

Avaliação da qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS em Maceió, Alagoas, Brasil

Value judgment of life quality of women diagnosed with HIV/AIDS in Maceio, Alagoas, Brazil

Cecilio Argolo Júnior*

Sonia Maria Soares Ferreira**

Vívian Wanderley Teixeira de Albuquerque**

Jessyca Ítala Barros Wanderley da Silva**

448

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2014;38(4):448-461
Artigo Original • Original Paper

Resumo

O risco de contaminação pelo HIV vem aumentando entre parceiros heterossexuais, com reflexo na população feminina, sendo mais evidente naquelas que são pobres e do interior. Estudar a qualidade de vida dessas mulheres, epidemiologicamente e socialmente vulneráveis, é permitir a construção de um novo cenário sobre sua saúde física, emocional e social diante da doença. O objetivo do estudo foi verificar a qualidade de vida (QV) de mulheres com HIV/AIDS que frequentavam um centro de referência (Maceió-AL). Foram entrevistadas 154 mulheres, no período entre abril e outubro de 2013. Para a coleta de dados, foram utilizados questionário contendo variáveis sociodemográficas e clínicas e o Inventário HIV/AIDS-*Targeted Quality of Life* (HAT-QoL). As mulheres entrevistadas tinham em média 37,38 anos ($\pm 10,49$); baixa escolaridade (77% declararam ser analfabetas ou com ensino fundamental incompleto e 76,6% passaram até cinco anos na escola); baixa renda (90,2%). Apresentaram infecção recente (78,6%); usavam antirretrovirais (71,4%). A média dos domínios que compõem o HAT-QoL variou entre 27,3 e 83,7. Dos nove domínios, sete tinham mediana $\leq 50,0$. Na avaliação do construto, foram observadas avaliações significativas com satisfação com a vida, preocupação com a saúde, preocupações financeiras, confiança no profissional e função sexual e as seguintes características sociodemográficas e clínicas: renda, tempo de escola, escolaridade, incapacidade laboral em virtude do HIV, ter parceiro, contagem de linfócitos CD4 e carga viral. Os resultados evidenciam baixa qualidade de vida das mulheres pesquisadas. Os domínios mais comprometidos foram preocupação com sigilo, preocupação financeira, aceitação do HIV e satisfação com a vida. Esses resultados devem ser usados na correção da prática clínica e, dessa forma, contribuir com a melhora da qualidade de vida, a integralidade da assistência em saúde e o direito de cidadania.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Mulheres.

Abstract

The risk of contamination by HIV virus has been increasing between heterosexual partners, affecting mainly poor women from rural areas. To study the quality of life of these epidemiologically and socially vulnerable women may be a way to allow the construction of a new panorama about their psychic, emotional and social health in face of this disease. The objective of this study was to verify the quality of life (Q-L) of women having HIV/AIDS that attended a reference center (Maceió-AL). 154 women were interviewed from April to October 2013. For this data collection, a questionnaire containing some sociodemographic and clinical aspects and the inventory HIV/AIDS-*Target Quality of Life* (HAT - QoL) was used. Women interviewed were 37-38 years old (± 10.49); having low formal education; and low income (90.2%). 78.6% had recent infection; and 71.4% use antiretroviral medication. The average areas that make up the HAT-QoL ranged from 27.3 to 83.7. Within the nine areas, seven of them had average ≤ 50.0 . Within the construct sensing we observed significant evaluations concerning life satisfaction, concerns about health, financial worries, trust, and sexual function and the following sociodemographic and clinical characteristics: Income, school timing, formal education, work incapacity due to HIV, having a partner, CD4 count and viral load. The results show low quality of life of the women interviewed. The most affected areas were mostly concerns about confidentiality, finances, acceptance of HIV and life satisfaction. These results may contribute to the improvement of quality of life and comprehensive care in health and the right of their citizenship.

Keywords: Quality of Life. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Women.

DOI: 10.15343/0104-7809.20143804448461

* Departamento de Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde do Centro Universitário CESMAC, Maceió-AL, Brasil. E-mail: junior.argolo@ig.com.br

** Centro Universitário CESMAC, Maceió-AL, Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

Viver com HIV/AIDS é uma missão bastante difícil, haja vista atrelados a essa condição estão os preconceitos e sofrimentos que a própria patologia carrega consigo^{1,2}. Essa cicatriz deixada pela doença nos soropositivos ajuda a produzir eventos traumáticos em suas vidas, causando-lhes impactos negativos e progressivos no *co-ping*, enfrentamento da doença³.

Estima-se que existam atualmente, em todo o mundo, 35 milhões de pessoas vivendo com o HIV/AIDS².

No Brasil, conforme informações do Boletim Epidemiológico DST/AIDS de 2014, considerando os dados acumulados de 1980, início da epidemia, a junho de 2014, foram registrados 757.042 casos de AIDS, sendo 265.251 casos em mulheres¹. O avanço da epidemia no país vem sendo considerado estabilizado com taxa de detecção de 20,4 para cada 100 mil habitantes, correspondendo a uma prevalência de 0,4%¹. De acordo com a distribuição proporcional de casos de AIDS por regiões, a Nordeste corresponde a 14,3% do total apresentado em 2014¹.

Segundo a faixa etária, entre os anos de 2004 e 2013, a taxa de detecção entre mulheres apresentou tendência significativa de aumento de casos de AIDS de 10,5%, entre 15 e 19 anos; 24,8%, entre 55 e 59 anos; e, 40,4%, 60 anos ou mais¹. No mesmo período, já em relação à faixa etária entre 20 e 24 anos até 40 a 44 anos, observou-se uma tendência significativa de queda¹. Muito embora, para o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2014, em 2013, houve um aumento de casos de AIDS em homens e uma redução de casos em mulheres na proporção 18:10¹. Essa razão de gênero apresenta diferenças regionais, tendo a região Nordeste a proporção de 17:10¹.

O estado de Alagoas possui 102 municípios e está localizado na região Nordeste do país. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2013, da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, entre os anos de 1986, registro da primeira notificação, e dezembro de 2012, foram contabilizados 4.349 casos de AIDS, sendo 1.485 casos em mulheres⁴. Dos municípios alagoanos, Maceió é o que possui mais casos de AIDS, 2.909⁴. Somente em 5 municípios não foram detectados casos de AIDS:

Belo Monte, Carneiros, Jaramataia, Mar Vermelho e Traipu⁴. A categoria heterossexual apresentou um crescimento acentuado de casos entre os anos de 2002 e 2012 de 188%, com faixa etária de 30 a 39 anos, seguida de 20 a 29 anos⁴. O gênero masculino continua apresentando o maior número de casos de AIDS desde o surgimento da epidemia no estado⁴. Entretanto, desde 2003, de acordo com a distribuição segundo o gênero, tem sido igual ou inferior à razão de 2:1. Isso significa dizer que a detecção de casos de AIDS em mulheres vem crescendo no estado⁴ em proporções similares àquelas apresentadas pelos demais estados da federação¹.

Esses números reiteram o que vem ocorrendo nos últimos anos em todo o país, ou seja, a transmissão do HIV está cada vez mais presente entre a população heterossexual¹, em decorrência do próprio comportamento sexual de risco, com o sexo desprotegido³, contaminando pessoas jovens, adultas e idosas, cujo perfil atual difere do início da epidemia³. O aumento de casos de AIDS em heterossexuais é explicado pelo grande número de mulheres que vêm sendo infectadas diariamente pelo HIV⁵, inclusive, em Alagoas⁴.

A feminização da AIDS se dá em virtude da natural vulnerabilidade da mulher, que culmina, conseqüentemente, no contágio. Maliska, et al⁶ aduzem que esse conceito de vulnerabilidade vem passando por estágios sucessivos, iniciando-se pela definição de grupos de risco, passando para o conceito de comportamento de risco e chegando à evolução do termo vulnerabilidade social. Sendo assim, para que essas mulheres possam construir um novo cotidiano individual e social após a contaminação, é preciso conhecer quais os efeitos do vírus HIV/AIDS sobre sua saúde físico-emocional-social, e como estas influenciam suas vidas⁶, para que possam, assim, enfrentar os desafios diários inerentes à própria patologia^{5,7}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem se preocupando com a qualidade de vida de pessoas portadoras de doenças crônicas⁷. No Brasil, com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (HAART), a partir de 1996, os medicamentos distribuídos gratuitamente aos soropositivos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com os avanços no diagnóstico, têm

proporcionado aos pacientes com HIV/AIDS maior tempo de sobrevida. Entretanto, esse prolongamento não significa dizer que esteja atrelado à boa avaliação de sua qualidade de vida⁷ em decorrência de a doença, naturalmente, manifestar condições estressantes que interferem em seu campo psicológico, físico, social e ambiental³.

Nesse sentido, no campo da saúde, a qualidade de vida está intrinsecamente ligada ao valor atribuído à própria vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; pelas percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e pela organização política e econômica do sistema assistencial⁷.

Existem diversos instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida de portadores do vírus HIV/AIDS, mas todos esses instrumentos foram criados em língua inglesa e testados inicialmente em países desenvolvidos. O HAT-QoL, desenvolvido por Holmes e Shea⁸, validado em 1998⁹ e reavaliado em 1999¹⁰, resultou no instrumento final, com 34 itens. Esse instrumento é o único cujos domínios foram construídos totalmente a partir de sugestões de pacientes com HIV/AIDS¹¹. No Brasil, foi traduzido para o português, validado e adaptado culturalmente por Soárez, et al¹¹.

Galvão, et al¹², realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mulheres infectadas com HIV/AIDS, utilizando o instrumento HAT-QoL, embora as propriedades psicométricas do instrumento só tenham sido validadas por Soárez, et al¹¹, em 2009. O estudo de Galvão, et al¹², um dos poucos no Brasil utilizando esse instrumento, observou que as mulheres apresentaram um importante comprometimento na qualidade de vida, sendo esse atribuído à precariedade social e econômica. Os domínios que apontaram prejuízos na escala de qualidade de vida foram: "Preocupação financeira", "Preocupação com a saúde", "Preocupação com o sigilo" e "Atividade sexual"¹².

Soárez, et al¹¹ validaram o instrumento HAT-QoL em português e concluíram que esse instrumento era compreensível, de fácil aplicação, com boa validade de construto e excelente confiabilidade. Por ser um instrumento construído a partir de sugestões e desejos dos pacientes infectados pelo HIV/AIDS é considerado uma

importante ferramenta na avaliação da qualidade de vida desses pacientes¹¹. Para os autores, ele deve ser continuamente utilizado para possibilitar uma avaliação longitudinal das necessidades de refinamento em alguns de seus domínios¹¹.

Lopes, et al¹³ e Okuno, et al³ utilizaram o HAT-QoL para avaliarem a qualidade de vida de idosos infectados pelo HIV. Nesses estudos realizados pelos autores, os pacientes tinham baixos índices de renda e escolaridade e as maiores preocupações estavam voltadas para os aspectos financeiros, o sigilo, a atividade sexual¹³ e a saúde³. No estudo de Lopes, et al¹³, foi observado um alto índice de confiança no médico.

Outro estudo avaliou a qualidade de vida em gestantes. Tirado, et al¹⁴, observaram que os domínios com escores mais baixos foram "Preocupação financeira" e "Preocupação com o sigilo", enquanto os de menor impacto na qualidade de vida foram "Preocupação com a medicação" e "Confiança no profissional".

Apesar do grande número de instrumentos para avaliar a qualidade de vida, observa-se que existem ainda poucos estudos que usam o instrumento HAT-QoL no Brasil, sendo estes ainda mais escassos em mulheres, especialmente na região Nordeste, onde se acredita existir uma grande vulnerabilidade social das mulheres vivendo com HIV/AIDS. Além disso, essa avaliação é fortemente influenciada pelo meio, assim como pelos aspectos culturais e sociais. Dessa forma, este estudo teve como objetivo verificar a qualidade de vida de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS em um centro de referência em Maceió e analisar se o perfil socioeconômico e o comprometimento do sistema imunológico interferem na qualidade de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, com 154 mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, com idades entre 18 e 68 anos, atendidas no Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), do Programa Municipal de AIDS de Maceió, Alagoas, Brasil, no período de abril a outubro de 2013. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário CESMAC sob o n 1651/2012.

A amostra foi não probabilística por conveniência, cujos critérios de inclusão envolviam: ser paciente do SAE, ter diagnóstico há pelo menos seis meses e idade igual ou superior a 18 anos. Pacientes cujo estado físico, emocional e a severidade da doença impossibilitassem a realização da entrevista e pacientes com déficit cognitivo que interferisse na compreensão das perguntas foram excluídas do estudo.

Para obtenção da amostra, as pacientes foram recrutadas de acordo com a demanda de atendimento do serviço e as mulheres que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As pacientes responderam a uma entrevista, que constava de dois instrumentos: o primeiro, um questionário semiestruturado com dados sociodemográficos e clínicos, e o segundo, um instrumento de avaliação de qualidade de vida específico para indivíduos infectados pelo HIV, denominado HAT-QoL (*HIV/AIDS-Targeted Quality of Life*), composto por 34 questões, com respostas em formato de escala do tipo *Likert*, de cinco pontos: “todo o tempo”, “a maior parte do tempo”, “parte do tempo”, “pouco tempo” e “nunca”. Em cada domínio, zero é o escore mais baixo e 100 o melhor escore possível. Quanto maior o escore, menor o impacto da infecção pelo HIV na qualidade de vida dos indivíduos. Em outras palavras, quanto menor o escore, mais acometida a função, maior a preocupação e menor a qualidade de vida.

Antes do início da pesquisa, foi realizada uma reunião entre o pesquisador e toda a equipe do SAE, objetivando explicar a todos os presentes o procedimento técnico-metodológico da pesquisa, e entender a logística de atendimento do serviço. Após uma semana, foi realizado um projeto-piloto com cinco pacientes portadoras do vírus HIV, cujo encontro teve como objetivo avaliar a compreensão textual das perguntas apresentadas no instrumento e mensurar o tempo de aplicação do questionário e do instrumento HAT-QoL. As questões foram bem aceitas pelas entrevistadas, sendo elas compreensíveis, fáceis e de rápida aplicação, respondidas com duração entre 10 e 15 minutos, confirmando o tempo previamente estabelecido^{12,13}.

O questionário e o instrumento HAT-QoL foram aplicados sob a forma de entrevista,

em decorrência do grau de escolaridade das participantes identificado nas reuniões e no projeto-piloto.

Os dados foram armazenados e analisados pelo software *Statistical Package for Social Science* (SPSS)[®] 17. O nível de significância para todos os testes foi de 0,05%.

A análise constou de distribuição simples da frequência de todas as variáveis. Para cada domínio dos questionários, foram calculados a média, mediana, o desvio-padrão, mínimo e máximo, o efeito chão e o efeito teto. O efeito chão e o efeito teto (porcentagem de sujeitos que tiveram o escore mais baixo – zero – ou mais alto – 100 – em cada domínio, respectivamente) foram considerados substanciais quando ultrapassaram 20%. O efeito teto e o efeito chão resultam na incapacidade para capturar quaisquer incrementos ou decréscimo na qualidade de vida.

Por fim, para análise do construto, foi testada a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, quantitativas e qualitativas, e os domínios que compõem o HAT-QoL. Para essa análise inferencial, foi inicialmente realizado o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, sendo verificado que todos os domínios não apresentaram distribuição normal. Por esse motivo, foram utilizados os testes não paramétricos *Mann Whitney* para comparação entre dois grupos independentes e o teste de *Kruskal Wallis* para comparação entre mais de dois grupos. Para as variáveis qualitativas, foi realizado o teste de correlação de *Spearman*.

RESULTADOS

O presente estudo envolveu 154 mulheres infectadas que responderam a dois instrumentos de pesquisa. As entrevistadas tinham idades variando de 18 a 68 anos, com média de $\pm 37,38$ (DP $\pm 10,5$).

A maioria das mulheres declararam-se solteiras, divorciadas ou separadas (64,3%); moravam na capital do estado (69,5%); tinham baixa escolaridade (77% declararam ser analfabetas ou com ensino fundamental incompleto e 76,6% passaram até cinco anos na escola); tinham baixa renda (90,2% ou não tinham renda ou ganhavam até um salário mínimo). A maioria disse estar inativa do ponto

de vista laboral (76,6%), e 26% declararam ter incapacidade em virtude da AIDS. Elas declararam ser heterossexuais (97,4%), com parceiros (64,9%),

que consideravam ser relacionamento fixo (63,6%). Usavam preservativo (70,8%), masculino (91,6%). Referem contaminação sexual (68,2%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada para avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS. Maceió-AL, Brasil, 2013

Característica	n	% (n = 154)
Média de Idade (DP) / Mínimo (Máximo)	37,38 (10,5) 18-68	
Situação Laboral		
Ativo	36	23,4
Inativo	118	76,6
Incapacidade laboral em virtude da AIDS		
Sim	40	26,0
Não	114	74,0
Estado civil		
Solteiro, divorciado ou separado	99	64,3
Casado e vivendo como casado	32	20,8
Viúvo	23	14,9
Localidade		
Capital	107	69,5
Interior	47	30,5
Grau de Instrução		
Analfabeto / ensino fundamental incompleto	94	61
Fundamental completo	25	16,2
Médio completo	35	22,7
Tempo na Escola		
Até cinco anos	118	76,6
Cinco anos ou mais	36	23,4
Renda Mensal		
Não tem renda	59	38,3
Até um salário mínimo	80	51,9
Mais de um salário mínimo	15	9,7
Orientação Sexual		
Homossexual	2	1,3
Bissexual	2	1,3
Heterossexual	150	97,4
Possui Parceiro		
Sim	100	64,9
Não	54	35,1
Relacionamento Fixo		
Sim	98	63,6
Não	56	36,4
Faz uso do preservativo		
Sim	109	70,8
Não	45	29,2
Tipo de preservativo		
Feminino	13	8,4
Masculino	141	91,6

Com relação à infecção pelo HIV, as mulheres apresentavam uma infecção recente de até cinco anos, havendo 54% com até um ano de diagnóstico. Tinham a infecção sob controle, uma

vez que a maioria fazia uso do HAART (71,4%); tinham contagem de linfócitos T CD4+ maior que 200 células/mm³ (89%); e carga viral indetectável 85 (55,2%) (Tabelas 1, 2 e 3).

Tabela 2. Características clínicas da amostra estudada para avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS. Maceió-AL, Brasil, 2013

Contaminação	n	% (n = 154)
Sexual	105	68,2
Não Sexual	49	31,8
Tempo de Infecção pelo HIV		
Até cinco anos	121	78,6
Mais de cinco anos	33	21,4
Uso de Medicamento		
Sim	110	71,4
Não	44	28,6

Tabela 3. Contagem de células CD4. Maceió-AL, Brasil, 2013

Contagem de células CD4 (células/mm³) / Média (DP) Mínimo / Máximo	547,75 1,56	290,86 1696
Contagem de célula CD4		
Maior que 200	n 137	% (n = 154) 89%
Menor que 200 ou igual a 200	17	11%
Carga Viral		
Detectável	69	44,8%
Indetectável	85	55,2%

Todos os domínios apresentaram média entre 27,3 e 83,7. Deve-se observar que, dos 9 (nove) domínios, 7 (sete) tiveram média £ 52,2. Também pode ser observado na tabela 4 que apenas em dois domínios houve uma mediana acima de 50,0: “Confiança no profissional” e “Função sexual”. Os domínios mais comprometidos foram: “Preocupação com sigilo”, “Preocupação

financeira” e “Aceitação com HIV” (Tabela 4).

Os domínios “Confiança profissional” e “Função sexual” foram os que apresentaram o efeito teto mais alto, 53,9 e 27,3, respectivamente, enquanto os domínios “Preocupação Financeira” e “Aceitação com o vírus HIV” tiveram o efeito chão mais baixo, 25,3 e 32,5, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4. Escores dos domínios da versão do Instrumento HIV/AIDS-Target *Quality of Life* da amostra estudada para avaliação da qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV/AIDS. Maceió-AL, Brasil, 2013

Escola	Itens	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Efeito Chão (%)	Efeito Teto (%)
Função Geral	6	4,2	100	52,2	50,0	22,0	0	3,2
Satisfação com a vida	4	0	100	48,5	50,0	28,5	3,2	8,4
Preocupação com a saúde	4	0	100	50,5	50,0	32,3	10,4	12,3
Preocupação Financeira	3	0	100	29,4	25,0	29,8	25,3	6,5
Preocupação com a medicação	5	0	100	50,0	45,0	24,4	1,9	2,6
Aceitação do HIV	2	0	100	37,5	37,5	35,2	32,5	13,0
Preocupação com o sigilo	5	0	100	27,3	20,0	24,0	18,2	0,6
Confiança no profissional	3	0	100	83,7	100,0	22,4	0,6	53,9
Função Sexual	2	0	100	62,3	62,5	32,1	10,4	27,3

Efeito chão: indica o percentual de indivíduos que obtiveram escore mínimo no domínio. Efeito teto: indica o percentual de indivíduos que tiveram o efeito máximo no domínio.

As Tabelas 5 e 6 mostram os resultados da avaliação do construto do instrumento. Associações estatisticamente significativas foram observadas entre as características utilizadas para avaliação do construto e listadas nas Tabelas 5 e 6 e quatro dos nove domínios do instrumento: “Satisfação com a vida”, “Preocupação com a saúde”, “Confiança no profissional” e “Função sexual”. As características associadas foram: “Tempo de escola”, “Renda”, “Incapacidade laboral em virtude do HIV”, “Possuir ou não parceiro”, “Carga viral” e “Escolaridade”.

As mulheres com maior tempo na escola apresentaram significativamente melhores escores de “Satisfação com a vida” ($p = 0,04$) e “Função sexual” ($p = 0,04$).

A característica “Renda” estava associada à “Preocupação financeira”, mostrando que, quanto maior a renda, menor o impacto na qualidade de vida. Mulheres com “Incapacidade laboral em

virtude do HIV” apresentaram melhores escores nos domínios “Satisfação com a vida” ($p = 0,01$) e “Confiança no profissional” ($p = 0,01$) e pior escore no domínio “Preocupação com a saúde” ($p = 0,04$).

Com relação ao “Grau de instrução”, as com menor escolaridade apresentaram menores escores nos domínios “Preocupação com a saúde” ($p = 0,03$) e “Confiança no profissional” ($p = 0,02$).

As que disseram ter “Parceiro fixo” apresentaram melhor escore no domínio “Função sexual” ($p = 0,01$).

Mulheres com “Carga viral indetectável” apresentaram melhor escore no domínio “Função sexual” ($p = 0,01$).

Na Tabela 6, pode ser observada a correlação entre os domínios do instrumento HAT-QoL e as variáveis quantitativas sociodemográficas e clínicas da doença. Foi observada correlação estatisticamente significativa para 3 (três) dos

9 (nove) domínios: “Satisfação com a vida”, “Confiança no profissional” e “Função sexual”. As variáveis associadas significativamente foram: “CD4+” e “Carga viral”. A contagem de células

T CD4+ estava correlacionada à “Satisfação com a vida”, e à “Carga viral”, com o domínio “Confiança no profissional”. No entanto, essas variáveis estavam minimamente correlacionadas.

Tabela 5. Comparação entre os domínios do Instrumento HIV/AIDS-Target Quality of Life e as características qualitativas sociodemográficas e clínicas da doença. Maceió-AL, Brasil, 2013

	CARACTERÍSTICA									
	FG	SV	PS	PF	PM	AHIV	PSi	CP	FS	
Tempo escola										
5 anos	---	46,1	---	---	---	---	---	---	---	59,3
≥ 5 anos		56,2								71,9
Valor de p		0,04								0,04
Grau de instrução										
analfabeto / ensino fundamental incompleto	---	---	47,9	---	---	---	----		81,8	---
Ensino fundamental completo	----	----	63,3	----	----	----	----		92,0	---
ensino médio completo	----	----	48,4	---	---	----	---		82,6	---
Valor de p			0,03						0,02	
Parceiro										
Sim	---	---	---	---	---	---	---	---	---	87,5
Não										58,6
Valor de p										0,01
Renda										
Não tem renda	----	----	----	23,4	----	----	----	----	----	----
Renda de até um salário	----	----	----	30,1	----	----	----	----	----	----
Renda de mais de um salário	----	----	----	48,1	----	----	----	----	----	----
Valor de p	----	----	----	0,014	----	----	----	----	----	----
Carga viral										
Indetectável	---	---	---	---	---	---	---	---	---	69,1
Detectável										53,8
Valor de p										0,01

Legenda: --- Indica que a distribuição dos valores dos domínios entre os grupos não foi significativa ($p > 0,05$). Só foram apresentadas as variáveis em que pelo menos um dos domínios apresentou diferença significativa ($p < 0,05$). FG = Função Geral; SV = Satisfação com a Vida; PS = Preocupação com a Saúde; PF = Preocupação Financeira; PM = Preocupação com a Medicação; AHIV = Aceitação do HIV; PSi = Preocupação com o Sigilo; CP = Confiança no Profissional; FS = Função Sexual.

Tabela 6. Correlação entre as escalas do Instrumento HIV/AIDS - Target Quality of Life e as variáveis quantitativas sociodemográficas e clínicas da doença. Maceió-AL, Brasil, 2013

	CARACTERÍSTICAS FG SV PS PF PM AHIV PSi CP FS								
Idade	0,08	0,11	0,13	0,03	-0,05	0,08	0,01	0,09	0,13
Tempo de HIV	0,72	0,1	0,50	0,02	0,54	0,34	0,22	0,15	0,84
CD4	-0,02	0,250*	-0,02	0,04	0,09	-0,01	0,06	-0,08	0,07
Carga Viral	-0,04	-0,075	-0,10	-0,10	0,00	0,02	-0,13	-0,197**	0,08

Legenda: FG = Função Geral; SV = Satisfação com a Vida; PS = Preocupação com a Saúde; PF = Preocupação Financeira; PM = Preocupação com a Medicação; AHIV = Aceitação do HIV; PSi = Preocupação com o Sigilo; CP = Confiança no Profissional; FS = Função Sexual. * Correlação significativa ao nível 0.01. ** Correlação significativa ao nível 0.05. Altamente correlacionados: $\geq 0,75$; Moderadamente correlacionados: 0,51-0,74; Pouco correlacionados: 0,26-0,50; Minimamente correlacionados: $\leq 0,25$.

DISCUSSÃO

Qualidade de vida não está relacionada apenas a maior longevidade³, mas também ao bem-estar subjetivo e satisfação pessoal¹⁵. A crescente preocupação com a qualidade de vida surge para atender a uma necessidade dos profissionais de saúde, não somente de ter um maior conhecimento detalhado acerca dos sentimentos e percepções dos pacientes sobre as suas condições de saúde, mas, igualmente, de mensurar o impacto das intervenções terapêuticas na sua vida e no bem-estar formado pelos componentes afetivo e cognitivo^{8,15}.

O processo de feminização da epidemia de AIDS no Brasil pode ser igualmente observado no estado de Alagoas⁴, expondo a vulnerabilidade social da mulher nordestina, associada à vulnerabilidade biológica. Essa condição de risco social piora em razão da baixa renda e da baixa escolaridade dessas mulheres.

Sampaio, et al¹⁶, trabalhando com adolescentes, apontam a baixa escolaridade e as relações desiguais de gênero dentre as características que tornam a mulher mais vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS.

Santos¹⁷ evidenciou, em uma amostra da Paraíba, uma permanência do modelo patriarcal da masculinidade, expressada principalmente por meio de temas como a responsabilidade e o dever do homem trabalhador e provedor da família. Para o autor, as relações entre os gêneros

produzem uma distribuição desigual de poder, autoridade e prestígio entre as pessoas, de acordo com o seu sexo¹⁷.

De acordo com Honório¹⁸, o nordeste do Brasil tem sido alvo de filmes e romances que retratam a região como o lugar do diferente. Assim, quando se fala da masculinidade do homem nordestino, tenta-se pensar em expressões locais típicas, como: “cabra macho”, “valente feito a peste”, “homem destemido”, “cabrunco”, “be-xiguento”, termos esses que identificam as características “naturais” inerentes ao homem dessa região do país, eternizado pelas atrocidades praticadas pelo cangaceiro Virgulino Ferreira da Silva, o Lampião, personagem, ainda, cultuado como ídolo pela população dessa localidade^{18,19}. A mulher, por sua vez, é retratada como no período colonial, apresentando-se submissa e dependente do marido, a ponto de ser relativamente incapaz de exercer os próprios atos da vida civil^{18,19}. O casamento é ainda tido, em muitos lugares, como uma instituição patriarcalizada, patrimonializada, com hierarquia a ser obedecida rigorosamente para não afrontar o “senhor”^{18,19}.

É nesse cenário desigual da relação homem-mulher que se esconde a servidão dos próprios desejos sexuais do casal, inclusive, ainda, como obrigações “maritais”, cujo termo já está ultrapassado e em desuso. Se possível pensar no gênero feminino como um dos aspectos da vulnerabilidade da AIDS, essa aparência pode ser mais aguda no nordeste do Brasil.

Nesta pesquisa, a avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS revelou uma média de idade de 37-38 anos, equivalente ao estudo de Gaspar, et al²⁰. Eram semelhantes também os dados de estado civil, escolaridade, renda e vínculo empregatício.

A maioria das mulheres do presente estudo tinha baixa escolaridade e renda, diferente do estudo de Soárez, et al¹¹, realizado em São Paulo, onde o percentual de ensino fundamental incompleto foi muito inferior que o do presente estudo (20,8 *versus* 61% do presente estudo), e a renda menor que um salário mínimo representou 9,4 % da amostra, enquanto no presente estudo esse percentual foi de 38,5%¹¹, perfil esse semelhante aos estudos de Galvão, et al¹² e Gaspar, et al²⁰, e também compatível com os dados referentes à pauperização e interiorização da infecção no Brasil¹. O presente estudo também mostrou um percentual expressivo de mulheres com incapacidade laboral em virtude da AIDS superior ao encontrado no estudo de Soárez, et al¹¹.

Declararam-se solteiras, divorciadas ou separadas, heterossexuais, com parceiros considerados “fixos”, e, em sua maioria, contaminadas sexualmente. No estudo de Galvão, et al¹², a maioria das mulheres disseram ser casadas ou viver como casadas. O perfil de contaminação sexual foi o mesmo encontrado em estudo com metodologia semelhante aos estudos realizados por Soarez, et al¹¹, Galvão, et al¹², Gaspar, et al²⁰ e reportados aos casos do Brasil^{1,11,12,19}.

Com relação à infecção pelo HIV, as mulheres apresentavam uma infecção recente de até cinco anos, com 54% tendo até um ano de diagnóstico; tinham a infecção sob controle, uma vez que a maioria fazia uso do esquema HAART, com contagem de linfócitos T CD4+ > que 200 células/mm³ e carga viral indetectável. O perfil clínico é compatível com uma amostra saudável e semelhante à descrita no estudo de Soárez, et al¹¹.

Desde 1996, ano em que começou a distribuição gratuita dos antirretrovirais pelo SUS, estudos vêm apontando um maior tempo de sobrevivência das pacientes com HIV/AIDS no país^{1,3,21}. A partir de então, vem sendo observada uma diminuição da mortalidade e da morbidade dessas pacientes^{1,21}. Ferreira, et al²¹, destacam a importância desse momento para o diagnóstico e tratamento da doença no Brasil. Entretanto, a complexidade do próprio tratamento pode trazer

efeitos adversos para a paciente^{3,11} em decorrência da posologia de vários medicamentos ingeridos ao dia, aliados à interação desses medicamentos, bem como à discriminação que a própria patologia carrega, o que interfere excessivamente na qualidade de vida, satisfação pessoal e bem-estar dessas mulheres soropositivas^{3,21}. Por esses motivos, medidas de qualidade de vida estão sendo cada vez mais usadas para avaliar tanto o impacto da infecção pelo vírus HIV/AIDS quanto sua terapia no bem-estar subjetivo¹⁵ das mulheres com HIV/AIDS.

No presente estudo, se considerarmos a mediana, em apenas dois domínios houve uma mediana acima de 50,0: “Confiança no profissional” e “Função sexual”. Para esses domínios, também foi identificado efeito teto. No estudo de Soárez, et al¹¹ foram identificados efeito teto em sete dos nove domínios, incluindo o domínio “Confiança no profissional”. Bom desempenho nesse domínio foi relatado em todos os estudos que usaram esse instrumento de pesquisa^{3,8,11,12}.

Confiar no médico significa criar a possibilidade de manter-se física e psicologicamente bem, para, assim, enfrentar a doença e realizar suas atividades diárias, havendo, conseqüentemente, melhor condição de saúde e melhor resposta ao tratamento¹². Esse relacionamento de confiança estabelecido entre médico-paciente corrobora para satisfação com a vida dos portadores do vírus HIV/AIDS, podendo ajudar no próprio *coping*¹⁴, pois é um julgamento pessoal que está amparado por questões ligadas à própria estrutura psicoemocional e social da paciente³. De acordo com Soárez, et al¹¹, o resultado do efeito teto se repetindo no domínio “Confiança no profissional” pode ser influência do efeito halo, uma vez que, durante esses estudos, os pacientes responderam as questões enquanto esperavam atendimento médico, ou após serem atendidos por este. E, dessa forma, inconscientemente, avaliavam os profissionais de saúde de forma mais positiva^{8,11}. Durante a última avaliação do instrumento por seus idealizadores¹⁰, houve uma preocupação com esse domínio. No entanto, o mesmo permaneceu no instrumento porque, embora não tradicionalmente visto como falha de qualidade de vida foi um desejo das pacientes, que, consistentemente, estabeleceram que a “Confiança no profissional” constituía um importante componente para a sua qualidade de vida¹⁰.

Outro domínio com bom desempenho na avaliação da qualidade de vida das mulheres do presente estudo foi “Função sexual”. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Soárez, et al¹¹. Esse domínio deve receber muita atenção nos estudos ligados à qualidade de vida, haja vista o fato de ser comum às mulheres, ao tomarem conhecimento de sua soropositividade, abnegar-se de suas atividades sexuais em virtude da preocupação em transmitir o vírus, ou, muitas vezes, pela falta de confiança e dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro³, fatos que podem indicar um grande comprometimento em sua qualidade de vida. No estudo de Galvão, et al¹², esse domínio foi um dos mais comprometidos. Os autores relatam que muitas mulheres, ao saberem de sua condição sorológica para o HIV, experimentam conflitos relacionados à sexualidade a ponto de terem a diminuição da libido e, conseqüentemente, das relações sexuais¹². Entretanto, isso não ficou evidenciado no presente estudo, já que o domínio “Função sexual” apresentou a segunda maior média de todo o estudo, resultado semelhante encontrado nos estudos de Soárez, et al¹¹, que consideram poder o bom desempenho nesse domínio refletir uma amostra saudável. No presente estudo foi o segundo menos comprometido e, de fato, tratava-se de uma amostra com característica de infecção recente e com pouco comprometimento clínico.

Neste estudo, as pacientes têm menos de 5 anos de infecção, a maioria está em tratamento com a HAART, têm média alta de CD4+, com \geq de 200 células TCD4+ e carga viral indetectável, evidenciando, portanto, que estão clinicamente estáveis e com excelente controle médico. Assim, isso pode refletir o resultado do excelente desempenho nos domínios “Confiança no profissional” e “Função sexual”. O número expressivo de mulheres com parceiros fixos, provavelmente, reflete, também, no melhor escore no domínio “Função sexual”. Para Soarez, et al¹¹, o problema do efeito teto equivale a um bom estado de saúde. Vale ressaltar que, neste mesmo estudo, pacientes do gênero feminino revelaram pior função sexual do que os do gênero masculino¹¹.

Os domínios mais comprometidos foram: “Preocupação com sigilo”, “Preocupação financeira”, “Aceitação do HIV” e “Satisfação com a vida”. Galvão, et al¹², em estudo com mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, com

perfil sociodemográfico semelhante ao do presente estudo, encontraram como domínios mais comprometidos: “Preocupação financeira”, “Preocupação com o sigilo”, “Função sexual” e “Preocupação com a saúde”.

Foi possível identificar, ainda, que os domínios “Preocupação financeira” e “Aceitação do vírus HIV” foram os que apresentaram efeito chão substancial. No estudo de Soarez, et al¹¹, o domínio “Preocupação financeira” foi o único que apresentou efeito chão.

Prejuízo na qualidade de vida em relação ao domínio “Preocupação financeira” também foi observado em outros estudos, como os de Soarez, et al¹¹ e Galvão, et al¹², e pode ser o resultado dos perfis de baixa renda e de baixa escolaridade revelados, ou seja, uma situação econômica que dificulta a sobrevivência do indivíduo. Para Okuno, et al³, pessoas com HIV/AIDS enfrentam alta taxa de desemprego e níveis de pobreza em virtude de a grande parte dos infectados estar em idade economicamente produtiva.

Segundo Okuno, et al³, o impacto do diagnóstico positivo para o HIV impõe grandes mudanças à mulher as quais estão associadas às próprias dificuldades que serão enfrentadas em seu cotidiano. Nesse sentido, quanto ao domínio “Aceitação do HIV”, o presente estudo mostrou um efeito chão substancial e escores mais baixos que aqueles encontrados em estudos anteriores^{11,20}. Para Cechim e Selli²², alguns indivíduos, ao receberem o diagnóstico de infectados, desestruturam-se emocionalmente em decorrência de a doença ainda não oferecer possibilidade de cura. Diante disso, perdem a expectativa e a esperança de vida, o medo dá lugar ao desespero, instalando-se um cotidiano arraigado de múltiplas preocupações com a discriminação, preconceitos, sofrimentos, julgamentos social e familiar^{10,22}. Em verdade, a “Aceitação do HIV” depende da percepção de cada soropositiva, cuja mudança de sua rotina dará a oportunidade de reflexão da vida em relação a si mesma e ao outro³.

O domínio “Preocupação com o sigilo” foi o domínio de menor média, com escore bem menor do que os encontrados nos estudos realizados por Soárez, et al¹¹, e Galvão, et al¹². Em análise, uma menor média no domínio, “Preocupação com o sigilo” pode refletir a antecipação da possibilidade de sofrerem preconceitos, ou serem estigmatizadas, em face de sua condição soropositiva. Sobre

essa questão, Galvão, et al¹², abordam que a preocupação com o sigilo atrela-se ao medo de possível descoberta do estado de portadoras do vírus HIV/AIDS, tornando público o seu diagnóstico²⁰. Em que pese, não relatar a doença é mais uma maneira de não serem identificadas, mantendo, assim, um sigilo para consigo mesmas^{12,22}.

Lent e Valle²³ foram enfáticos ao se posicionarem sobre a “Preocupação com o sigilo”, aduzindo que a grande maioria dos pacientes infectados pelo HIV/AIDS esconde sua condição de soropositivo, por maior tempo e da melhor maneira possível, como forma de evitar o “possível” isolamento social e familiar^{12,21,22}. O domínio “Preocupação com a saúde” obteve resultados semelhantes ao estudo de Galvão, et al¹². Esse domínio, que investiga a inquietação das mulheres em viver com HIV/AIDS e suas consequências, teve uma das médias mais baixas deste estudo.

Na avaliação do construto podem ser observadas, no presente estudo, associações significativas entre características sociodemográficas e clínicas e alguns domínios do instrumento. As pacientes que tinham maior tempo na escola tinham melhor escore nos domínios “Satisfação com a vida” e “Função sexual” e, quanto ao grau de instrução, as pacientes analfabetas e com ensino fundamental incompleto tiveram pior escore nos domínios “Preocupação com a saúde” e “Confiança no profissional”.

No estudo de Soárez, et al¹¹ os indivíduos com mais tempo na escola tinham melhor escore nos domínios “Preocupação financeira”, “Aceitação do HIV” e “Função sexual”. Holmes e Shea¹⁰ detectaram que indivíduos com renda mais baixa apresentavam mais probabilidade de ter “Preocupação com a saúde” e “Preocupação financeira”, sendo-lhes menos provável a “Aceitação do HIV”.

Para as mulheres soropositivas deste estudo, a renda estava associada a “Preocupação financeira”, mostrando que, quanto maior a renda, menor o impacto na qualidade de vida. Em estudos anteriores também foi observado que a renda também impactava a qualidade de vida. No estudo de Soárez et al¹¹, a renda estava associada não somente a “Preocupação financeira”, mas também a “Aceitação do HIV” e “Função sexual”. Holmes e Shea¹⁰ verificaram que pacientes com menor renda tinham escores significativamente mais baixos para todas as dimensões do HAT-QoL, exceto “Preocupação com o sigilo”.

Na pesquisa de Soárez, et al¹¹, o grupo de indivíduos que se avaliaram incapazes em virtude da AIDS apresentou escores bem inferiores ao grupo de indivíduos sem incapacidade (“Função geral”, “Satisfação com a vida”, “Preocupação financeira” e “Função Sexual”). Isso difere do presente estudo onde aqueles com incapacidade tiveram maiores escores nos domínios “Satisfação com a vida” e “Confiança no profissional” e menor no domínio “Preocupação com a saúde”.

Como visto, o domínio “Preocupação financeira” foi um dos que mais impactaram a qualidade de vida das mulheres soropositivas entrevistadas, tendo apresentado efeito chão substancial. 90,3% dessas mulheres, ou não tinham renda, ou recebiam até um salário mínimo. Esses resultados reforçam os achados de Galvão, et al¹², que indicam estar a qualidade de vida intimamente ligada à inserção socioeconômica e à exclusão social.

As mulheres que disseram ter parceiro fixo apresentaram melhor escore no domínio “Função sexual”.

Com relação às características clínicas, a “Carga viral” estava associada positivamente ao domínio “Função sexual” e negativamente ao domínio “Confiança no profissional”. A “Contagem de células CD4+” estava correlacionada significativamente ao domínio “Satisfação com a vida”, semelhante aos achados de Holmes e Shea¹⁰. Adicionalmente, esses autores encontraram prejuízo na qualidade de vida em relação aos domínios “Função geral”, “Função sexual”, e “Preocupação com o sigilo”, nos pacientes com “Contagem de células CD4+ menor que 200 cel./mm³”(10). Em estudo com metodologia semelhante, a “Contagem de células CD4+” estava associada à “Aceitação do HIV”, verificando-se que, quanto pior o número de células, pior a qualidade de vida em relação a esse domínio¹¹.

É importante observar que dois dos mais comprometidos domínios, “Preocupação com o sigilo” e “Aceitação do HIV”, não estavam associados com nenhuma característica sociodemográfica ou clínica. Entretanto, um domínio bastante comprometido, “Satisfação com a vida”, estava associado com o “Tempo na escola”, “CD4+” e “Incapacidade laboral em virtude do HIV”. Já o domínio “Preocupação com a saúde” estava relacionado à “Incapacidade laboral em virtude da AIDS” e ao “Grau de instrução”.

Como visto, o comprometimento na qualidade de vida dessas mulheres pode estar imensamente ligada à sua vulnerabilidade social. É possível que os próprios domínios sociodemográficos dessas mulheres justifiquem tal comprometimento, especialmente a baixa renda e a baixa escolaridade.

Estudos têm mostrado uma pior qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres em relação a homens^{7,10}. Essas diferenças podem ser explicadas em como mulheres e homens expressam queixas somáticas e doenças psicológicas.

Os idealizadores do instrumento reconhecem como problemáticas três áreas das nove dimensões do HAT-QoL: “Função sexual”, “Preocupação com a medicação” e “Confiança no profissional” e sugerem que o instrumento seja mais frequentemente aplicado para que ajustes possam ser feitos^{10,11}.

Por tudo isso, muito embora já tenham se passado mais de três décadas do primeiro caso de AIDS no país, sendo atualmente a doença considerada crônica, e, ainda, o fato de o Brasil possuir um dos melhores programas de tratamento da doença do mundo, as mulheres, especialmente as do Nordeste, continuam com sua qualidade de vida comprometida. Para Galvão, et al¹², isso se dá em decorrência de alguns agravantes, como discriminação, segregação, falta de recursos sociais e financeiros, rompimento das relações afetivas, problemas com a sexualidade, interferindo bruscamente na qualidade de vida de mulheres soropositivas.

O instrumento HAT-QoL, utilizado neste estudo, adequadamente traduzido e validado, nos mostra um importante comprometimento da qualidade de vida das mulheres pesquisadas, destacando-se com maiores comprometimentos os domínios: “Preocupação com o sigilo”, “Preocupação financeira”, “Aceitação do HIV” e “Satisfação com a vida”.

Este estudo teve algumas limitações. Em decorrência de a amostra ser de conveniência, a taxa de participação não pôde ser estimada e potenciais vieses não puderam ser estimados. Por ser um estudo transversal, também não foi permitido que

os resultados fossem extrapolados. As diversidades sociais, econômicas e culturais da região Nordeste e, particularmente, de Alagoas podem não ser representativas de todos os pacientes que vivem com HIV/AIDS no Brasil e, portanto, esses dados devem ser interpretados com cautela. No entanto, no presente estudo, foi utilizado um instrumento que se mostrou compreensível, de fácil aplicação, cujos achados são semelhantes aos poucos estudos publicados, usando esse instrumento.

É importante pontuar que os pontos fortes do estudo podem ser descritos como uma necessidade de conhecer a qualidade de vida dessas mulheres vivendo com HIV/AIDS. Como o Brasil tem dimensões continentais e diferenças sociais e culturais inerentes a cada região, é de supor que estes estudos possam ajudar na compreensão da qualidade de vida de mulheres soropositivas do Brasil.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, os resultados deste estudo permitem concluir que esse instrumento adequadamente traduzido e validado nos mostra um importante prejuízo da qualidade de vida das mulheres pesquisadas. Destacam-se como maior comprometimento os domínios: “Preocupação com o sigilo”, “Preocupação financeira”, “Aceitação do HIV” e “Satisfação com a vida”. Os domínios “Confiança no profissional” e “Função sexual” foram os menos comprometidos.

Na avaliação do construto, as variáveis demográficas estavam mais associadas aos domínios “Satisfação com a vida”, “Preocupação com a saúde”, “Confiança no profissional”, e “Preocupação financeira”, enquanto as variáveis clínicas estavam associadas aos domínios: “Satisfação com a vida”, “Confiança no profissional” e “Função sexual”.

As características sociodemográficas significativamente associadas aos domínios foram: “Escolaridade” e “Tempo de escola”, “Renda”, “Incapacidade laboral em virtude do HIV”, e “Possuir ou não parceiro”. As características clínicas associadas significativamente aos domínios foram “Contagem de Células T CD4+” e “Carga viral”.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf.
2. Unaid. Global aids response progress reporting 2014. Available from: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourepidemic/>.
3. Okuno MFP, Gomes AC, Meazzini L, Scherrer Júnior G, Belasco Junior D, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. Cad Saúde Pública. 2014;30(7):1551-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf.
5. Sá MAS, Callegari, FM, Pereira, ET. Conviver com HIV/AIDS: concepções de pessoas com idade acima de 50 anos. Ser Social. 2007;(21):259-284. Disponível em: http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/266/138.
6. Maliska ICA, Souza MIC, Silva, DMGV. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. Ciên Cuid Saúde. 2007;6(4):471-8.
7. Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(1):75-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2012000100007>.
8. Holmes WC, Shea JA. Performance of a new, HIV/AIDS-targeted quality of life (HT-QoL) instrument in asymptomatic seropositive individuals. Qual Life Res. 1997;6(6):561-71.
9. Holmes WC, Shea JA. A new HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument. Med Care. 1998;36(2):138-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199802000-00004>.
10. 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(6):515-27.
11. 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 Pública. 2009;25(1):69-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892009000100011>.
12. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Machado-Marcondes J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):430-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000200010>.
13. Lopes PSD, Silva MMG, Torres IC, Stadnik CMB. Qualidade de vida dos pacientes HIV positivo com mais de 50 anos. Rev da AMRIGS. 2011;55(4):356-60.
14. Tirado MCBA, Bortolleti FF, Nakamura UM, Souza E, Soárez PC, Castelo Filho A, Ameo AM. Qualidade de vida de gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na cidade de São Paulo. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(5):228-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-7203201400050008>.
15. Albuquerque SMRL. Qualidade de vida e bem-estar subjetivo na Terceira Idade. Polêmica Rev Elet. 2011;10(4):624-30.
16. Sampaio J, Santos RC, Callou JLL, Souza BBC. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/AIDS no semiárido nordestino. Saúde Soc. 2011;20(1):171-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902011000100019>.
17. Santos WTM. Modelo de masculinidade na percepção dos jovens homens de baixa renda. Rev Depart Ciên Humanas Depart Psicol. 2007;(27):130-57.
18. Honório MD. “Cabra-macho, sim senhor!”: um estudo sobre a masculinidade no nordeste do Brasil. GT 16 – Novas Sociologias: pesquisa interseccionais feministas, pós-coloniais. Curitiba: XV Congresso Brasileiro de Sociologia; 2011.
19. Canezím CC. A mulher e o casamento: da submissão à emancipação. Rev Jurídica Cesumar. 2004;4(1):143-56.
20. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV/AIDS de um município do interior paulista. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(1):230-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000100032>.
21. Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(1):75-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2012000100007>.
22. Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):145-9.
23. Lent C, Valle A. Aids: sujeito e comunidade. São Paulo: IDAC; 2000.

Recebido em: 13 de junho de 2014.
Aprovado em: 15 de dezembro de 2014.