuais é um aspecto fundamental na vida dos idosos com HIV/Aids que contribui para uma melhor QV, em que o companheiro é fundamental para suporte emocional, dispondo de auxílio nos cuidados e realização de atividades diárias, acompanhamento às consultas e estímulo para manutenção do tratamento²³. Os resultados da análise de Mutazabi⁴⁴ demonstraram que PVHA que convivem com parceiros demonstram melhores índices de QV relacionados ao apoio social satisfatório.

No aspecto que tange idade e função sexual, o envelhecimento pode acarretar mudanças físicas⁴⁵, dentre as quais, os fatores biológicos e hormonais que podem limitar o desenvolvimento sexual, afetando o desejo, o funcionamento sexual e, indiretamente, a satisfação sexual, repercutindo em mudanças na relação do idoso consigo e com a sociedade^{46,47}. Segundo Andreotti⁴⁸, tão importante quanto ter muitos anos de vida é ter QV ao envelhecer.

Identificou-se predomínio de idosos que apresentaram valores de linfócitos TCD4+ >500 cél/mm³ (66%) o que corrobora com pesquisa de Medeiros¹³. A contagem de linfócitos TCD4+ ≥ 500 cél/mm³ apresentou associação com a função geral e preocupações com a saúde. Tal resultado pode justificar o comportamento positivo da QV, pois esse parâmetro clínico é relevante para a condição de saúde das PVHA. Gera tranquilidade nos idosos por afastar as preocupações relacionadas à morte¹³.

Por fim este estudo identificou correlação negativa entre a confiança no profissional e a preocupação com a saúde, o que pode estar relacionada ao apoio do profissional de saúde que é, em parte, responsável pelo incentivo ao estabelecimento e à manutenção de cuidados que o paciente destina a si próprio.

Dessa forma, acredita-se que os profissionais da saúde são importante componente para auxiliar na melhor QV dos idosos, se capacitados para realizar uma abordagem humanizada no cuidado, pautada na confiança entre profissional/paciente. A educação em saúde tem como propósito esclarecer os idosos acerca da doença e conscientizá-los ao autocuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do objetivo proposto de avaliar a QV de idosos com HIV/Aids, em uso de TARV e correlaciona-la às variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas observou-se que os domínios que evidenciaram maiores prejuízos na QV dos idosos foram: função geral, preocupações financeiras, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo e função sexual. Identificou-se uma melhor percepção da QV em preocupações com a medicação, confiança no profissional, satisfação com a vida e preocupações com a saúde. As correlações entre diversos domínios sugerem que a QV é resultante de uma combinação de fatores biopsicossociais.

Como limitações deste estudo, pode-se destacar que o estudo transversal não permite compararmos a QV dos pacientes anteriormente ao diagnóstico do HIV. Além disso, ressalta-se, também, não haver um grupo controle, composto por pacientes não portadores do vírus, fato que impossibilita a avaliação causa-efeito. No entanto, o desenvolvimento de estudos para avaliar a QV pode subsidiar práticas assistenciais pautadas numa perspectiva ampla do processo saúde-doença, possibilitando uma visão sobre a sua correlação com os aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos de idosos com HIV/Aids.

A compreensão da QV de idosos faz-se necessária, tratando-se de uma doença crônica, com possibilidade de tratamento, maior sobrevida e convívio com uma doença estigmatizante, transmissível e incurável até o momento, com inúmeras consequências que repercutem na QV.

REFERÊNCIAS

1. Silva AO, Loreto MDS, MAFRA SCT. HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar. *Rev em Pauta*. 2017 Jan-Jun; 15 (39): 129-54.
2. Serra A, Sardinha AHL, Pereira ANS, Lima SCVS. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/Aids atendidos em centro de referência estadual. *Saúde em Debate*. 2013 Abr-Jun 37 (97): 294-304.
3. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013 Nov; 382 (9903): 1525–533.
4. Centers for Disease Control [Internet]. HIV Among People Aged 50 and Over. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, 2016. [acesso 17 jan 2018]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/group/age/olderamericans/index.html>.
5. Santos FDRP, Amaral LROG, Nunes SFL, Rosa CRAA, Milhomem Filho EO, Lima VA et al. Evaluation of Quality of Life in Women with HIV/AIDS According to the HAT-QoL. *International Archives of Medicine*. 2016; 9 (169): 1-9.
6. Okuno MFP, Gomes AC, Meazzini L, Scherrer Junior G, Belasco Junior D, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/Aids. *Cad.Saúde Pública*. 2014 Jul; 30 (7): 1551-559.
7. Mukolo A, Torres I, Bechtel RM, Sidat N, Vergara AE. Consensus on context-specific strategies for reducing the stigma of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in Zambezia Province, Mozambique. *SAHARA J*. 2013 Sep; 10 (3): 119-30.
8. Méda ZC, Somé T, Sombié I, Maré D, Morisky DE, Chen YA. Patients infected by tuberculosis and human immunodeficiency virus facing their disease, their reactions to disease diagnosis and its implication about their families and communities, in Burkina Faso: a mixed focus group and cross sectional study. *BMC Res Notes*. 2016 9 (373).
9. Sousa PKR, Torres DVM, Miranda KCL, Franco AC. Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. *REBEn*. 2013 Mar-Abr; 66 (2): 202-07.

10. Lee SJ, Li L, Lin C, Tuan LA. Challenges facing HIV-positive persons who use drugs and their families in Vietnam. *AIDS Care*. 2015 Mar; 27 (3): 283-7.
11. Carrapato JFL, Resende MHM, Santos NO. Pessoa vivendo com HIV/AIDS: diagnóstico de uma sentença de morte? *Rev Emancipação*. 2014; 14 (2): 321-36.
12. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov; 41 (10): 1403-409.
13. Medeiros RCSC, Medeiros JA, Silva TAL, Andrade RD, Medeiros DC, Araújo JS, et al. Quality of life, socioeconomic and clinical factors, and physical exercise in persons living with HIV/AIDS. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:66.
14. 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 Sep; 8(6): 515-27.
15. Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(1): 69-76.
16. Galvão MT, Soares LL, Pedrosa SC, Fiuza MLT, Lemos LA. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28 (1): 48-53.
17. Lemos LA, Feijão AR, Gir E, Galvão MTG. Quality of life aspects of patients with HIV/tuberculosis co-infection. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(Special Issue 1): 41-7.
18. Dancey C, Reidy J. *Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
19. Naciones Unidas. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). El sida en cifras 2015 [Internet]. Ginebra; [acesso 17 jan 2018]. Disponível em:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
20. Ministério da saúde [Internet]. Boletim Epidemiológico Aids e DST. 2017 [acesso em 09 de jan 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletimepidemiologico-hivaids-2017>.

21. Anglemyer A, Rutherford GW, Horvath T, Baggaley RC, Egger M, Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Library*. 2013 May; 310 (15):1619-620.
22. Cambiano V, O'Connor J, Phillips AN, Rodger A, Lodwick R, Pharris A, et al. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission: implications for Europe. *Euro Surveill*. 2013; 18 (48): 1-23.
23. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Ciência & Saúde coletiva*. 2015; 20 (4): 1075-84.
24. Said AP, Seidl EMF. Serodiscordance and prevention of HIV: perceptions of individuals instable and non-stable relationships. *Interface (Botucatu)*. 2015 Jul-Sept; 19 (54):467-78.
25. Hipolito RL, Oliveira DC, Gomes AMT, Costa TL. Representações sociais da qualidade de vida no HIV/AIDS: o papel do tempo de diagnóstico. *Rev enferm UERJ*. 2014 Nov-Dez; 22 (6):753-59.
26. Oliveira FBM, Moura MEB, Silva FS, Oliveira BM, Pessoa RMC. Quality of life of people living with HIV/Aids: care protocol for Nursing practice. *Rev. Pre. Infec e Saúde*. 2015; 1(2): 9-20.
27. Souza, LRA, Matarazo AP, Araújo MP, Romano OSD, Rascado RR, Marques LAN. Avaliação da adesão e qualidade de vida de portadores de HIV sob seguimento farmacoterapêutico. *Rev Ciências em Saúde*. 2017; 7 (2).
28. Azambuja KF. Perfil do Paciente HIV+ com mais de 60 anos no Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:< <http://www.aidscongress.net/7congresso>>. Acesso em 16 jan 2018.
29. World Health Organization [Internet]. How AIDS changed everything: MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope to the AIDS response. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 17 de jan 2018]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf.

30. Silva ACO, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/aids. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Nov-Dec; 22 (6): 994-1000.
31. Zelaya CE, Sivaram S, Johnson SC, Srikrishnan AK, Suniti S, Celentano DD. Measurement of self, experienced, and perceived HIV/AIDS stigma using parallel scales in Chennai, India. *AIDS Care* 2012 Jan; 24 (7): 846-55.
32. Mûnene E, Ekman B. Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? A cross-sectional study in a regional referral hospital in Kenya. *Glob Health Action*. 2014 Apr;7 (7): 235-54.
33. Leite, MA. Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids [Dissertação]. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças; 2016.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticos para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticaspara-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 03 jan, 2018.
35. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI. Oral health associated with quality of life of people living with HIV/AIDS in Brazil. *Health Qual Life Outcomes*. 2014 Mar; 12:28.
36. Okuno MFP, Gosuen GC, Campanharo CRV, Fram DS, Batista REA, Belasco AGS. Quality of life, socioeconomic profile, knowledge and attitude toward sexuality from the perspectives of individuals living with Human Immunodeficiency Virus. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2015 Mar-Apr; 23 (2): 192-99.
37. Sousa, JCF, Silva ACO, Leadebau ODCP, Freitas FFQ, Holmes ES. Quality of Life Evaluation of Elderly. *International Archives of Medicine*. 2016; 9 (37).

38. Cruz GECP, Ramos LR. Idosos portadores de HIV e vivendo com AIDS no contexto da capacidade funcional. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (6): 981-83.
39. Nobre NR, Kylmä J, Kirsi T. I Live Quite a Good Balanced Life: A Pilot Study on the Life Experiences of Ageing Individuals Living with HIV. *Nurs Res Pract.* 2012. Article ID 128108.
40. Reis RK, Santos CB, Gir E. Quality of life among Brazilian women living with HIV/Aids. *Aids Care* 2012 Nov; 24 (5): 626-34.
41. Carvalho CML, Galvão MTG, Silva RM. Life changes among women with the acquired immune deficiency syndrome. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23 (1): 94-100.
42. Alencar RA. O idoso vivendo com HIV/AIDS: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
43. Tremayne P, Norton W. Sexuality and the older woman. *Br J of Nurs,* 2017 Jul; 26 (14): 819-24.
44. Mutabazi-Mwesigire D, Seeley J, Martin F, Katamba A. Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2014; 14:343.
45. Silva VXL, Marques APO, Lira J, Medrado B, Leal MCC, Raposo MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde Soc.* 2012 Jan-Mar; 21 (1):171-80.
46. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19 (8): 3533- 542.
47. Wylie KR, Wood A, McManus R. Sexuality and old age. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2013; 56 (2): 223-30.
48. Andreotti DG, Veiga MRL, Moraes MMG, Begnami MFD, Cogliatti WNJ, Pereira RCG. Fatores nutricionais e físicos que interferem na qualidade de vida do idoso. *Rev Uniara.* 2013 Dez; 16 (2): 27-35.