



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

MESTRADO ACADÊMICO

KYDJA MILENE SOUZA TORRES

QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM COM HIV

ASSISTIDAS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM RECIFE - PE

Recife

2017

KYDJA MILENE SOUZA TORRES

**QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM COM HIV
ASSISTIDAS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM RECIFE - PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Márcia Carréra Campos Leal

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª Ana Paula de Oliveira Marques

Recife

2017

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4-1895

T693q Torres, Kydja Milene Souza.
Qualidade de vida das pessoas idosas que vivem com HIV assistidas em serviços de referência em Recife-PE / Kydja Milene Souza Torres. – Recife: o autor, 2017.
123 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Márcia Carréra Campos Leal.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Qualidade de vida. 2. Idoso de 80 anos ou mais. 3. HIV. I. Leal, Márcia Carréra Campos (Orientadora). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2017-300)

KYDJA MILENE SOUZA TORRES

**QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM COM HIV
ASSISTIDAS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM RECIFE – PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em: 02 de outubro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Márcia Carréra Campos Leal (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Membro Titular Interno)

Prof^a. Dr^a. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Membro Titular Externo)

Prof^o. Dr^o. Rogério Dubosselard Zimmermann (Membro Suplente Interno)

Prof^a. Dr^a. Petrônio José de Lima Martelli (Membro Suplente Externo)

À minha mãe, Socorro.

Às minhas irmãs, Kyalle e Diana-Marta.

Ao meu amor, Filipe.

Às minhas princesas, Minny, Valentina e Pelúcia.

A todos os pacientes que participaram voluntariamente.

A todos que contribuíram com essa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, ao Único que é digno de receber a honra e a glória. Aquele que me deu sabedoria e me conduziu na construção desse trabalho. Meu Deus, muito obrigada por tudo.

À minha mãe e minhas irmãs por estarem ao meu lado nessa caminhada, mesmo estando longe. Não posso esquecer das minhas princesas lindas Miny, Valenina e Pelúcia, que todas as vezes que eu chegava em casa me recebiam com tanta alegria. Pelas vezes que ficaram ao meu lado até altas horas da noite enquanto trabalhava na construção dessa pesquisa.

Ao meu amor, meu amigo, namorado e conselheiro, Filipe, por estar tão perto mesmo quando estamos longe, por estar presente também na construção desse trabalho, pelos conselhos, pela compreensão durante minhas ausências, pela paciência e incentivo de sempre. Algo que me estimula a querer subir sempre mais alto.

Ao Sr. Rodrigues e Cleudilma, pela abertura de um espaço em sua residência para que eu pudesse ficar enquanto estava em Recife e por me incluir diariamente em suas orações.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª Márcia Carréra Campos Leal, por suas orientações sempre pertinentes e objetivas, as quais permitiram que eu não perdesse tempo tentando fazer além daquilo que eu pudesse.

À minha co-orientadora, Prof^ª. Dr^ª Ana Paula de Oliveira Marques, pelos ensinamentos, pela co-orientação e pelo seu imenso amor para com os animais.

Aos colaboradores do grupo de pesquisa, pelo empenho para que a coleta fosse concluída com êxito, em especial a Tereza e Rosaline pelo companheirismo e amizade durante todo esse processo. Ganhei duas grandes amigas!

A todos aqueles que fazem parte do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, em especial à estagiária Wedja que foi a primeira a me dar a notícia da aprovação na seleção, ao secretário Manoel por sua disposição em ajudar os alunos, à Dona Nalda por cuidar com zelo do ambiente onde funciona o PPGERO, a todos os docentes e aos meus colegas de turma.

A todos aqueles pacientes que aceitaram participar da pesquisa, sem eles não teria sido possível. Obrigada pela confiança!

A todos aqueles funcionários dos hospitais onde a coleta dos dados foi desenvolvida, em especial à Enf^ª Adriana (Coordenadora do Ambulatório do Hospital Correia Picanço), à Enf^ª Núbia (Enfermeira do ambulatório do Hospital Correia Picanço), à Enf^ª Kássia (Enfermeira do SAE/DST/AIDS do Hospital Barão de Lucena) por estarem sempre dispostas a ajudar.

Um Meio ou uma Desculpa

Não conheço ninguém que conseguiu realizar seu sonho, sem sacrificar feriados e domingos pelo menos uma centena de vezes.

Da mesma forma, se você quiser construir uma relação amigável com seus filhos, terá que se dedicar a isso, superar o cansaço, arrumar tempo para ficar com eles, deixar de lado o orgulho e o comodismo.

Se quiser um casamento gratificante, terá que investir tempo, energia e sentimentos nesse objetivo.

O sucesso é construído à noite!

Durante o dia você faz o que todos fazem.

Mas, para obter um resultado diferente da maioria, você tem que ser especial.

Se fizer igual a todo mundo, obterá os mesmos resultados.

Não se compare à maioria, pois, infelizmente ela não é modelo de sucesso.

Se você quiser atingir uma meta especial, terá que estudar no horário em que os outros estão tomando chope com batatas fritas.

Terá de planejar, enquanto os outros permanecem à frente da televisão.

Terá de trabalhar enquanto os outros tomam sol à beira da piscina.

A realização de um sonho depende de dedicação, há muita gente que espera que o sonho se realize por mágica, mas toda mágica é ilusão, e a ilusão não tira ninguém de onde está, em verdade a ilusão é combustível dos perdedores pois...

Quem quer fazer alguma coisa, encontra um MEIO.

Quem não quer fazer nada, encontra uma DESCULPA.

Roberto Shinyashiki

RESUMO

Estudo descritivo, quantitativo de corte transversal que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas que vivem com HIV atendidas em serviços de referência no município de Recife-PE. Participaram 241 indivíduos que foram selecionados por amostragem de conveniência e aleatória. Utilizou-se um questionário semiestruturado com 17 questões que versavam sobre aspectos clínicos e sociodemográficos. Além disso, foi utilizada a Escala da Avaliação Funcional de Barthel, a Escala de Sintomatologia Depressiva de Yesavage (versão reduzida), a Escala de Satisfação com a Vida (ESV), a Escala de Engajamento com a Vida, uma escala para avaliação da Saúde Auto-percebida e o questionário específico para avaliação da qualidade de vida de pessoas com HIV (HAT-Qol). Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2016 e maio de 2017. Em seguida foi criado um banco de dados definitivo o qual foi analisado pelo software SPSS 22.0. Foi realizada análise descritiva, de confiabilidade, de correlação, de comparação de grupos e comparação múltiplas. Após análise, foi identificado que as comorbidades mais prevalentes foram a hipertensão arterial sistêmica (41, 4%), diabetes mellitus (26, 1%) e osteoporose (13, 8%), prevalência do sexo masculino (62, 6%), baixa escolaridade, maior comprometimento da qualidade de vida em relação aos domínios preocupações com o sigilo (51, 89), função sexual (63) e preocupações financeiras (64, 74). A melhor pontuação foi encontrada em preocupações com a medicação (87, 91), preocupações com a saúde (86, 80) e aceitação do HIV (82, 78). A maioria dos homens caracterizou sua saúde como boa, estavam mais engajados com a vida e mais satisfeitos. Houve diferença estatisticamente significativa entre todos os domínios do HAT-Qol e as variáveis sociodemográficas. Em relação às comorbidades os domínios que apresentaram diferença estatisticamente significativa com mais de uma foram: função geral, satisfação com a vida e preocupações financeiras. A Saúde Auto-percebida apenas não apresentou diferença significativa com a confiança no profissional. O engajamento com a vida apenas apresentou diferença significativa com o domínio satisfação com a vida ($p = 0,027$). Encontrou-se uma correlação inversa entre todos os domínios do HAT-Qol e a sintomatologia depressiva, ao contrário da satisfação com a vida na qual a correlação foi positiva. A correlação entre a funcionalidade e os domínios do HAT-Qol foi positiva, porém fraca. Conclui-se que os homens apresentaram pontuações para uma melhor qualidade de vida em todos os domínios do HAT-Qol e também nas outras variáveis investigadas através das escalas utilizadas, e dentre os fatores associados a tal condição pode

estar a escolaridade, a situação financeira, sua auto-percepção e o estigma relacionado ao HIV, que parece ser mais forte em relação às mulheres.

PALAVRAS CHAVE: Qualidade de vida. Idoso. Idoso de 80 anos ou mais. HIV.

ABSTRACT

A descriptive, quantitative cross-sectional study aimed at evaluating the quality of life of elderly people living with HIV treated at reference services in the city of Recife-PE. A total of 241 individuals were selected who were selected by convenience and random sampling. A semi-structured questionnaire was used with 17 questions that dealt with clinical and sociodemographic aspects. In addition, the Barthel Functional Rating Scale, the Yesavage Depressive Symptomatology Scale (reduced version), the Life Satisfaction Scale (ESV), the Life Engagement Scale, a Health Assessment Scale Self-perceived and specific questionnaire to evaluate the quality of life of people with HIV (HAT-Qol). The data were collected between October 2016 and May 2017. Then a definitive database was created which was analyzed by SPSS 22.0 software. Descriptive analysis, reliability, correlation, group comparison and multiple comparison were performed. After analysis, it was identified that the most prevalent comorbidities were systemic arterial hypertension (41.4%), diabetes mellitus (26.1%) and osteoporosis (13.8%), male prevalence (62.6%), (51, 89), sexual function (63), and financial concerns (64, 74). The best score was found on concerns about medication (87, 91), health concerns (86, 80) and HIV acceptance (82, 78). Most men characterized their health as good, were more engaged with life and more satisfied. There was a statistically significant difference between all HAT-Qol domains and sociodemographic variables. Regarding comorbidities, the domains that presented a statistically significant difference with more than one were: general function, satisfaction with life and financial concerns. Self-perceived health only did not present significant difference with confidence in the professional. The engagement with life only showed significant difference with the satisfaction domain with life ($p = 0.027$). An inverse correlation was found between all HAT-Qol domains and depressive symptomatology, as opposed to satisfaction with life in which the correlation was positive. The correlation between the functionality and the domains of HAT-Qol was positive, but weak. It was concluded that men presented scores for a better quality of life in all domains of HAT-Qol and also in the other variables investigated through the scales used, and among the factors associated with such condition can be schooling, financial situation, their self-perception and HIV-related stigma, which appears to be strc in relation to women.

KEY WORDS: Quality of life. Aged. Aged, 80 and over. HIV.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada do HIV.....	25
Figura 2 – Municípios com CTA em Pernambuco.....	26
Figura 3 – Municípios com SAE em Pernambuco.....	26
Figura 4 – Gráfico das metas 90-90-90 para o Brasil 2015.....	27
Figura 5 – Sobrevida das pessoas que vivem com HIV antes e depois da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantitativo de pessoas idosas com HIV cadastradas no período de 2009 a 2014 nas unidades de referência em Recife – PE.....	35
Quadro 2 – Resultados de n, FCPF e n*.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Interpretação da intensidade da correlação entre variáveis estudadas.....	43
Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo os dados sociodemográficos. Recife/PE, 2017.....	46
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo as condições de Saúde Auto-Percebida. Recife/PE, 2017.....	47
Tabela 4 – Caracterização da amostra segundo Tempo de Diagnóstico. Recife/PE, 2017.....	47
Tabela 5 – Caracterização da amostra segundo a presença ou ausência de Comorbidades. Recife/PE, 2017.....	48
Tabela 6 – Caracterização da amostra segundo a Sintomatologia Depressiva. Recife/PE, 2017.....	49
Tabela 7 – Caracterização da amostra segundo a Funcionalidade. Recife/PE, 2017.....	49
Tabela 8 – Caracterização da amostra segundo o Engajamento com a Vida. Recife/PE, 2017.....	50
Tabela 9 – Caracterização da amostra segundo a Satisfação com a Vida. Recife/PE, 2017.....	50
Tabela 10 – Caracterização da amostra segundo a distribuição dos domínios do HAT-QoL. Recife/PE, 2017.....	51
Tabela 11 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos escores dos domínios do HAT-QoL por sexo. Recife/PE. 2017.....	51
Tabela 12 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos escores dos domínios do HATQoL por variáveis sociodemográficas. Recife/PE. 2017.....	53
Tabela 13 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos escores dos domínios do HAT-QoL por comorbidades e tempo de diagnóstico. Recife/PE. 2017.....	57
Tabela 14 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos domínios do HAT-QoL segundo a Saúde auto-percebida. Recife/PE, 2017.....	60

Tabela 15 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos domínios do HAT-QoL segundo o Engajamento com a Vida. Recife/PE, 2017.....	60
Tabela 16 – Caracterização da amostra segundo as correlação dos domínios do HAT-QoL com a Sintomatologia depressiva, Satisfação com a vida e a Avaliação funcional. Recife/PE, 2017.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS Acquired Immunity Deficiency Syndrome
AVD's Atividades da Vida Diária
CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CD 4 Grupamento de diferenciação 4
CD 8 Grupamento de diferenciação 8
CEP Código de Endereçamento Postal
CPF Cadastro de Pessoa Física
CTA Centros de Triagem e Aconselhamento
DCNT Doença Crônica Não-Transmissível
DCV Doença Cardiovascular
DGCDA Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos
DM Diabetes Mellitus
DST Doença Sexualmente Transmissível
EUA Estados Unidos da América
FCPF Fator de Correção para População Finita
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HIV 1 Human Immunodeficiency Virus 1 (Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1)
HIV 2 Human Immunodeficiency Virus 2 (Vírus da Imunodeficiência tipo 2)
HV Hepatites Virais
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST Infecções Sexualmente Transmissíveis
OECD Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS Organização Mundial da Saúde
ONU Organização das Nações Unidas
PE Pernambuco
PIB Produto Interno Bruto
PIBIC Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
QV Qualidade de Vida
RNA Ribonucleic Acid (Ácido Ribonucleico)
SAE Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS

SES Secretaria Estadual de Saúde

SEVS Secretaria Estadual de Vigilância em Saúde

SIM Sistema de Informação

SPSS Statistical Package for Social Science

SUS Sistema Único de Saúde

T Timo dependente

TARV Terapia Antirretroviral

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE Universidade Federal de Pernambuco

UNAIDS The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS)

WHOQOL World Health Organization and Quality of Life Measures

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	20
2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O HIV.....	26
2.3 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O HIV.....	28
3 OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL.....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4 MÉTODOS	32
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	32
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	33
4.4 TAMANHO AMOSTRAL.....	34
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	35
4.7 ELENCO DE VARIÁVEIS.....	36
4.7.1 Variável dependente.....	36
4.7.2 Variáveis independentes.....	37
4.8 INSTRUMENTO DA PESQUISA.....	39
4.9 COLETA DE DADOS.....	39
4.10 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.11 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5 RESULTADOS	44
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM COM HIV.....	44
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO HAT-QOL E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	49
5.3 CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO HAT-QOL COM A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, SATISFAÇÃO COM A VIDA E A AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	60
6 DISCUSSÃO	62
6.1 DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM COM HIV.....	62

6.2 DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO HAT-QOL E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	70
6.3 DISCUSSÃO DA CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO HAT-QOL COM A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, SATISFAÇÃO COM A VIDA E A AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	77
7 CONCLUSÕES.....	80
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	104
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	107
ANEXO A - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL	110
ANEXO B - HIV/AIDS TARGET QUALITY OF LIFE INSTRUMENT (HAT-Qol) ..	113
ANEXO C - AVALIAÇÃO DA SAÚDE AUTO-PERCEBIDA	119
ANEXO D - ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (ÍNDICE DE BARTHEL) ...	120
ANEXO E - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS) VERSÃO ABREVIADA	122
ANEXO F - ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO ENGAJAMENTO COM A VIDA ...	123
ANEXO G - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA	124

1 INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo a pirâmide populacional vem passando por constantes mudanças em sua estrutura nos últimos anos. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014), está se mantendo uma tendência de envelhecimento da população. Assim, destacamos a “Saúde da Pessoa Idosa” como um importante foco de atenção. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005), são considerados idosos os indivíduos na faixa etária de 60 anos de idade ou mais, que vivem em países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos são considerados idosos aqueles com idade igual ou superior a 65 anos. Considerando o rápido processo do aumento da população idosa, é importante lembrar que entre os desafios que surgem neste novo cenário estão a fragilidade do sistema da previdência social e de saúde, diminuição do tamanho das famílias, a deficiência no cuidado e na integração social dos idosos.

As modificações nestes indicadores estão relacionadas ao processo de diminuição da fecundidade e de maior longevidade da população. Em 2000, a esperança de vida ao nascer para o brasileiro era de 69,8 anos de vida, passando a 74,8 anos em 2013, de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Com a transição demográfica, surge uma mudança no perfil epidemiológico, favorecendo o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT's) e por causas externas. Lamentavelmente, emerge também doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em português, ou Acquired Immunity Deficiency Syndrome (AIDS) em inglês, cuja tendência indica que o número de idosos contaminados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) vem aumentando (ARAÚJO; SALDANHA, 2009). Esta é uma doença caracterizada por disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo HIV, sendo este transmitido por contato direto e/ou troca de sangue, bem como fluidos corporais de uma pessoa já infectada (BRASIL, 2005).

De acordo com Aronson, Brito e Souza (2006) considerando o aumento do número de idosos, a melhoria na qualidade de vida, uso de medicamentos para disfunção erétil, resistência ao uso de preservativos, este público se torna mais vulnerável em adquirir o HIV. Portanto, a referida doença surge como um problema de saúde pública, devendo ser observada em especial na população idosa, já que esta apresenta vulnerabilidade física e psicológica, maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, além da invisibilidade de que é tratado em relação a sua exposição ao risco, seja por via sexual ou uso de drogas ilícitas.

Baseado no exposto, o estudo apresenta como pergunta condutora: A infecção pelo HIV traz implicações para a qualidade de vida da pessoa idosa? Em busca de uma resposta, essa pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas que vivem com o HIV assistidas nos serviços de referência em infectologia no município de Recife-PE.

Acreditamos que essa investigação é fundamental para o conhecimento acerca das suas representações sociais, bem como da influência deste agravo no processo do envelhecer, além de fornecer informações úteis para orientação das políticas de saúde e assistência social voltadas para este público e focar aspectos socioculturais para a redução de riscos e vulnerabilidades, já que na visão da sociedade, a concepção arcaica de que sexo é prerrogativa da juventude contribui para manter desassistida a população da terceira idade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O HIV tem forma esférica, mede de 100 a 120 nm de diâmetro, pertence ao gênero Lentivirus e à família Retroviridae e é dividido em dois tipos: HIV-1 e HIV-2. Estes apresentam aproximadamente 50% de similaridade entre os genomas. Atualmente a classificação do vírus da imunodeficiência humana segue uma hierarquia: tipos, grupos, subtipos e sub-subtipos. A maioria das infecções ocorre pelo HIV-1 do grupo M, no entanto, ainda existem outros três grupos: grupo N, grupo O e o grupo P. O tipo “HIV-1 do grupo M” é dividido nos subtipos (A, B, C, D, F, G, H, J e K). Desses, o subtipo B tem sido descrito como o mais prevalente no Brasil nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste; na região Sul o subtipo C é mais prevalente (BRASIL, 2015)

Para Faria et al. (2014), a disseminação da linhagem pandêmica do HIV-1 grupo M, transmitido de primatas para humanos, começou na capital da República Dominicana do Congo (RDC), Kinshasa, na África. A disseminação do vírus para outras cidades da África Central antes de 1960 e posteriormente para o resto do mundo foi consequência de uma série de fatores, dentre eles: ampliação da rede de transportes ferroviários e fluviais que conectava a RDC com a Zâmbia e Tanzânia ao sul e com Uganda, Ruanda e Burundi ao norte; a existência de grande quantidade de cobre, fator que atraía mineiros de outros países, os quais prestavam trabalho temporário e posteriormente retornavam a seus países de origem muitas vezes infectados; a mudança nos padrões da sexualidade no país, principalmente após sua independência em junho de 1960, quando o comércio sexual foi ampliado.

Assim, a partir de 1960, o HIV-1 grupo M deixou de ser uma epidemia e iniciou um estágio pandêmico (FARIA et al., 2014). Em 1981, segundo Rouquayrol e Almeida (2003), foi divulgado pelo Centers for Disease Control e Prevention o primeiro diagnóstico oficial de AIDS nos Estados Unidos da América (EUA). No entanto, no final da década de 80 o vírus HIV foi identificado em tecidos congelados de indivíduos que morreram nos anos 50 e 60 de uma doença desconhecida (CAMARGO, 1995).

Sua transmissão ocorre pelas relações hetero ou homossexuais através das mucosas do trato genital ou retal durante a relação sexual desprotegida (BRASIL, 2015), por contato direto de sangue, bem como fluidos corporais de uma pessoa já infectada, além da transmissão da mãe para filho (transmissão vertical): na gestação, no parto ou no aleitamento (PIERI; LAURENTI, 2012).

Aproximadamente 10 dias (fase eclipse) após a transmissão do vírus o ácido ribonucleico (RNA) viral torna-se detectável no plasma. Em consequência da resposta imunológica inata, uma quantidade adicional de linfócitos T é atraída até o foco da infecção, o que leva a um aumento da replicação viral. A partir desse pequeno número de células infectadas, o vírus inicialmente é disseminado para os linfonodos locais e depois sistematicamente. Por volta de 21 a 28 dias após a exposição ao HIV ocorre um pico de viremia devido a um declínio acentuado na quantidade dos linfócitos T CD4+ (BRASIL, 2015).

Durante a expansão e disseminação do vírus, ocorre a indução da resposta imunológica, no entanto, esta é considerada tardia e insuficiente na erradicação da infecção. Essa resposta imune leva ao aumento da produção dos linfócitos T CD4+, os quais tornam-se alvo para novas infecções. Ao mesmo tempo cresce o número dos linfócitos T citotóxicos CD8+ (específicos contra o HIV), o que exerce um controle parcial da infecção, mas não suficiente o bastante para impedir, na ausência da terapia, a redução lenta e progressiva dos linfócitos T CD4+ e conseqüentemente a progressão para a AIDS, fase mais avançada da infecção (BRASIL, 2015).

O vírus da imunodeficiência humana pode ficar em estágio latente por aproximadamente 10 anos, no entanto, podem surgir sinais e sintomas de imunodeficiência não AIDS. As manifestações clínicas deste agravo podem auxiliar na indentificação da fase da infecção. A fase aguda, também denominada de síndrome retroviral aguda ou infecção primária, apresenta manifestações clínicas que podem variar de um quadro gripal até um quadro semelhante à mononucleose em aproximadamente 50% dos indivíduos (BRASIL, 2014).

Devido ao baixo índice de suspeição, o diagnóstico nessa fase é pouco realizado porque a maioria dos sinais e sintomas desaparece em torno de 3 a 4 semanas. A fase assintomática, também conhecida como infecção precoce pelo HIV, tem sintomas clínicos ou inexistentes e pode durar de alguns meses a anos. A sorologia para o HIV é reagente e a contagem do linfócitos T CD4+ pode apresentar-se estável ou em declínio. Nesta fase pode surgir linfadenopatia generalizada persistente, flutuante e indolor (BRASIL, 2014)

A AIDS ou SIDA é causada pelo vírus HIV, um retrovírus humano da subfamília Lentivirus (descrito em 1983), que fragiliza o sistema imunológico a partir do déficit primário da imunidade celular, favorecendo a ocorrência de infecções oportunistas, neoplasias e o comprometimento do sistema nervoso central (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

No Brasil, o primeiro caso confirmado de AIDS ocorreu no início da década de 80 em um paciente portador de sarcoma de Kaposi, nesse mesmo período a identificação de novos casos manteve-se restrita aos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, já a disseminação para outras regiões do país veio a ocorrer nos final dos anos 80, atingindo não só homossexuais mas também, heterossexuais, indivíduos de baixa renda em cidades de médio e pequeno porte (PIERI; LAURENTI, 2012).

Sabendo-se que o vírus HIV acomete o indivíduo em qualquer faixa etária, o departamento de Doença Sexualmente Transmissível (DST), AIDS e Hepatites Virais estimou a existência de aproximadamente 734 mil pessoas convivendo com HIV no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Até junho de 2016 esse número já estava em 842.710 registros, sendo 65,1% em homens e 34,9% em mulheres. A maior concentração dos casos de HIV e/ou AIDS no Brasil está entre os indivíduos com idade entre 25 e 39 anos em ambos os sexos; entre homens essa faixa etária corresponde a 53% e entre as mulheres 49,4% do total de casos desde 1980 a junho de 2016 (BRASIL, 2016).

Por ser o país mais populoso da América Latina, o Brasil é também o que mais concentra casos de novas infecções pelo HIV na região. O país responde por 40% das novas infecções, enquanto Argentina, Venezuela, Colômbia, Cuba, Guatemala, México e Peru respondem por outros 41% desses casos. Segundo modelagem matemática baseada no SIM do Ministério da Saúde do Brasil, 15 000 pessoas morrem anualmente devido à causas relacionadas à AIDS (UNAIDS, 2016).

Entre homens, nota-se aumento significativo estatisticamente na taxa de detecção entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais nos últimos 10 anos. A taxa de detecção segundo faixa etária entre as mulheres apresenta tendência de aumento entre aquelas com 15 a 19 anos, 55 a 59 anos e 60 anos ou mais, sendo o aumento de 12,9%, 2,7% e 24,8% de 2006 até 2015, respectivamente (BRASIL, 2016).

Quanto à distribuição proporcional dos casos de HIV no Brasil por região nota-se uma concentração dos casos nas regiões Sudeste (53%), Sul (20,1%) e Nordeste (15,1%), do total de casos identificados de 1980 até junho de 2016. Em relação às Unidades da Federação, em 2015, as que apresentaram as maiores taxas de detecção do HIV foram Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com valores de 34,7 e 31,9 casos para cada 100.000 habitantes respectivamente. Porto Alegre permaneceu a capital com a maior taxa de detecção em 2015 (74 casos para cada 100.000 habitantes) mais que o dobro da taxa do seu estado e quase 4 vezes maior que a taxa do Brasil (19,1 casos para cada 100.000 habitantes) (BRASIL, 2016).

Em Pernambuco, desde 1983 até 2015, 23.399 casos de AIDS foram confirmados. No Estado, o primeiro óbito aconteceu em 1984 e até o ano de 2015, 9.718 óbitos foram registrados. Há uma maior prevalência tanto da infecção por HIV como da AIDS (doença propriamente dita) no sexo masculino, ou seja, no período citado, 65% dos diagnósticos confirmados foram em homens (SES-PE, 2016).

Assim como ocorre em nível nacional, o maior número de pessoas infectadas concentra-se na faixa etária dos 20 aos 39 anos em ambos os sexos. Tem-se observado uma diminuição dos casos de HIV nos menores de cinco anos, o que sugere uma maior eficácia e efetividade das políticas voltadas à prevenção e redução da transmissão vertical (SES-PE, 2016).

Em 2013 o Brasil adotou novas estratégias para diminuir o avanço da AIDS através do tratamento a todas as pessoas que vivem com o HIV, independentemente da sua contagem de CD4. Vem ocorrendo também a descentralização do tratamento antirretroviral; um aumento da cobertura de testagem para HIV nas populações-chave (homens homossexuais e homens que fazem sexo com outros homens, pessoas transgênero, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e pessoas privadas de liberdade), além de outras iniciativas (UNAIDS, 2016).

É necessário que haja uma prevenção ampla de forma que envolva diversas estratégias e que essas sejam adequadas às variadas situações da população. Esse tipo de prevenção é conhecido como “Prevenção Combinada”, a qual engloba desde o uso correto do preservativo, seja masculino ou feminino, ao não compartilhamento de perfuro-cortantes. Também faz parte desse tipo de prevenção: diagnóstico precoce, início e rápida adesão ao tratamento, acesso aos serviços de saúde, dentre outros que compõem a Mandala da Prevenção Combinada do Estado de Pernambuco (Figura 1) (SES-PE, 2016)

Em 2014 foi lançada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS a Declaração Paris. Este documento é um termo de compromisso que visa alcançar as metas de tratamento 90-90- 90 (90% das pessoas vivendo com HIV sabendo que tem o vírus, 90% das pessoas que tem o HIV recebendo tratamento antirretroviral e 90% das pessoas em tratamento antirretroviral tendo carga viral indetectável) até 2020 e até 2030 acabar com a epidemia da AIDS. No Brasil, o Rio Grande do Sul foi o primeiro estado a se comprometer com a Declaração Paris (UNAIDS, 2015).

Compactuando desse objetivo, o estado de Pernambuco no ano de 2016 já contava com 32 municípios que recebem incentivo financeiro para os programas Municipais de IST/AIDS/HIV, 32 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (Figura 2) e 37 Serviços

de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) (Figura 3). Dados do Brasil até o ano de 2015 em relação às metas 90-90-90 estão expostos na Figura 4.

Figura 1: Mandala da Prevenção Combinada do HIV



Fonte: Programa Estadual de IST/Aids/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE

Em portaria publicada em 2016 no Diário Oficial da União, o HIV e a AIDS passaram a fazer parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016). Segundo a referida portaria entende-se por notificação compulsória a “comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doenças, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal”.

Figura 2 – Municípios com CTA em Pernambuco



- Municípios sem CTA
- Municípios com 01 CTA

Fonte: Programa Estadual de IST/Aids/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE

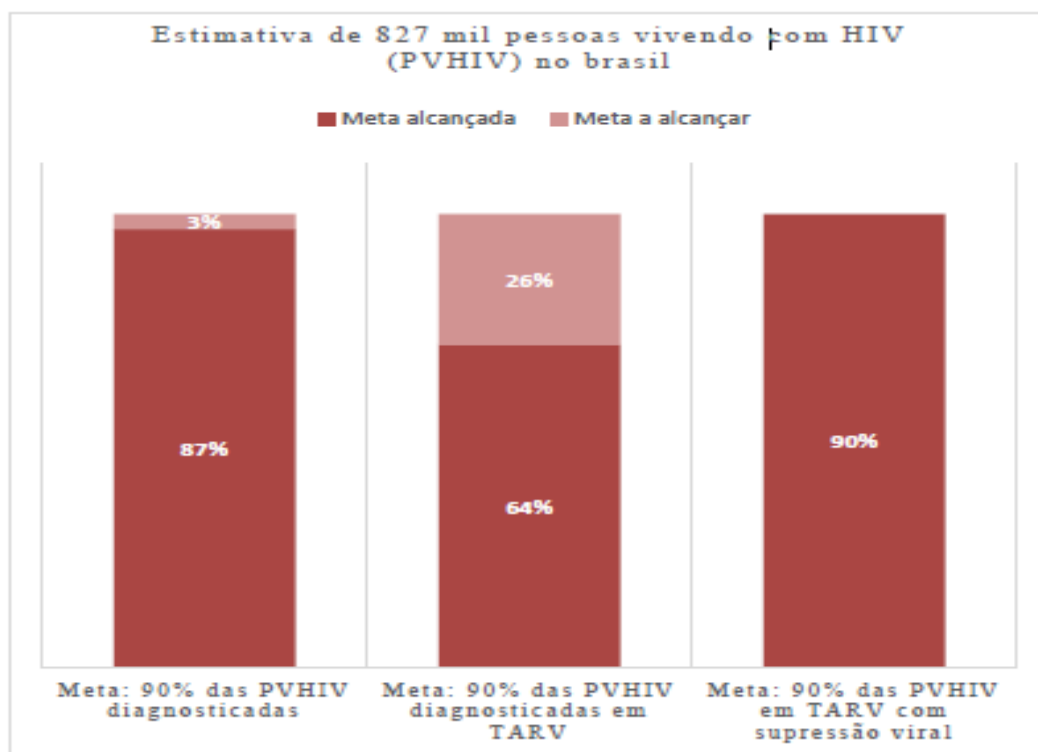
Figura 3 – Municípios com SAE em Pernambuco



- Municípios sem SAE
- Municípios com 01 SAE municipal
- Município com 01 SAE municipal e 08 SAE (Filantrópico, Estadual, Federal)

Fonte: Programa Estadual de IST/Aids/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE

Figura 4 – Gráfico das Metas 90-90-90 para o Brasil em 2015



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O HIV

Com o aumento da longevidade, a redução das taxas de mortalidade e de fecundidade e a melhoria na qualidade de vida, a população conseqüentemente torna-se mais idosa. Assim, “Uma população torna-se mais idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens” (NASRI, 2008).

Segundo o Banco Mundial (2011), a taxa de fecundidade no mundo como um todo, apresentou um declínio de 4,91 filhos/mulher em 1960 para 2,45 filhos/mulher em 2010 e a esperança de vida ao nascer foi de 52,61 anos para 69,63, no entanto com algumas diferenças entre os países de baixa e alta renda, nos quais a esperança de vida ao nascer em 2010 era de 58,84 anos e 79,76 anos respectivamente. Entre os anos 2045 – 2050 a esperança de vida poderá chegar a 76 anos, de acordo com as projeções populacionais da Organização das Nações Unidas (ONU) (2011).

Entretanto, a OMS (2010) informa que em regiões mais desenvolvidas poderá chegar a 83 anos, sendo que, em alguns países desenvolvidos como o Japão por exemplo, a expectativa

de vida é de 86,4 anos segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) (2006), ou seja, superior ao estimado para o ano de 2050.

Consequente a esse aumento na expectativa de vida acompanhado da melhoria da qualidade de vida, novos relacionamentos afetivos tornam-se cada vez mais comuns e trazendo junto consigo uma vida sexualmente ativa mais prolongada nos indivíduos de idade mais avançada. Divórcio e taxas de re-matrimônio estão aumentando cada vez mais nessa faixa etária; há uma crescente tendência de vida íntima, mas não de co-habitação nas relações entre pessoas mais velhas; existe também uma maior aceitação legal e social de relações não-heterossexuais (POTTS et al., 2003).

Paralelo a essas mudanças de valores e à liberdade sexual, crescem as taxas de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, na faixa etária conhecida como “Terceira Idade”. O estudo realizado por Gott (2006) intitulado “Saúde sexual e os Novos Idosos” chamou a atenção para essa mudança sociocultural das atitudes relacionadas ao envelhecimento e à sexualidade, e vem desafiando o conceito tradicional de “velhice assexuada”. Contudo, essa liberdade sexual não veio acompanhada de reflexões sobre o que essas mudanças significam para sua vivência, ou seja, a mensagem do sexo sem limitações veio desacompanhada de educação para o uso de preservativos (SILVA, 2006).

A falta de informação aliada às dificuldades de abordar o tema com familiares ou profissional de saúde, em conjunto com o mito de que o preservativo possa prejudicar a ereção ou que sirva apenas como método contraceptivo, torna essa parcela da população vulnerável e tem contribuído significativamente para o aumento da taxa de infecção por HIV entre os idosos.

A AIDS na velhice é mais do que uma doença, pois se configura como um fenômeno social de várias proporções, causando impacto nos princípios morais, religiosos e éticos (REZENDE; LIMA; REZENDE, 2009). É comum o pensamento de que a pessoa idosa ao longo do tempo vai perdendo suas habilidades, tornando-se inapta a executar determinadas funções sozinha. Para a maioria, é difícil imaginar que as pessoas na terceira idade possam ter relacionamentos quanto mais ter relações sexuais após 60 anos de idade. Em consequência dessa resistência e dificuldade em ver a pessoa idosa como sujeito com vida sexual ativa, a maioria dos programas sociais direcionados a este público é voltada para a socialização.

A cultura sexual do tempo em que os idosos eram jovens passou por muitas mudanças. Esse público não está preocupado com o aparecimento das DST's e com o HIV e também não estão conscientes sobre a necessidade do uso do preservativo (SCHRODER, 2012), o que leva a via sexual a ser o principal meio de contágio entre os idosos (NUNES; SILVA, 2012).

Muitos homens, inclusive os idosos, temem perder a ereção e/ou não possuem habilidades para colocar o preservativo e/ou acreditam que o cuidado só se faz necessário nos relacionamentos extraconjugais. As mulheres idosas, já fora da idade reprodutiva, veem o preservativo apenas como método contraceptivo, por isso não sentem a necessidade do uso (SILVA, 2006). Além disso, ainda existe o constrangimento em pedir ao companheiro o uso, porque acreditam que prejudica a espontaneidade (BRASILEIRO; FREITAS, 2006)

A epidemia de HIV e AIDS em pessoas idosas no Brasil tem se mostrado como um grande problema de saúde pública nos últimos anos, devido ao aumento significativo dos casos de pessoas infectadas pelo HIV nesta faixa etária. O número de casos de AIDS em pessoas idosas notificados ao Ministério da Saúde na década de 80 eram apenas 240 homens e 47 mulheres. Na década de 90, verificou-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres. Em 2005, o total de casos passou para 4.446 em homens e 2.489 em mulheres. E até junho de 2009 estes números aumentaram para 8.959 no sexo masculino e 4.696 no sexo feminino, sendo a transmissão sexual a forma predominante de infecção (BRASIL, 2010).

2.3 QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA QUE VIVE COM HIV

Em 1920 o termo “Qualidade de Vida (QV)” foi citado pela primeira vez em um livro sobre bem-estar e economia, o qual expressava uma preocupação com as classes sociais menos favorecidas em relação ao suporte oferecido pelo governo norte-americano e como este poderia interferir na vida dos cidadãos e no orçamento do Estado. Logo após caiu no esquecimento e só em 1964, já no período pós-Segunda Guerra Mundial quando começou a ser utilizado com certa frequência e sempre ligado às políticas públicas que objetivavam o enriquecimento, foi citado novamente, mas agora, pelo então presidente do Estados Unidos Lyndon Johnson (TAVARES, 2011).

Para Santos e Martins (2002) o conceito de QV nasceu em 1960 ligado à uma corrente puramente economicista que analisava a partir do Produto Interno Bruto (PIB) das sociedades o seu crescimento econômico. Porém, questionava-se a capacidade do referido indicador em abranger aspectos fundamentais que realmente permitissem a análise do desenvolvimento de uma sociedade. Gómez-Vela e Sabe (2000) também se pronunciaram a respeito do surgimento do conceito de QV a partir do contexto da época:

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad

de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

Segundo Tavares (2011) a medida que o tempo foi passando, a noção sobre QV foi se expandindo para além do crescimento econômico e foi sendo incluído no seu conceito também o desenvolvimento social através das melhorias nos padrões educacionais, de saúde, lazer, segurança entre outros. O mesmo autor concluiu que:

Nas última décadas, tem-se associado o conceito a visões mais subjetivas, com a valorização de fatores relacionados a satisfação pessoal, relacionamentos e posturas ligadas a sentimentos e comportamentos (solidariedade, liberdade, autoconfiança, autoestima, entre outros). Há, pois, historicamente, na constituição do conceito de QV, uma transição e uma mescla entre aspectos objetivos e subjetivos, o que será decisivo na maneira como as áreas científicas e/ou instituições lidam com o assunto, permitindo pensar sobre ele de forma ‘holística’.

Portanto, estudos sobre “qualidade de vida” vêm sendo desenvolvidos desde o surgimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX, com o objetivo de contribuir com a formulação de políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Nesse sentido, a OMS através do Grupo World Health Organization and Quality of Life Measures (WHOQOL) vem se preocupando em investigar a qualidade de vida de todos os povos. Através desse mesmo grupo, a OMS define a qualidade de vida sob a percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, sendo considerados os aspectos culturais, valores, expectativas, padrões e preocupações (FLECK, 2008).

O aumento da longevidade é um desafio para as sociedades, principalmente quando se refere à saúde, uma vez que não deve ser limitado apenas a uma maior quantidade de anos vividos. Sendo a qualidade de vida um dos temas mais abordados da atualidade, principalmente na “Terceira Idade”, em razão do aumento da expectativa do homem, surge o seguinte questionamento: Como se dá a qualidade de vida das pessoas idosas após a descoberta da infecção pelo HIV?

Os especialistas no assunto afirmam que não existe um consenso específico sobre o que constitui o conceito de “Qualidade de Vida”. Uma tentativa de definição compreende desde o estado de saúde a uma diversidade de domínios, como meio-ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo para trabalho e lazer (CAMPOS; NETO RODRIGUES, 2008).

A AIDS há alguns anos, era considerada quase uma sentença de morte, porque não existia a distribuição dos antirretrovirais, que passou a ocorrer de forma gratuita no Brasil

pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1996, fato este que colaborou para prolongar a sobrevivência dos portadores do HIV (MENEZES et al., 2007; REZENDE, LIMA, REZENDE, 2009). Em contrapartida, a complexidade do tratamento, o uso de vários comprimidos diariamente, os efeitos adversos e as interações medicamentosas são fatores que podem interferir na qualidade de vida do paciente (COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008).

Sabe-se que a infecção pelo HIV acomete tanto a saúde física quanto a mental, uma vez que ainda permanece associada à morte, principalmente nas pessoas mais idosas, talvez pelo fato de ainda não existir a cura para este agravo (LIU et al., 2006). Segundo Oliveira, Lima e Saldanha (2008) a AIDS é um fator de risco para gerar estresse; sintomas psíquicos e associações simbólicas com a doença, principalmente quando se considera a ausência de cura, o que influencia na perspectiva de futuro e contribui para pensamentos recorrentes sobre a morte.

A AIDS foi representada como uma doença que pode ocasionar inúmeras consequências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas, atingindo assim o ser humano em sua globalidade, e repercutindo em vários aspectos de sua vida, como na produtividade, na capacitação social e na qualidade de vida. (CASTANHA et al., 2006)

A impactante descoberta da infecção pelo HIV leva à mudanças em vários aspectos da vida do indivíduo. Viver com esse problema e com as dificuldades impostas pela condição sorológica em relação à qualidade de vida, é um dos grandes desafios impostos a essas pessoas. Essa difícil situação não é só enfrentada pelo jovem acometido por esse agravo, mas também pela pessoa idosa, que além de enfrentar as dificuldades típicas da idade vive também com uma doença estigmatizada, sem cura e regida pelo preconceito (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Nesse contexto, o suporte emocional torna-se essencial para auxiliar no enfrentamento da doença, quer seja dado pela família quer pelos amigos, contribuindo assim para uma melhoria na qualidade de vida deste paciente (YADAV, 2010). Por isso, é de fundamental importância garantir aos que envelhecem, principalmente aos que são portadores do HIV, não apenas mais anos vividos, mas, felicidade, bem-estar e qualidade de vida. “Viver mais é a aspiração natural de qualquer sociedade, mas é importante que se consiga agregar qualidade a esses anos adicionais de vida” (VERAS, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas que vivem com HIV cadastradas e atendidas em serviços de referência em Recife-PE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico, condições clínicas (saúde auto-percebida, morbidade referida em prontuário ou pelo paciente, tempo de diagnóstico), capacidade funcional, sintomatologia depressiva, engajamento com a vida e satisfação com a vida das pessoas idosas participantes do estudo;
- Avaliar a qualidade de vida segundo os domínios: função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo, confiança no profissional e função sexual.
- Verificar se existe associação entre qualidade de vida e as demais variáveis investigadas.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal. Este tipo de estudo produz instantâneos da situação de saúde da população investigada, os quais são produzidos com base na avaliação individual da condição de saúde de cada membro da comunidade ou população estudada. Sendo assim, os mesmos podem ser classificados como indivíduos e observacionais (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013)

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado nos Serviços de Referência de assistência ao paciente infectado com HIV no município de Recife/PE:

- **Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM – UPE:** foi inaugurado em 23 de janeiro de 1946 e era conhecido como a “Maternidade da Encruzilhada”. Em 2003 foi implantado o SAE (Serviço de Atendimento Especializado em DST/HIV/AIDS), que objetivava inibir a transmissão vertical do HIV além das IST’S (Infecções Sexualmente Transmissíveis) entre casais. Atualmente é referência em Saúde na Assistência à Gestação de Alto Risco, além de atender pessoas com HIV.

- **Hospital Barão de Lucena – SES – PE:** foi inaugurado em 18 de janeiro de 1958, é um hospital geral de alta complexidade com foco na área de materno-infantil. Além de especialidades como proctologia, cirurgia geral, oncologia adulto entre outras, também conta com o Serviço de Atenção Especializada – DST/AIDS.

- **Hospital Correia Picanço – SES – PE:** começou a ser construído na década de 30 mas só em 1974 começou a tomar sua forma atual. Inicialmente atendia pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de meningite. Em seguida passou a atender pacientes com leptospirose, sarampo e hepatite. Com o surgimento dos primeiros casos de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), o referido hospital começou a prestar assistência a esses pacientes, porém na área destinada aos casos de meningite. Atualmente é referência no estado de Pernambuco para o tratamento e acompanhamento de doenças infecto-contagiosas, mais

precisamente infecção por HIV e meningite. Também é referência no atendimento às vítimas de acidente de trabalho com exposição a material biológico, além de atender pessoas vítimas de exposição sexual acidental.

• **Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC) – UFPE:** inaugurado em 14 de setembro de 1979, é um hospital universitário que além de oferecer assistência à comunidade contribui com a formação e qualificação de profissionais principalmente da área da saúde, e também contribui com a produção científica. É um hospital de alta complexidade que atende a pacientes da oncologia, ortopedia, medicina nuclear entre outros, além de ser referência também no atendimento de pessoas infectadas com o HIV e com AIDS.

• **Hospital Otávio de Freitas – SES – PE:** fundado em 1956, era conhecido como Sanatório do Sancho. Atualmente é referência no tratamento de doenças respiratórias, especialmente tuberculose, clínica médica, pediatria, cirurgia-geral, urologia e traumatologia-ortopedia. Além dessas, também conta com serviço de infectologia para atendimento de pessoas com HIV e AIDS.

• **Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP):** fundado em 1960, é uma entidade filantrópica reconhecida como uma das estruturas hospitalares mais importantes do Brasil, já que é referência assistencial em diversas especialidades médicas incluindo a Infectologia. Esta dá suporte às pessoas com HIV no Hospital-Dia, localizado no próprio IMIP.

• **Policlínica Lessa de Andrade:** estabelecimento de atenção secundária à saúde que presta atendimento à população através das várias especialidades médicas, dentre elas, a infectologia. Também conta com o Serviço de atenção especializada em DST/AIDS.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população selecionada para o estudo (Quadro 1), foi constituída por pessoas idosas infectadas pelo vírus HIV, de ambos os sexos, cadastrados no período de 2009 a 2014, dados fornecidos pela SES/PE – Programa Estadual de DST/AIDS.

Quadro 1 - Quantitativo de pessoas idosas com HIV cadastradas no período de 2009 a 2014 nas unidades de referência em Recife - PE

Serviços de referência	Masculino	Feminino	Total
Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM – UPE	02	04	06
Hospital Barão de Lucena – SES - PE	09	02	11
Hospital Correia Picanço – SES – PE	472	248	720
Hospital das Clínicas de Pernambuco – UFPE	84	48	132
Hospital Otávio de Freitas – SES – PE	19	09	28
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP	35	19	54
Policlínica Lessa de Andrade	53	28	81
Total	839	452	1032

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE – Programa Estadual de DST/AIDS.

4.4 TAMANHO AMOSTRAL

Na determinação do tamanho da amostra, foi adotado o valor de 50% como a prevalência esperada para o evento – HIV. Optou-se por esse valor, apesar de maximizar o tamanho amostral porque os estudos sobre qualidade de vida em pessoas idosas infectadas com HIV, encontrados na literatura especializada, não apresentam consenso sobre a magnitude dessa prevalência.

Ficou estabelecido um nível de confiança de 95% e um erro máximo aceitável de 5%. Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou-se a fórmula:

$$n = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

Onde: n = Tamanho amostral; z = Escore da curva normal padrão correspondente ao nível de confiança escolhido. Para o nível de 95%, z = 1,96; p_e = Proporção esperada igual a 50%; e = Margem de erro igual a 0,05 (5%); N = Tamanho populacional igual a idosos cadastrados, que segundo dados fornecido pela Secretaria de Saúde, em relação aos Serviços de referência que farão parte do estudo, corresponde a 1032.

Com o intuito de viabilizar o tamanho da amostra, levando-se em consideração o tamanho finito da população, foi utilizado o Fator de Correção para População Finita. Dessa

forma, o tamanho amostral efetivo será calculado pela seguinte fórmula: $n^* = n \cdot FCPF$, onde:

$$FCPF = \frac{N - n}{N - 1}$$

Portanto, utilizando-se as fórmulas citadas anteriormente, obteve-se os resultados apresentados no Quadro 2, mostrada a seguir.

Quadro 2 - Resultados de n, FCPF e n*

n	384,16
FCPF	0,63
n*	241

Assim, como pode-se observar no Quadro 2, o tamanho da amostra ficou estabelecido em 241 pessoas idosas que foram selecionadas por amostragem de conveniência e aleatória, de acordo com a agenda dos atendimentos ambulatoriais, com a distribuição dos antirretrovirais pelas farmácias e com a agenda dos laboratórios dos estabelecimentos.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estar cadastrado nos Serviços de Referência no período estabelecido para o estudo (2009 a 2014).
- Estar fazendo uso da TARV há no mínimo 04 semanas.
- Ter idade mínima igual ou acima de 60 anos – condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso;
- Participar do estudo de forma voluntária, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Apresentar nível cognitivo insatisfatório, avaliado através do Mini-Exame do Estado

Mental (MEEM) (ANEXO A).

Desenvolvido nos Estados Unidos da América em 1975, esse é o teste para rastreio cognitivo de pessoas adultas e idosas mais utilizado mundialmente. No Brasil existem diferentes versões e pontos de corte mas para esse estudo foi utilizada a versão de Brucki et al. (2003).

Essa escala é dividida em duas etapas que medem as funções cognitivas. A primeira etapa avalia memória, atenção e orientação e totaliza 21 pontos; a segunda etapa avalia a capacidade de nomear, de obedecer a um comando verbal e outro escrito, de escrita livre de uma frase e de cópia de dois polígonos. Somando os valores das duas etapas pode-se ter um escore de no máximo 30 pontos (MELO; BARBOSA, 2015)

A escolaridade é o principal fator que influencia no desempenho do MEEM, portanto, é de suma importância a fragmentação em níveis ou anos de estudo (BERTOLUCCI et al., 1994). Brucki et al. (2003) também concordam que a escolaridade tem grande influência no escore total da escala.

Assim, os pontos de corte utilizados no estudo foram: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas que tinham entre 1 e 4 anos de estudo; 26,5 para os que tinham entre 5 e 8 anos de estudo; 28 para os que tinham entre 9 a 11 anos de escolaridade e 29 para aqueles com mais de 11 anos de estudo.

4.7 ELENCO DE VARIÁVEIS

4.7.1 Variável dependente

• **Qualidade de Vida:** foi utilizado o HIV/AIDS – Target Quality of Life Instrument – HAT– Qol (ANEXO B). Segundo Soares et al. (2009), é um instrumento padronizado já validado no Brasil, específico para quem tem HIV, o qual pode ser auto-administrado ou administrado por outra pessoa.

Consta de um repertório de 34 perguntas, referentes às últimas 4 semanas, distribuídas em 9 dimensões: função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo, confiança no profissional e função sexual.

Para cada questão, existem 5 opções de resposta: todo o tempo, a maior parte do tempo, parte do tempo, pouco tempo, nunca. Em cada questão deve ser assinalada apenas uma das respostas, a qual caracterize melhor as últimas 04 semanas. No final foi realizada a soma dos valores atribuídos a cada item de cada uma das nove dimensões da escala de qualidade de vida de HAT-QoI para se obter o escore total de cada dimensão separadamente. Após, tais valores foram transferidos para uma escala de 0 a 100, onde zero (0) corresponde ao pior escore e cem (100) ao melhor.

4.7.2 Variáveis independentes

- **Dados Sociodemográficos:**

- Idade: considerada em anos completos a partir da data de nascimento e coleta dos dados.

- Sexo: categorizado em masculino e feminino.

- Escolaridade: categorizada em anos de estudo com aprovação atendendo aos seguintes intervalos: analfabeto, 01 a 04 anos, 05 a 08 anos; 09 a 11 anos e acima de 11 anos de estudo.

- Situação conjugal: solteiro (a); casado (a) ou tem companheiro (a); viúvo (a), separado (a) ou divorciado (a).

- Rendimento mensal individual: baseado no valor R\$ 937,00, salário mínimo vigente durante a coleta dos dados, foi categorizado em: sem renda; menos de 1 salário mínimo (< R\$ 937,00); de 1 – 2 salários mínimos (R\$ 937,00 a R\$ 1.874,00); de 2 – 4 salários mínimos (R\$ 1.874,00 a R\$ 3.748,00) e mais de 4 salários (> R\$ 3.748,00).

- Raça: baseada na auto-denominação foi classificada em: branca, preta, amarela, parda e indígena.

- Religião: distribuída nas seguintes categorias: católica apostólica romana, evangélica, espírita, sem religião ou sem declarar, outras.

- Arranjo familiar: número e parentesco de pessoas que co-habitam na mesma residência da pessoa idosa, categorizada da seguinte maneira: esposo (a) ou companheiro (a), filho (a), enteado (a), genro/nora, neto (a), irmão (a), cunhado (a), amigo (a), mora só, sobrinho (a), pai, mãe.

- Origem dos recursos financeiros: distribuída nas seguintes categorias: não tem rendimentos próprios, salário ou atividade informal, pensionista e/ou aposentado.

- Contribuição na renda familiar: foi questionado se a pessoa idosa contribui com o sustento da casa, de acordo com as seguintes categorias: totalmente, parcialmente ou não contribui.

- **Condições Clínicas:**

- Saúde auto-percebida: foi aplicada uma escala (ANEXO C) de 5 pontos na qual o indivíduo ao ser questionado sobre como avalia sua saúde deveria responder se a considera “excelente, muito boa, boa, regular ou ruim”. De acordo com a resposta, a saúde auto-percebida foi classificada em “boa ou não satisfatória”.

- Morbidades: foram consideradas as referidas no prontuário ou pelo entrevistado (a).

- Tempo de diagnóstico: foi considerado a partir da data da realização do teste confirmatório, referido no prontuário.

- Capacidade Funcional: na avaliação da capacidade funcional foi utilizado o Índice de Barthel (ANEXO D). É um instrumento utilizado para medir a independência funcional no autocuidado, mobilidade, locomoção e eliminações. Ou seja, é um instrumento utilizado especificamente para medir o grau de assistência exigido por um indivíduo em 10 itens correspondentes a AVD's: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso de vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas.

Cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente: independente (10 pontos), com alguma ajuda (05 pontos), dependente (0). A pontuação varia de 0 a 100 e quanto mais elevado o valor da soma de todos os pontos, mais independente é o indivíduo (MINOSSO et al., 2010).

- Sintomatologia Depressiva: foi identificada pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – GDS (ANEXO E). É a única criada especificamente para a população idosa.

Contempla 30 questões sobre sentimentos e comportamentos referentes à última semana com respostas “sim/não”.

Com o objetivo de tornar mais adequada para pacientes com distúrbios cognitivos, foi realizada a adaptação do formato para uma versão reduzida com 15 questões porém com uma especificidade e sensibilidade menor.

Esta foi utilizada na presente pesquisa já que a sintomatologia no presente estudo não foi uma variável dependente. A versão completa, com 30 questões, tem uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95% e permanece inalterada desde 1983, ano em que foi criada. (ROMAN; CALLEN, 2008).

- Engajamento com a vida (ANEXO F): os autores Rowe e Kahn consideraram como engajamento com a vida as relações sociais e as atividades produtivas. Sendo assim, foram considerados “indivíduos engajados com a vida” os participantes que relataram fazer qualquer trabalho remunerado durante a última semana da entrevista ou qualquer trabalho voluntário. Além de relatar qualquer uma destas conexões sociais: ser casado, viver em companhia com um parente ou amigo e participar de alguma celebração religiosa rotineira. Essa mesma classificação foi realizada por Arias-Merino et al. (2012) em um estudo no México.

- Satisfação com a vida: foi aplicada uma Escala de Satisfação com a Vida – ESV (ANEXO G). Essa escala foi elaborada com o objetivo de avaliar o julgamento que as pessoas fazem sobre o quão satisfeitas encontram-se com suas vidas. A versão original era composta por 7 itens, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) (DIENER et al., 1985).

Para interpretação dos resultados: entre 30 e 35 são os considerados muito satisfeitos com a vida; entre 25 e 29 são os que possuem alta pontuação para satisfação com a vida; entre 20 e 24, pontuação média para satisfação com a vida; entre 15 e 19 ligeiramente abaixo da média na satisfação com a vida; entre 10 e 14 insatisfeito e entre 5 e 9 são os extremamente insatisfeitos com a vida.

4.8 INSTRUMENTO DA PESQUISA

Foi aplicado um questionário semi-estruturado (APÊNDICE A) a cada participante do estudo além das escalas já enumeradas.

4.9 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio dos prontuários e por entrevistas individuais face a face com os pacientes que procuravam os ambulatórios, laboratórios e farmácias dos Serviços. Cada entrevista durava em média 40 minutos, podendo chegar em alguns momentos à 2 horas, já que não era determinado tempo para o entrevistado responder as perguntas.

O registro das informações foi efetuado utilizando-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por questões fechadas e semi-abertas e organizados em blocos por conjuntos temáticos. Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, previamente preparado para tal atividade, garantindo assim ao participante sigilo, conforto e tranquilidade.

A coleta dos dados ocorreu de outubro de 2016 a maio de 2017, e foi realizada com o apoio de 2 acadêmicos de medicina bolsistas do PIBIC, 2 nutricionistas voluntárias, 2 alunas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (mestrado acadêmico) e 2 alunas do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (mestrado acadêmico), ambos da Universidade Federal de Pernambuco.

No primeiro momento era analisada a agenda do dia com a intenção de identificar quais dos pacientes atendidos naquele dia tinham idade igual ou superior a 60 anos. Após identificação, aguardava-se a sua chegada. Enquanto isso, se algum que não estava marcado para consulta aparecesse na fila da farmácia para pegar alguma medicação o mesmo era convidado a participar da pesquisa. Quanto aos laboratórios, era verificada no dia anterior a agenda com as marcações do dia seguinte.

Quando tratava-se de um estabelecimento com demanda espontânea para o laboratório, ou seja, não era necessária a marcação para a realização dos exames, era construída uma escala na qual cada integrante do grupo de pesquisa ficaria responsável por um dia da semana para ir nos laboratórios às 6h da manhã.

No horário combinado, o entrevistador responsável por determinado dia da semana chegava no ponto de coleta, apresentava-se aos trabalhadores (que já estavam cientes da pesquisa e dos seus critérios de inclusão e exclusão) e aguardava a chegada dos pacientes. Quando o trabalhador identificava um paciente com o perfil da pesquisa, coletava as amostras necessárias e nos apresentava o paciente.

A partir disso, o paciente era convidado a participar da pesquisa e no mesmo momento eram explicados os objetivos. Após a aceitação, o paciente e o entrevistador seguiam para

uma sala anteriormente reservada para que a entrevista ocorresse de maneira tranquila e o entrevistado se sentisse confortável.

No primeiro momento da entrevista era lido e assinado o TCLE (APÊNDICE B). No segundo momento era realizado o Mini-exame do Estado Mental, já que o critério de exclusão era o comprometimento cognitivo. Sendo alcançado o escore ideal para a quantidade de anos de estudo referida pelo entrevistado, dava-se seguimento à entrevista.

4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados inicialmente foi construído um banco de dados no Excel. Após a digitação de todos os dados, foi realizada a dupla conferência e a validação por outra pesquisadora a fim de que fossem conferidos os erros de digitação e dados fidedignos fossem obtidos. Com a planilha validada, os dados foram transportados para um banco de dados definitivo através do software SPSS versão 22.0.

Foi utilizada estatística descritiva, como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana, máximo e mínimo) e medidas de dispersão (desvio padrão) para a análise e caracterização do perfil sociodemográfico, das condições clínicas, da capacidade funcional, da sintomatologia depressiva, do engajamento com a vida e da satisfação com a vida. Em todas as tabelas os resultados foram descritos por sexo.

O instrumento utilizado para avaliar a variável dependente “Qualidade de Vida”, o HAT-Qol, não admite um escore total, uma vez que esta é um construto multidimensional. Logo, cada domínio da escala é pontuado de forma independente.

Para o cálculo dos escores do referido instrumento foi utilizada uma pontuação que variou de 1 a 5, onde 1 correspondeu ao pior estado e 5 ao melhor. Cada pessoa pode ter de 34 a 170 escores no total, os quais são transferidos para uma escala e transformados em índice de ponderação que varia de 0 a 100, onde os próximos de zero significam uma qualidade de vida pior e os próximos de 100 uma qualidade de vida melhor (Soares et al, 2009). Os escores encontrados foram apresentados em tabelas com a média, valor mínimo e máximo e desvio-padrão.

Para definir o uso de testes não paramétricos e paramétricos utilizou-se o Teste de Shapiro-Wilk. Não foi encontrada normalidade em nenhum dos domínios do instrumento utilizado, o HAT-Qol, nem nas demais variáveis quantitativas. Portanto, para testar a hipótese de que dois grupos tenham distribuição igual, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-

Whitney. Já quando a comparação foi executada entre três ou mais grupos, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

O resultado desse teste indica a rejeição ou não da hipótese nula. Quando há a rejeição, sabe-se que ao menos um dos grupos é diferente dos demais, mas não há a informação sobre quais grupos são diferentes. Portanto, a fim de descobrir quais grupos são diferentes, utilizou-se os testes de comparações múltiplas descritos por Campbell e Skillings (1985). Para todos esses testes utiliza-se um nível de significância de 5%.

Para verificar a confiabilidade, ou seja, a consistência interna (grau de correlação entre os itens do questionário) dos dados obtidos através do HAT-Qol, utilizou-se o coeficiente “alfa de Cronbach” em todos os domínios do referido instrumento.

O coeficiente alfa de Cronbach é uma forma de testar o quão confiável é um questionário aplicado numa pesquisa, pois verifica a correlação entre as respostas por meio da análise das respostas dadas pelos entrevistados. Seu valor pode variar de 0 a 1, ou seja, quanto maior esse valor, maior será a consistência interna do instrumento (CRONBACH, 1951)

Para determinar o grau de correlação das variáveis “sintomatologia depressiva, satisfação com a vida e funcionalidade” com os domínios do HAT-Qol “função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupação com o sigilo, confiança no profissional e função sexual” utilizou-se o teste de correlação não paramétrico de Spearman uma vez que as variáveis não apresentaram uma distribuição normal.

Este, é uma alternativa não paramétrica para o coeficiente de correlação de Pearson. Seu valor (r) pode variar de -1 a +1, sendo os valores negativos indicativos de correlação inversa, os positivos indicam correlação direta e zero significa ausência de correlação.

O valor máximo de r , seja ele -1 ou +1, é obtido quando todos os pontos do diagrama estão numa linha reta inclinada, para cima ou para baixo. Quando não é identificada a correlação, os pontos se distribuem em nuvens. Sendo determinada a presença da correlação, a intensidade dessa pode ser avaliada de forma qualitativa de acordo com os critérios mostrados na Tabela 1 (CALLEGARI-JACQUES, 2003):

Tabela 1 - Interpretação da intensidade da correlação entre variáveis estudadas.

$ r $	Correlação
0	Nula
0 – 0,3	Fraca

0,3 — 0,6	Regular
0,6 — 0,9	Forte
0,9 — 1	Muito Forte
1	Perfeita

Por fim, a apresentação dos resultados atendeu às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

4.11 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa desenvolvida está vinculada ao projeto “IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA”, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 57919716.0.0000.5208).

Desta maneira, a investigação atendeu aos requisitos preestabelecidos na resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

Aos participantes da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a presença do anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa, caso julgue necessário.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em 3 etapas: 1ª) caracterização sociodemográfica, saúde auto-percebida, comorbidades e tempo de diagnóstico, avaliação funcional, sintomatologia depressiva, engajamento com a vida e satisfação com a vida; 2ª) caracterização dos domínios do HAT-Qol e avaliação da qualidade de vida segundo as variáveis sociodemográficas, saúde auto-percebida, comorbidades, tempo de diagnóstico e engajamento com a vida; 3ª) correlação dos domínios do HAT-Qol com a sintomatologia depressiva, satisfação com a vida e a avaliação funcional.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, SAÚDE AUTO-PERCEBIDA, COMORBIDADES E TEMPO DE DIAGNÓSTICO, AVALIAÇÃO FUNCIONAL, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, ENGAJAMENTO COM A VIDA E SATISFAÇÃO COM A VIDA.

Participaram do estudo 241 pessoas idosas, sendo 151 (62,7%) homens e 90 (37,3%) mulheres, com idade média de 64,9 anos que variou entre a idade mínima de 60 anos e a máxima de 82 anos. Mais da metade dos entrevistados encontra-se na faixa etária dos 60 aos 64 anos. Em relação à situação conjugal, 83 (34,4%) participantes era solteiros, 74 (30,7%) eram casados e os demais viúvos e separados. Quanto à escolaridade, verificou-se que houve prevalência daqueles que tinham entre 1 e 4 anos de estudo (28,6%), seguidos pelos que tinham entre 5 e 8 anos de estudo (24,5%) e em último lugar estavam os analfabetos (10,4%). Desses, percebe-se que os homens tem maior escolaridade e entre os analfabetos destacam-se as mulheres, conforme a Tabela 2.

Em relação ao rendimento mensal, 134 (55,6%) dos entrevistados declararam ter renda mensal individual entre 1 e 2 salários, 29 (12,0%) sendo a maioria homens, tem rendimento mensal individual maior que 4 salários mínimos e apenas 15 (6,2%) declararam não ter nenhuma renda. Quanto a origem dos recursos financeiros, 174 (72,2%) recebem aposentadoria ou pensão. A raça prevalente foi a parda com 147 (61,0%) indivíduos, a religião prevalente foi o catolicismo com 147 (61,0%) adeptos e em segundo lugar prevaleceram os evangélicos com 68 (28,2%) indivíduos. Em relação ao arranjo familiar, 166 (68,9%) moram com outras pessoas (mãe, pai, irmão (a), filho (a), sobrinho (a), amigo (a), cunhado (a), neto (a), primo (a), enteado (a), genro/nora, esposo (a), companheiro (a)), conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo os dados sociodemográficos. Recife/PE, 2017

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade(anos)						
60 — 64	79	52,3%	52	57,8%	131	54,4%
65 — 70	54	35,8%	27	30,0%	81	33,6%
≥70	18	11,9%	11	12,2%	29	12,0%
Situação conjugal						
Solteiro (a)	60	39,7%	23	25,6%	83	34,4%
Casado	59	39,1%	15	16,7%	74	30,7%
Viúvo	10	6,6%	35	38,9%	45	18,7%
Separado	22	14,6%	17	18,9%	39	16,2%
Escolaridade						
Analfabeto	8	5,3%	17	18,9%	25	10,4%
1 — 4 anos	43	28,5%	26	28,9%	69	28,6%
5 — 8 anos	37	24,5%	22	24,4%	59	24,5%
9 — 11 anos	39	25,8%	17	18,9%	56	23,2%
≥ 11 anos	24	15,9%	8	8,9%	32	13,3%
Rendimento mensal						
Sem renda	8	5,3%	7	7,8%	15	6,2%
< 1	14	9,3%	13	14,4%	27	11,2%
1 — 2	80	53,0%	54	60,0%	134	55,6%
2,1 — 4	27	17,9%	9	10,0%	36	14,9%
> 4	22	14,6%	7	7,8%	29	12,0%
Origem dos recursos financeiros						
Não possui	5	3,3%	14	15,6%	19	7,9%
Salário ou atividade informal	41	27,2%	7	7,8%	48	19,9%
Aposentado e/ou pensionista	105	69,5%	69	76,7%	174	72,2%
Não sabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Não respondeu	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Raça						
Branca	41	27,2%	20	22,2%	61	25,3%
Preta	17	11,3%	16	17,8%	33	13,7%
Parda	93	61,6%	54	60,0%	147	61,0%
Religião						
Católica	84	55,6%	41	45,6%	125	51,9%
Evangélica	28	18,5%	40	44,4%	68	28,2%
Outras Espírita	14	9,3%	4	4,4%	18	7,5%
Sem religião declarada	25	16,6%	5	5,6%	30	12,4%
Arranjo familiar						
Mora acompanhado	97	64,2%	69	76,7%	166	68,9%
Mora só	54	35,8%	21	23,3%	75	31,1%

*Salário mínimo vigente no período do estudo era de R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais)

Em relação à saúde auto-percebida (Tabela 3), a maioria dos indivíduos que classificaram sua saúde como boa é composta por homens.

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo as condições de Saúde Auto-Percebida. Recife/PE, 2017.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Saúde Auto-percebida						
Boa	97	64,2%	32	35,6%	129	53,5%
Não satisfatória	54	35,8%	58	64,4%	112	46,5%

O tempo de diagnóstico variou de 6 meses a 30 anos, com uma média de 12 anos. Em todas as categorias para “tempo de diagnóstico” o sexo masculino prevaleceu, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização da amostra segundo Tempo de Diagnóstico. Recife/PE, 2017.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tempo de diagnóstico						
<5	23	15,2%	15	16,7%	38	15,8%
5 —10	26	17,2%	17	18,9%	43	17,8%
10 — 15	44	29,1%	33	36,7%	77	32,0%
15 — 20	34	22,5%	19	21,1%	53	22,0%
≥ 20	24	15,9%	6	6,7%	30	12,4%

Dentre as comorbidades referidas em prontuário e relatadas pelos entrevistados (Tabela 5), a mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), presente em 94 (41,4%) indivíduos. Quando comparada entre os dois sexos nota-se que a prevalência da HAS foi maior no sexo feminino. Em segundo lugar e mais prevalente no sexo masculino foi identificado o Diabetes Mellitus (DM), que esteve presente em 59 (26,1%) indivíduos. Em terceiro lugar e mais prevalente nas mulheres foi evidenciado a Osteoporose, a qual atinge 31 (13,8%) indivíduos dos quais 25 são do sexo feminino. Quanto ao diagnóstico de depressão, esse estava confirmado em 12 (5,4%) pacientes dos quais 8 (66,7%) eram do sexo feminino. No quesito tabagismo, 105 (43,6%) dos entrevistados relataram ser “ex-fumante” e 40 (16,6%) ainda fumam (maioria homens).

Tabela 5 – Caracterização da amostra segundo a presença ou ausência de Comorbidades. Recife/PE. 2017

Comorbidades	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
HAS*						
Ausente	89	62,2%	44	52,4%	133	58,6%
Presente	54	37,8%	40	47,6%	94	41,4%
Não informado	8		6		14	
DM**						
Ausente	102	72,3%	65	76,5%	167	73,9%
Presente	39	27,7%	20	23,5%	59	26,1%
Não informado	10		5		15	
DCV***						
Ausente	126	89,4%	74	89,2%	200	89,3%
Presente	15	10,6%	9	10,8%	24	10,7%
Não informado	10		7		17	
Osteoporose						
Ausente	136	95,8%	58	69,9%	194	86,2%
Presente	6	4,2%	25	30,1%	31	13,8%
Não informado	9		7		16	
Osteoartrose						
Ausente	135	95,1%	66	77,6%	201	88,5%
Presente	7	4,9%	19	22,4%	26	11,5%
Não informado	9		5		14	
Doenças neurológicas						
Ausente	136	96,5%	77	92,8%	213	95,1%
Presente	5	3,5%	6	7,2%	11	4,9%
Não informado	10		7		17	
Doenças respiratórias						
Ausente	136	96,5%	77	93,9%	213	95,5%
Presente	5	3,5%	5	6,1%	10	4,5%
Não informado	10		8		18	
Depressão						
Ausente	137	97,2%	75	90,4%	212	94,6%
Presente	4	2,8%	8	9,6%	12	5,4%
Não informado	10		7		17	
Tabagismo						
Nunca fumou	48	31,8%	48	53,3%	96	39,8%
Ex-fumante	69	45,7%	36	40,0%	105	43,6%
Fumante	34	22,5%	6	6,7%	40	16,6%
Não informado	0		0		0	

*Hipertensão Arterial Sistêmica, **Diabetes Mellitus, ***Doença Cardiovascular

Após avaliação pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (versão reduzida), 12 pacientes (5,0%) a maioria do sexo feminino, apresentaram escore para depressão severa, 67 (27,8%) foram classificados como tendo depressão leve, sendo também o maior número composto por mulheres, conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6 – Caracterização da amostra segundo a Sintomatologia Depressiva. Recife/PE. 2017.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sintomas Depressivos						
Normal	114	75,5%	48	53,3%	162	67,2%
Depressão leve	32	21,2%	35	38,9%	67	27,8%
Depressão severa	5	3,3%	7	7,8%	12	5,0%

Em relação à capacidade funcional (Tabela 7), 203 (84,2%) indivíduos são independentes funcionalmente e apenas 01 (0,4%), sexo feminino, apresentou dependência grave. Quando comparados ambos os sexos em relação à dependência muito leve e dependência moderada, percebemos a prevalência do sexo feminino. Nenhum indivíduo apresentou dependência total.

Tabela 7 – Caracterização da amostra segundo a Funcionalidade. Recife/PE. 2017.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Comprometimento Funcional						
Dependência total	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dependência grave	0	0,0%	1	1,1%	1	0,4%
Dependência moderada	7	4,6%	8	8,9%	15	6,2%
Dependência muito leve	9	6,0%	13	14,4%	22	9,1%
Independência	135	89,4%	68	75,6%	203	84,2%

Na avaliação do Engajamento com a Vida (Tabela 8), foi identificado que os indivíduos mais engajados foram os do sexo masculino.

Quanto à Satisfação com a Vida (Tabela 9), foi observado que 81 (33,6%) pessoas relataram estar muito satisfeitos com sua vida e 62 (25,7%) apresentaram alta pontuação para satisfação. No primeiro caso houve prevalência do sexo masculino, já no segundo predominou o feminino.

Tabela 8 – Caracterização da amostra segundo o Engajamento com a Vida. Recife/PE. 2017.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Engajamento com a vida						
Ausente	12	7,9%	9	10,0%	21	8,7%
Presente	139	92,1%	81	90,0%	220	91,3%

Tabela 9 – Caracterização da amostra segundo a Satisfação com a Vida. Recife/PE. 2017.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Satisfação com a vida						
Muito satisfeito	59	39,1%	22	24,4%	81	33,6%
Alta pontuação satisfação	34	22,5%	28	31,1%	62	25,7%
Pontuação média satisfação	32	21,2%	14	15,6%	46	19,1%
Abaixo da média satisfação	12	7,9%	14	15,6%	26	10,8%
Insatisfeito	9	6,0%	7	7,8%	16	6,6%
Muito insatisfeito	5	3,3%	5	5,6%	10	4,1%

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO HAT-QOL E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SAÚDE AUTO-PERCEBIDA, COMORBIDADES, TEMPO DE DIAGNÓSTICO E ENGAJAMENTO COM A VIDA

Na Tabela 10 observa-se para cada domínio o número de itens, a média, mediana, desvio padrão, escore mínimo e máximo dos dados obtidos. Além disso, apresenta-se o coeficiente de alfa de Cronbach para cada domínio do HAT-QoL afim de avaliar a consistência interna dos mesmos. Na avaliação de consistência interna observa-se um alto coeficiente de alfa de Cronbach, o qual foi maior que 0,7 em todos os domínios com exceção da “Função Geral” que apresentou um coeficiente de 0,65.

Conforme visualizado, os domínios com as maiores médias foram: Preocupações com a medicação (86,35); Preocupações com a saúde (82,94) e Aceitação do HIV (80,65). As menores médias foram identificadas nos domínios: Preocupações com o sigilo (49,59) e Função sexual (54,25). Os domínios com os maiores desvios padrões foram Função sexual

(42,05) e Preocupação com a medicação (30,53), enquanto o de menor desvio padrão foi o domínio de Preocupações com a medicação (19,55).

Tabela 10 – Caracterização da amostra segundo a distribuição dos domínios do HAT-QoL. Recife/PE. 2017.

Domínios HATQoL	Itens	Média	Mediana	(DP)	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Função geral	5	74,24	79,17	22,79	12,5	100	0,65
Satisfação com a vida	4	73,88	75,00	23,79	6,25	100	0,76
Preocupações com a saúde	4	82,94	93,75	24,03	0	100	0,84
Preocupações financeira	3	59,20	66,67	34,01	0	100	0,87
Preocupações com a medicação	5	86,35	95,00	19,55	0	100	0,72
Aceitação do HIV	2	80,65	100,00	30,53	0	100	0,85
Preocupações com o sigilo	5	49,59	50,00	28,72	0	100	0,76
Confiança no profissional	3	74,69	83,33	28,43	0	100	0,91
Função sexual	2	54,25	62,50	42,05	0	100	0,95

Na Tabela 11 observa-se os escores médios e o desvio padrão além do resultado do teste de Mann-Whitney para cada domínio do HAT-QoL segundo o sexo. Nota-se que o sexo masculino apresenta melhor escore em todas as dimensões, sendo no domínio “Função sexual” a maior diferença entre as médias. Ainda pode-se observar que houve diferença estatisticamente significativa nos domínios: Função geral; Satisfação com a vida; Preocupações com a saúde e Preocupações financeiras.

Tabela 11 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos escores dos domínios do HAT-QoL por sexo. Recife/PE. 2017

Variáveis	Masculino		Feminino		p*
	Média	(DP)	Média	(DP)	
HATQoL					
Função geral	78,42	(20,02)	67,22	(25,40)	0,001
Satisfação com a vida	78,52	(20,89)	66,11	(26,33)	0,001
Preocupações com a saúde	86,80	(21,05)	76,46	(27,25)	0,001
Preocupações financeiras	64,74	(32,79)	49,91	(34,15)	0,001
Preocupações com a medicação	87,91	(18,65)	83,72	(20,82)	0,073
Aceitação do HIV	82,78	(28,31)	77,08	(33,79)	0,355
Preocupações com o sigilo	51,89	(29,48)	45,72	(27,10)	0,095
Confiança no profissional	74,78	(28,07)	74,54	(29,17)	0,964
Função sexual	63,00	(38,97)	39,58	(43,15)	<0,001

* Teste de Mann-Whitney

Os escores médios do HAT-QoL para as demais variáveis sociodemográficas são apresentados na Tabela 12. Para a variável “Idade” nota-se que apenas no domínio “Preocupações financeiras” houve diferença estatisticamente significativa. Nesse domínio as pessoas idosas de 65 a 70 anos obtiveram a melhor média (65,4) de escore. As pessoas de 60 a 64 anos também apresentaram uma melhor média nos domínios: Função sexual (59) e Satisfação com a vida (74,1), enquanto que os entrevistados de 65 a 70 obtiveram um melhor escore na Função geral (76,6), Preocupações com a saúde (85,7), Preocupações com a medicação (91,5) e Aceitação do HIV (86,3).

Nos domínios “Preocupações com o sigilo” e “Confiança no profissional” o grupo de idosos acima de 70 anos obteve as melhores médias sendo 55,7 e 80,7, respectivamente. Nas comparações múltiplas, no domínio Preocupações financeiras, identificou-se um menor escore, para as pessoas idosas de 60 a 64 em relação aos entrevistados de 65 a 69 anos.

Na variável “Situação conjugal” houve diferença estatisticamente significativa em dois domínios: Satisfação com a vida e Função sexual. No primeiro domínio as pessoas idosas casadas obtiveram a uma melhor média (80,6), enquanto na função sexual o melhor escore foi dos separados (65,7), seguido dos casados (59,6). Em relação as comparações múltiplas, obteve-se diferença estatisticamente significativa do grupo de casados em relação ao de solteiros no domínio Satisfação com a vida, e no grupo de separados em relação aos viúvos no domínio Função sexual.

A variável “Escolaridade” apresentou diferença estatisticamente significativa nos domínios: Função geral; Satisfação com a vida; Preocupações financeiras; Confiança no profissional e Função sexual. No teste de comparações múltiplas nos grupos que apresentaram diferença estatisticamente significativa, observa-se que os entrevistados analfabetos ou com escolaridade de até quatro anos apresentaram comparativamente menores médias em relação aos entrevistados com escolaridade acima de cinco anos de estudo.

Com relação à variável “Rendimento mensal” observou-se diferença significativa nos domínios “Função geral”, “Preocupação com a saúde” e “Preocupação financeira”. Nesses três domínios realizaram-se comparações múltiplas, e nos grupos comparados que houve diferenças estatisticamente significantes observou-se que em todos eles os grupos com maiores renda obtiveram uma melhor qualidade de vida.

Tabela 12 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos escores dos domínios do HATQoL por variáveis sociodemográficas. Recife/PE. 2017

	Função geral	Satisfação com a vida	Preocupações com a saúde	Preocupações financeiras	Preocupações com a medicação	Aceitação do HIV	Preocupações com o sigilo	Confiança no profissional	Função sexual
	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)
Idade(anos)***									
60 — 64	74,1 (23,4)	74,1 (23)	81,3 (26,4)	54,4^a (33,9)	84,4 (21)	77,1 (32,6)	50,1 (29,1)	73,4 (29,7)	59 (41,2)
65 — 70	76,6 (20,4)	73,7 (24,5)	85,7 (19,9)	65,4^a (33,7)	91,5 (14)	86,3 (24,6)	46,5 (27,5)	74,6 (26,8)	50,5 (41,2)
≥70	68,2 (25,6)	73,5 (26,1)	82,5 (23,3)	63,5 (33,1)	80,7 (23,5)	81 (34,2)	55,7 (29,9)	80,7 (27)	43,5 (46,6)
Valor de p	0,378	0,995	0,785	0,035	0,065	0,189	0,358	0,429	0,151
Situação conjugal									
Solteiro (a)	73,9 (22,4)	71,2 (25,6)	85 (21,4)	58,2 (32,8)	88,9 (17,4)	83,1 (28)	49,1 (29,3)	70,4 (27,6)	51,4 (41,6)
Casado	77,8 (20,9)	80,6^a (19,8)	80,2 (26,9)	59,6 (36,3)	82,7 (22,1)	76,7 (33,3)	47,2 (28,9)	76 (26)	59,6 (38)
Viúvo	70,8 (24,8)	72,9 (26,3)	83,5 (23,3)	59,1 (35,2)	88,6 (17,9)	81,7 (34,8)	51,9 (26,5)	78,9 (31,1)	40,8^a (46,3)
Separado	72 (24,4)	68,1^a (21,6)	83,2 (24,8)	60,7 (31,8)	85,4 (20,1)	81,7 (24,6)	52,4 (30,1)	76,5 (31,3)	65,7^a (42)
Valor de p	0,487	0,025	0,888	0,964	0,167	0,545	0,803	0,178	0,035
Escolaridade***									
Analfabeto	58,7^{abc} (22,4)	56,8^{abc} (25)	79,5 (25,9)	48^a (33,4)	84,2 (24,1)	74 (33,3)	44 (26)	68 (32,4)	34,5^a (43,6)
1 — 4 anos	69,4^d (24,7)	70,3 (24)	81,9 (21)	56,4 (33,3)	83,1 (21,3)	78,8 (31,8)	46,2 (28,4)	68,2 (27,1)	50,9 (40,7)
5 — 8 anos	75,8^a (21)	75,7^a (23,8)	79,8 (27,9)	57,1 (35,6)	87,2 (18)	84,3 (29,4)	51,3 (27)	80,8 (26,7)	49,6 (43,9)
9 — 11 anos	79,5^b (21,5)	80,9^b (22,1)	83,6 (26,5)	59,8 (35,5)	88,8 (17,8)	78,3 (33)	51,3 (32,2)	79,5 (27,9)	61,8 (38,9)
≥ 11 anos	84,8^{cd} (15)	79,3^c (17,6)	92,6 (12,1)	76,8^a (24,5)	89,1 (17,3)	87,1 (21,6)	55,2 (28,1)	74,2 (29,7)	72,3^a (38,3)
Valor de p	<0,001	<0,001	0,104	0,019	0,182	0,617	0,49	0,031	0,007
Rendimento mensal***									
Sem renda	60,8^{ab} (28)	63,3 (25,2)	69,2 (36,2)	33,3^{ab} (36,7)	85 (17,5)	68,3 (33)	51,7 (30,6)	75 (30,7)	60,8 (46,3)
< 1	66,5^{cd} (26,5)	70,1 (25,2)	75,7^a (24,7)	34,9^{cde} (32,8)	80,6 (24,4)	75,9 (33,2)	42,8 (30,9)	67,9 (31,2)	53,7 (41)
1 — 2	72,5^{ef} (21,7)	72,4 (24)	82 (24,1)	58,1^{cf} (32,4)	86,2 (19,7)	81,3 (30,9)	47,1 (27,2)	74,5 (26,7)	48,5 (41,8)
2,1 — 4	85^{ace} (14,5)	81,8 (20)	93,6^a (11,1)	71,1^{ad} (25,3)	90,6 (14,3)	87,8 (22,3)	57,5 (28,6)	73,8 (32,2)	65,3 (41)
> 4	82,9^{bdf} (22,7)	79,7 (22,7)	87,9 (21,9)	85,3^{bef} (25,4)	88,1 (20,5)	79,3 (32,9)	56,6 (31,1)	82,8 (27,4)	64,2 (41,3)
Valor de p	<0,001	0,052	0,006	<0,001	0,335	0,331	0,160	0,279	0,074
Raça***									
Branca	73,8 (23,6)	71,9 (22,6)	81,5 (25,9)	62,2 (34,5)	84,7 (20,9)	74,8^a (30,8)	46,4 (26)	76,8 (29,2)	45,3 (42,1)
Preta	73,7 (23,9)	73,5 (23,9)	87,5 (18)	59,8 (32,8)	89,2 (21,9)	79,5 (36,3)	43 (30,4)	72,5 (27,9)	42,8 (44,9)
Parda, amarela ou indígena	74,5 (22,3)	74,8 (24,4)	82,5 (24,4)	57,8 (34,2)	86,4 (18,5)	83,3^a (28,8)	52,4 (29,2)	74,3 (28,4)	60,5 (40,4)
Valor de p	0,999	0,556	0,609	0,695	0,213	0,023	0,138	0,748	0,017

Religião***									
Católica	77,2 (20,1)	75,6 (23,4)	82,6 (24)	60,8 (33,5)	85 (19,6)	77,8 (32,4)	46,4 (27,7)	72 (28,8)	53,3 (40,5)
Evangélica	67,3 (27,1)	67,4 (25,9)	79,7 (26,8)	53,3 (34,6)	86,6 (20,7)	81,8 (29,6)	47,7 (28,6)	76,6 (28)	47,1 (43)
Outras,espírita	81 (18,8)	82,3 (21,4)	88,2 (15,3)	60,6 (33,8)	91,7 (16,1)	92,4 (18,3)	61,7 (28,7)	77,8 (32,8)	68,8 (42,5)
Sem religião declarada	73,6 (22,2)	76,7 (19,1)	88,5 (20,8)	65 (34,9)	88,2 (18,5)	82,9 (29,6)	59,8 (30,2)	79,7 (24,9)	65,8 (43,5)
Valor de p	0,097	0,058	0,22	0,32	0,311	0,279	0,032	0,483	0,056
Arranjo familiar**									
Mora acompanhado	74,5 (22,2)	75,6 (22,9)	82,2 (24,3)	59,4 (33,8)	86,4 (18,9)	81,6 (30,1)	49 (28,5)	74,9 (27,4)	52,2 (41)
Mora só	73,7 (24,2)	70,2 (25,5)	84,7 (23,5)	58,7 (34,7)	86,2 (21,1)	78,5 (31,5)	50,9 (29,4)	74,2 (30,8)	58,8 (44,2)
Valor de p	0,983	0,154	0,368	0,904	0,497	0,398	0,645	0,847	0,166
Origem recursos financeiros***									
Não tem rendimentos próprios	59^a (28,9)	56,6^{ab} (25,8)	67,4^a (33,7)	22,4^{ab} (29,4)	76,6^a (24,6)	69,7 (36,9)	43,4 (28,1)	70,6 (32,3)	60,5 (44,9)
Salário ou atividade informal	80,2^a (21,3)	77,3^a (19,2)	86,2^a (25,1)	70,5^a (31,6)	88,8^a (21,5)	76,3 (34,7)	50,8 (32,6)	76 (29,4)	61,2 (40,2)
Aposentado e/ou pensionista	74,3 (21,8)	74,8^b (24,1)	83,7 (21,9)	60,1^b (32,5)	86,8 (18,2)	83 (28,3)	49,9 (27,7)	74,8 (27,8)	51,7 (42,2)
Valor de p	0,007	0,009	0,031	<0,001	0,023	0,177	0,677	0,778	0,271
Contribuição na renda familiar***									
Totalmente	75,6^a (22,1)	75,7^a (24,2)	84 (23,1)	62,3^a (33,1)	86 (19,9)	83,9 (28,4)	51,2 (28,4)	75,6 (28,9)	56,3 (42,2)
Parcialmente	76^b (20,5)	74,7^b (22)	84,2 (22,2)	60,7^b (32,2)	87,3 (19,3)	77,5 (31,8)	47,6 (29,1)	73,4 (27,4)	49,9 (41,6)
Não contribui	55,8^{ab} (30,8)	56,3^{ab} (22,6)	68,8 (34,4)	28,2^{ab} (35,5)	84,2 (19)	70,8 (37,9)	46,7 (30,2)	74,1 (31)	59,7 (43,6)
Valor de p	0,035	0,004	0,221	0,001	0,737	0,091	0,636	0,715	0,337

*DP= Desvio Padrão ** Teste de Mann-Whitney *** Teste Kruskal-Wallis a,b,c,d,e,f Determinam os grupos de similaridade

Também observou-se diferença estatisticamente significativa no domínio Aceitação do HIV e Função sexual na variável “Raça”. Os melhores escores na Aceitação do HIV (83,3) e da Função sexual (60,5) foram das pessoas que se declararam pardas, amarelas ou indígenas. Ainda realizaram-se os testes de comparações múltiplas nos domínios Aceitação do HIV e Função sexual, entretanto, apenas no primeiro houve diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos de pessoas pardas, amarela ou indignas e o grupo de pessoas brancas.

Sobre as variáveis Religião e Arranjo familiar nota-se que nessa nenhum domínio apresentou diferença estatisticamente significativa, enquanto que naquela o domínio “Preocupação com o sigilo” apresentou diferença significativa, o qual obteve um p de 0,032 porém, no teste de comparação múltipla não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma das comparações.

Em relação à origem dos recursos financeiros, observou-se que as pessoas idosas que tem o salário ou atividade informal como base do provimento possuem as melhores médias em todos os domínios do HAT-QoL. Dentro desses domínios, cinco apresentaram diferença estatisticamente significativa: Função geral (0,007), Satisfação com a vida (0,009), Preocupações com a saúde (0,031), Preocupações financeiras (<0,001) e Preocupações com a medicação (0,023).

Nesses grupos realizaram-se os testes de comparações múltiplas e nos grupos que houve diferenças estaticamente significativa indicados na Tabela 12, observou-se que os entrevistados sem rendimentos próprios obtiveram um menor escore quando comparados aos entrevistados com algum tipo de rendimento.

Quanto à variável “contribuição na renda familiar” houve diferenças estatisticamente significantes em três domínios: Função geral, Satisfação com a vida e Preocupações financeiras. Nos domínios Satisfação com a vida e Preocupações financeiras as pessoas idosas que apresentaram as melhores médias de HAT-QoL foram as que contribuem totalmente para a renda familiar, com médias de 75,7 e 62,3 respectivamente.

No domínio Função geral as pessoas idosas que contribuem parcialmente obtiveram a melhor média: 76. Nesses três domínios pode-se observar, através dos resultados dos testes de comparações múltiplas, que nas comparações que apresentam diferenças estaticamente significantes, o grupo de pessoas que não contribuem para a renda familiar mostrou um menor escore que os demais grupos.

Na Tabela 13 são apresentados os escores médios dos nove domínios HAT-QoL para dados clínicos como a presença de comorbidades e o tempo de diagnóstico de HIV. Na variável HAS percebe-se que as pessoas idosas com a ausência dessa apresentam melhores médias nas variáveis “Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações financeira e Função sexual”. Em nenhum dos domínios houve diferença estatisticamente significativa.

Em relação à comorbidade DM observa-se que as pessoas com a ausência dessa possuem melhores médias em oito domínios do escores HAT-QoL. Apenas o domínio Preocupações com a medicação apresenta um melhor escore para as pessoas com a presença da comorbidade. Outro fato observado foi que em nenhum desses domínio houve diferenças estatisticamente significantes.

Quanto à DCV, houve diferenças estatisticamente significantes em três domínios: Satisfação com a vida (0,018), Preocupações com o sigilo (0,042), e Confiança no profissional (0,019). As pessoas idosas sem DCV apresentaram as melhores médias em quase todos os domínios, com a exceção dos domínios Preocupações com a saúde e Função sexual.

Sobre a variável Osteoporose observa-se diferença estatisticamente significativa nos domínios: Função geral (0,009); Satisfação com a vida (0,034); Preocupações com a saúde (0,029) e Função sexual (0,034). Na escala HAT-QoL as pessoas com a ausência de osteoporose apresentaram melhores médias em todos os domínios, com a exceção do domínio Aceitação do HIV.

Em relação à comorbidade Osteartrose verifica-se que as pessoas idosas com a ausência dessa apresentaram melhores médias na maioria dos domínios. A exceção ficou por conta dos domínios: Aceitação do HIV, Preocupação com o sigilo e Confiança no profissional. Observa-se também diferença estatisticamente significativa em quatro domínios: Função geral (0,022), Satisfação com a vida (0,033), Preocupações com a saúde (0,023) e Preocupações com a medicação (0,039).

A variável Doenças neurológicas apresenta os melhores escores de média em sete domínios para as pessoas idosas não acometidas por esse agravo. Os dois domínios que apresentaram menores médias para pessoas as idosas sem essa comorbidade foram: Confiança no profissional e Função sexual. Os domínios do HAT-QoL com diferenças estatisticamente significantes foram Satisfação com a vida (0,009), Preocupação com a saúde (0,005) e Preocupação financeira (0,047).

Tabela 13 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos escores dos domínios do HAT-QoL por comorbidades e tempo de diagnóstico. Recife/PE. 2017

	Função geral	Satisfação com a vida	Preocupações com a saúde	Preocupações financeiras	Preocupações com a medicação	Aceitação do HIV	Preocupações com o sigilo	Confiança no profissional	Função sexual
	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)
HAS**									
Ausente	75,7 (21,3)	75,3 (22,2)	82,9 (25,6)	60,9 (32,9)	85,8 (20,2)	79,1 (31,8)	49,3 (28,9)	74,6 (28,9)	57 (42,6)
Presente	72,8 (25,5)	75,1 (25,6)	83,2 (23,2)	59,3 (36,8)	87,6 (19,2)	83 (30,2)	50,1 (29,9)	79,3 (26,8)	48,9 (41,4)
Valor de p	0,664	0,637	0,658	0,929	0,658	0,3	0,86	0,344	0,154
DM**									
Ausente	75,8 (22,5)	77,6 (20,9)	83,2 (25,6)	60,2 (33,8)	86 (20,6)	81,5 (30,1)	50,1 (29)	77,2 (28,3)	56 (42,2)
Presente	70,6 (24,7)	68,1 (28,9)	82,4 (21,9)	59,9 (36,2)	87,9 (17,1)	78,2 (34,2)	49 (30,1)	74,3 (27,3)	46,2 (41,6)
Valor de p	0,125	0,061	0,28	0,942	0,919	0,858	0,703	0,314	0,129
DCV**									
Ausente	75,1 (22,5)	76,6 (22,9)	82,6 (25,3)	61,4 (34)	86,8 (19,9)	81,4 (30,5)	51,3 (28,9)	78 (28)	52,8 (42,5)
Presente	67,5 (28,2)	63,8 (26,9)	84,9 (19,6)	49,7 (35,8)	84 (19,3)	72,4 (36,5)	38,3 (30,3)	65,3 (26,1)	59,9 (39,7)
Valor de p	0,253	0,018	0,779	0,139	0,601	0,135	0,042	0,019	0,485
Osteoporose**									
Ausente	76,1 (22,2)	77 (22,4)	84,1 (24,2)	61,2 (34,5)	87,4 (19)	80,3 (31,2)	50,6 (29,4)	77,5 (27,2)	56,3 (41,6)
Presente	63,4 (26,5)	65,1 (28,6)	75,8 (26,8)	54,6 (33,5)	81,3 (24,1)	81,9 (31,8)	44,8 (28,4)	72 (32,2)	38,3 (43,7)
Valor p	0,009	0,034	0,029	0,252	0,116	0,541	0,316	0,495	0,034
Osteoartrose**									
Ausente	76 (22,3)	76,6 (22,8)	84,2 (24)	61,5 (34,2)	87,6 (18,9)	80,2 (31)	49,4 (29,1)	76,5 (28,1)	55,4 (41,6)
Presente	63,5 (27,3)	64,9 (26,8)	74,3 (28,1)	51 (35,1)	78,8 (24,4)	85,1 (32,2)	52,5 (30,5)	77,6 (27)	39,9 (45,1)
Valor de p	0,022	0,033	0,023	0,124	0,039	0,316	0,637	0,842	0,113
Doenças neurológicas**									
Ausente	75 (22,9)	76,2 (23,3)	83,8 (24,3)	61,1 (34,4)	86,9 (19,6)	81,2 (30,3)	50 (28,9)	76,6 (28,1)	53,3 (42,3)
Presente	61 (27,4)	57,4 (24)	65,3 (26,7)	41,7 (28,4)	78,6 (22,7)	65,9 (46,1)	47,7 (37,6)	78 (26,4)	58 (40,8)
Valor de p	0,065	0,009	0,005	0,047	0,126	0,383	0,794	0,99	0,696
Doenças respiratórias**									
Ausente	74,1 (23,6)	75,3 (23,8)	83,2 (24,2)	60,5 (34,3)	86,5 (19,7)	80,7 (30,8)	50,5 (29,2)	76,4 (27,9)	54,2 (42,3)
Presente	75,8 (11,8)	78,1 (19,2)	76,3 (35,9)	55 (36,5)	86 (24,7)	73,8 (41,9)	32 (24,4)	86,7 (26,7)	42,5 (40,9)
Valor de p	0,597	0,953	0,837	0,584	0,85	0,789	0,06	0,226	0,35
Depressão**									
Ausente	75,3 (22,6)	75,2 (23,6)	83,3 (23,9)	60,7 (34)	86,9 (19,6)	81,3 (30,2)	50,2 (29,4)	76,1 (27,8)	54,2 (41,9)
Presente	57,3 (27,7)	76,6 (24,3)	75 (36,3)	49,3 (39,3)	78,8 (22,5)	65,6 (45)	44,6 (29)	86,8 (30,9)	41,7 (46,9)

Valor de p	0,557	0,624	0,252	0,913	0,576	0,378	0,024	0,617	0,362
Tabagismo***									
Nunca fumou	75,3 (24,4)	72 (26,2)	83,7 (21,9)	63,1 (33,8)	86,8 (17,6)	81 (29,1)	50,1 (28,4)	77,3 (26,6)	41^{ab} (42,3)
Ex-fumante	74,2 (20,8)	74,1 (22)	84 (24,8)	58,2 (34,5)	85,9 (20,9)	79,5 (32,5)	46,3 (28,7)	73,9 (28)	62,3^a (39,9)
Fumante	71,9 (24,2)	77,8 (22,2)	78,3 (26,7)	52,5 (32,8)	86,5 (20,8)	82,8 (29,2)	57,1 (28,6)	70,6 (33,4)	65^b (39,2)
Valor de p	0,53	0,55	0,349	0,218	0,708	0,887	0,159	0,624	0,001
Tempo de diagnóstico***									
<5	72,6 (20,7)	72,4 (24,1)	75,8 (28,6)	53,1 (34,6)	82,4 (19,1)	65,8^{abc} (34,3)	41,8 (29,1)	68 (31,9)	47,4 (41,6)
5 — 10	70,6 (25,3)	67,7 (26)	78,9 (27)	52,1 (32,8)	84,9 (22,1)	86^a (24,7)	48,8 (30,9)	75,4 (29,8)	52,9 (46,1)
10 — 15	74,7 (21,8)	71,6 (23,4)	84,3 (22,6)	57,5 (34,2)	87,2 (18,5)	79,1 (32,6)	53,1 (25,6)	77,6 (25,9)	59,9 (41,4)
15 — 20	75,6 (21,8)	79,8 (20,9)	85,5 (22,7)	63,8 (35,1)	86,6 (19,5)	84,2^b (28,2)	49,2 (29,3)	72,3 (32)	56,1 (41,9)
≥ 20	77,8 (26,2)	80 (23,7)	89,6 (16,2)	73,3 (28,8)	90,8 (19,3)	89,6^c (25,9)	52 (31,3)	78,9 (20,1)	47,1 (38,7)
Valor de p	0,4	0,051	0,184	0,049	0,198	0,002	0,364	0,558	0,402

*DP= Desvio Padrão ** Teste de Mann-Whitney *** Teste Kruskal-Wallis ^{a,b,c} Determinam os grupos de similaridade

Sobre as Doenças respiratórias verifica-se que as maiores médias foram encontradas nas pessoas idosas que não tinham essa comorbidade, as exceções ficaram por conta dos domínios Função geral, Satisfação com a vida e Confiança no profissional. Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos domínios.

Quanto à Depressão observa-se que as menores médias encontradas na maioria dos domínios do HAT-QOL foram das pessoas idosas depressivas. Apenas dois domínios apresentaram as melhores médias: Satisfação com a vida e Confiança no profissional. O único domínio que houve diferença estatisticamente significativa foi o de Preocupações com o sigilo (0,024).

Em relação ao Tabagismo verifica-se diferença estatisticamente significativa apenas no domínio Função sexual (0,001). As pessoas idosas que nunca fumaram apresentaram melhores médias nos domínios Função geral, Preocupação financeira, Preocupações com a medicação e Confiança no profissional.

Já as pessoas idosas ex-fumantes apresentaram uma melhor média no domínio Preocupação com a saúde, enquanto os idosos fumantes obtiveram melhores médias em quatro domínios: Satisfação com a vida, Aceitação do HIV, Preocupação com o sigilo e Função sexual. No resultado do teste de comparações múltiplas observa-se que os entrevistados que nunca fumaram apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparado ao grupo de entrevistados que são ex-fumantes e quando comparados aos entrevistados fumantes.

Ao ser analisado o Tempo de diagnóstico verifica-se que as pessoas idosas com o tempo de diagnóstico acima de vinte anos apresentaram melhores médias nos domínios Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras, Preocupações com a medicação, Aceitação do HIV e Confiança no profissional. Em relação aos domínios Preocupações com o sigilo e Função sexual, as pessoas idosas com o tempo de diagnóstico entre 10 e 15 anos, apresentaram a melhores médias.

Nota-se diferença estatisticamente significativa nos domínios Preocupações financeiras (0,049) e Aceitação do HIV (0,002). Nesses domínios foram realizados os testes de comparações múltiplas, portanto, observa-se diferença estatisticamente significativa apenas no domínio Aceitação do HIV. Nesse domínio, nas comparações com diferenças significantes, observa-se que as pessoas idosas com tempo de diagnóstico inferior a cinco anos, apresentam um menor escore quando comparado aos outros grupos de idosos.

Tabela 14 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos domínios do HAT-QoL segundo a Saúde auto-percebida. Recife/PE. 2017.

	Boa		Não satisfatória		p*
	Média	(DP)	Média	(DP)	
HAT-QoL					
Função geral	80,07	(20,26)	67,52	(23,76)	<0,001
Satisfação com a vida	81,79	(18,57)	64,79	(25,89)	<0,001
Preocupações com a saúde	88,95	(20,17)	76,00	(26,24)	<0,001
Preocupações financeira	68,28	(31,36)	48,73	(34,06)	<0,001
Preocupações com a medicação	90,93	(15,01)	81,07	(22,68)	<0,001
Aceitação do HIV	85,66	(25,44)	74,89	(34,73)	0,028
Preocupações com o sigilo	53,22	(28,26)	45,40	(28,79)	0,025
Confiança no profissional	76,55	(27,97)	72,54	(28,92)	0,219
Função sexual	62,40	(40,03)	44,87	(42,53)	0,002

* Teste de Mann-Whitney

A Tabela 14 mostra as médias dos domínios do HAT-QoL em relação à Saúde auto-percebida. Observa-se médias menores entre as pessoas idosas que classificaram sua saúde como “não satisfatória”. Também foram observadas diferenças estatisticamente significantes em todos os domínios com a exceção do domínio Confiança no profissional (0,219).

Tabela 15 – Caracterização da amostra segundo a distribuição das médias e desvios padrões dos domínios do HAT-QoL segundo o Engajamento com a Vida. Recife/PE. 2017.

	Ausente		Presente		p*
	Média	(Desvio Padrão)	Média	(Desvio Padrão)	
HATQoL					
Função geral	69,84	(27,95)	74,66	(22,26)	0,612
Satisfação com a vida	62,20	(26,18)	75,00	(23,31)	0,027
Preocupações com a saúde	80,36	(29,13)	83,18	(23,55)	0,62
Preocupações financeira	51,19	(35,77)	59,96	(33,82)	0,273
Preocupações com a medicação	87,14	(18,88)	86,27	(19,65)	0,635
Aceitação do HIV	67,26	(38,22)	81,93	(29,48)	0,56
Preocupações com o sigilo	47,62	(29,27)	49,77	(28,72)	0,701
Confiança no profissional	71,03	(32,02)	75,04	(28,12)	0,676
Função sexual	57,74	(47,18)	53,92	(41,63)	0,509

* Teste de Mann-Whitney

Os dados da Tabela 15 mostram as médias dos domínios do HAT-QoL das pessoas idosas engajadas ou não com a vida. Comparando as médias, observa-se que os entrevistados

engajados com a vida apresentaram maiores médias em sete dos nove domínios. Apenas nos domínios Preocupações com a medicação e Função Sexual esses entrevistados ficaram com uma menor média. Outro ponto observado foi que apenas o domínio Satisfação com a vida apresentou uma diferença estatisticamente significativa, com um p de 0,027.

5.3) CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO HAT-QOL COM A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, SATISFAÇÃO COM A VIDA E A AVALIAÇÃO FUNCIONAL.

Tabela 16 – Caracterização da amostra segundo as correlação dos domínios do HAT-QoL com a Sintomatologia depressiva, Satisfação com a vida e a Avaliação funcional. Recife/PE. 2017.

Domínios	Sintomatologia Depressiva r	Satisfação com a vida r	Avaliação Funcional r
HATQoL			
Função geral	-,475**	,384**	,232**
Satisfação com a vida	-,547**	,452**	,141*
Preocupações com a saúde	-,493**	,330**	,217**
Preocupações financeiras	-,421**	,464**	0,124
Preocupações com a medicação	-,297**	,231**	,166**
Aceitação do HIV	-,329**	,331**	0,007
Preocupações com o sigilo	-,181**	0,089	0,077
Confiança no profissional	-,133*	,128*	-0,057
Função sexual	-,255**	0,084	0,001

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Na Tabela 16 vê-se o grau de correlação entre os domínios do HATQoL e as medidas de Sintomatologia depressiva (avaliada pela Escala de depressão Geriátrica de Yesavage – GDS, versão abreviada), Satisfação com a vida (avaliada pela Escala de Satisfação com a vida - ESV) e Avaliação funcional (avaliada pelo Índice de Barthel).

Na escala de Sintomatologia depressiva observa-se um grau de correlação inversa em todos os domínios do HAT-QoL, sendo uma correlação regular nos domínios: Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras e Aceitação do HIV. Enquanto que nos demais domínios observam-se uma correlação fraca. Todas essas correlações são estatisticamente significantes.

A escala de Satisfação com a vida apresentou uma correlação positiva em todos os domínios do HAT-QoL, sendo uma correlação moderada nos domínios: Função geral,

Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações financeiras, Aceitação do HIV. Nos demais domínios a correlação é fraca. Apenas nos domínios de Preocupações com o sigilo e Função sexual as correlações não foram estatisticamente significantes.

A avaliação funcional só apresenta correlação estatisticamente significativa nos domínios: Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde e Preocupações com a medicação sendo o grau de correlação fraco entre todos esses domínios. Nos demais domínios observam-se apenas correlações próximas a zero.

6 DISCUSSÃO

Assim como nos resultados, para uma melhor compreensão a discussão será apresentada em três partes conforme a apresentação dos resultados:

6.1 DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, SAÚDE AUTO-PERCEBIDA, COMORBIDADES E TEMPO DE DIAGNÓSTICO, AVALIAÇÃO FUNCIONAL, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, ENGAJAMENTO COM A VIDA E SATISFAÇÃO COM A VIDA.

Embora seja considerado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS que pessoa idosa é aquela que além da infecção pelo HIV tem idade igual ou superior a 50 anos, foi considerado nesse estudo pessoas idosas como aquelas que tem idade igual ou superior a 60 anos, conforme legislação nacional. A idade média encontrada foi de 64,9 anos, ou seja, a maioria das pessoas desse estudo são classificadas como “idosos jovens”, que são aqueles que tem idade entre 60 e 79 anos (SANTOS et al., 2013).

Assim como na estatística nacional em relação ao perfil do HIV, houve prevalência do sexo masculino. Desde o início da epidemia do HIV no Brasil até o presente momento identifica-se um maior número de homens, em quase todas as faixas etárias, tanto com o HIV e com a AIDS. Eles só perdem para as mulheres nas faixas etárias de 1 a 4 anos, 10 a 14 anos e 80 anos ou mais (SES-PE, 2016). Sabe-se que o HIV está estritamente relacionado à sexualidade, embora existam outros meios de contágio. Por isso, o maior número das infecções se dá por relações sexuais desprotegidas (BRASIL, 2016).

Se essa infecção acomete ambos os sexos, porquê então é mais prevalente no masculino? Não é difícil chegar a um consenso sobre tal fato. Segundo Silva (2007) a sexualidade masculina tende a expressar mais inquietações que a feminina. Ou seja, durante a construção da identidade sexual masculina existem diversas tensões impostas pela construção de padrões tradicionais, por exemplo: iniciar a vida sexual com prostitutas; negar o homossexualismo; a referência constante a um certo padrão de comportamento e o anseio por corresponder expectativas sociais, em especial dos amigos e mulheres (GOLDENBERG, 2000).

Assim, a sexualidade é considerada como um dos pilares na construção da masculinidade e como uma área na qual são expressos valores como: virilidade, potência e

dominação, todos esses apoiados no argumento naturalíssimo de uma sexualidade cheia de instintos, sem controle e bem mais acentuada que a feminina. Dessa forma, sendo a sexualidade orientada por esses valores, geralmente há associação ao não-cuidado em saúde e indubitavelmente ao comportamento de risco, tanto relacionado a si como aos outros, o que favorece à maior ocorrência de DST's no sexo masculino (GOMES, 2008; SILVA, 2007).

Quanto à situação conjugal, a maioria dos homens declararam-se solteiros e as mulheres viúvas. Wu e Schimmele (2007) afirmaram que no ocidente muitos matrimônios que terminam na faixa etária mais elevada, ou seja, na terceira idade, são decorrentes principalmente da longevidade e de uma melhor qualidade de vida no envelhecer. Logo, é crescente o número de pessoas idosas, principalmente homens, que optam por uma nova experiência na vida conjugal. Percebe-se que a maioria dos relacionamentos rompidos na terceira idade é composta por casamentos que duraram décadas (KINGSTON, 2007).

Ressalta-se que há pouco tempo uma baixa expectativa de vida após os 60 anos, os tabus existentes na sociedade e o conservadorismo legal em relação o divórcio, faziam com que a separação entre as pessoas idosas fosse algo incomum e muitas vezes até julgada como errada (AKLANDER, 2012). Já na década de 90, Cherlin (1990) afirmava que enquanto os *baby boomers* envelhecessem as taxas de divórcios e separações cresceriam, aumentando o número de indivíduos idosos solteiros (principalmente homens) e junto com eles as atitudes e comportamentos liberais e permissivos.

Alia-se também ao “ser solteiro” o fato da existência da infecção pelo HIV, ou seja, o estigma relacionado a esse agravo faz com que haja uma dificuldade em relacionar-se novamente, seja por medo de contaminar a outra pessoa ou por medo de sofrer a rejeição. No caso das pessoas viúvas, em sua maioria mulheres, não acontece diferente. A maioria delas foi contaminada pelo parceiro, fato que pode causar uma grande decepção e angústia. Logo, a falta de confiança e sentimento de insegurança para novos relacionamentos passam a fazer parte do cotidiano dessas pessoas.

Quando o assunto é o grau de escolaridade, os achados dessa pesquisa corroboram com o perfil social nacional da infecção pelo HIV (BRASIL, 2016), uma vez que os indivíduos com menor grau de instrução são os mais acometidos. Apesar de não ter sido possível a identificação do grau de formação em nível primário, fundamental, médio e superior dos entrevistados, a quantidade de anos de estudo mais referida tanto pelos homens quanto pelas mulheres foi de 1 – 4 anos de escolaridade.

Segundo Brasil (2016), no total de casos notificados de 1980 até 2016, existe diferença nos níveis de escolaridade entre os sexos masculino e feminino. Nota-se que a nível nacional

os homens com HIV tem um grau de instrução mais elevado que as mulheres, assim como encontrado na presente pesquisa. Reis (2008), Cechim e Selli (2007) também encontraram em seus estudos um menor grau de instrução em mulheres que vivem com o HIV. Silva (2006) reforçou o argumento de que as pessoas com escolaridade baixa são mais susceptíveis ao HIV.

No Brasil, segundo Silva et al. (2013), a epidemia do HIV inicialmente atingia em maior número aqueles com maior grau de instrução, ou seja, os que tinham mais de 8 anos de estudo. Mas, atualmente vê-se que a maioria dos casos encontra-se na população com menor grau de instrução, o que provavelmente justifica os 94 participantes que tinham até 4 anos de estudo, tempo inferior à média nacional no ano de 2015 que foi de 7,8 anos, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2015 (2016)

Quanto ao rendimento mensal, a maioria declarou ter de 1-2 salários mínimos, sendo aposentados ou pensionistas. Sabe-se que o nível de escolaridade está diretamente relacionado à situação socioeconômica (BRASIL, 2003). Assim, Júnior e Castilho (2004) apontaram a escolaridade como uma importante variável na caracterização social do indivíduo. Ambos relacionaram também o aumento dos casos de HIV entre aqueles com menor escolaridade à uma má cobertura dos sistemas de vigilância em saúde e da assistência aos economicamente menos favorecidos.

A baixa renda informada pela maioria dos participantes é um fato que caracteriza a pauperização da infecção pelo HIV (SILVA et al., 2013). Nota-se que em outros estudos nacionais também foram encontrados indivíduos com HIV e baixos salários (OLIVEIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2014). Poder-se-ia dizer que outro fator relacionado à baixa renda relatada pelos entrevistados e que também está diretamente relacionado ao nível de instrução, é o tipo de atividade laboral exercida em anos anteriores, ou seja, provavelmente ocupavam no mercado de trabalho cargos de baixa qualificação.

Dentre aqueles que declararam ter uma renda maior, prevaleceu o sexo masculino. Segundo informações publicadas no Relatório de Desigualdade Global de Gênero 2016 do Fórum Econômico Mundial o tempo médio estimado para que haja paridade econômica entre o sexo masculino e feminino é de 170 anos. Esse documento, que tem publicação anual, analisa a progressão da paridade entre os sexos em 4 eixos: Acesso à Educação; Saúde e Sobrevivência; Empoderamento Político e Oportunidade Econômica. Segundo esse mesmo documento, o Brasil está na 79ª posição no ranking dos países com maior igualdade entre os sexos (CANN, 2016)

Houve prevalência dos pardos, dado que corrobora com o perfil nacional. Segundo Brasil (2016), de 2007 até 2015, mais da metade (55,3%) dos casos de infecção por HIV registrados no Sinan são em pretos e pardos em ambos os sexos. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (2016) apontam que no ano de 2015 a maioria dos brasileiros se declararam brancos e pardos, 45,2% e 45,1% respectivamente.

Quanto à religião, prevaleceram os católicos com mais da metade dos participantes, seguidos pelos que se declararam evangélicos. Tais dados assemelham-se ao resultado de estudo de Cunha et al. (2015), no qual a maioria declarou-se católica. Para o referido autor, a busca por instituições cristãs como as igrejas, o aumentar da fé e da espiritualidade são atitudes comuns nos indivíduos que vivem com HIV pelo fato da existência do sentimento de culpa e erro associado à doença. Soma-se a isso a preocupação com o futuro e com a morte, uma vez que ainda não foi descoberta a cura. Diante dessas circunstâncias, boa parte dos indivíduos que vivem com HIV tornam-se assíduos e praticantes religiosos (OLIVEIRA et al., 2015)

Szaflarski (2013) relatou que muitas pessoas em busca de um melhor enfrentamento diante da nova condição sorológica procuram apoio espiritual em comunidades cristãs, pois, segundo Silva et al. (2015) a religiosidade revigora a fé, a esperança e auxilia no enfrentamento do sofrimento bio-psico-social provocado pelo HIV, sendo vivenciada positivamente pela maioria das pessoas. Entretanto, vale ressaltar que quando não é vivenciada positivamente, a religiosidade pode ter conotação de negação da soropositividade, levando a ações que provavelmente influenciarão de forma negativa na adesão ao tratamento, como por exemplo, a busca pela cura apenas pela fé.

Em relação ao arranjo familiar, mais da metade declarou conviver com outras pessoas sob o mesmo teto. Denomina-se esse fato de convivência intergeracional, algo muito comum na atualidade principalmente nas famílias de baixa renda. Segundo Rodrigues e Teixeira (2009), a família é a principal fonte de apoio para os indivíduos que envelhecem nos países em desenvolvimento. Logo, novos arranjos familiares com as pessoas idosas surgem, como a coabitação entre gerações. Nesse sentido, na maioria dos casos, há uma ajuda mútua: os jovens diante da crise financeira, em sua maioria atualmente desempregados usufruem da renda fixa e certa dos mais velhos, e esses por sua vez esperam receber em troca os cuidados necessários no ambiente doméstico, ou seja, no seio familiar.

A prática da solidariedade intergeracional já tinha sido incentivada na Assembleia de Envelhecimento Mundial em Madri (2002), seja na família, na comunidade ou no Estado, para que haja uma melhora no âmbito social para todas as faixas etárias. Segundo França, Silva e

Barreto (2010), a solidariedade intergeracional auxilia na desconstrução de preconceitos relacionados ao envelhecimento e conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida de jovens e pessoas idosas.

Entretanto, para Cruz e Ramos (2015), outro fator que provavelmente possa justificar a coabitação encontrada nesse estudo é o déficit da condição de saúde, o que torna necessário a convivência sob o mesmo teto com familiares ou amigos para que haja a continuidade dos cuidados.

Quando questionados sobre como classificariam a sua saúde, apesar de estar com uma doença “incurável”, a maioria dos homens a classificou como boa e as mulheres como ruim. A saúde auto-percebida atualmente está sendo considerada como um importante marcador do bem-estar e conseqüentemente da qualidade de vida, apesar do seu caráter subjetivo (SILVA; JUNIOR; VILELA, 2014). A forma como o indivíduo enfrenta seu estado de saúde orienta seu comportamento, suas escolhas e seu jeito de viver (JÓIA; RUIZ; DONALÍSIO, 2008).

Segundo Maia et al. (2006), a saúde auto-percebida além de refletir a opinião do indivíduo acerca da sua própria saúde, pode servir como um indicador para a mortalidade. Ou seja, pessoas que tem uma pior percepção da sua saúde têm o risco de morte elevado por todas as causas quando comparadas àquelas que consideram sua saúde como boa ou excelente. Além disso, a auto-percepção da saúde está diretamente associada ao declínio da funcionalidade (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Os homens idosos tendem a apresentar-se mais sensíveis à auto-percepção da saúde quando comparados às mulheres idosas (IDLER, 2003). Tal fato poder-se-ia justificar com base no argumento da maior sobrevivência feminina que vem acompanhada de uma maior carga de doenças crônicas e em sua maioria incapacitantes, entretanto, essas mulheres não morrerão em função disso em um breve período de tempo. No caso da presente pesquisa, a auto-percepção negativa por parte das mulheres pode estar relacionada à qualidade de vida, a qual pode ser afetada negativamente pelo estigma relacionado à infecção pelo HIV.

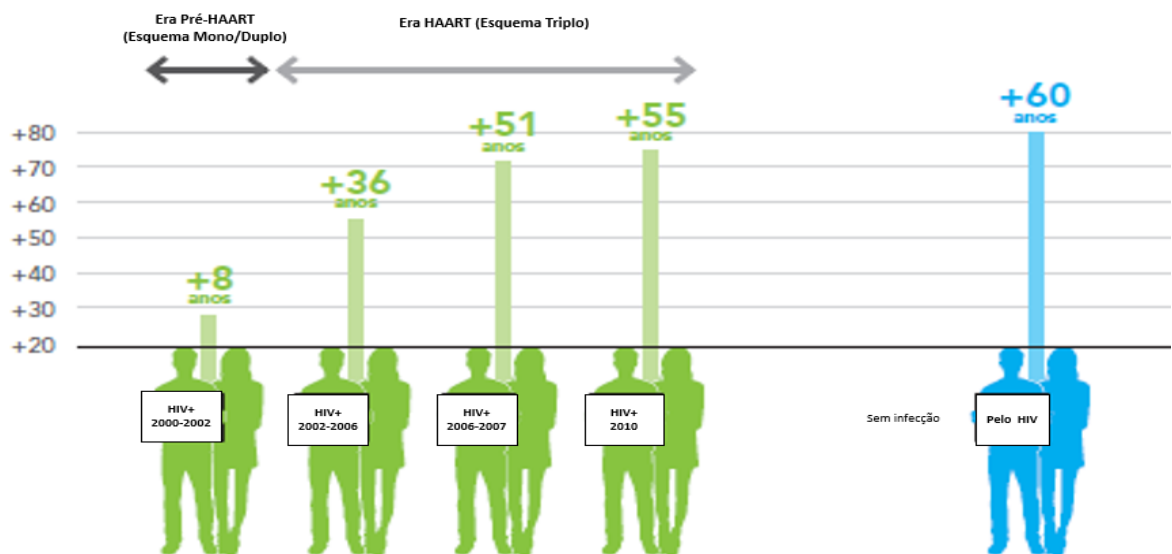
O tempo de diagnóstico, máximo 30 anos, encontrado nesse estudo é um exemplo da eficácia e efetividade da Terapia Antirretroviral (TARV). A terapia antirretroviral é uma ferramenta essencial na resposta à infecção pelo HIV, uma vez que previne doenças como as infecções oportunistas e até mesmo a morte (UNAIDS, 2016).

Na primeira década da epidemia do HIV existiam poucas opções de tratamento. Em 1987 a primeira droga parcialmente efetiva contra o vírus foi o AZT, pois possuía algumas restrições. A partir de 1991 novas classes de drogas foram sendo introduzidas no esquema terapêutico, exemplo: os novos inibidores da transcriptase reversa análogos dos nucleosídeos

como a didanosina, zidovudine, abacavir dentre outros. Os inibidores da protease surgiram em seguida, mais precisamente no final de 1995 e em 1996 os inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos. Já em 2003, surgiram os inibidores de fusão (NUNES et al., 2015).

Nunes et al. (2015) relataram que a partir de então a comunidade científica demonstrou através de várias pesquisas os benefícios das combinações das diversas drogas antirretrovirais, assim foi denominada a Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART). Nesse sentido, a expectativa de vida na era pré-tratamento era de aproximadamente 13 anos. Atualmente, uma pessoa que vive com o HIV e não interrompe o tratamento pode ter uma expectativa de vida próxima dos demais, ou seja, podem ser acrescidos aproximadamente 50 anos de vida, conforme a Figura 5 (UNAIDS, 2016).

Figura 5 – Sobrevida das pessoas que vivem com o HIV antes e depois da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa.



Fonte: Samji et al., PLoS ONE, 2013.

Indubitavelmente o advento da TARV trouxe muitos benefícios aos seus usuários, sendo inegável sua alta eficácia e efetividade. No entanto, assim como todo tratamento medicamentoso, os antirretrovirais são passíveis de provocar efeitos colaterais. A longevidade, consequência de um tratamento assíduo com o uso da TARV, pode vir acompanhada de alguns outros agravos à saúde. Segundo Brasil (2013), esses eventos podem ser devido ao uso prolongado dos medicamentos e conseqüentemente o convívio com a toxicidade, ou também pelo surgimento de afecções virais resistentes à TARV.

As pessoas que fazem uso da TARV tem uma maior predisposição para o desenvolvimento de algumas comorbidades, exemplo: hipercolesterolemia, intolerância à glicose dentre outras alterações metabólicas. Em consequência, nota-se uma maior incidência de doença cardiovascular de origem aterosclerótica que além de estar associada aos fatores previamente citados, também tem como fator de risco o dano endotelial provocado pela ativação imune sistêmica (RIGHETTO, 2014).

Além dessas, a infecção por HIV provoca importantes alterações bioquímicas no metabolismo ósseo, predispondo o indivíduo à osteoporose (SILVA; MATOS; GALVÃO, 2009). Tais fatores justificam as três comorbidades mais prevalentes nesse estudo: HAS, DM e osteoporose. Sendo a HAS e a osteoporose mais presente no sexo feminino.

Além da infecção pelo HIV e conseqüentemente o uso da TARV para controle da carga viral, outro fator que provavelmente está associado à maior prevalência de HAS nas mulheres nesse estudo é a questão hormonal, ou seja, as mudanças que ocorrem a nível endotelial com o período do climatério e a chegada da menopausa provocam uma maior fragilidade do sistema cardiovascular feminino (JÚNIOR et al., 2010), outra alteração causada pela diminuição dos níveis de estrógeno é a perda de massa óssea o que leva as mulheres à uma maior predisposição à osteoporose (SILVA et al., 2015).

A depressão também foi outra comorbidade que esteve mais presente no sexo feminino, tanto pelos dados referidos em prontuários ou pelos entrevistados, como pela avaliação feita com a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Além das mudanças clínicas provocadas pela queda nos níveis de estrógeno, ocorrem também as psicológicas. Acredita-se que o estrógeno atua na melhora do humor, logo, o hipoestrogenismo poderia estar associado à maior prevalência de depressão no sexo feminino (SILVA et al., 2008).

Somando-se ao fator idade e condição hormonal, a soropositividade no sexo feminino provoca um conflito interno (pessoal) e externo (social e familiar) bem mais intenso que no sexo masculino. O fato de ter uma doença que está historicamente associada à uma vida promíscua, ainda que o indivíduo não seja, pode repercutir negativamente no bio-psico-social das pessoas, principalmente das mulheres, o que justifica a maior prevalência de depressão e de sintomas depressivos nesse estudo.

A maioria dos entrevistados relatou ser ex-fumante, porém, dentre os que ainda fumam prevaleceu o sexo masculino. O ato de fumar tem alta prevalência entre os indivíduos infectados com o HIV, o que pode favorecer uma mortalidade e morbidade prematuras (NETO et al., 2012). Webb et al. (2007) afirmaram que esse hábito é mais prevalente nesses indivíduos do que na população em geral.

O estudo de Prabhat et al. (2013) identificou que o tabagismo em ambos os sexos reduz em até 12 anos a sobrevida. Porém, o ato de abandoná-lo aumenta em até 10 anos. Para Gasparin et al. (2009) o tabagismo é um dos fatores de risco para lesão bucal em paciente HIV +. Em seu estudo, para cada unidade a mais de cigarro fumado o risco de desenvolvimento de lesão aumentou em 2%.

O fumo provavelmente auxilia na adesão da cândida à mucosa bucal e para inibir a sua colonização são necessárias a flora bacteriana normal, as enzimas salivares, imunoglobulinas dentre outros (SAMARANAYAKE et al., 2002). Assim, Gasparin et al. (2009) sugeriram que as várias substâncias presentes no cigarro podem interferir na proteção da mucosa bucal, agindo também sobre as glândulas salivares. Dessa forma, o tabagismo pode criar portas de entrada para microrganismos.

O tabagismo já foi associado à diversão, liberdade e irreverência no caso dos homens, já para as mulheres era associado à sensualidade (PRABHAT et al., 2013) e durante muito tempo a propaganda do cigarro era direcionada para a população em massa, tendo um elevado número de adeptos na década de 90. Porém, atualmente devido à proibição da propaganda em larga escala e também a uma maior quantidade de informações sobre os malefícios do tabaco, o número de adeptos caiu (KUMPEL et al., 2014), motivo pelo qual provavelmente houve um maior número de ex-fumantes nesse estudo.

Apesar da cronicidade da infecção por HIV provavelmente interferir na autonomia e independência da pessoa idosa (CRUZ; RAMOS, 2012), nesse estudo quase 100% dos indivíduos apresentaram independência funcional, e dentre os que apresentaram algum grau de dependência prevaleceu o sexo feminino. Segundo Fiedler e Peres (2008), as mulheres apresentam mais limitações e maior chance de perda da capacidade funcional.

A funcionalidade global é sinônimo de saúde na terceira idade e resulta da capacidade de administração e cuidado da própria vida. Nesse sentido, é considerada ativa aquela pessoa que tem independência e autonomia para realizar atividades do cotidiano, independente de ter ou não algum problema de saúde (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). A investigação das alterações na funcionalidade das pessoas idosas portadoras do HIV favorece a prevenção e o acompanhamento do declínio funcional, além de contribuir com ações que promovam um envelhecimento bem sucedido (CRUZ; RAMOS, 2012)

O engajamento com a vida esteve presente em praticamente todos os indivíduos, sendo mais prevalente nos homens. Como já citado anteriormente, foram considerados nesse estudo “engajados com a vida” aqueles que declarassem relações sociais ou alguma atividade produtiva, como por exemplo a realização de algum trabalho remunerado ou voluntário.

Segundo a Teoria da Atividade uma pessoa tem mais chance de ter uma velhice bem sucedida se continuar em atividade e assumindo novos papéis socialmente produtivos, substituindo então os que foram perdidos. Tais papéis incluem participação social na comunidade através do voluntariado ou até mesmo o trabalho remunerado, participação em grupos religiosos dentre outros. Essa teoria surgiu através da observação do envolvimento social e sua influência na melhoria da satisfação com a vida (KNAPP, 1977).

Para alguns autores a participação social associa-se a um menor risco de morbidade, menor chance de tornar-se incapaz funcionalmente, menor risco de declínio cognitivo e também menor risco de morte. Além disso, é um dos fatores determinantes da melhoria na qualidade de vida e do bem-estar na terceira idade (HUGHES et al., 2013; MINAGAWA, SAITO, 2015; HUXHOLD, MICHE, SCHÜZ, 2014; ALLYN, SIEGL, PILIAVIN, 2015)

Se o maior envolvimento social influencia na melhoria da satisfação com a vida, os indivíduos mais satisfeitos com a vida foram os homens, visto que também foram os mais engajados, menos depressivos e com uma auto-percepção melhor do estado de saúde. O grau de satisfação com a vida na terceira idade está associado à saúde subjetiva, à relações e participação social, à uma personalidade alegre e estável (LÓPES, 2007).

Em suma, a satisfação com a vida poder-se-ia estar relacionada à qualidade de vida ou vice-versa, dessa forma surge o seguinte questionamento: os homens idosos que participaram desse estudo, mesmo com a soropositividade, teriam uma qualidade de vida melhor que as mulheres? A satisfação com a vida é um construto multidimensional e subjetivo que depende de diversos fatores, os quais nem sempre serão iguais para todas as pessoas.

6.2 DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO HAT-QOL E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SAÚDE AUTO-PERCEBIDA, COMORBIDADES, TEMPO DE DIAGNÓSTICO E ENGAJAMENTO COM A VIDA

A utilização do HAT-Qol na presente pesquisa viabilizou a avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas que vivem com o HIV atendidas nos serviços de referência no município de Recife – PE.

As médias dos domínios do HAT-Qol oscilaram entre 49,59 a 86,35. O domínio que apresentou maior média foi “Preocupações com a medicação” e a menor média foi encontrada

em “Preocupações com o sigilo”. O primeiro é composto por 5 questões que avaliam o impacto do uso da TARV nas últimas quatro semanas. O segundo, também com 5 questões, investiga as ações frente ao sigilo no ambiente familiar e profissional.

No Brasil, na década de 90, foi instituída a política de acesso universal à TARV que preconizava a distribuição gratuita dos antirretrovirais para todas as pessoas com HIV. O objetivo era prevenir novos casos e controlar o avanço e as consequências da epidemia. Em pouco tempo houve diminuição da morbidade e mortalidade associada ao HIV e conseqüentemente a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos (GRANJEIRO et al., 2014). Portanto, o Brasil é considerado modelo na assistência a esse público (CARVALHO et al., 2007).

No estado de Pernambuco os antirretrovirais são dispensados aos usuários nos próprios serviços onde são acompanhados, não sendo preciso a marcação. Conseqüentemente o indivíduo não precisa ficar preocupado em marcar uma data ou um horário. Provavelmente por esse motivo associado aos benefícios da TARV quanto a imunidade, redução da carga viral, aumento da sobrevida e conseqüentemente a melhora da QV, o domínio “preocupações com a medicação” teve a pontuação mais alta.

Quanto à “preocupação com o sigilo”, pontuação mais baixa encontrada no estudo, esta pode ser fortemente associada ao estigma, preconceito, discriminação, desvalorização e julgamento do comportamento (OKUNO et al., 2014). Júnior et al. (2014) também encontraram resultado semelhante em seu estudo. Por essas razões, Lent e Valle (2000) afirmaram que boa parte das pessoas com HIV oculta sua condição sorológica por longo período ou até mesmo durante toda a vida, e o fazem da melhor maneira que podem, para que assim evitem o isolamento sócio-familiar.

Quando analisamos a distribuição dos domínios do HAT-Qol segundo os sexos, identificamos que o masculino tem médias maiores em todos eles quando comparado ao feminino. Além disso, houve diferença estatisticamente significativa nos seguintes domínios: função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras e função sexual. Resultado semelhante ao encontrado no estudo de Caliari (2016).

Galvão et al. (2004) também identificaram em seu estudo uma pior qualidade de vida na mulheres com HIV. Costa et al. (2014) e Liping et al. (2015) alegaram que a qualidade de vida mulher com HIV quando comparada à do homem geralmente apresenta pontuações menores. Os mesmos autores acreditam que esse fato se dá pela maior proporção de mulheres em trabalhos domésticos e/ou também em trabalhos não remunerados.

Além disso, ainda surgem os aspectos culturais relacionados à “fragilização” do sexo feminino que impedem a sua autonomia na participação social. Para Honório (2011), a mulher da atualidade ainda é tratada como no período colonial, ou seja, submissa do ponto de vista da dependência do homem (marido) e incapaz de ter e exercer os direitos cívicos, assim, essa desigualdade provoca repercussões negativas na qualidade de vida.

É importante ressaltar que a função sexual é uma dimensão que precisa receber muita atenção nos estudos sobre qualidade de vida, principalmente quando fizerem parte da amostra mulheres idosas e com HIV. Chamamos aqui a atenção para a diferença entre as médias (a maior de todas) da função sexual entre os homens e as mulheres da presente pesquisa. A grande diferença observada pode estar associada ao fato de que no momento em que tomam conhecimento de sua sorologia, as mulheres abnegam-se da atividade sexual devido à constante preocupação em “infectar” outra pessoa, ou devido à falta de confiança ou muitas vezes pela dificuldade em negociar o uso do preservativo (OKUNO et al., 2014).

Quanto à distribuição dos escores dos domínios do HAT-Qol segundo as variáveis sociodemográficas dos entrevistados, foram estatisticamente significantes as variáveis idade, situação conjugal, escolaridade, rendimento mensal, raça, origem dos recursos financeiros e contribuição na renda familiar.

Analisando os dados sociodemográficos identificamos que a variável idade em relação aos domínios do HAT-Qol apresentou diferença estatisticamente significativa apenas no domínio “preocupações financeiras”. Quando foi realizada a análise comparativa dos grupos identificamos que houve diferença estatisticamente significativa nas faixas etária de 60-64 anos e 65-70 anos, sendo que esses últimos apresentaram melhores médias.

Atribuímos essa diferença ao fato de que a pessoa com idade de 65 a 70 tem maiores chances de ter algum tipo de renda quando comparado aos indivíduos de 60 a 65 anos. Essa diferença deve-se principalmente a alguns pontos da legislação nacional para a aposentadoria e benefícios assistenciais. Um desses pontos é o requisito de idade para a aposentadoria por idade, que representam mais da metade das aposentadorias no Brasil.

A idade mínima requerida para esse tipo de aposentadoria é de 65 anos para homens e 60 anos para mulheres que vivem em zona urbana. O outro ponto é a idade mínima requerida para o Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Este Benefício garante um salário mínimo mensal às pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e que possuem uma renda de até 1/4 do salário-mínimo vigente por pessoa do grupo familiar.

Provavelmente, por esse motivo legal, as pessoas de 60 a 64 anos do estudo apresentaram de certa forma uma preocupação com sua situação financeira. Aqueles indivíduos entre 65 a 70 anos provavelmente já tem sua situação financeira mais estável devido a um maior acesso a aposentadoria ou benefício, por isso uma menor preocupação e uma melhor qualidade de vida nesse domínio.

Outra questão relacionada a aposentadoria e que pode estar diretamente relacionada à qualidade de vida, é o bem-estar psicológico pelo fato de não ser mais necessário retornar ao trabalho ou então procurar emprego. Dessa forma a aposentadoria, considerada uma fonte de renda fixa e um direito garantido, pode ter um significado maior quando cedida aqueles que tem HIV pois a taxa de desemprego é maior nesse público (CUNHA et al., 2015).

Quanto à situação conjugal houve diferença estatisticamente significativa apenas nos domínios “satisfação com a vida e função sexual”. Na comparação dos grupos em relação à satisfação com a vida houve diferença entre os casados e separados. Ou seja, os casados estão mais satisfeitos com a vida. Já em relação à função sexual, os separados apresentaram um desempenho melhor que os viúvos, e conseqüentemente uma qualidade de vida melhor relacionada a esse domínio.

Birditt e Antonucci (2007) enfatizaram que as pessoas idosas que são casadas ou tem companheiros tem maior probabilidade de apresentar bem-estar físico, psicológico, familiar e social devido ao apoio recebido do cônjuge. Além do mais, essas pessoas relatam menos relações sociais de baixa qualidade, uma vez que a melhoria do estado emocional muitas vezes proporcionada pela estabilidade de um relacionamento faz com que esses indivíduos eliminem outras problemáticas de relacionamentos durante a vida.

Luppi et al. (2009) consideraram que as pessoas idosas que não tem o cônjuge ou um companheiro consigo apresentam uma maior fragilidade nas suas relações pessoais. Nesse sentido, nota-se que por não quererem mais a solidão, a procura por novos relacionamentos entre as pessoas idosas tem se tornado cada vez mais comum.

Quanto à função sexual, lamentavelmente em pleno século XXI ainda existem vários tabus relacionados à sexualidade a pessoa idosa. Goldenberg (2012) sinalizou que a sexualidade ainda permanece ligada à jovialidade e nesse sentido o corpo envelhecido já não é mais interessante, nem atraente e muito menos capaz de provocar desejo no outro, sendo então retratado como “em estado de declínio”.

A sexualidade na viuvez, quando trata-se de mulheres, tem mais rotulações do que nos homens. É sabido que aos olhos da sociedade e da família o homem idoso que fica viúvo

necessita de uma companheira, uma pessoa que possa “cuidar dele”. Mas, e as mulheres idosas quando tornam-se viúvas como são vistas pela sociedade e pela família?

A construção sócio-histórico-cultural da humanidade exerceu e exerce grande influência na consolidação de padrões e valores que percebem o sexo feminino como inferior e sem prestígio, ou seja, existe uma verticalização nas relações homem-mulher. Como consequência, a família sofre influências dessa sociedade e como argumento para a não aceitação da sexualidade das suas viúvas surgem várias justificativas e como forma de compensação da solidão, estimulam apenas as atividades de lazer (SOUZA et al., 2015)

Em tratando-se de mulheres, Risman (2005) disse que as famílias idealizam e desejam manter a imagem da vovó de cabelos brancos, fazendo seus bordados na cadeira de balanço, assexuada e cordial. Não sendo possível nem necessário novos relacionamentos. Os argumentos aqui citados justificam o encontrado em relação à função sexual e a situação conjugal, porque a maioria dos indivíduos viúvos é do sexo feminino.

Houve diferença estatisticamente significativa da escolaridade com os domínios função geral, satisfação com a vida, preocupações financeiras e função sexual. Na comparação dos grupos por ano de estudo verificou-se que os indivíduos que tinham maior escolaridade apresentaram maior média em todos os domínios e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

As pessoas que tem HIV e que possuem ensino superior tendem a ter mais e melhor acesso aos diversos meios de informação e comunicação, o que serve de subsídio para uma melhor compreensão em relação à fisiopatologia da infecção e para uma melhor orientação na tomada de decisões.

Aqueles que tem menor nível de instrução conseqüentemente poderão ter um acesso reduzido às informações, o que influenciará negativamente na compreensão da evolução da doença, contribuindo assim para manutenção de uma imagem negativa e a constante negação desse agravo. Pela falta de informação, essa imagem negativa pode levar o indivíduo a criar concepções relacionadas ao estágio inicial da epidemia do HIV no Brasil, ou a aspectos religiosos em que devido a uma atitude moralmente errada, recebeu como castigo a doença (OLIVEIRA et al., 2015). Logo, a escolaridade está diretamente relacionada à melhor ou pior qualidade de vida dessas pessoas (LIPING et al., 2015)

Em relação ao rendimento mensal, a diferença estatisticamente significativa foi identificada na função geral, em preocupações financeiras e preocupações com a saúde. Quando realizado o teste de comparações múltiplas, foi identificado que aqueles que possuem

uma renda mensal igual ou superior a 2 salários mínimos têm uma qualidade de vida melhor nos domínios citados. Já em relação à origem dos recursos financeiros, além dos domínios citados acima, houve diferença também em satisfação com a vida. Nessa variável, foi identificado que aqueles que tem alguma fonte de renda, seja por salário e/ou atividade informal e/ou aposentadoria e/ou pensão apresentaram maiores médias nesses domínios.

Assim, um dos fatores que deve ser considerado para um envelhecimento de qualidade, segundo Santos, Tavares e Barbosa (2010), é a renda. Melo, Ferreira e Teixeira (2014) afirmaram que a medida que a renda aumenta menos indivíduos declaram-se incapazes funcionalmente. Para esses autores, quanto maiores os rendimentos melhor é o acompanhamento do quadro clínico, além de uma maior facilidade na aquisição de equipamentos de apoio. Segundo Silveira, Silveira, Müller (2016), o baixo rendimento mensal não só do indivíduo mas também da família dificulta no enfrentamento do HIV e consequentemente influencia negativamente na QV.

Ainda sobre rendimentos, na variável “contribuição na renda familiar” foi identificada diferença estatisticamente significativa nos domínios: função geral, satisfação com a vida e preocupações financeiras e preocupações financeiras. No teste de comparações múltiplas foi identificado que aqueles que contribuem de alguma forma com a renda da família tem uma melhor qualidade de vida relacionada aos domínios citados.

Para Coutrim (2006), atualmente as pessoas idosas estão representando um dos segmentos populacionais com maior estabilidade financeira e percebe-se o crescente número de famílias que tem esse indivíduo como contribuinte da renda. Esse por sua vez, assume um papel diferente do “ser apenas aposentado”, passando a adquirir poder de decisão no âmbito familiar, sendo para muitos um motivo de orgulho.

A raça apresentou diferença estatisticamente significativa apenas no domínio “aceitação do HIV”. Quando comparados os grupos, os que tem uma melhor aceitação são os pardos, amarelos ou indígenas ao contrário dos que se declararam brancos.

Acreditamos que esse resultado possivelmente esteja relacionado ao contexto sócio-cultural em que a sociedade brasileira foi formada, na qual os “brancos” sempre estiveram em posição social e economicamente privilegiada em relação às demais raças, sendo então difícil aceitar uma doença que está historicamente associada à promiscuidade, baixa renda, baixa escolaridade e que é mais comum nos negros e pardos segundo o Brasil (2016).

Em todas as comorbidades referidas em prontuários ou citadas pelos pacientes, apenas a HAS e o DM não apresentaram diferença estatisticamente significativa nos domínios do

HAT-Qol. Em todas as que apresentaram diferença estatisticamente significativa, as maiores médias foram identificadas quando na ausência da comorbidade, o que significa uma melhor qualidade de vida. Os domínios que apresentaram diferença estatística com mais de uma comorbidade foram: função geral, satisfação com a vida e preocupações financeiras.

Segundo Shenoy et al. (2014), de um modo geral as pessoas que vivem com HIV já possuem uma qualidade de vida relativamente reduzida, e quando na presença de comobidades torna-se ainda mais comprometida. Nesse sentido, Olangunju et al. (2012) afirmaram que a ausência de comorbidades, além de proteger o indivíduo do impacto negativo da infecção pelo HIV atenua o estigma e melhora a QV.

Com relação ao tabagismo foi encontrada diferença estatisticamente significativa apenas no domínio função sexual. Porém, não pode-se afirmar que os entrevistados tenham sido plenamente assertivos em suas respostas. Deve-se lembrar que a sexualidade é um assunto complexo e controvertido que ainda sofre muita influência de valores socioculturais. Isso soma-se ao fato de que os entrevistados possuem uma faixa etária mais avançada e sofrem com um estigma muito forte em relação à sua sexualidade, além da péssima imagem associada à infecção pelo HIV. Essa dificuldade ficou explícita no constrangimento demonstrado quando perguntados sobre a sua sexualidade.

O tempo de diagnóstico apresentou diferença estatisticamente significativa apenas no domínio aceitação do HIV. No teste de comparações múltiplas foi identificado que aqueles com menor tempo de diagnóstico tem mais dificuldades em aceitar a infecção. Os indivíduos com tempo igual ou superior a 20 anos de diagnóstico apresentaram média mais alta nesse domínio, o que significa maior aceitação e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

Segundo Checim e Selli (2007), ter o diagnóstico confirmado de sorologia positiva para o HIV faz desmoronar abruptamente todas as forças adquiridas ao passar dos anos, e essa nova realidade requer do indivíduo uma adaptação e reorganização de sua vida. Inicialmente o HIV provocava incapacidades e muitas mortes, porém, com o passar dos anos e com o aperfeiçoamento da indústria farmacêutica em relação aos antirretrovirais o HIV passou a ter o curso de uma doença crônica.

Por esse motivo, Reis et al. (2015) propuseram que esse maior tempo de infecção estaria relacionado à melhoria na qualidade de vida. Tal fato se justifica pela longa experiência na convivência com o HIV, pois, embora seja visto inicialmente como o fim, a medida que passa o tempo, passa a ser visto como motivo de aprendizagem. Para os mesmos autores, o passar do tempo é necessário para que se concretize a aceitação da doença.

A saúde auto-percebida apresentou diferença estatisticamente significativa em todos os domínios do HAT-Qol, exceto em confiança no profissional. Segundo Rabelo et al. (2010) a qualidade de vida da pessoa idosa é influenciada diretamente pela sua auto-percepção da saúde. Nesse sentido, deve ser levado em consideração o julgamento subjetivo que o indivíduo faz de si.

Para os mesmos autores, está incluso na auto-percepção da saúde aspectos relacionados às condições clínicas, incapacidades, humor, relações sociais dentre outros. Logo, é compreendida como um construto que engloba todas as dimensões consideradas importantes para o indivíduo. Por isso vem sendo utilizada para avaliar a relação entre a saúde e fatores demográficos, sociais, econômicos e clínicos e também para avaliar a sobrevida do indivíduo (SILVA; JUNIOR; VILELA, 2014).

O engajamento com a vida apresentou diferença estatisticamente significativa apenas com o domínio satisfação com a vida. Nota-se que os indivíduos engajados com a vida apresentaram as maiores médias em todos os domínios, o que significa uma associação direta com a qualidade de vida.

Acredita-se que a aposentadoria vem acompanhada de maior tempo livre, o que implica numa maior chance de engajamento em outras atividades, como por exemplo o voluntariado (DONNELLY; HINTERLONG, 2010). Esse engajamento com a vida após a aposentadoria pode significar um processo de adaptação à nova fase, para que se mantenha uma melhor funcionalidade que está associada a um envelhecimento ativo (LANCEE; RADL, 2012) e conseqüentemente à melhor satisfação com a vida, resultando na melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Alguns autores até sugerem que o estado cognitivo sofre influência dependendo do nível do engajamento com a vida, o que significa que ele também pode ser considerado como um fator de proteção contra a progressão do declínio cognitivo (HUGHES et al., 2013). Para Pinto e Neri (2017), o elevado nível de engajamento social está associado ao maior tempo de vida e ao menor risco de ser acometido por problemas de saúde.

6.3 DISCUSSÃO DA CORRELAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO HAT-QOL COM A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, SATISFAÇÃO COM A VIDA E A AVALIAÇÃO FUNCIONAL.

Foi identificada uma correlação inversa e significativa entre os escores de todos os domínios HAT-QoL e a sintomatologia depressiva. Logo, quanto maior a sintomatologia depressiva, menor a qualidade de vida. Verificou-se uma correlação regular em cinco domínios e uma correlação fraca em quatro domínios.

Esses resultados corroboram com diversos autores que associam a depressão com perda na qualidade de vida como Berlim et al., (2008). Remor (2002) disse que a infecção por HIV leva a uma avaliação negativa e está associada a uma saúde deteriorada e com possibilidades limitadas de tratamento, além de aumentar o nível de ansiedade e depressão, refletindo de forma negativa na qualidade de vida.

A correlação com maior intensidade foi com o domínio Satisfação com a vida. Isso provavelmente se deve ao fato de que clinicamente a depressão causa uma relevante alteração de humor, principalmente caracterizado pela prevalência de sentimentos negativos sobre si mesmo e relacionados ao seu futuro, tais como tristeza e pessimismo (TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014).

A segunda correlação mais intensa foi com o domínio preocupação com a saúde, o que também é esperado, pois entre os sintomas da depressão estão múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia) bem como uma percepção diferenciada de si mesmo, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes (ESTEVES, 2006).

Todos esses sintomas contribuem para a relação da depressão com os demais domínios. Além disso, sabe-se que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comumente observado em indivíduos infectados pelo HIV (REIS et al., 2011). Portanto, o tratamento adequado se faz necessário para que se tenha uma melhor qualidade de vida, visto que, a depressão apresenta um bom índice de melhora quando tratada.

Quanto ao grau de correlação entre a satisfação com a vida e os domínios do HAT-QoL observa-se uma correlação positiva de intensidade regular em sete domínios: função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV e confiança no profissional.

A correlação positiva já é esperada, pois a escala de satisfação com a vida tem o propósito de avaliar o julgamento que as pessoas fazem acerca do quanto estão satisfeitas com suas vidas. Ou seja, funciona como avaliação geral, que as pessoas fazem de suas vidas e evidentemente, isso implica uma clara relação positiva com os domínios da qualidade de vida, fortalecendo a relevância e assertividade dos instrumentos HATQoL e Escala de Satisfação com a Vida – ESV.

Observa-se que o domínio Preocupação financeira possui a maior correlação (0,464) com ESV. De fato, a preocupação financeira é fator primordial para a qualidade de vida, e para os autores Hagerty e Veenhoven (2003) a estabilidade financeira e a ausência de

preocupações com compromissos monetários geram uma percepção mais positiva em relação à vida.

A avaliação funcional apresenta correlação significativa em apenas quatro domínios (Função geral, Satisfação com a vida, Preocupações com a saúde, Preocupações com a medicação). Mesmo sendo significativa, é uma correlação fraca. Na avaliação da funcionalidade verificou-se que 203 (84,2%) entrevistados apresentaram a nota máxima (100 pontos) da escala. Quando é alcançado o número máximo no escore da escala em uso, significa que provavelmente ocorreu o efeito de teto.

Para o autor McHornet et al., (1994) o efeito teto é definido como a proporção de pacientes que obtiveram o maior escore possível em cada domínio avaliado, e esse efeito é considerado presente quando a quantidade de pessoas com o maior escore ultrapassa 10% do tamanho da amostra. No caso da avaliação funcional, a escalação teve um valor muito superior aos 10%, pois o escore máximo foi encontrado em mais de 84%. Esse alto valor encontrado implica na existência de alto efeito teto que limita a capacidade de um instrumento na discriminação dos indivíduos (MAO et al., 2002).

Essa limitação possivelmente interferiu nos resultados dessa variável. Porém, nos quatro domínios que apresentaram uma correlação significativa, essa foi positiva, embora que fraca. Indicando assim uma relação entre a escala de avaliação funcional com a qualidade de vida. De fato, qualidade de vida na velhice compreende aspectos como independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental, saúde (REBELATTO; MORELLI, 2004).

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados encontrados e levando-se em consideração os objetivos da presente pesquisa, concluiu-se que:

- Prevaleceu o sexo masculino; faixa etária de 60 a 64 anos; a maioria é casada; tem de 1 a 4 anos de estudo; rendimento mensal de 1 a 2 salários mínimos, proveniente de aposentadoria ou pensão; pardos; católicos e convivem com outras pessoas sob o mesmo teto.

- A maioria dos participantes convive com o HIV há mais de 10 anos.

- As comorbidades mais prevalentes foram HAS, DM e osteoporose.

- A depressão foi mais comum nas mulheres.

- Nenhum participante do estudo apresentou dependência total ou grave.

- Os indivíduos mais engajados e mais satisfeitos com a vida foram os homens.

- Quanto aos domínios do HAT-Qol, a melhor qualidade de vida foi encontrada em: preocupações com a saúde, preocupações com a medicação e aceitação do HIV. A piora da qualidade de vida esteve relacionada à preocupação com o sigilo e à função sexual.

- Quando realizada a análise dos domínios do HAT-Qol por sexo, percebe-se que o sexo masculino teve as maiores médias em todos eles, o que significa uma melhor qualidade de vida em relação às mulheres.

- Em relação à distribuição das médias dos domínios do HAT-Qol em relação às variáveis sociodemográficas, foi evidenciada diferença estatisticamente significativa em todas elas. Porém, quando realizado o teste de comparações múltiplas essa diferença não foi confirmada na religião nem no arranjo familiar.

- Quanto às comorbidades, os domínios que apresentaram diferença estatisticamente significativa com mais de uma foram: função geral, satisfação com a vida e preocupações com a saúde.

- O tempo de diagnóstico do HIV foi estatisticamente significativo apenas com o domínio aceitação do HIV

- Aqueles que classificaram sua saúde como boa, em sua maioria homens, obtiveram as maiores médias em todos os domínios do HAT-Qol. Não sendo encontrada diferença estatisticamente significativa na confiança no profissional.

- O engajamento com a vida apresentou diferença estatisticamente significativa apenas com a satisfação com a vida.

- Na relação da Escala de Sintomatologia Depressiva de Yesavage e o questionário HAT-Qol identificou-se correlação inversa em todos os domínios, o que significa uma pior qualidade de vida para aqueles que tem esses sintomas. Já na Escala de Satisfação com a vida foi identificada relação positiva em todos os domínios, o que significa que quanto mais satisfeito melhor a qualidade de vida. Quanto à avaliação funcional, foi identificada uma correlação fraca com a qualidade de vida pois mais de 80% da amostra apresentou um bom índice de funcionalidade, não sendo então possível diferenciar a amostra do estudo por grupos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pode-se ver, a amostra dessa pesquisa apresenta perfil semelhante ao nacional em relação ao HIV, entretanto, por se tratar de pessoas idosas, conta com características particulares de um bom estado de saúde, a saber: os escores da funcionalidade. Percebemos uma cronicidade da infecção, resultado dos avanços científicos na indústria farmacológica, porém se de um lado temos o aumento da sobrevida do outro temos as comorbidades associadas ao uso crônico da TARV.

Não obstante pensar, o processo de envelhecimento provoca algumas alterações morfofisiológicas no corpo do indivíduo e quando essas são associadas à doenças crônicas pode haver uma interferência na qualidade de vida. Mas e quando a doença crônica é a infecção por HIV? Provavelmente o impacto na qualidade de vida será maior, principalmente quando ocorre na terceira idade.

Mesmo com essa repercussão, parece que quando ocorre no sexo masculino as possibilidades de enfrentamento são vivenciadas de uma melhor forma em relação ao sexo feminino, o que predispõe às mulheres aos sintomas depressivos, à uma menor satisfação com a vida, à uma auto-percepção negativa e ao menor engajamento. Todos esses fatores reunidos provocam a diminuição da qualidade de vida.

A forma como as mulheres encaram a infecção por HIV provavelmente está associada à construção histórica da sociedade, a qual, nos seus primórdios caracterizava o homem como dominador e a mulher como a dominada, a submissa. Aquelas que não aceitassem tal condição eram desprezadas e muitas vezes expulsas de suas casas. Jogadas à própria sorte, muitas buscavam uma saída para tal situação através da prostituição, onde tornavam-se totalmente vulneráveis a tudo e a todos.

O início da epidemia do HIV se deu nesse contexto, ou seja, era mais comum nas pessoas que levavam uma vida promíscua. Dessa forma, como pode uma dona de casa e mãe de família ser infectada por um vírus que remete à lembrança de prostituição? Esse contexto histórico provoca repercussões até os dias atuais. Não é difícil encontrarmos alguém que declare surpresa ao pensar na “pessoa idosa com HIV”, principalmente se essa pessoa for uma mulher.

Também é motivo de estranheza entre os mais jovens a sexualidade da pessoa idosa. Por ser um assunto com vários tabus, pode até causar desconforto quando comentado com alguém de idade mais avançada. Tal situação se reflete no resultado dessa pesquisa quando o assunto foi a sexualidade. A qualidade de vida relacionada à função sexual teve baixos

escores em ambos os sexos, o que pode significar uma negação do próprio indivíduo aos seus desejos, baseado no padrão de “assexualidade” que a sociedade impõe sobre a terceira idade.

Essa negação social em relação à sexualidade da pessoa idosa também se estende às famílias e por esse motivo, provavelmente, o assunto “prevenção” voltado para os de idade mais avançada não é colocado em pauta nas reuniões de família, sendo focado apenas quando trata-se de jovens, o que predispõe à realização do sexo desprotegido entre aqueles mais velhos.

É importante pensar em programas de prevenção voltados para a pessoa idosa, pois já é notícia em território nacional que os casos de infecção por HIV em pessoas mais velhas estão aumentando. É necessário que seja debatido o assunto “sexualidade na terceira idade” para que esses números diminuam, para que menos pessoas sejam surpreendidas com uma sorologia positiva para o HIV, para que aqueles que convivem com o vírus desconstruam em conjunto com seus familiares os muros que existem por trás do preconceito.

Sabe-se que a soropositividade provoca um grande abalo, porém, atualmente não é mais uma sentença de morte. Nesse sentido, é necessário que o indivíduo ressignifique sua vida e construa novas possibilidades de projeto de vida. Para tal, faz-se necessário a inclusão da família como fonte de apoio, o que auxilia num melhor enfrentamento para a aceitação da nova condição e conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AKLANDER, A. R. “Divórcio grisalho”: pesquisando atitudes e expectativas de mulheres separadas após longas uniões (dissertação). Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012

ALLYN, J; SIEGL, E; PILIAVIN, J. A. Health Benefits in the Wisconsin of Volunteering Longitudinal Study. **J. Health Soc. Behav.** 2015;48(4):450-64. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18198690>> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

ALVES, L. C; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, 2005;17(5/6):333–41. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>> Acesso em: 01 de agosto de 2017.

ANDRADE, H. A. S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M. I. P. O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 712-719, out./dez. 2010. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452010000400009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

ARAÚJO, L.; SALDANHA, A. A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. **R. Interam. Psicol.** 43(2), 2009. Disponível em:
<http://docslide.com.br/documents/ana-alayde-werba-saldanha-a-aids-na-terceira-idade-na-perspectiva-dos-idosos-cuidadores-e-profissionais-de-saude.html> . Acesso em: 01 de agosto de 2016.

ARIAS-MERINO, E. D; MENDOZA-RUVALCABA, N. M; ARIAS-MERINO, M. J; CUEVA-CONTRERAS, J; VAZQUEZ, A. C. Prevalence of successful aging in the elderly in western mexico. **Curr. Gerontol. Geriatr. Res.** 2012;2012:460249. doi:10.1155/2012/460249. Disponível em: <
<https://www.hindawi.com/journals/cggr/2012/460249/>>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

ARONSON, W; BRITO, A. M.; SOUSA, V; Viver com AIDS na terceira idade. 2006. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=296>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Washington DC: Banco Mundial, 2011.

BERLIM, M. T; BRENNER, J. K; CALDIERARO, M. A. K; PARGENDLER, J. S; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em deprimidos. In: Fleck MPA, organizador. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2008.

BERTOLUCCI P. H. F. O miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.** 1994; 52(1):1-7.

BIRDITT, K. S; ANTONUCCI, T. C. Relationship Quality Profiles and Well-Being Among Married Adults. **J. family psychol.** [Internet]. 2007; 21(4):595-604. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18179331>> Acesso em: 02 de agosto de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais**, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/44546/_p_boletim_hepatites_2010_pdf_p_36425.pdf> Acesso em: 01 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS**, 2016. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/05/2016_034-Aids_publicacao.pdf Acesso em: 01 de agosto de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. 2ª ed, 2015. Disponível em: <
[file:///C:/Users/K%20Y%20A%20R%20A/Downloads/Manual_Tecnico_para_o_Diagnostico_da_Infeccao_pelo_HIV%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/K%20Y%20A%20R%20A/Downloads/Manual_Tecnico_para_o_Diagnostico_da_Infeccao_pelo_HIV%20(2).pdf)> Acesso em: 01 de agosto de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres**. Brasília: MS, 2003

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica, 2005**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aids_gve.pdf> . Acesso em: 01 de agosto de 2016.

BRASILEIRO, M; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2006; 14(5): 789-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000500022&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 01 de agosto de 2016.

BRUCKI, S. M. D; NITRINI, R; CARAMELLI, P; BERTOLUCCI, P. H. F; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.** 2003;61(3B):777-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500014&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 06 de julho de 2016.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003

CALIARI, J. S. Estigmatização de pessoas que vivem com Hiv/aids e sua relação com suporte social e qualidade de vida. 2016. 293p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2016.

CAMARGO, K. R. J. As ciências da AIDS & A AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 2, n. 2. Rio de Janeiro, 1995.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701995000300012> Acesso em: 01 de agosto de 2016.

CAMPBELL, G; SKILLINGS, J. H. Nonparametric Stepwise Multiple Comparasion Procedures. **J. Am. Stat. Assoc.**, v. 80, 1985. Disponível em: <http://amstat.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1985.10478216> Acesso em: 02 de agosto de 2017.

CAMPOS, M. O; NETO RODRIGUES, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana de saúde**, n.2, p.232-240. Bahia 2008. Disponível em: <http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35429.PDF> Acesso em: 01 de agosto de 2016.

CANN, O. Além de nossa existência: perspectivas para atingir a igualdade de gênero no local de trabalho atingem o ano 2186. **World Economic Forum**, 91-93 route de la Capite. Cologny/Geneva, 2016.

CARVALHO, F. T.; MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H.; PICCININI, C. A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com o HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, 9, p. 2023-2033, 2007a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900011> Acesso em: 31 de julho de 2017.

CASTANHA, A.R et al. Consequências biopsicossociais da Aids na qualidade de vida de pessoas soropositivas para HIV. **DST-J Doenças sexualmente transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, 2006b. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista18-2-2006/revista-dst-18-2-2006.pdf#page=4>> . Acesso em: 01 de agosto de 2016.

CECHIM, P. L; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev. Bras. Enferm.** 2007; 60(2): 145-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200004> Acesso em: 31 de julho de 2017.

CHERLIN, A. J. Recent Changes in American Fertility, Marriage and Divorce. **Ann. Am. Acad. Pol. Soc. Sci.**, n. 510: p. 145-154, 1990. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/1046800>> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

COLOMBRINI, M. R. C; COLETA, M. F. D; LOPES, M. H. B. M. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia Antirretroviral altamente eficaz. **Rev. Esc Enferm.** 2008;42(3):490495. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000300011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

COSTA, F. M. et al. Mulheres vivendo com hiv/aids: avaliação da qualidade de vida. **Rev. Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 503-513, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/3667/2493>> Acesso em: 05 de agosto de 2017.

COUTRIM, R. M. E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 367-390, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v21n2/a04v21n2.pdf>> Acesso em: 16 de agosto de 2017.

CRONBACH, J. L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. V. 16. No. 3, pp. 297-334, **Psychometrika**, Setembro de 1951.

CRUZ, G. E. C. P.; RAMOS, L. R. Limitações funcionais e incapacidades de idosos com síndrome de imunodeficiência adquirida. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.28, n.5, p. 488-493, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000500488&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 01 de agosto de 2017.

CUNHA, G. H. et al. Qualidade de vida de homens com AIDS e o modelo da determinação social da saúde. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 183-191, abr. 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/100056/98701>> Acesso em: 31 de julho de 2017.

DIENER, E., EMMONS, R.A., LARSEN, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. **J. Pers. Asses**, 49, 71-75. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16367493>>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

DONNELLY, E. A; HINTERLONG, J. E. Changes in social participation and volunteer activity among recently widowed older adults. **Gerontologist**. 2010;50(2):158-69. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19556394> Acesso em: 02 de agosto de 2017.

ESTEVES, F. C; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

FARIA, N. R. et al. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human population. **Science**. v. 346, n. 6205, p. 56-61. out. 2014. Disponível em: <http://science.sciencemag.org/content/346/6205/56>>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

FIEDLER, M. M; PERES, K. G; Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):409-415, fev, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200020> Acesso em: 18 de agosto de 2017.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 19-28

FRANÇA, L. H. F. P; SILVA, A. M. T. B; BARRETO, M. S. L. Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2010; 13(3):519-531

GALVÃO, M. T. G; CERQUEIRA, A. T. A. R; 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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200010&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 05 de agosto de 2017.

GASPARIN, A. B., et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. **Cad. Saúde Pública**, 25(6): 1307-1315, jun, 2009

GOLDENBERG, M. De Amélias a operárias: um ensaio sobre os conflitos femininos no mercado de trabalho e nas relações conjugais. In: GOLDENBERG, M. (Org) **Os Novos Desejos**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOLDENBERG, M. Mulheres e envelhecimento na cultura brasileira. **Cad. Espaç. Fem.**, Uberlândia, v. 25, n. 2, p. 46-56, 2012. Disponível em: <
<http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/21803>> Acesso em: 05 de agosto de 2017

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GÓMEZ-VELA, M.; SABEH, E. N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. **Integra**. v. 9, n. 3, p. 5–13, 2000. Disponível em: <
<http://inico.usal.es/integra-contenidos-inico.aspx?num=9>> Acesso em 02 de agosto de 2016.

GOTT, M. Sexual health and the new ageing. **Age Ageing** 2006; 35(2): 106-7. Disponível em: <
https://www.researchgate.net/publication/7341058_Sexual_Health_and_the_New_Ageing> Acesso em 02 de agosto de 2016.

GRANGEIRO, A; ESCUDER, M. M; CASSANOTE, A. J. F; SOUZA, R. A; KALICHMAN, A. O et al. The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics. **PLoS ONE**. 2014; 9(5): e95673. Disponível em: 06 de agosto de 2017. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24789106>> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

HAGERTY, M. R.; VEENHOVEN, R. Wealth and happiness revisited-growing national income does go with greater happiness. **Soc. Indic. Res.**, v. 64, n. 1, p. 1-27, 2003. Disponível em: <
https://www.jstor.org/stable/27527110?seq=1#page_scan_tab_contents> Acesso em: 03 de agosto de 2017.

HONÓRIO, M. D. “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.

HUGHES, T. F; FLATT, J. D; FU, B; CHANG, C. C. H; GANGULI, M. Engagement in social activities and progression from mild to severe cognitive impairment: the MYHAT Study. **Int. Psychogeriatr.** 2013;25(4):587-95. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23257280>> Acesso em: 04 de agosto de 2017.

HUXHOLD, O; MICHE, M; SCHÜZ, B. Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. **J. Gerontol. Ser. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.** 2014;69(3):366-75. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23682165>> Acesso em: 04 de agosto de 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira** – 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

IDLER, E. L. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. **Gerontologist.** 2003;43:372-5. Disponível em: <
<https://academic.oup.com/gerontologist/article/43/3/372/901179/Discussion-Gender-Differences-in-Self-Rated-Health>> Acesso em: 04 de agosto de 2017.

JÓIA, L. C; RUIZ, T; DONALÍSIO, M. R. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2008;17(3):187-94. Disponível em: <
http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000300004>
Acesso em: 06 de agosto de 2017.

JÚNIOR, E. A. R.; CASTILHO, E. A. A. A epidemia da Aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v.37, n. 4, p. 312-317, 2004. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000400005> Acesso em: 05 de agosto de 2017.

JÚNIOR, C. A; FERREIRA, S. M. S; ALBUQUERQUE, V. W. T; SILVA, J. I. B. W. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS em Maceió, Alagoas, Brasil. **Mundo saúde**, São Paulo; 2014; 38(4); 448-461. Disponível em: <
https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A10.pdf> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

JÚNIOR, E. R. A et al. Perfil dos pacientes com hipertensão arterial incluídos em uma coorte com HIV/AIDS em Pernambuco, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** 2010; 95(5): 640-647.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001500013> Acesso em: 12 de agosto de 2017.

KINGSTON, A. 2007. The 27-year Itch! Canadá, 29 jan. 2007. **MACLEANS. CA.**

Disponível em: http://www.macleans.ca/article.jsp?content=20070129_140063_140063%3
Acesso em: 27 de agosto de 2017

KNAPP, M. R. J. The activity theory of aging: an examination in the English context.

Gerontologist. 1977;17(6):553-9. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/924178>> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

KÜMPEL, C; CASTRO, A. A. M. D. E; FREITAS, T. R; SOUZA, J.S; PORTO, E. F.

Aspectos sociais relacionados ao tabagismo em idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. Kairós**, 17(3), pp.183-199, 2014. Disponível em: <

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/22066>> Acesso em: 09 de agosto de 2017

LANCEE, B; RADL, J. Social connectedness and the transition from work to retirement. **J.**

Gerontol. Ser. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. 2012;67(4):481-90. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22565314>> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

LENT, C; VALLE, A. **Aids: sujeito e comunidade.** São Paulo: IDAC; 2000.

LIPING, M. et al. Quality of life of people living with HIV/AIDS. A cross-sectional study in Zhejiang Province, China. **PloS ONE**, Estados Unidos, v. 10, n. 8, e0135707, Ago. 2015.

Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4550400/>> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

LIU, C et al. Impacts of HIV infection and HAART use on quality of life. **Qual. Life Res.**

2006;15(6):941-949. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16900275>>
Acesso em: 02 de agosto de 2016.

LÓPEZ, P. B. Factores predictores de la calidad de vida en ancianos que utilizan recursos asistenciales especializados. (tesis doctoral). Castilla La Mancha: Ediciones de la universidad castilla la mancha, Universidad de Castilla-La Mancha. Departamento de Psicología; 2007

LUPPI, R. L. B; ORTEGA, J; MATTOS, E. D; CAMPOS, E. C; LOPES, M. B; SILVA, A. L. S. Sexualidade: percepção entre idosos em centro de convivência, Cambé/PR. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saude**. 2009;11(1):35-39. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/1508>> Acesso em: 09 de agosto de 2017.

MAIA, F; DUARTE, Y; LEBRÃO, M. L; SANTOS, J. L. F. Risk factors for mortality among elderly people. **Rev. Saúde Pública** [periódico online]. 2006 Dec; 40(6):1049-1056.

MAO, H; HSUEH, I; TANG, P; SHEU, C; HSIEH, C. Analysis and comparison of the psychometric properties of three balance measures for stroke patients. **Stroke**. 2002;33(4):1022-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11935055>> Acesso em: 03 de agosto de 2017.

MCHORNEY, C. A., WARE, J. E. J. R; LU, J. F. SHERBOURNE ,R. L., DONALD, C. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability across Diverse Patient Groups. **Medical Care**, Philadelphia, Vol. 32, No. 1 pp. 40-66, Jan., 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8277801>> Acesso em: 05 de agosto de 2017.

MELO, D. M., BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, 20(12): 3865-3876, 2015.

MELO, N. C. V., FERREIRA, M. A. M., TEIXEIRA, K. M. D. Condições e vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 25, n. 1, p. 004-019, 2014

MENEZES, R. L. et al. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no hospital de doenças tropicais (HDT), em Goiânia. **Fragmentos de Cultura**, vol.17,n. ¾,p. 303-314,mar./abr. Goiânia, 2007. Disponível em: <

<http://tede2.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/278>> Acesso em: 04 de agosto de 2016.

MINAGAWA, Y; SAITO, Y. Active social participation and mortality risk among older people in Japan: results from a nationally representative sample. **Res. Aging**. 2015;37(5):481-99. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0164027514545238>> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 de agosto de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Ano I, nº 01, até semana epidemiológica 52ª - dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012

MINOSSO, J. S. M; AMENDOLA, F; ALVARENGA, M. R. M; OLIVEIRA, M. A. C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paul. Enferm.** 2010; 23(2): 218-23. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011> Acesso em: 03 de agosto de 2016.

MORAES, E. M; MARINO, M. C; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**. 2010; 20(1):54-66. Disponível em: < <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/196.pdf>> Acesso em: 09 de agosto de 2017.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento**, Madrid; 2002.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, supl. 1, S4-S6, 2008. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=516986&indexSearch=ID> Acesso em: 10 de agosto de 2016.

NETO, R. J. P. et al. Características clínico-epidemiológicas de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose acompanhados nos serviços de referência para HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará, entre 2004 e 2008. **Cad. Saúde Colet.**, 2012, Rio de Janeiro, 20(2):244-9

NUNES, A. A. et al. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3191-3198, out. 2015

NUNES, M. O.; SILVA, M. A. Qualidade de vida de idosos portadores de HIV/Aids no Brasil. **Rev. Estudos**, vol.39, n.4, p. 523-535, out/dez. Goiânia, 2012. Disponível em: < <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/2665/1627>> Acesso em: 05 de julho de 2016.

OECD (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Paris: OCD Publishing, 2006.

OKUNO, M. F. P. et al. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1551-1559, jul. 2014

OLANGUNJU, A. et al. A study on epidemiological profile of anxiety disorders among people living with HIV/aids in a Sub-Saharan Africa HIV clinic. **AIDS & Behavior**, New York, v. 16, n. 8, p. 2192-2197, Nov. 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22772942>> Acesso em: 15 de agosto de 2017.

OLIVEIRA, A. D. F. et al. O efeito do HIV na vida de mulheres vivendo com HIV. **Rev. de Pesq. Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1975-1986, jan. 2015. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/issue/view/171>> Acesso em: 08 de agosto de 2017.

OLIVEIRA, F. B. M. et al. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 510-516, dez. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600510&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 03 de agosto de 2017.

OLIVEIRA, J. S. C.; LIMA, F. L.; SALDANHA, A. A. W. Qualidade de vida em pessoas com mais de 50 anos HIV+: um estudo comparativo com a população geral. **DST-J Doenças Sex. Transm.** p.179-184, 2008. Disponível: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=537748&indexSearch=ID>> Acesso em: 05 de julho de 2016.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília. 2005.

OMS. **World Health Report 2010**. Suíça: WHO, 2010.

ONU. **World Population Prospects: the 2010 revision**. New York: Unites Nations, 2011.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS: SÍNTESE DE INDICADORES 2015/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016

PIERI, F.M.; LAURENTI, R. HIV/AIDS: Perfil epidemiológico de adultos internados em Hospital Universitário. **Ciênc. Cuid. Saúde**. 2012; 11(suplem.): 144-152. Disponível em: < <file:///C:/Users/rosAline/Downloads/17069-69460-1-PB.pdf>> Acesso em: 05 de novembro 2016

PINTO, J. M; NERI, A. L. Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2017; 20(2): 260-273

POTTS A, GAVEY N, GRACE V, VARES T. The downside of Viagra: women's experiences and concerns about Viagra use by men. **Sociol. Health Illn.**, 2003; 25(7): 697-719. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19774744>> Acesso em: 05 de novembro de 2016.

PRABHAT, J.H.A.; RAMASUNDARAHETTIGE, C; LANDSMAN, V; ROSTRON, B; THUN, M; ANDERSON, R. N; MCAFEE, T; RICHARD PETO, F.R.S. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. **N. Engl. J. Med.**, 368(4), 341-350. 2013. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1211128#t=article> Acesso em: 01 de agosto de 2017.

RABELO, D. F. et al. Qualidade de vida, condições e auto-percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Rev. Kairós**, 13(2), São Paulo, novembro 2010: 115-130.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. — **Fisioterapia geriátrica : a prática da assistência ao idoso**. Brasil : Manole, 2004.

REIS, R. K. Qualidade de vida de portadores de HIV/Aids: influência de fatores demográficos, clínicos e psicossociais [teses]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

REIS, C. B. S. et al. Prevalência e fatores associados às intenções de paternidade em homens com HIV/aids em Fortaleza, Ceará. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1053-1060, dez. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-201500003560014.pdf> Acesso em: 02 de agosto de 2017.

REIS, R. K. et al. Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Latinoam. Enfermagem** jul.-ago. 2011;19(4)

REMOR, E. Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. **Psic.: Teor. e Pesq.**, 18(3), 283-287. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722002000300007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 08 de agosto de 2017

REZENDE, M. C. M; LIMA, T. J. P. L; REZENDE, M. H. V. Aids na terceira idade: determinantes biopsicossociais. **Rev. Estudos**, vol.36, n.1/2, p. 235-253, jan./fev. Goiânia, 2009. Disponível em: < <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/1027/725>> Acesso em: 10 de novembro de 2016.

RIGHETTO, R. C. et al. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev. Rene**. 2014 nov-dez; 15(6):942-8. Disponível em: <
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1761/pdf>> Acesso em: 15 de agosto de 2017.

RISMAN, A. Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural. **Text. Sobre Envelhec.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 15-27, 2005. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000195&pid=S1414-3283201000040001300026&lng=es> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

RODRIGUES, V. S; TEIXEIRA, S. M. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2009; 12(2): 239-254. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232009000200239&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 13 de agosto de 2017.

ROMAN, M. W; CALLEN, B. L. Screening instruments for older adult depressive disorders: updating the evidence-based toolbox. **Issues Ment. Health Nurs**. 2008 Sep;29(9):924-41. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18770099>> Acesso em: 07 de setembro de 2016.

ROWE, J. W; KAHN, R. L. Successful aging. **Gerontologist**. 1997;37(4):433-440. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9279031>> Acesso em: 07 de setembro de 2016.

ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2013.

ROUQUAYROL MZ; ALMEIDA FN. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 7-35.

SAMARANAYAKE, L. P; FIDEL, P. L; NAGLIK, J. R; SWEET, S. P; TEANPAISAN, R; COOGAN, M. M. et al. Fungal infections associated with HIV infection. **Oral Dis.**, 2002; 8:151-60. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12164650>> Acesso em: 12 de agosto de 2017.

SAMJI, H et al. Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. **PLoS ONE**, 2013, 8: e81355. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24367482>> Acesso em: 12 de agosto de 2017.

SANTOS, L. et al. Nível de atividade física, indicadores clínicos e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 6, p. 711-712. 2014. Disponível em: < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/4256>> Acesso em: 06 de agosto de 2017.

SANTOS, L. D.; MARTINS, I. A. Qualidade de vida urbana: o caso da cidade do Porto. Porto. FEP. Universidade do Porto. **Working Papers**. n. 16, 38 p., mai. 2002. Disponível em: < <https://ideas.repec.org/p/por/fepwps/116.html>> Acesso em: 07 de setembro de 2016.

SANTOS, P. M. et al. Percepção de qualidade de vida entre idosos jovens e longevos praticantes de hidroginástica. **Rev. Bras. Qual. Vida**. Ponta Grossa-PR, v. 5, n. 1, jan/mar. 2013, p. 01-11

SANTOS, S. A. L.; TAVARES, D. M. S.; BARBOSA, M. H. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, nº12, v. 2, p. 692 – 697, 2010. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a14.htm> Acesso em: 11 de agosto de 2017

SCHRODER, E. F. Idosos e HIV/Aids. Estudos Teológicos, São Leopoldo, v.1, p. 774-789, 2012. Disponível em: < <file:///C:/Users/K%20Y%20A%20R%20A/Downloads/80-720-1-PB.pdf>> Acesso em: 08 de setembro de 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DIRETORIA GERAL DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS. PROGRAMA ESTADUAL DE IST/AIDS/HIV. **Boletim Epidemiológico Vigilância HIV/AIDS – Pernambuco**, 2016.

SHENOY, A. et al. Effect of Lipodystrophy on the Quality of Life among People Living with HIV on Highly Active Antiretroviral Therapy. **J. Int. Assoc. Provid. AIDS Care**, Thousand Oaks, v. 13, n. 5, p. 471-475, May 2014. Disponível em: <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23722086>> Acesso em: 13 de agosto de 2017.

SILVA, G.S.N. Masculinidades e saúde do homem: a construção de vulnera(ha)bilidades.

Rev. Bras. Sexual. Hum., v.18, n.2, p.431-40, 2007. Disponível em: <

<http://www.sbrash.org.br/revista/rbsh/71-volume-18-n-2/masculinidades-e-saude-do-homem-a-construcao-de-vulnera-ha-bilidades>> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

SILVA, I. T., JUNIOR, E. P. P., VILELA, A. B. A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014; 17(2): 275-287

SILVA, J. et al. Quality of life of people living with HIV. **AIDS Care**, Oxfordshire, v. 25, n. 1, p. 71-76, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22616566>> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

SILVA, A. C. V. et al. Fatores associados à osteopenia e osteoporose em mulheres submetidas à densitometria óssea. **Rev. Bras. Reumatol.** 2015;55(3): 223-228.

SILVA, J. A. G. et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, jun. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601188> Acesso em: 15 de agosto de 2017.

SILVA, L. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. Salvador. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, 2006. 111p.

SILVA, M. N. M. et al. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. **Rev. Psiquiatr. RS.** 2008;30(2): 150-154. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000300011&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 16 de agosto de 2017

SILVA, R. A. R. et al. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. **REUOL**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6039-8, out. 2013. Disponível em: <

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4882>> Acesso em: 09 de agosto de 2017.

SILVA-SANTOS, A. C; MATOS, M. A; GALVÃO-CASTRO, B. Reabsorção no metabolismo ósseo de pacientes hiv-positivos. **Acta Ortop. Bras.** 2009;17(2):50-2.

Disponível em: <http://www.scielo.br/aob> Acesso em: 09 de agosto de 2017.

SILVA, I. T; JUNIOR, E. P. P; VILELA, A. B. A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014; 17(2): 275-287

SILVEIRA, M. P. T.; SILVEIRA, M. F.; MÜLLER, C. H. Qualidade de vida de gestantes vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 246-252, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000500246> Acesso em: 14 de agosto de 2017.

SOÁREZ, P.C; CASTELA, A; ABRÃO, P; HOLMES, W. C; CICONELLI, R. M. 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. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n1/11.pdf>> Acesso em: 08 de setembro de 2016.

SOUZA, M. et al. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.3, p.936-944, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00936.pdf>> Acesso em: 17 de agosto de 2017

SZAFLARSKI, M. Spirituality and religion among HIV-infected individuals. **Current HIV/AIDS Reports**, Philadelphia, v. 10, n. 4, p. 324-32, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5302191/>> Acesso em: 07 de agosto de 2017.

TAVARES, F. M. B. Apontamentos sobre o conceito de qualidade de vida: revisões, cruzamentos e possibilidades críticas. **R. Bras. Qual. Vida** 2011; 3:23-32. Disponível em: < <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1067>> Acesso em: 08 de setembro de 2016.

TESTON, E. F; CARREIRA, L; MARCON, S. S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Rev. Bras. Enferm.** 2014 mai-jun;67(3):450-6. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000300450&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10 de agosto de 2017.

UNAIDS. **On the Fast-Track to end AIDS by 2030: Focus on location and population.** Geneva. 2015.

UNAIDS. **Prevention Gap Report.** January 2016

YADAV, S. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. **Qual. Life Res.** 2010;19(2):157-166. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20047029>> Acesso em: 10 de julho de 2016.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2003, 19 (3):705-715. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X20030003000003&script=sci_abstract&tlng=es> Acesso em: 31 de agosto de 2016.

WEBB, M. S; VANABLE, P. A; CAREY, M. P; BLAIR, D. C. Cigarette smoking among HIV+ men and women: examining health, substance use, and psychosocial correlates across the smoking spectrum. **J. Behav. Med.**, 2007;30(5):371-83. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2570223/>> Acesso em: 07 de agosto de 2017.

WU, Z & SCHIMMELE, C. M. Uncoupling in late life. **Generations**, n. 31, p. 41-46, 2007. Disponível em: < <https://www.questia.com/library/journal/1P3-1397468031/uncoupling-in-late-life>> Acesso em: 08 de agosto de 2017.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:

01. Nome: _____
02. Nº Prontuário: _____
Endereço: _____ _____
Telefones para contato: _____
Entrevistador: _____ Data da entrevista: ___/___/___

B) FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

04. Data de Nascimento: ___/___/___	05. Idade (anos completos): _____
06. Sexo (1) Masculino (2) Feminino	
07. Situação Conjugal (1) Solteiro (a) (2) Casado ou tem companheiro (a) (3) Viúvo (a) (4) Separado (a) ou divorciado (a)	08. Qual sua escolaridade*? (anos de estudo com aprovação) (1) Analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11 anos (5) Acima de 11 anos *Já foi perguntado no MEEM
09. Rendimento mensal individual: (1) Sem renda (2) Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 936,99) (3) De 1-2 salários mínimos (De R\$ 937,00 a R\$1.874,00) (4) De 2-4 salários (De R\$ 1.874,00 a R\$ 3.748,00) (5) Mais de 4 salários (Mais de R\$ 3.748,00)	10. Raça (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena

<p>11. Religião</p> <p>(1) Católica Apostólica Romana</p> <p>(2) Evangélica</p> <p>(3) Espírita/outras: _____</p> <p>(5) Sem religião ou sem declarar</p>
<p>12. Arranjo familiar: mora com quantas pessoas? _____</p> <p>(1) Esposo (a) (2) Companheiro (a) (3) Filho (a) (4) Enteado (a) (5) Genro/nora</p> <p>(6) Neto (a) (7) Irmão (a) (8) Cunhado (a) (9) Mora só (10) Amigo (a)</p> <p>(11) Pai/mãe (12) Sobrinho (a) (13) Primo (a)</p>
<p>13. Origem dos recursos financeiros</p> <p>(1) Não tem rendimentos próprios</p> <p>(2) Salário ou atividade informal</p> <p>(3) Pensionista e/ou aposentado</p>
<p>14. Contribuição na renda familiar</p> <p>(1) Totalmente (2) Parcialmente (3) Não contribui</p>

C) REVISÃO PRONTUÁRIOS A CERCA DE CO-MORBIDADES

15. Avaliação de doença crônica		
HAS	(1) Ausente	(2) Presente
DM	(1) Ausente	(2) Presente
Doenças cardiovasculares ¹	(1) Ausente	(2) Presente
Osteoporose	(1) Ausente	(2) Presente
Osteoartrose	(1) Ausente	(2) Presente
Doenças neurológicas ²	(1) Ausente	(2) Presente
Doenças respiratórias ³	(1) Ausente	(2) Presente
Neoplasia	(1) Ausente	(2) Presente
Depressão	(1) Ausente	(2) Presente

1- _____

2- _____

3- _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS – Resolução nº 466/12

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS IDOSAS INFECTADAS PELO HIV/AIDS ASSISTIDAS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Márcia Carrera Campos Leal - Endereço para contato: Departamento de Medicina Social da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE. CEP: 50670-901, E-mail: marciacarrera@hotmail.com, Telefone: (81): 21268550. Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda.

Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

O objetivo é identificar o perfil social e epidemiológico dos idosos infectados pelo HIV/AIDS assistidos em serviços de referência em idosos maiores de 60 anos assistidos nos Serviços de referência do município de Recife. O (a) Sr. (a) responderá a uma entrevista sobre a sua condição física e emocional por meio de instrumento de avaliação da área de envelhecimento.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer benefícios, como por exemplo, melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso não institucionalizado, infectado pelo vírus HIV, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As informações (entrevistas) serão armazenadas em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra- judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.:(81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Identificação do perfil social e epidemiológico dos idosos infectados pelo HIV/AIDS assistidos em serviços de referência, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

<p>IMPRESSÃO DIGITAL</p>

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____

Paciente: _____ **Data:** ____/____/____

Qual sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação)

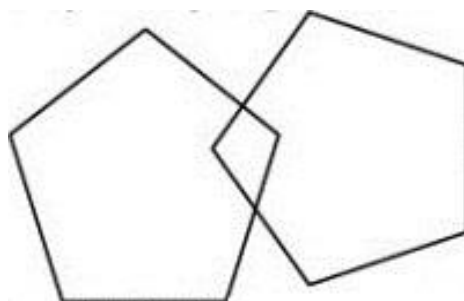
(1) Analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11 anos (5) Acima de 11 anos

1. Orientação temporal (0-5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano: _____	1	
		Semestre: _____	1	
2. Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Dia: _____	1	
		Mês: _____	1	
		Dia da semana: _____	1	
		Estado: _____	1	
		Cidade: _____	1	
		Bairro: _____	1	
		Rua: _____	1	
		Local: _____	1	
		Vaso		
		Carro	1	
		Tijolo	1	
3. Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máx. 5 repetições)		1	
4. Cálculo (0-5 pontos)	Se de R\$ 100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93	1	
		86	1	
		79	1	
		72	1	
		65	1	
	OU	Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente	O	1
			D	1
			N	1
			U	1
			M	1

5. Lembranças (memória de evocação)	Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.	Vaso Carro Tijolo	1 1 1
6. Linguagem (0-2 pontos)	Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta.	Lápis Relógio	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8. Linguagem (0-3 pontos)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita; Dobre-o ao meio; Ponha-o na mesa.	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao entrevistado para que leia a ordem e a execute.	FECHE OS OLHOS	1

FECHE OS OLHOS

10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao entrevistado para escrever uma frase de sua própria autoria.		1
Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1



Fonte: Brucki et al. (2003)

Pontuação: _____

Pontuação total: 30 pontos

VALORES DE REFERÊNCIA: Brucki et al. (2003)

Analfabetos: 20 pontos

1 – 4 anos de estudo: 25 pontos

5 – 8 anos de estudo: 26,5 pontos

9 – 11 anos de estudo: 28 pontos

Mais de 11 anos de estudo: 29 pontos

**ANEXO B – HIV/AIDS – Target Quality of Life Instrument
(HAT-Qol)**

DOMÍNIO I: FUNÇÃO GERAL

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física.					
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina					
c. Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo					
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes.					
e. Nas últimas 4 semanas, senti que ter o HIV tem limitado o volume de trabalho que sou capaz de realizar em minhas atividades diárias de rotina/trabalho					
f. Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades					

sociais					
---------	--	--	--	--	--

DOMÍNIO II: SATISFAÇÃO COM A VIDA

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida					
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida					
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais					
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável					

DOMÍNIO III: PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde					
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a					

minha contagem CD4					
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral					
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria					

DOMÍNIO IV: PREOCUPAÇÕES FINANCEIRAS

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com uma renda determinada					
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas					
c. Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto					

DOMÍNIO V: PREOCUPAÇÕES COM A MEDICAÇÃO

Você tomou medicação para o HIV nas últimas 4 semanas?

NÃO >>> Vá para Seção 6

**SIM >>> Continue com a
questão 5a**

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso					
b. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal					
c. Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis					
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo					
e. Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios					

DOMÍNIO VI: ACEITAÇÃO DO HIV

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei					

minha vida antes de saber que tinha o HIV					
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado					

DOMÍNIO VII: PREOCUPAÇÃO COM O SIGILO

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo					
b. Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV					
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV					
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que as pessoas do meu trabalho ou que participam de minhas atividades do dia-a-dia descobrissem que eu tenho HIV					
e. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se					

outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV					
---	--	--	--	--	--

DOMÍNIO VIII: CONFIANÇA NO PROFISSIONAL

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade					
b. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento					
c. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo					

DOMÍNIO IX: FUNÇÃO SEXUAL

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado					
b. Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo					

ANEXO C – AVALIAÇÃO DA SAÚDE AUTO-PERCEBIDA

- O (a) senhor (a) diria que sua saúde é:

- (0) Excelente
- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim

Classificação de saúde auto-percebida
() Boa (0 – 1 – 2)
() Não satisfatória (3 – 4)

**ANEXO D - ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL
(ÍNDICE DE BARTHEL)**

Índice de Barthel	
	Pontuação
<p align="center">ALIMENTAÇÃO</p> <p>0. Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa. 5. Necessita de ajuda para cortar a carne, passar manteiga, porém, é capaz de comer sozinho. 10. Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável (<i>A comida pode ser preparada por outra pessoa</i>)</p>	
<p align="center">BANHO</p> <p>0. Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão. 5. Independente. Capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervise.</p>	
<p align="center">HIGIENE PESSOAL</p> <p>0. Dependente. Necessita alguma ajuda com o cuidado pessoal 5. Independente. Realiza todas atividades de higiene pessoal sem ajuda (barbear, dentes, rosto, cabelo)</p>	
<p align="center">VESTIR-SE</p> <p>0. Dependente. Necessita de alguma ajuda. 5. Necessita ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho. 10. Independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda (incluindo botões, zíper, laço, etc.).</p>	
<p align="center">INTESTINO</p> <p>0. Incontinente (ou necessita de enemas). Mais de um episódio semanal de incontinência. 5. Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana). 10. Contigente (não apresenta episódios de incontinência).</p>	
<p align="center">SISTEMA URINÁRIO</p>	

<p>0. Incontinente ou cateterizado. 5. Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 h). 10. Contínente (por mais de 7 dias).</p>	
<p>USO DO SANITÁRIO</p>	
<p>0. Dependente. 5. Necessita ajuda parcial, mas consegue fazer algumas coisas sozinho. 10. Independente (senta-se, levanta-se, penteia-se, limpa-se, veste-se sem ajuda).</p>	
<p>TRANSFERÊNCIA (<i>cadeira-cama e vice e versa</i>)</p>	
<p>0. Incapaz. Não tem equilíbrio para manter-se sentado. 5. Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), consegue sentar-se. 10. Pouca ajuda (verbal ou física) 15. Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas).</p>	
<p>MOBILIDADE (<i>deambulação em superfícies planas</i>)</p>	
<p>0. Imóvel. 5. Independente na cadeira de rodas, incluindo os cantos. 10. Caminha com a ajuda (verbal ou física) de uma pessoa. 15. Independente (mas pode utilizar qualquer auxiliar da locomoção, ex: bengala, muleta, andador).</p>	
<p>ESCADAS</p>	
<p>0. Incapaz. 5. Necessita ajuda (verbal ou física) ou supervisão. 10. Independente (Sobe/desce escadas com apoio do corrimão ou dispositivos auxiliares da marcha, ex: bengala, muleta).</p>	

Pontuação: _____	
Classificação de comprometimento funcional	
Dependência total	() Entre 0-20
Dependência grave	() Entre 21-60
Dependência moderada	() Entre 61-90
Dependência muito leve	() Entre 91-99
Independência	() Entre 100

**ANEXO E – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS)
VERSÃO ABREVIADA**

1	Está atisfeito(a) com a vida?	S ()	N ()	N	
2	Interrompeu muitas de suas atividades?	S ()	N ()	S	
3	Acha sua vida vazia?	S ()	N ()	S	
4	Aborrece-se com frequência?	S ()	N ()	S	
5	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	S ()	N ()	N	
6	Teme que algo ruim lhe aconteça?	S ()	N ()	S	
7	Sente-se alegre a maior parte do tempo?	S ()	N ()	N	
8	Sente-se desamparado(a) com frequência?	S ()	N ()	S	
9	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	S ()	N ()	S	
10	Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	S ()	N ()	S	
11	Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?	S ()	N ()	N	
12	Vale a pena viver como vive agora?	S ()	N ()	N	
13	Sente-se cheio(a) de energia?	S ()	N ()	N	
14	Acha que sua situação tem solução?	S ()	N ()	N	
15	Acha que tem muita gente em situação melhor?	S ()	N ()	S	
TOTAL					

Fonte: Brasil (2006)

0 = resposta diferente do exemplo; 1 = resposta igual ao exemplo.

Pontuação: _____

Avaliação dos resultados:

0 – 5 normal

6 – 10 depressão leve

11 – 15 depressão severa

Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

ANEXO F – ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO ENGAJAMENTO COM A VIDA

- Atividades produtivas:

Durante a última semana você realizou algum trabalho remunerado ou qualquer trabalho voluntário? () Sim () Não

- Conexões sociais:

Você é casado(a) ? () Sim () Não

Você mora em companhia com um parente ou amigo? () Sim () Não

Você participa de alguma celebração religiosa rotineira? () Sim () Não

CLASSIFICAÇÃO ENGAJAMENTO COM A VIDA

Respondeu pelo menos 1 SIM	() Presente
Todas as respostas NÃO	() Ausente

ANEXO G – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

Encontra a seguir cinco afirmações com as quais você poderá concordar ou discordar. Utilizando a escala de 1 a 7 abaixo indicada, refira o seu grau de acordo com cada item colocando o número apropriado na linha que precede cada um deles. Procure ser sincero nas respostas que vai dar. Eis a escala de 7 pontos:

- 1 – totalmente em desacordo
- 2 – em desacordo
- 3 – mais ou menos em desacordo
- 4 – nem de acordo nem em desacordo
- 5 – mais ou menos de acordo
- 6 – de acordo
- 7 – totalmente de acordo

- | | |
|---|---------------|
| 1. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. As minhas condições de vida são excelentes. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Estou satisfeito com a minha vida. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Até agora, consigue obter aquilo que era importante na vida. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria practicamente nada. | 1 2 3 4 5 6 7 |

Classificação de satisfação com a vida	
Satisfeito com a vida	() Entre 30-35 : muito satisfeito
	() Entre 25-29: alta pontuação para satisfação
	() Entre 20-24: pontuação média para satisfação
Insatisfeito com a vida	() Entre 15-19: abaixo da média para satisfação
	() Entre 10-14: insatisfeito
	() Entre 5-9 : muito insatisfeito