

Universidade de Brasília Programa de Pós-Graduação em
Medicina Tropical Núcleo de Medicina Tropical/FM/UNB

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE
PESSOAS TABAGISTAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM
TRATAMENTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA**

Cristiane Ribeiro da Silva

Brasília-DF

2012

Universidade de Brasília Programa de Pós-Graduação em
Medicina Tropical Núcleo de Medicina Tropical/FM/UNB

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE
PESSOAS TABAGISTAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM
TRATAMENTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA**

Cristiane Ribeiro da Silva

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Medicina
Tropical – Núcleo De Medicina Tropical/FM/UNB,
como requisito parcial à obtenção do grau de
Mestre em Medicina Tropical.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elza Ferreira Noronha

Brasília-DF

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

SILVA, Cristiane Ribeiro da.

Avaliação da Qualidade de Vida entre Pessoas Vivendo com hiv/aids em Tratamento no Hospital Universitário de Brasília / Cristina Ribeiro da Silva – Brasília: 2012.

79 f.; 30 cm.

Orientação Elza Ferreira Noronha.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical – Núcleo De Medicina Tropical/FM/UNB, 2012.

Inclui bibliografia.

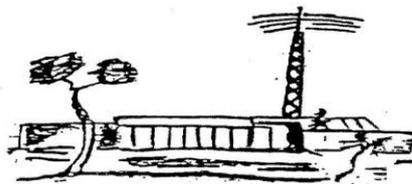
1. Avaliação da Qualidade de Vida entre Pessoas Vivendo com hiv/aids em tratamento no Hospital Universitário de Brasília. I. Título.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE PESSOAS TABAGISTAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM TRATAMENTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

CRISTIANE RIBEIRO DA SILVA

Dissertação de Mestrado
apresentada ao programa de Pós-
Graduação em Medicina Tropical da
Universidade de Brasília para a obtenção
do título de mestre em Medicina Tropical,
na área de concentração: Epidemiologia e
controle das Doenças Infecciosas e
Parasitárias.

Orientadora: Prof^a. Dra Elza Ferreira Noronha



Brasília

2012

IV. COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Cristiane Ribeiro da Silva

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE PESSOAS TABAGISTAS VIVENDO COM HIV/AIDS EM TRATAMENTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Medicina Tropical: Epidemiologia e controle das Doenças infecciosas
e Parasitárias

DATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO

13 de Abril de 2012

BANCA EXAMINADORA

(Em ordem alfabética)

Dra. Eliane Maria Fleury Seidi (Doutora)

Universidade de Brasília

Dra Elza Ferreira Noronha (Doutora)

Universidade de Brasília

Dr. Gustavo Adolfo Sierra Romero (Doutor)

Universidade de Brasília

Dr. Juan José Cortez Escalante (Doutor)

Universidade de Brasília

A aprendizagem se realiza através da conduta ativa do aluno, que aprende mediante o que ele faz e não o que faz o professor

Ralph W. Tyler

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HIV: Human Immunodeficiency Virus
AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIDS-HAQ: Assessment Questionnaire Health - Acquired Immunodeficiency Syndrome
AZT: Azidothymidine (Zidovudina)
DF: Distrito Federal
DL: Dislipidemia
DM: Diabete Mellitus
EUA: Estados Unidos da América
FAHI: Assessment of hiv Infection
GHSA: General Health Self-Assessment
HAS: Hipertensão Arterial Sistólica
HAT-QOL: HIV/AIDS Targeted Quality of Life
HIV-QOL: Questionnaire quality of life - Human Immunodeficiency Virus
HIV-QL 31: Questinnaire Quality of life 31 - Human Immunodeficiency Virus
HOPES: Evaluation System Overview of the Problems of hiv
IC: Intervalo de Confiança
ITR: Inibidor da Transcriptase Reversa
itrn: Inibidor da Transcriptase Reversa nucleosídeo
itrnn: Inibidor de Transcriptase Reversa não Nucleosídeo
KS: Kolmogorov Smirnov
LWH: Living With hiv
MOS-HIV: Medical Outcomes Questionnaire - Human Immunodeficiency Virus
MPQOL: Sccale Questionnaire Paternal Pediatric Quality of Life
MQOL-HIV: Questionnaire Multi-Dimencional Quality of Life for hiv/aids
OMS: Organização Mundial de Saúde
OR: Odds Ration
PVHA : Pessoa Vivendo com hiv/aids

QRVS: Quality of Life Related to Health

SF 36: Short Form Health survey 36

SICLON: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

WHOQOL HIV: World Health Organization Quality of Life Instrument - HIV

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instrument - Bref

TARV: Tratamento Anti-retroviral

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela oportunidade a mim confiada, a Jesus Cristo, por me ensinar que tudo é possível ao que crê e me amparar nos momentos mais difíceis, dar-me força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Aos meus pais e meu irmão Luiz Márcio pelo apoio e incentivo a cada dia nas minhas conquistas e vitórias.

À Prof^a Dr^a Elza Ferreira Noronha, minha orientadora, que me introduziu no mundo da pesquisa, compartilhando seus conhecimentos e conduzindo-me nesta jornada de forma tranquila e amiga, contribuindo para meu crescimento profissional. Agradeço pelo gratificante convívio e por me mostrar o caminho da ciência.

Aos funcionários da farmácia escola e do Projeto Com-vivência pela gentileza durante a aplicação do questionário.

A todos os amigos e colegas de trabalho por terem acreditado na minha capacidade e pela compreensão das inúmeras ausências dos momentos que eu não pude compartilhar.

Ao quadro docente da UNB deixo um pouco de mim do muito que levo de todos vocês: o conhecimento adquirido, o carinho e o convívio amigo que desfrutamos ao longo desta jornada.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids em tratamento no HUB no período de maio á setembro de 2011.....	31
Tabela 2. Características epidemiológicas e clínicas dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids em tratamento no HUB no período de maio á setembro de 2011.....	33
Tabela 3. Estimativa da proporção de tabagistas entre os participantes do estudo vivendo com hiv/aids em tratamento no HUB no período de maio a setembro de 2011.....	34
Tabela 4. Análise bivariada das características sociodemográficas dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de Maio à Setembro de 2011.....	35
Tabela 5. Análise bivariada das características clínicas dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de Maio à Setembro de 2011.....	36
Tabela 6. Distribuição das médias e medianas das varáveis do questionário HAT-QOL quanto a distribuição da normalidade do estudo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de Maio a Setembro de 2011.....	37
Tabela 7. Análise de correlação das variáveis do questionário HAT-QOL, utilizando-se testes de correlação de Pearson e Spearman no estudo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de Maio a Setembro de 2011.....	39
Tabela 8. Análise da correlação das medianas das variáveis do questionário HAT-QOL entre os participantes do estudo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de Maio a Setembro de 2011.....	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de cadastramento dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids em tratamento no HUB no período de maio a setembro de 2011	29
Figura 2. Distribuição segundo faixa etária dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids em tratamento no HUB no período de de maio a setembro de 2011.....	30

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	17
II.	OBJETIVOS	24
	Objetivo Geral.....	24
	Objetivos Específicos	24
III.	MÉTODOS	25
	Tipo de Estudo	25
	Local do estudo	25
	População de estudo.....	25
	Amostra	25
	Critério de inclusão.....	25
	Critério de exclusão.....	25
	Procedimentos.....	26
	Definições de casos	27
	Considerações éticas.....	27
	Análise estatística.....	27
IV.	RESULTADOS.....	29
V.	DISCUSSÃO.....	42
VI.	CONCLUSÃO	47
VII.	REFERÊNCIAS	49
VIII.	ANEXOS.....	56
	Anexo 1.....	56
	Anexo 2.....	57
	Anexo 3.....	60
	Anexo 4.....	69

RESUMO

Introdução:

A avaliação da qualidade de vida vem ganhando importância como uma forma de acessar o impacto da doença, dos hábitos diários de vida assim como da resposta ao tratamento específico da aids nas pessoas vivendo com hiv/aids. Dentre os instrumentos de avaliação disponíveis o HAT-QOL foi validado e traduzido para o português e tem sido utilizado no Brasil.

Objetivo:

Avaliar os parâmetros referentes à qualidade de vida, descrever as características clínicas e epidemiológicas e avaliar os fatores associados ao tabagismo em PVHA no Hospital Universitário de Brasília entre maio e setembro de 2011.

Métodos:

Foi realizado um estudo transversal com componente descritivo e analítico, no serviço ambulatorial do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil. Foram incluídos participantes maiores de 18 anos, não gestantes em uso de tratamento antirretroviral por no mínimo três meses. Para a entrevista foi utilizado um questionário estruturado tendo sido obtidos os dados sócio demográficos, clínicos, epidemiológico e o questionário HAT-QOL para avaliação de qualidade de vida. Os dados foram digitados e analisados no programa estatístico SPSS-16.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa nos Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, com registro CEP_FM 006/2011.

Resultados:

Foram incluídos 81 participantes, sendo 60,5% do sexo masculino com mediana de idade de 41 anos (variação de 19 -73), a maioria era solteira e residente no DF; 51,9% cursaram pelo menos o ensino médio e tinham renda de até um salário mínimo. Quanto às variáveis clínicas, a mediana do tempo de diagnóstico foi de quatro anos (variando de 1 a 25 anos) e a mediana de tempo de tratamento antirretroviral de dois anos (variando de 1

a 3 anos); 51,9% referiam sedentarismo, 27,2% uso de álcool e 7,4% de outras substâncias psicoativas; 81,5% tiveram contagem de células cd4 abaixo de 200 células por milímetros cúbicos na primeira avaliação e 91,4% estavam com o valor acima na última avaliação. A proporção de tabagistas foi 54,3%(IC 95% de 53,2 a 55,4). O tabagismo esteve associado ao etilismo (55,6%, OR 8,4 IC 95% de 1,3 a 109,1 $p < 0,05$), uso de drogas (81,5%, OR 12,1 IC 95% 0,2 a 1,1 $p < 0,05$) e ocorrência de comorbidades (77,8% OR 5,5 IC 95% 1,9 a 15,8 $p < 0,001$). Os piores escores da avaliação de qualidade de vida foram obtidos pelas medianas das variáveis relacionadas “às preocupações financeiras” e “à preocupação com sigilo” “à satisfação com a vida”. Entre os tabagistas, o pior índice avaliado foi “satisfação com a vida”, “preocupação com o sigilo” e “preocupações financeiras” e para os não tabagistas foi “preocupações financeiras” e “preocupação com sigilo”. Houve diferença entre os grupos considerando os critérios “função geral”, “satisfação com a vida” ($p = 0,05$), e “preocupação ($p < 0,05$).

Conclusões:

O estudo sugere que PVHA em tratamento no HUB tende a ter uma boa resposta ao tratamento. A proporção de tabagismo é importante na população estudada e está associada aos hábitos de abuso de álcool e drogas bem como a ocorrência de comorbidades. Foi possível avaliar os parâmetros de qualidade de vida na amostra e foi verificada diferença entre os grupos, considerando os seguintes critérios: função geral, satisfação com a vida e preocupação na saúde, sendo registrados os piores escores entre os tabagistas.

Palavras-Chave: Qualidade de vida, PVHA; tabagismo; HAT-QOL; prognóstico

ABSTRACT

Introduction:

The evaluation of quality of life is becoming increasingly important as a way to assess the impact of the disease, the daily habits of life as well as the response to treatment of AIDS in people living with HIV / AIDS. Among the assessment tools available HAT-QOL was validated and translated into Portuguese and has been used in Brazil.

Objectives:

To evaluate the parameters related to quality of life, describe the clinical and epidemiological characteristics and evaluate the factors associated with smoking among PVHA in Brasilia University Hospital between May and September 2011.

Methods:

We conducted a cross-sectional descriptive and analytical component, in the outpatient clinic of the University Hospital of Brasília, Distrito Federal. Brazil. We included participants older than 18 years, not pregnant in use of antiretroviral therapy for at least three months. For the interview was using a structured questionnaire data were obtained sociodemographic, clinical, epidemiological, and the HAT-QOL questionnaire for assessing quality of life. Data were entered and analyzed using SPSS-16.0. The study was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Faculty of Medicine, University of Brasilia, with record CEP_FM 006/2011.

Results:

There were 81 participants, 60.5% were male with a median age of 41 years (range 19 -73), most were single and living in DF, 51.9% attended at least the second and had an income of than the minimum wage. Regarding clinical variables, the median time from diagnosis was four years (range 1-25 years) and the median time to antiretroviral treatment two years (range 1-3 years), 51.9% stated sedentary, 27, 2% alcohol and 7.4% of other psychoactive substances; 81.5% had CD4 cell counts below 200 cells per cubic millimeter

in the first evaluation and 91, 4% were above the value at the last evaluation. The proportion of smokers was 54.3% (95% CI 53.2 to 55.4). Cigarette smoking was associated with alcohol drinking (55.6%, OR 8.4 95% CI 1.3 to 109.1 $p < 0.05$), drug use (81.5%, OR 12.1 95% CI 0.2 to 1.1 $p < 0.05$) and occurrence of comorbidities (77.8% OR 5.5 95% CI 1.9 to 15.8 $p < 0.001$). The worst scores of the assessment of quality of life were obtained using the medians of variables related to financial worries" 'and" the concern with secrecy" to" life satisfaction". Among smokers the worst index was rated" life satisfaction", "preoccupation with secrecy" and" financial concerns" and was" nonsmokers financial concerns" and" concern with secrecy ". There were differences between the groups considering the criteria function" general", "" life satisfaction ($p = 0.05$), and "concern ($p < 0.05$).

Conclusions:

The study suggests that PVHA receiving treatment at HUB tend to have good response to treatment. The proportion of smoking is important in this population and is associated with the habits of drug and alcohol abuse as well as the occurrence of comorbidities. It was possible to evaluate the parameters of quality of life was observed in the sample and differences between groups considering general criterion function, satisfaction with life and health concern being registered the lowest scores among smokers.

Keywords: quality of life; hiv/aids; smoker; HAT-QOL

I. INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (hiv) causa a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) caracterizada pela grave disfunção do sistema imunológico na medida em que são destruídos os linfócitos T CD4+ que são consideradas uma das principais células-alvo do vírus (Brasil, 2005; Brito AM, et al., 2000).

Atualmente, dois tipos de vírus são responsáveis pela infecção em humanos, o hiv-1 e o hiv-2. Em todo o mundo, a infecção pelo hiv-1 é mais comum. O tempo médio entre a infecção pelo hiv e a manifestação da aids é de aproximadamente 10 anos para o hiv-1 e de 17 anos para o hiv-2 (Canini SRMS, et al., 2004 e Brasil, 2011).

Do ponto de vista histórico, o vírus hiv pode ter estado presente nos Estados Unidos já em 1966. Em 1978, a prevalência de hiv-1 entre homens que fazem sexo com homens residentes de New York e San Francisco era estimada em 5% (Zhu T, et al., 1998). No início da década de 1980 a epidemia atingiu novos segmentos com comportamento associado ao risco de adquirir a infecção, tais como os usuários de drogas injetáveis, assim como os indivíduos que receberam transfusão de sangue e hemoderivados. Já nos últimos anos da década de 1980 e início dos anos 1990, a epidemia assumiu outro perfil no mundo onde a transmissão heterossexual passou a ter maior papel na cadeia epidemiológica com maior tendência de crescimento em anos recentes, acompanhada de uma expressiva participação das mulheres na dinâmica da epidemia, como se observa no Brasil (Brito AM, 2000).

No Brasil, os dados mais recentes mostraram 608.230 casos de aids acumulados até 2010 com 34,2 mil novos casos no referido ano e taxa de incidência de 17,9 casos por 100 mil habitantes. O maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%) (Brasil, 2011).

Em relação à taxa de incidência por região em 10 anos (2000 a 2010), na região sudeste diminuiu de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes e

nas demais houve aumento: 27,1 para 28,8 na sul; 7,0 para 20,6 na norte; 13,9 para 15,7 na centro-oeste; e 7,1 para 12,6 na nordeste (Brasil, 2011).

Ainda no ano de 2010 o Brasil teve 11,9 mil óbitos em decorrência da aids, o coeficiente de mortalidade se manteve em 6,3 por 100 mil habitantes. A região sul contribui com o maior coeficiente de nove mortos pela doença para cada 100 mil habitantes (Brasil, 2011).

Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Em 2010, foi registrado 1,7 homens para cada mulher (Brasil, 2011).

A faixa etária em que a aids é mais incidente em ambos os sexos é a de 25 a 49 anos de idade. As estimativas de suscetibilidade por idade têm demonstrado que o “risco relativo de infecção pelo hiv apresenta crescimento a partir da faixa etária de 13 anos, atinge o máximo após os 20 anos, diminuindo até os 40 anos, recomeçando o crescimento após essa idade (Barbosa MTS, et al., 2003).

Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do hiv (Brasil, 2011).

Quanto à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual (Brasil, 2011).

O advento dos antirretrovirais, para o tratamento dos indivíduos com hiv-aids, vem proporcionando aumento no tempo de sobrevivência, porém, seu alto custo e inúmeros efeitos colaterais associados à inexistência de cura para a doença têm direcionado investigações sobre o impacto dessa terapêutica na qualidade de vida (Bucciardini R, et al., 2000; Nieuwkerk PT, et al., 2000).

A partir da segunda metade década de 1990, observou-se um declínio no número de mortes relacionadas à infecção pelo hiv, atribuído principalmente ao uso da terapia antirretroviral (TARV). A efetividade da

TARV em controlar a replicação viral e reduzir a morbimortalidade relacionada à infecção pelo hiv tem sido amplamente demonstrada (Palella FG Jr, et al., 1998 e Gange SJ, et al., 2002). Atualmente, existem várias drogas antirretrovirais disponíveis, com inúmeras possibilidades de esquemas tratamento.

Os medicamentos mais utilizados atualmente são os inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa, os inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa, os inibidores de protease, inibidores de fusão e os inibidores da integrase. Embora eficientes no controle do vírus, estes medicamentos provocam efeitos colaterais significativos nos rins, fígado e sistema imunológico dos pacientes (Bucciardini R, et al., 2000 e Nieuwkerk PT. et al., 2000).

No Brasil, os esquemas recomendados como de primeira linha para tratamento dos portadores do vírus hiv devem conter dois inibidores da transcriptase reversa análogos nucleosídeos associados ao análogo não nucleosídeo (2 itrn+ 1 itrnn) ou ao inibidor de protease com o *booster* (2 itrn +IPr).

Uma vez que a eficácia da maioria desses esquemas é semelhante, a escolha do esquema deverá levar em conta também a repercussão na qualidade de vida das pessoas. Com essa motivação, nos últimos anos notou-se interesse crescente pela mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde (QRVS) em indivíduos infectados pelo hiv (Coons SJ, et al., 2000).

Considerando a mudança do perfil da aids após o advento da terapia de alta potência, observou-se um grande interesse pela avaliação da qualidade de vida das PVHAS que pode está sendo afetada pela própria doença ou por condições de estilo de vida, como por exemplo o tabagismo.

Estudos tem mostrado uma alta proporção de tabagismo entre a população portadora de hiv-aids podendo variar de 47 a 65% (Burkhalter JE, et al., 2005 e Mamary EM, et al., 2002). Esta prevalência é significativamente maior do que a observada na população em geral que é estimada em torno de 20%. A elevada prevalência de tabagismo na

população portadora de hiv pode estar associado a pior resposta ao tratamento e maior risco para complicações (Feldman JG. Et al., 2006).

A qualidade de vida é definida pela OMS como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1994). Esta definição tem sido utilizada nos últimos anos como uma medida para avaliar o impacto tanto do tabagismo (Schmitz et al., 2003; Mulder et al., 2001; Martinez et al., 2004) quanto das doenças a este associadas (Lima AFBS., 2002; Garces YI, et al., 2004) na vida do sujeito. Essa medida pode ter um papel mais imediato na motivação desses indivíduos, uma vez que as doenças associadas ao tabaco, as quais, muitas vezes, levam o indivíduo a contemplar uma possibilidade de mudança do hábito de fumar, só costumam ocorrer após um longo tempo de exposição ao fumo (Olufade A, et al., 1999; Wilson D, et al., 1999).

Devemos considerar como parâmetros de qualidade de vida os parâmetros Sócio-ambientais: moradia (condições de saneamento básico favoráveis, relacionamentos comunitários adequados, acesso a serviços necessários no cotidiano); transporte (independência de locomoção, acesso a meios de transportes adequados); segurança (sentimento de confiabilidade em aspectos físico e material); assistência médica (acesso a serviços de atendimento médico adequados); condições de trabalho e remuneração (relativo poder de aquisição); educação formal e informal (acesso a formas de ensino); opções de lazer (acesso a atividades adequadas ao ócio); meio ambiente saudável (qualidade do ar, solo e água) e parâmetros individuais: hereditariedade (relação genética em relação á patologias); hábitos alimentares; controle de estresse; atividade física habitual; comportamento preventivo (Olufade et al., 1999; Wilson et al., 1999).

Ainda nesse enfoque, características individuais podem interferir na qualidade de vida, sejam elas de natureza biológica, social e econômica como, por exemplo, variáveis como sexo, faixa etária, situação conjugal, situação ocupacional, escolaridade, renda per capita, tempo de infecção

(tempo de convívio com a doença desde seu diagnóstico) e tempo de tratamento, ou seja, tempo de uso de medicação recomendada para o tratamento da patologia (Arpinelli F, et al., 2000; Avis NE, et al., 1997; Badia X, et al., 1999; Burgoyne RW, et al., 2001). No tocante á variável faixa etária, verifica-se que a população acima de 50 anos tem sido foco de pesquisas (Araújo LF, et al., 2005), mais especificamente de estudos que avaliam a qualidade de vida, haja visto o aumento na expectativa de vida da população mundial, bem como o aumento do número de casos de pessoas soropositivas ao HIV nessa faixa etária. Entre idosos, aspectos como gênero, aposentadoria e escassez de recursos econômicos podem afetar a qualidade de vida.

Todavia, a inexistência de cura para a maioria das doenças crônicas tem mostrado que a mensuração da qualidade de vida é imprescindível para a avaliação de estratégias de tratamento e custo/benefício tornando-se ferramenta importante para direcionar a distribuição de recursos e a implementação de programas de saúde, os quais, por sua vez, podem privilegiar não só os aspectos físicos da clientela, mas também aqueles relacionados às dimensões psíquicas e sociais, possibilitando à equipe de saúde planejar cuidado integral (Canini S, et al., 2004).

A avaliação da qualidade de vida talvez limita a sua inclusão na prática clínica, em grande parte devido a ausência de informação das equipes de saúde sobre as diferentes possibilidades hoje existentes para investigação. É possível identificar as principais tendências metodológicas nos trabalhos que utilizam métodos quantitativos quanto nos estudos qualitativos (Minayo M, et al., 2000).

Atualmente, existem diversos instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida em hiv/aids: Medical Outcomes Questionnaire (MOS-HIV), AIDS Health Assessment Questionnaire (AIDS-HAQ), HIV-QOL Questionnaire Quality of Life (HIV-QOL), General Health Self-Assessment (GHSA), The Miami Pediatric Quality of Life Questionnaire: Parent *Scale* (MPQoL), *HIV Symptom Index* (HIV-SI) e *Living with HIV* (LWH) (Lenderking WR, et al., 1997; Kempainen JK., 2001).

Outros questionários também aplicados para avaliar a qualidade de vida são: *Multi-Dimensional Quality of Life Questionnaire for hiv/aids* (HIMQOL-HIV), *HIV Overview of Problems — Evaluation System* (HOPES), *Functional Assessment of HIV Infection* (FAHI) e *hiv/aids-Targeted Quality of Life* (HAT-QOL) (Davis EA, et al., 2001; Clayson DJ, et al., 2006; Holmes WC, et al., 1998/1999; Smith KW, et al., 1997).

Todos esses instrumentos foram criados em língua inglesa e testados inicialmente em países desenvolvidos. Entre esses questionários, o único cujos domínios foram construídos totalmente a partir de sugestões de pacientes com hiv/aids foi o HAT-QOL. É, portanto, um questionário de qualidade de vida específico para esses pacientes, garantindo a inclusão de domínios importantes e relevantes.

Para validação do questionário de qualidade de vida HAT-QOL, desenvolvido por Galvão MT, et al., 2004, indicado para pacientes com hiv/aids, foi feito um estudo transversal no laboratório de infectologia, da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, para traduzir o HAT-QOL para o português brasileiro, adaptar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas, na qual coletaram-se características sociodemográficas e clínicas de 106 indivíduos infectados pelo hiv, que responderam o questionário HAT-QOL e SF-36. O coeficiente de correlação de Pearson aferiu a validade de construto. Para avaliar a confiabilidade foram calculados o alfa de Cronbach e o coeficiente de correlação intraclasse. O HAT-QOL em português brasileiro é um instrumento válido, confiável e que pode contribuir para avaliar o impacto do hiv/aids sobre a qualidade de vida de pacientes brasileiros (Soárez P et al., 2009).

O hiv/aid - Quality of life (HAT-QOL), apresenta 34 itens que avaliam nove domínios de qualidade de vida: função geral (seis itens), satisfação com a vida (quatro itens), preocupações com a saúde (quatro itens), preocupações financeiras (três itens), preocupações com a medicação (cinco itens), aceitação do hiv (dois itens), preocupações com o sigilo (cinco itens), confiança no profissional (médico, enfermeiro, ou qualquer profissional de saúde que atenda o paciente) (três itens) e função sexual

(dois itens). Para responder cada questão, o indivíduo é conduzido a pensar sobre a sua qualidade de vida nas últimas 4 semanas.

Foi aplicado o instrumento HAT-QOL no estudo de Galvão et al., 2004, o qual avaliou a qualidade de vida de mulheres com hiv/aids e demonstrou importante comprometimento na qualidade de vida dessas mulheres, talvez por conviverem com situações que as conduziram a precariedade econômica e social. Os domínios da escala de qualidade de vida HAT-QOL, cujos índices apontaram prejuízo na qualidade de vida das mulheres infectadas pelo hiv foram: “preocupações com a saúde”, “preocupação com o sigilo sobre a infecção” e “atividades sexuais”. A escala HAT-QOL demonstrou ser útil para a população de mulheres portadoras de hiv deste estudo, apesar de ser originária de uma cultura diferente da brasileira, já que a sua aplicação produziu resultados semelhantes aos da literatura internacional.

No Brasil, a qualidade de vida relacionada a saúde dos pacientes com hiv/aids, tem sido pouco estudada. Portanto, existe demanda por um instrumento válido e confiável, que possa ser aplicado localmente.

A qualidade de vida é uma área importante a ser estudada e a constatação de baixos escores de qualidade de vida nos portadores de hiv/aids associado ao tabagismo pode ser um caminho para sensibilizar os dependentes dessa substância a interromperem esse consumo. Portanto, devido a escassez de pesquisa em portadores do vírus hiv tabagistas, pretende-se com a presente pesquisa analisar os escores do questionário HAT-QOL, como também a influência de variáveis biodemográficas e clínicas na qualidade de vida desses portadores do vírus hiv/aids que estão em tratamento no Hospital Universitário de Brasília (HUB) e identificar a necessidade de futuras intervenções e melhoria nos programas de saúde.

II. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar os parâmetros referentes à qualidade de vida entre pessoas tabagistas vivendo com hiv/aids em acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília (HUB) no período de maio a setembro de 2011.

Objetivos Específicos

- Descrever as características clínicas e epidemiológicas da população com hiv/aids em terapia antirretroviral e acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília (HUB) .
- Analisar os fatores associados ao tabagismo na amostra do estudo.
- Descrever os parâmetros de avaliação da qualidade de vida por meio da aplicação do questionário HAT-QOL em PVHA tabagistas e não tabagistas.

III. MÉTODOS

Tipo de Estudo

O delineamento desse estudo foi transversal com componente descritivo e analítico.

Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório para atendimento de PVHA do Hospital Universitário de Brasília (HUB) no período de maio a setembro de 2011. O HUB é uma instituição de ensino credenciada pelo Ministério da Educação e cultura, conta com aproximadamente 211 leitos e internação hospitalar e dedica-se à atenção em saúde em média e alta complexidade.

O serviço ambulatorial do HUB possui, além dos demais serviços, quatro consultórios de doenças infecciosas e parasitárias para atendimento médico de pessoas adultas, oferecido três vezes na semana de 8 horas às 12 horas. O atendimento às pessoas com hiv/aids é oferecido por equipe multidisciplinar (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistente social e farmacêuticos). O programa conta com o Projeto Com-vivência que é uma parceria que funciona desde 1996, entre o HUB, Instituto de Psicologia da UNB com objetivos gerais de desenvolver atividades de prevenção e de assistência da psicologia e do serviço social a pessoas que vivem com hiv/aids, articuladas a atividades de ensino e pesquisa.

População de estudo

A população do estudo foram as pessoas vivendo com hiv-aids que estavam cadastradas no SICLON (sistema de controle logístico de medicamentos) e que encontravam-se em acompanhamento no ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Amostra

O cálculo da amostra foi feito a partir do cadastro prévio do número de pacientes no Projeto Com-Vivência, cerca de 400 pacientes, considerando a estimativa de tabagismo de 30% com intervalo de confiança de 99% e erro amostral de 5%, obtendo um número de 43 participantes.

A seleção dos pacientes foi por conveniência, esse método apresenta limitações, porque os resultados e as conclusões só se aplicam a amostra assim constituída.

Critério de inclusão

- Maiores de 18 anos.
- Ter diagnóstico de hiv/aids, de acordo com o Ministério da Saúde.
- Estar em uso contínuo de tratamento antirretroviral (TARV) por no mínimo três meses.
- Estar em acompanhamento no ambulatório de doenças Infecciosas e Parasitárias e estar cadastrado no SICLON (sistema de controle logístico de medicamentos) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Critério de exclusão

- Estar gestante.
- Estar incapacitado para responder as perguntas.

Procedimentos

Os participantes da pesquisa foram identificados a partir dos cadastros no SICLON da farmácia e do ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Eles foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária e aqueles que concordaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e setembro de 2011 nos dias que os participantes estavam agendados para recebimento da medicação na farmácia ou para consultas no ambulatório.

A ficha de coleta de dados foi constituída de variáveis referentes aos dados epidemiológicos e clínicos e o questionário HAT-QOL utilizado para obtenção da pontuação para avaliação da qualidade de vida referente às quatro últimas semanas. Os instrumentos foram aplicados mediante entrevistas individualizadas, que foram realizadas em sala privativa e aplicadas pelo pesquisador.

Para a avaliação descritiva foram consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, renda, naturalidade, escolaridade, tempo de tratamento, valor da primeira contagem de células CD4, valor mais recente da contagem de células CD4, ocorrência de infecções oportunistas, ocorrência de comorbidades, etilismo, uso de drogas e prática de atividade física. As informações sobre o valor de contagem de células CD4 foram obtidas por meio da revisão dos prontuários médicos dos pacientes após autorização.

Para responder cada questão do questionário HAT-QOL, o indivíduo foi conduzido a pensar sobre a sua qualidade de vida nas últimas quatro semanas. As respostas tiveram o formato de escala do tipo *Likert* de cinco pontos: “todo o tempo”, “a maior parte do tempo”, “parte do tempo”, “pouco tempo” e “nunca”. Em cada domínio, zero foi o escore mais baixo e 100 o melhor escore possível. Quanto maior o escore, melhor era a percepção da qualidade de vida dos indivíduos com hiv-aids. Em outras palavras, quanto menor o escore, mais acometida a função, maior a preocupação e menor a satisfação com a vida. (Soárez et al., 2009) Neste estudo, considerou-se como prejudicados os domínios que apresentaram índices cuja a mediana foram menores ou iguais a 55 pontos, uma vez que a pontuação máxima poderia ser de cem pontos (Anexo 2).

Definições de casos

Segundo os critérios da OMS 2003, foi definido como fumante o indivíduo que, por ocasião do inquérito, estivesse fumando qualquer tipo ou

quantidade de tabaco, diariamente, há pelo menos seis meses; e como não fumantes os que nunca tenham fumado, ou como ex tabagistas quem tenha por pouco tempo ou de forma esporádica, qualquer tipo ou quantidade de tabaco, em qualquer período da vida.

Para análise bivariada os ex tabagistas foram classificados como não tabagistas.

As comorbidades relacionadas no estudo foram dislipidemia, hipertensão, diabetes mellitus, Hepatite B ou C, tuberculose ou outras doenças associadas.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, cujo registro é CEP_FM 006/2011.

Os participantes do estudo foram convidados de forma voluntária, não receberam incentivos financeiros e todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), seguindo as exigências para pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Não houve durante a pesquisa ocorrência de eventos adversos como riscos biopsicossociais ou afetivos, e nem pedido de indenização por danos causados por este estudo em alguns dos participantes.

Análise estatística

Os dados foram digitados e analisados no programa estatístico SPSS- 16.0. As proporções foram comparadas utilizando o teste do qui-quadrado com correções quando necessário. Para o cálculo do IC de 95%, da estimativa da proporção, foi utilizado a seguinte fórmula: $\text{Proporção estimada} \pm \text{raiz } p((1-p)/n)$; estimacão +/- valor crítico (1,96) x proporção estimada.

Foi utilizado para análise de normalidade o teste de Kolmogorov – Smirnov 13. As medidas de tendência central foram expressas e

comparadas pela mediana por meio de testes próprios. A associação foi avaliada pelo cálculo da razão de chances com intervalo de confiança de 95%. A análise de correlação das variáveis de qualidade de vida foi realizada utilizando os coeficientes de Pearson e Serman de acordo com a distribuição da normalidade. O nível de significância para os testes estatísticos foi estabelecido em 5%.

IV- RESULTADOS

Foram cadastrados 81 participantes de 291 pessoas atualmente em atendimento no ambulatório do HUB, totalizando no estudo 28,4% da população de pessoas em tratamento e seguimento regular no ambulatório de doenças infecciosas do Hospital Universitário de Brasília. (Figura 1)

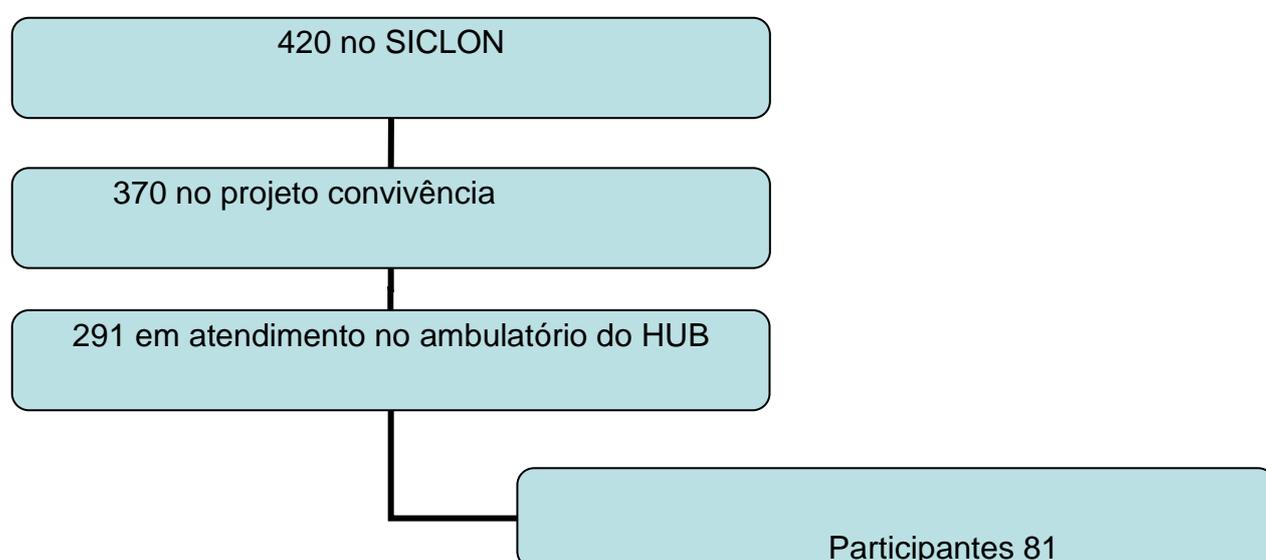


Figura 1. Fluxograma de cadastramento dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids tratados no HUB no período de maio a setembro de 2011

Do total de pessoas entrevistadas, 49 (60,5%) eram do sexo masculino e 32 (39,9%) do feminino. A mediana de idade era 41 anos (variando de 17 a 73 anos). A distribuição por faixa etária mostrou que 31 (35,8%) pessoas estavam na faixa etária de 40 a 49 anos, 26(32,1%) estavam entre 30 e 39 anos, 14 (32,1%) entre 50 e 59 anos, cinco entre 20 e 29 anos (6,1%), três (3,7%) com mais de 70 anos e dois (1,2%) entre 10 e 19 anos, conforme mostrado na Figura 2.

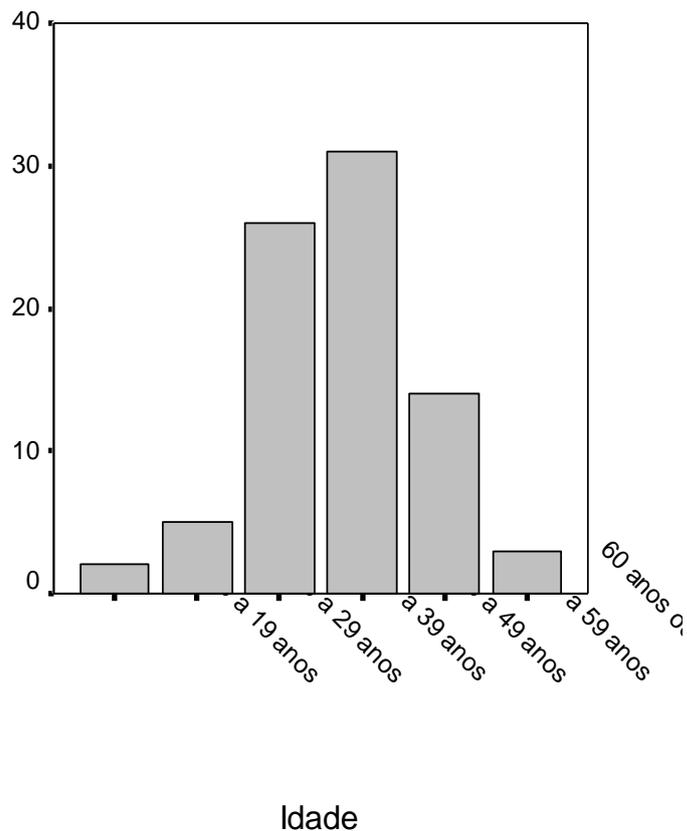


Figura 2. Distribuição segundo faixa etária dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids tratados no HUB no período de maio a setembro de 2011

Em relação ao estado civil, 35 participantes (43,2%) eram solteiros, 18 (22,2%) casados, 12 (14,8%) divorciados, dez (12,3%) declararam união estável e seis (7,4%) eram viúvos. A maioria residia no Distrito Federal totalizando 65 (80,2%); 14 (17,3%) moravam em Goiás e duas (2,5%) em Minas Gerais. Já em relação ao grau de escolaridade, cinco pessoas (6,2%) não eram alfabetizadas, 34 (30,9%) concluíram o ensino fundamental, 25 (30,9%) concluíram o ensino médio e 17 (21,0%) concluíram o nível superior. Sobre a renda, 42 pessoas (51,9%) vivem com uma renda de até um salário mínimo e 39 (48,1%) tem renda maior que um salário mínimo.(Tabela 1)

Em relação aos hábitos diários, verificou-se que 22 (27,2%) relatavam uso de álcool, seis (7,4%) informavam usar outras substâncias psicoativas e

a prática de atividade física foi observada em uma frequência de 48,1% (39 pessoas). Considerando as características clínicas, a mediana do tempo de diagnóstico foi 4 anos (variando de 1 a 25 anos), a mediana de tempo de tratamento antirretroviral foram dois anos (variando de 1 a 3 anos).

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids em tratamento no HUB no período de maio a setembro de 2011

Variável	Frequência (%)
Sexo	
Feminino	32(39,5%)
Masculino	49(60,5%)
Mediana da Idade	41(17-73)
Estado civil	
Solteiro	35 (43,2%)
Casado	18 (22,2%)
Divorciado	12 (14,8%)
União Estável	10 (12,3%)
Viúva	6 (7,4%)
Procedência	
Distrito Federal	65 (80,2%)
Entorno	16 (19,8%)
Escolaridade	
Analfabeto	5 (6,2%)
Até o primeiro grau	34 (30,9%)
Até o segundo grau	25 (30,9%)
Até nível superior	17 (21,0%)
Renda	
<= salário mínimo	42 (51,9%)
>salário mínimo	39 (48,1%)
Uso álcool	
Sim	22 (27,2%)
Não	59 (72,8%)
Usuário de Drogas	
Sim	6 (7,4%)
Não	75 (92,6%)

Atividade Física	
Sim	39 (48,1%)
Não	42 (51,9%)

Quanto às infecções oportunistas, 47 (58,0%) relataram ocorrência anterior e demais comorbidades foram citadas por 42 (51,9%) dos entrevistados. Em relação à contagem de células CD4 inicial, 66 (81,5%) pessoas apresentaram valor abaixo de 200 células por mm³ e 15 (18,5%) acima de 200 células por mm³. Já a última contagem de células de CD4 mostrou 74 (91,4%) participantes com valor acima de 200 células mm³ e sete (8,6%) com valor abaixo de 200 células mm³. (Tabela 2)

Tabela 2. Características epidemiológicas e clínicas dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids em tratamento no HUB no período de maio a setembro de 2011

Variáveis	Frequência
Mediana em anos do tempo de diagnóstico	4,0 (1,0 - 25,0)
Mediana em anos do tempo tratamento	2,0 (1,0 – 3,0)
Comorbidades N (%)	
Sim	42 (51,9%)
Não	39 (48,1%)
Infecções oportunistas N (%)	
Sim	47 (58,0%)
Não	34 (42,0%)
Primeiro valor CD4 N (%)	
Menor 200	66 (81,5%)
Maior 200	15 (18,5%)
Último valor CD4 N (%)	
Menor 200	7 (8,6%)
Maior 200	74 (91,4%)

A proporção de tabagistas na amostra do estudo foi 54,3% (44/81) com IC de 95% variando de 53,2 a 55,4; não tabagistas foi 33,3% (27/81) com IC 95% (32,3-34,4) e ex tabagistas 12,3% (10/81) com IC 95% (11,2-13,4). (Tabela 3)

Tabela 3. Estimativa da proporção de tabagistas entre os participantes do estudo vivendo com hiv/aids em tratamento no HUB no período de maio a setembro de 2011

Estimativa	Frequência (%)	IC 95%
Tabagista	44 (54,3%)	53,2 – 55,4
Não tabagista	27(33,4%)	32,3 - 34,4
Ex Tabagista	10 (12,3%)	11,2 – 13,4

Na análise bivariada, foi verificado que no grupo tabagista houve predominância do sexo masculino, com significância estatística ($p < 0,01$) e associação positiva entre as variáveis (Ver tabela 4).

Em relação aos hábitos diários, o uso de álcool , o uso de drogas e o sedentarismo estiveram associados ao tabagismo ($p < 0,05$), com OR 8.393 (2.798-25.176) e $p = 0,000$ no etilismo e OR de 12.045 (1.330-109.127) e $p = 0,007$ nos usuários de drogas. Já em relação à atividade física, é mais praticada pelos não tabagistas com OR 0.400 (0.153-1.048) e $p = 0,0059$.

A escolaridade no grupo dos tabagistas e não tabagista predominou os que concluíram até o primeiro grau, sendo 12 (44,5%) nos tabagistas e 19 (43,2%) nos não tabagistas.

As demais características como mediana de idade, convivência com parceiro e renda não mostraram associação com o tabagismo conforme mostrado na tabela 4.

Tabela 4. Análise bivariada das características sociodemográficas dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de maio a setembro de 2011

Variável	Tabagista N (%)	Não tabagista N(%)	Valor de P	OR	IC 95%
Sexo					
Feminino	3 (11,1%)	29 (53,7%)	0,000	0,108	(0,29-0,401)
Masculino	24 (88,9%)	25 (46,3%)			
Idade					
Mediana (Mínimo- Máximo)	41(29,0-67,0)	41(19,0-73,0)	0,890	-----	-----
Estado civil					
Com parceiro	6 (22,2%)	22 (40,7%)	0,099	0,416	(0,144-1196)
Sem parceiro	21 (77,8%)	32 (59,35%)			
Procedência					
Distrito Federal	23 (85,2%)	42 (77,8%)	0,430	1,643	(0,475-5680)
Entorno	4 (14,8%)	12 (22,2%)			
Escolaridade					
Analfabeto	1 (3,7%)	4 (7,4%)	0,741		
Até1º grau	12 (44%)	22 (40,7%)			
Até2º grau	7 (25,9%)	18 (33,3%)			
Até nível superior	7 (25,9%)	10 (18,6%)			
Renda					
Até um sal. Mín.	15 (55,6%)	27 (50,0%)	0,637	1,250	(0,494-3,161)
Mais um sal. Mín.	12 (44,9%)	27 (50,0%)			
Etilista					
Sim	15 (55,6%)	7 (13%)	0,000	8,393	(2,798-25,176)
Não	12 (44,4%)	47 (87,0%)			
Usuário de Drogas					
Sim	5 (18,5%)	1 (1,9%)	0,007	12,045	(1,330-109,127)
Não	22 (81,5%)	53 (98,1%)			
Atividade Física					
Sim	9 (33,3%)	30 (55,6%)	0,059	0,400	(0,153-1,048)
Não	18 (66,7%)	24 (44,4%)			

Quanto às variáveis clínicas, as comorbidades são maiores na amostra tabagista do que na amostra não tabagistas com significância estatística ($p < 0,05$), e a associação de risco é de 5,500 e IC de 95% (1,906-15,867)

Não houve associação entre ocorrência de infecções oportunistas e nem no valor de contagem de células CD4+. Já em relação ao tempo de diagnóstico e tempo de tratamento houve uma diferença estatística na frequência entre os tabagistas e não tabagistas, porém sem significância ($p>0,05$). (ver tabela 5)

Tabela 5. Análise bivariada das características clínicas dos participantes do estudo vivendo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de Maio a Setembro de 2011

Variável	Tabagista N(%)	Não tabagista N(%)	Valor de p	OR	IC 95%
Tempo de diagnóstico Mediana (Mín-Máx)	3 (1,0-25,0)	5 (2,0-22,0)	0,095		
Tempo de Tratamento Mediana (Mín-Máx)	2 (1,0-2,0)	4 (1,0-14,0)	0,245		
Comorbidades					
Sim	21 (77,8%)	11 (25%)	0,001	5,500	(1,906-15,867)
Não	6 (22,2%)	33 (75%)			
Infecções Oportunistas					
Sim	19 (70,4%)	21 (47,7%)	0,111	2,250	(0,825-5,897)
Não	8 (29,6%)	23 (52,3%)			
Primeiro valor CD4					
<200	22 (85,2%)	36 (81,8%)	0,544	1,471	(0,421-5,141)
>200	4 (14,8%)	8 (18,2%)			
Último Valor CD4					
<200	3 (11,1%)	2 (45%)	0,576	1,563	(0,324-7,541)
>200	24 (88,9%)	42 (95,5%)			

A avaliação da qualidade de vida na amostra geral mostrou mediana abaixo de 55 nas variáveis preocupações financeiras e preocupação com

sigilo e mediana acima de 55 nas variáveis satisfação com a vida, função geral, preocupações com a saúde, preocupações com medicação, aceitação do HIV, confiança no profissional e função sexual. (Tabela 6)

As variáveis que tiveram distribuição normal ($p < 0,05$) foram preocupações com a saúde, preocupações financeiras, aceitação do HIV, confiança no profissional e função sexual. Já as variáveis que não tiveram distribuição normal ($p > 0,05$) foram: função geral, satisfação com a vida, preocupações com a medicação, preocupações com o sigilo.

Tabela 6. Distribuição das médias e medianas das variáveis do questionário HAT-QOL quanto a distribuição da normalidade no estudo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de Maio a Setembro de 2011

Variáveis do HAT QOL	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor de P*
Função Geral	66,79	70,72	8,32	99,84	0,186
Satisfação com a vida	53,08	56,25	0,00	100,00	0,304
Preocupações com a saúde	69,95	75,00	0,00	100,00	0,013
Preocupações financeiras	44,71	33,32	0,00	100,00	0,009
Preocupações com medicação	72,24	75,00	0,00	100,00	0,103
Aceitação do HIV	68,51	75,00	0,00	100,00	0,003
Preocupação com Sigilo	45,49	40,00	0,00	100,00	0,056
Confiança no Profissional	81,02	99,96	0,00	100,00	0,000
Função Sexual	66,04	100,00	0,00	100,00	0,000

*Teste Kolmogorov-Smirnov (KS) *Valor de p

Na análise de correlação das variáveis do questionário HAT-QOL, a questão função geral teve correlação com as variáveis: satisfação com a vida ($p=0,32$), preocupações com a saúde ($p=0,45$), preocupações financeiras ($p=0,31$), preocupações com medicação ($p=0,40$) e confiança no profissional ($p=0,25$). (Tabela 7)

Na questão Satisfação com a vida, esteve relacionada com função geral ($p=0,32$) e preocupações financeiras ($p=0,23$).

Sobre o item preocupações com a saúde, houve correlação, com função geral ($p=0,43$), preocupações com a medicação ($p=0,37$), aceitação do HIV ($p=0,22$) e confiança no profissional ($p=0,27$).

Já a variável que aborda as Preocupações financeiras, teve correlação com função geral ($p=0,31$), satisfação com a vida ($p=0,23$), aceitação do HIV ($p=0,22$) e confiança no profissional ($p=0,34$).

A questão que resalta as preocupações com a medicação teve correlação com função geral ($p=0,40$), preocupações com a saúde ($p=0,37$) e preocupação com sigilo ($p=0,23$). A abordagem sobre aceitação do HIV se relacionou com preocupações com a saúde ($p=0,22$) e preocupações financeiras ($p=0,22$).

Em relação à preocupação com sigilo, teve relação com preocupações financeiras ($p=0,34$) e preocupações com a medicação ($p=0,23$). A confiança no profissional relacionou com função geral ($p=0,25$) e preocupações com a saúde ($p=0,27$).

Já na última questão, função sexual, não teve correlação com nenhuma outra variável do HAT-QOL.

Tabela 7. Análise de correlação das variáveis do questionário HAT-QOL, utilizando-se testes de correlação de Pearson e Spearman no estudo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de Maio a Setembro de 2011

Variáveis HAT-QOL	Função geral	Satisfação com a vida	Preocupações com a saúde	Preocupações financeiras	Preocupações com medicação	Aceitação do HIV	Preocupação com Sigilo	Confiança no Profissional	Função sexual
Função Geral	1,00								
Satisfação com a vida	0,32**	1,00							
Preocupações com a saúde	0,43**	0,19	1,00						
Preocupações financeiras	0,31**	0,23*	0,12	1,00					
Preocupações com medicação	0,40**	0,14	0,37**	0,12	1,00				
Aceitação do HIV	0,11	0,18	0,22*	0,22*	0,61	1,00			
Preocupação com Sigilo	0,01	0,16	0,13	0,34**	0,23*	0,20	1,00		
Confiança no Profissional	0,25*	0,06	0,27*	0,11	0,16	-0,07	0,10	1,00	
Função Sexual	0,05	0,01	0,09	0,19	0,14	0,11	0,16	-0,01	1,00

* Correlaciona a significância para 0,01

** Correlaciona a significância para 0,05

Foi verificado de acordo com a tabela 8 que os tabagistas apresentaram mediana menor ou igual a 55 nas seguintes variáveis: satisfação com a vida, preocupações financeiras e preocupação com sigilo. O grupo não tabagista apresentou menores escores nas variáveis: preocupações financeiras e preocupação com sigilo.

Na comparação dos escores das variáveis entre os grupos do estudo foi verificado que houve diferença estatística ($p= 0,059$) para as variáveis “função geral ” e “satisfação com a vida” e para a variável “preocupações com a saúde” ($p=0,01$);

Tabela 8. Comparação das medianas das variáveis do questionário HAT-QOL entre os participantes do estudo com hiv/aids tabagistas e não tabagistas em tratamento no HUB no período de Maio a Setembro de 2011

Variáveis do HAT QOL	Tabagista	Não Tabagista	Valor de P*
	Mediana (Mínimo-Máximo)	Mediana (Mínimo-Máximo)	
Função Geral	58,24 (8,32-95,68)	76,96 (8,32-99,84)	0,059
Satisfação com a vida	37,50 (0,00-93,75)	62,50 (0,00-100,00)	0,059
Preocupações com a saúde	75,00 (0,00-100,00)	87,50 (18,75-100,00)	0,016
Preocupações financeiras	41,65 (0,00-99,96)	33,32 (0,00-100,00)	0,432
Preocupações com medicação	75,00 (0,00-100,00)	75,00 (20,00-100,00)	0,872
Aceitação do HIV	87,50 (0,00-100,00)	75,00 (0,00-100,00)	0,529
Preocupação com Sigilo	55,00 (0,00-100,00)	37,50 (0,00-100,00)	0,080
Confiança no Profissional	83,33 (0,00-100,00)	99,96 (0,00-100,00)	0,212
Função Sexual	100,00(0,00-100,00)	87,50 (0,00-100,00)	-

*Valor de p

VI- DISCUSSÃO

O delineamento do estudo foi transversal com componente descritivo e analítico, sendo adequado para descrever as características da amostra de tabagistas e não tabagistas no que diz respeito às determinadas variáveis (sóciodemográficas, clínicas e epidemiológicas) e aos seus padrões de distribuição e associações. A composição da amostra do estudo foi feita a partir dos cadastros do SICLON e do Projeto com-vivência do HUB, na qual inicialmente foi estimado um valor de 400 pessoas portadoras do vírus hiv/aids em tratamento e atendimento no Hospital Universitário de Brasília. Após analisar o registro de pessoas no SICLON que estava em uso de TARV e acompanhamento no ambulatório do HUB, obteve-se um valor de 291 pessoas que cumpriam os critérios de inclusão no estudo. Trata-se , portanto, de uma amostragem de conveniência composta por pessoas com suposta adesão ao tratamento dado, que foram selecionados a partir das visitas regulares ao serviço. O número de participantes (N) foi calculado a partir dos registros anteriores (população de 432 pessoas cadastradas no SICLON e 519 no projeto convivência). Supondo uma prevalência de tabagismo de 30 % na população portadora de hiv/aids, a amostra calculada foi 43 pessoas, porém durante a estratégia de composição da amostra obtivemos 81 participantes, sendo bastante satisfatório para análise dos resultados. Apesar da utilização de uma prevalência esperada mais baixa, como é frequentemente encontrada na população vivendo com hiv/aids, o próprio estudo detectou uma proporção de 54,3% com IC 95% (53,2-55,4).

Tendo em vista os comentários acima, o estudo apresentou baixa validade externa, pois os resultados obtidos foram válidos para população alvo, que são os portadores de hiv/aids em tratamento no Hospital Universitário de Brasília.

Em relação às características sóciodemográficas, a maioria dos entrevistados era do sexo masculino, solteiros, residentes no Distrito Federal, apresentavam uma razoável escolaridade, entre primeiro e segundo

grau, uma baixa renda, com mediana da idade de 41 anos, faixa etária predominante de 40-49 anos e nos hábitos diários não era etilista, não usava droga e não houve diferença em relação à prática ou não de atividades físicas.

Quanto à faixa etária, esses resultados contradizem o estudo de Filho 2009, o qual relata uma maior incidência no distrito federal de PVHA na faixa etária de 30 - 40 anos.

A mediana do tempo de diagnóstico de 4 anos e uma mediana do tempo de tratamento de 3 anos, prevalecendo o valor do primeiro CD4+ menor que 200 células/mm³ e o último valor de CD4+ maior que 200 células/mm³ justifica – se possivelmente pela adesão ao tratamento antirretroviral. O estudo de Santos e colaboradores (2007), que avaliou a qualidade de vida de pessoas vivendo com hiv/aids em São Paulo, os resultados foram similares. O número mediano de células CD4+ foi de 343 células/mm³, o tempo mediano de diagnóstico de sua infecção pelo HIV foi de cinco anos, e 315 entrevistados (86,5%) faziam uso de antirretrovirais.

Em relação à presença de comorbidades (hipertensão, diabetes Mellitus, dislipidemia, Hepatite B ou C, outros) e de infecções oportunistas, a ocorrência foi frequente refletindo o grau de evolução da doença

A proporção de portadores do vírus hiv/aids tabagista no estudo foi de 54,3%. A estimativa está de acordo com estudos internacionais que mostram a prevalência nessa população entre 47% e 65% (Mamary et al., 2002; Burkhalter et al., 2005) . .

Esse dado é importante considerando que o abuso do tabaco tem sido relatado na literatura com um fator de influencia no prognóstico na aids como, por exemplo, no estudo de Feldman e colaboradores (2006), que relata que fumar diminui a eficácia do antirretroviral , o qual foi identificado através da avaliação da carga viral, contagem de CD4 e a taxa de mortalidade.

No estudo, o grupo dos expostos ao tabagismo apresentou associação em relação aos hábitos diários, tais como o etilismo, uso de

drogas e o sedentarismo, o que pode estar relacionado as condições de vida atual, como a baixa renda, escolaridade e aceitação da doença.

Foi utilizado para avaliação da qualidade de vida o questionário HAT-QOL que constitui de 34 questões, e é dividido em nove domínios. O HAT-QOL é um instrumento traduzido para português, com validação e adaptação transcultural para a cultura brasileira (Moser AMM, et.al, 2008).

No estudo de Galvão MT, et al., 2004, que avalia a qualidade de vida de mulheres com hiv/aids através do HAT-QOL, demonstrou que o instrumento foi útil para população de mulheres portadoras de HIV, apesar de ser originária de uma cultura diferente da brasileira, já que a sua aplicação produziu resultados semelhantes aos da literatura internacional, como o comprometimento na qualidade de vida dessas mulheres por conviverem com situações que as conduzem á precariedade econômica e social.

Na análise dos índices da escala de qualidade de vida do questionário HAT-QOL, a amostra geral apresentou piores escores nos domínios “preocupações financeiras” e “preocupação com sigilo”.

Provavelmente, o prejuízo na qualidade de vida, no que se refere a “preocupações financeiras” é resultado de uma situação econômica que dificulta a sobrevivência do indivíduo devido a maioria ganhar até um salário mínimo. O índice baixo obtido nessa questão decorre da baixa renda per capita que prevalece na população geral do estudo e principalmente na amostra de tabagistas, que foi de até um salario mínimo.

Santos ECM Jr, et al., 2007, ao atenderem grupos de mulheres portadoras de HIV em organização não governamental do estado de São Paulo, observaram que a qualidade de vida dessas mulheres ficava atrelada a condições financeiras melhores, que facilitariam o autocuidado e o tratamento. Diante destes fatos, a qualidade de vida está intimamente ligada á inserção socioeconômica e a inclusão sócia.

A preocupação com o sigilo está relacionada ao medo de revelar a doença e ficar sujeito a discriminação e estigmatização da sociedade, buscando até mesmo tratamentos escondido dos familiares.

Alguns pesquisadores apontam que a estratégia utilizada por indivíduos para manter oculta sua contaminação também serve para proteger os familiares e filhos da rejeição e discriminação na sociedade (Bunting et al., 1996; Vignale et al., 1999).

Em relação aos índices mais baixos dos tabagistas, os resultados demonstraram que os domínios mais comprometidos foram: “preocupações financeiras”, “satisfação com a vida” e “preocupação com sigilo”, nos não tabagistas foram “preocupações financeiras” e “preocupações com o sigilo”.

O baixo índice no domínio “Satisfação com a vida” que é verificado somente no grupo de tabagistas, pode ser expressa pela falta de controle da população sobre a própria vida. Na sua maioria, viviam com escassos recursos financeiros, sem apoio e sem trabalho, proporcionando mudanças nos hábitos de vida como fuga do problema, tais como: o uso de bebida alcoólica, uso de drogas e sedentarismo, que é mostrado na tabela 4 a associação ao tabagismo. Esta situação pode ter comprometido a qualidade de vida da amostra nas questões relacionadas a satisfação com a vida, na qual é mostrado na tabela 4 a associação dos hábitos diários.

O domínio “preocupações financeiras”, correlacionou-se com o domínio “satisfação com a vida”, sugerindo que o bem estar e uma condição de vida satisfatória, está vinculado á uma boa condição socioeconômica.

O domínio “preocupação com sigilo” correlacionou-se com a “preocupação com a medicação” por se observar que a maioria dos pacientes com hiv/aids, para não denunciar a sua doença, utilizam-se de subterfúgios: escondem frascos de medicações antirretrovirais ou trocam suas embalagens; às vezes buscam tratamentos escondido dos familiares. (Ver tabela 7)

Lent et al., 2000, refere no seu estudo que uma grande parte dos indivíduos soropositivos escondem o fato de estarem contaminados, pelo maior tempo e da melhor maneira possível, ingressando na clandestinidade quanto a sua condição. Com isso, tentam driblar o isolamento social ao qual poderiam estar submetidos, inevitavelmente, na maioria das vezes, caso se declarassem portadores do hiv.

Foi constatado também, no estudo de Mello 1999, que durante a aplicação do questionário de sua pesquisa “Contornos femininos da AIDS em São José do Rio Preto: Impasses e desafios”, verificou que trabalhadores portadores de hiv/aids, frequentemente são despedidos, ou não são contratados, pois, para o controle médico de seu estado de portador, necessitam ausentar-se rotineiramente do trabalho, ora para consultas, ora para exames, ou ainda para obtenção de medicamentos. Dessa forma, o sigilo é uma opção imposta, para que possam inserir no mercado de trabalho.

Flaskerud 1992, refere que, entre os pacientes, o maior estresse ocorre no momento do conhecimento do diagnóstico de aids, persistindo durante todo o curso da doença, assim, a situação do segredo é um fato que, frequentemente, coloca o paciente em hipervigilância. Muitos omitem a doença da família, dos amigos e até dos próprios parceiros.

Na época que antecede a era dos antirretrovirais, o relato do diagnóstico à família e amigos não era uma questão de escolha, mas, sim, de necessidade, pois as consequências clínicas das doenças oportunistas eram rápidas e a debilitação física evidente. Dessa forma, os pacientes eram obrigados a falar com frequência de sua doença do que hoje.

Por outro lado, o índice “Aceitação do HIV” correlacionou-se com “Preocupações com a saúde” e “preocupações financeiras”.

Hoje em dia, os portadores tem uma maior aceitação em ter o hiv/aids, e que apesar do impacto da infecção hiv/aids na saúde psicológica e nas relações sociais dos indivíduos infectados, como por exemplo o comprometimento financeiro, devido a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, assim como no domínio físico, o uso de tratamento antirretroviral provocou conseqüências positivas na saúde psicológica, proporcionando a desconstrução da idéia de morte advinda do diagnóstico de portador do hiv/aids e a construção de melhores perspectivas de vida.

O domínio “preocupações com a saúde”, que investiga a inquietação da população de estudo em viver com o vírus e suas consequências, está relacionado a auto avaliação em relação á vigilância de saúde, ao

conhecimento de parâmetros laboratoriais, á auto percepção da saúde e á preocupação com prognóstico de morte, preocupações que impossivelmente impediam o bem-estar.

Sob essa perspectiva, a preocupação com a saúde deve ser uma situação esperada e desejável no indivíduo portador da infecção pelo hiv e, no presente estudo, foi considerado um valor acima da mediana em relação á qualidade de vida.

O domínio “Função geral” teve correlação com os domínios “Confiança no profissional”, “satisfação com a vida”, “preocupações com a saúde”, “preocupações com a medicação” e “preocupações financeiras”.

A abordagem da “função geral” está relacionada ao estado funcional no emprego ou com alguma outra ocupação, baseado na presença de limitação ou não, que pode estar associado ao fato de ser portador do vírus hiv/aids. Essa questão não evidenciou prejuízo na amostra do estudo.

No domínio “confiança no profissional”, o médico é aquele que pode levar o doente a se manter fisicamente bem, para desenvolver suas atividades e, portanto, ter satisfação com a vida. A confiança no médico é uma situação de demonstração da vínculo que o paciente deposita no profissional, motivado por bom relacionamento terapêutico.

Bakken et al., 2000, diz que uma efetiva relação médico-paciente tem influenciado na evolução da doença associando-se com melhor condição de saúde e maior nível de adesão a terapêutica. Esse relacionamento afetoso pode ter sido um fator que contribuiu na correlação acima citada, e que, ainda pode ter conduzido os participantes da pesquisa a apresentarem uma melhor satisfação com a vida e condições no domínio “Função geral”.

No domínio “Atividades sexuais”, que refere ao interesse, a motivação para relação sexual, encontrou-se o índice com mediana acima de 55 nos tabagistas e não tabagistas, fato que não está relacionado com o comprometimento na qualidade de vida nesse aspecto, não tendo correlação com nenhuma variável. Esse resultado pode não ter abordado de forma correta pelo fato das perguntas serem muito restritas.

VII. CONCLUSÃO

A população do estudo era predominantemente do sexo masculino, solteiros, residentes no DF, com escolaridade entre primeiro e segundo grau, renda de até um salário mínimo, faixa etária entre 40-49 anos, que não abusam de álcool e drogas na sua maioria, 48% realizam atividades físicas regulares. A mediana de tempo de diagnóstico foi quatro anos e de tratamento de três anos, 81,5% tinham o primeiro cd4+ menor que 200 células mm³ e 91,4% tiveram o cd4+ maior que 200 células mm³

A proporção de tabagistas na amostra do estudo foi 54,3%.

As variáveis que foram associadas ao tabagismo foram uso de álcool, uso de drogas e presenças de comorbidades.

A avaliação da qualidade de vida na amostra geral mostrou mediana abaixo de 55 nas variáveis "preocupações financeiras" e "preocupação com sigilo".

Entre os tabagistas, as variáveis com mediana menor que 55 foram: "satisfação com a vida", "preocupações financeiras" e "preocupação com sigilo".

Entre os não tabagistas, as variáveis com mediana menor que 55 foram: "preocupações financeiras" e "preocupação com sigilo".

A comparação dos escores das variáveis do HAT-QOL entre os grupos foi verificada diferença entre os grupos considerando as variáveis "função geral" (p= 0,05), "satisfação com a vida" (p=0,05) e "preocupações com a saúde" (p=0,01).

O estudo apresenta validade interna e contribui com informações que poderão orientar o segmento ambulatorial das pvha em tratamento no HUB bem como as novas perguntas científicas sobre o tema.

VIII. REFERÊNCIAS

Araújo LF, Coutinho MPL e Saldanha AAW. Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *Psico*; 2005, 36(2). p. 197-204.

Arpinelli F, Visona G, Bruno R, Carli G, Apolone G. Health related quality of life in asymptomatic patients with HIV: Evaluation of the SF-36 health survey in Italian patients. *Pharmacoeconomics*. 2000;18:63-72.

Avis NE, Smith KW, Swislow L. Gender differences in quality of life among HIV + men and women. *National conference on women/HIV*. 1997;148:4-7.

Badia X, Guerra L, Garcia M, Podzamczer D. La evaluación de la calidad de vida em los pacientes com infección por el VIH y sida. *Medicina Clínica*. 1999;112(19):739-744.

Bakken S, Holzemer W, Brow MA, Powell-Cope GM, Turnes JG, Inouye J. Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with hiv/aids. *AIDS Patient Care STDS*. 2000;14:189-197.

Barbosa MTS, Struchiner CJ. The estimated magnitude of AIDS in Brazil: A delay correction applied to cases with lost dates. *Cadernos de saúde pública*. 2003;18:279-285.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. [acessado 06 nov. 2011]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2005; 6. p. 816.

Brito AM. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2000;34(2):207-217.

Breslau N, Novak S, Kessler R. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry*. 2004;55(1):69-76.

Bucciardini R, WU AW, Florida M, Fragola V, Ricciardilli D, Tomino C, et al. Quality of life outcomes of combination zidovudine- didanosine-nevirapine and zidovudine-didanosine for antirretroviral-naive advanced HIV-infected patients. *AIDS*. 2000;14(16):2567-2574.

Burgoyne RW, Saunders DS. Quality of life urban Canadian hiv/aids clinic outpatients. *International journal of STD/AIDS*. 2001;12(8):505-512.

Burkhalter JE, Springer CM, Chhabra R, Ostroff JS, Rapkin BD. Tobacco use and readiness to quit smoking in low-income HIV infected persons. *Nicotine tob Res*. 2005;7:511-522.

Bunting S. Sources of stigma associated with women with HIV. *Adv Nurs Sci*. 1996;19:64-73.

Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, Gir E, Pelá NTR. Qualidade de vida de indivíduos com hiv/aids: Uma revisão de literatura. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 2004; Nov-Dez; 12(6):940-945.

Castro MG, Oliveira MS, Morais JFD, Miguel AC, Araujo RB. Qualidade de vida e Gravidade da Dependência de Tabaco. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2007;34(2):61-67.

Clayson DJ, Wild DJ, Quaterman P, Duprat-Lomon I, Kubin M, Coons SJ. A comparative review of health-related quality-of-life measures for use in hiv/aids clinical trials. *Pharmacoeconomics*. 2006;24(3):751-763.

Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000;17(1):13-35.

Davis EA, Pathak DS. Psychometric evaluation of four HIV disease specific qualityof-life instruments. *Ann Pharmacother*. 2001;35(5):546-552.

Feldman JG, Minkoff H, Schneider MF, Gange SJ, Cohen M, Watts DH, et al. The association of cigarette smoking with HIV prognosis among women in the HAART era A report from the women`s interagency HIV study. *Am J public Health*. 2006;96:1060-1065.

Filho, LS. Perfil dos Portadores do Vírus HIV Atendidos no Hospital Dias em Brasília-DF [Dissertação de Mestrado]. Universidade Tuiuti do Paraná; 2009.

Flaskerud JH. Aspectos psicossociais e neuropsiquiátricos. *AIDS/Infecção pelo HIV*. RJ; ed:Medsi;1992:163-190.

Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Machado JM. Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres com hiv/aids Através do HAT-QOL. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(2):Mar/Apr.

Gange SJ, Barron Y, Greenblatt RM, Anastos K, Minkoff H, Young M, et al. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy among HIV-I infected women. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(2):153-159.

Garces YI, Yang P, Parkinson J, Zhao X, Wampfler JA, Ebbert JO, et al. The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest*. 2004;126:1733-1741.

Holmes WC, Shea JA. A new hiv/aids-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument. Development, reliability, and validity. *Med Care*. 1998;36(2):138–541.

Holmes WC, Shea JA. Two approaches to measuring quality of life in the HIV/AIDS population: HAT-QoL and MOS-HIV. *Qual Life Res*. 1999;8(6):515-527.

Kemppainen JK. Predictors of quality of life in AIDS patients. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2001;12(1):61-70.

Lenderking WR, Testa MA, Katzenstein D, Hammer S. Measuring quality of life in early HIV disease: the modular approach. *Qual Life Res*. 1997;6(6):515-530.

Lent C, Valle A. *Aids: sujeito e comunidade*. São Paulo: IDAC; 2000.

Lima AFBS. *Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool [Dissertação de Mestrado]*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

Mamary EM, Bahrs D, Martinez S. Cigarette smoking and the desire to quit among individuals living with HIV. *AIDS Patient Care STDs*. 2002;16:39-42.

Martinez JAB, Mota GA, Vianna ESO, Filho JT, Silva GA, Rodrigues AL. Quality of life of healthy young smokers. *Chest*. 2004;125(2):425-428.

Mello MCPF. Contornos femininos da aids em São José do Rio Preto: Impasses e desafios [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Araraquara, Universidade Estadual Paulista; 1999.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PMI. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.

Moser AMM, Traebert J. Adaptação transcultural do questionário hiv/aids-target quality of life para avaliação da qualidade de vida em pacientes com hiv/aids. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1357-1362.

Morandi EC, Junior IF, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com hiv/aids em São Paulo. *Revista Saúde Pública*. 2007;41 (2):64-71.

Mulder I, Tjshuis M, Smit HA, Kromhout D. Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Prev Med*. 2001;33:653-660.

Nieuwkerk PT, Gisolf EH, Colebunders R, Wu AW, Danner SA, Sprongers MA. Quality of life in asymptomatic- and symptomatic HIV infected patients in a trial of ritonavir/saquinavir therapy. *AIDS*. 2000;14(2):181-187.

Olufade AO, Shaw JW, Foster SA, Lischow SJ, Hays RD, Coons SJ. Development of the Smoking Cessation Quality of Life Questionnaire. *Clin Ther*. 1999;21(12):2113-2130.

Organização Mundial da Saúde. Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento, 2003 [capturado 2011 Jun 26]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf.

Palella FG Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immuno-deficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1998;338(13):853-960.

Patkar A, Vergare M, Batra V, Weinstein S, Leone F. Tobacco smoking: Current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry.* 2003;66(3):183-199.

Santos ECM, Junior FI, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com hiv/aids em São Paulo. *Revista Saúde Pública.* 2007;41(Supl.2):64-71.

Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry.* 2003;1670-1676.

Smith KW, Avis NE, Mayer KH, Swislow L. Use of the MQOL-HIV with symptomatic HIV-positive patients. *Qual Life Res.* 1997;6(6):555–560.

Soárez P, Castelo A, Abrão P, Holmes W, Ciconelli R. Tradução e Validação de Qualidade de Vida em AIDS no Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública.* 2009;25(1):69-75.

Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Prev Med.* 1999;29,139-144.

Wu AW, Revicki DA, Jacobson D, Malitz FE. Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcome study HIV Health Survey (MOS-HIV). *Qual Life Res.* 1997;6(6):481–493.

Zhu T, Korber BT, Nahmias AJ, Hooper E, Sharp PM e Ho DD. "Um Africano HIV-1 Sequência de 1959 e Implicações para a origem da epidemia". *Natureza* 391.1998.

Vignale R, Calandria L. Calidad de vida de los pacientes con vih/sida. Bol Acad Nac Med B Aires. 1999;77:385-900.

IX. ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor (a)

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa da dissertação de mestrado de Cristiane Ribeiro da Silva, Fisioterapeuta, do Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical – Núcleo de Medicina Tropical da Universidade de Brasília, na área de Epidemiologia e Controle das Doenças Infecciosas e Parasitárias, e tem como objetivo de avaliar os parâmetros referentes a qualidade de vida de pessoas vivendo com hiv/aids em tratamento no Hospital Universitário de Brasília (HUB). A análise destes dados contribuirá para identificar a necessidade de futuras intervenções, como tratamentos e melhoria nos programas de saúde (EX: programas de combate ao tabaco) e também sensibilizar os dependentes do tabaco com a constatação do prejuízo na qualidade de vida a interromperem esse consumo

Informo que não haverá registro do seu nome, e que quaisquer informações coletadas serão confidenciais.

Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para o protocolo de pesquisa proposto, enfatizando que não existe risco ou malefício previsível.

Informo que, uma eventual decisão de não permitir a análise de dados do seu prontuário será aceita prontamente, e não acarretará mudanças no seu tratamento nem o colocará em situação de desvantagem em relação a outros pacientes.

Em caso de dúvida, o senhor (a) poderá entrar em contato com a responsável pelo projeto, Cristiane Ribeiro da Silva, no telefone (61) 9329-7188 ou pelo email: crisfisio2004@hotmail.com.

Tendo recebido as informações relativas à pesquisa e ciente de meus direitos, concordo em participar deste estudo, Eu _____

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou do responsável: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Anexo 2

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL-
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL/FM/UNB

FICHA DE COLETA DE DADOS

Brasília/...../.....

IDENTIFICAÇÃO:

-Nome:.....

-Sexo: () Masc. () Fem.

-Idade:.....

-Data de Nasc.:----/----/----

-Endereço:.....

-Telefone:.....

-Naturalidade:.....

-Procedência:.....

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E PATOLÓGICOS:

- Data diagnóstico:...../...../.....

- Primeiro Cd4 +:

Valor:.....

Data:/...../.....

- Primeira carga viral :

Valor:.....

Data:/...../.....

- Último CD4 +:

Valor:.....

Data:../.../.....

- Última carga viral:

Valor:.....

Data:../.../.....

- Início do TARV:

Data:../.../.....

-Esquema TARV atual:.....

- Trocou esquema:

Sim () Não ()

Numero de vezes de troca de esquema:

.....

DADOS CLÍNICOS:

Tosse () Dispneia () Cansaço () Pigarro () Letargia ()

Outros:.....

- Presença de doenças :

Sim () Não () Quais: Hipertensão () diabetes () dislipidemia ()

hepatite C () hepatite B () TB () Outros:.....

- Tabagista:

()Sim()Não

Tempo de tabagismo:..... Número de cigarros por dia:.....

- Infecções oportunistas:

() Sim () Não

- Etilista:

Sim () Não ()

QuantoTempo:.....

- Usuário de drogas:

Sim () Não ()

- Pratica atividade física:

Sim () Não () Quais:.....

Anexo 3

Qualidade de vida- QV

Questionário HAT-QoL (HIV/AIDS Targeted Quality of Life)

Instruções Importantes

As perguntas neste questionário buscam entender como está a sua vida em diferentes aspectos. Antes de começar a respondê-las, leia as explicações abaixo para entender melhor como abordar dois tipos de perguntas que você encontrará:

1. Você encontrará algumas perguntas voltadas para suas atividades da rotina diária e do trabalho.

Se você tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades relacionadas a eles. Se você não tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades que você geralmente faz na maioria dos dias da semana _ por exemplo, tarefas domésticas ou de outra natureza, atividades escolares ou relacionadas ao trabalho voluntário em uma instituição.

2. Você encontrará algumas questões sobre o seu médico.

Se você geralmente é atendido por uma enfermeira ou um assistente do seu médico, responda essas questões pensando nessa pessoa e não no seu médico propriamente dito.

1. As perguntas a seguir abordam aspectos relacionados ao seu estado e funcionamento geral nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física	<input type="checkbox"/>				
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me "fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina	<input type="checkbox"/>				
c. Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo	<input type="checkbox"/>				
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	<input type="checkbox"/>				
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	<input type="checkbox"/>				
f. Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais	<input type="checkbox"/>				

2. As perguntas a seguir abordam aspectos relativos ao seu contentamento com a vida nas últimas 4 semanas:

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

3. As perguntas a seguir abordam suas preocupações com a saúde nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde	<input type="checkbox"/>				
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4	<input type="checkbox"/>				
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral	<input type="checkbox"/>				
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria	<input type="checkbox"/>				

4. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações com aspectos financeiros nas últimas 4 semanas:

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

5. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação à medicação para o HIV nas últimas 4 semanas:

Você tomou medicação para o HIV nas últimas 4 semanas?

se NÃO, Vá para Seção 6

se 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	<input type="checkbox"/>				
b. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal	<input type="checkbox"/>				
c. Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis	<input type="checkbox"/>				
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo	<input type="checkbox"/>				
e. Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios	<input type="checkbox"/>				

6. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu por ser HIV positivo nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV	<input type="checkbox"/>				
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado	<input type="checkbox"/>				

7. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações em revelar a doença para os outros nas últimas 4 semanas:

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
--------------	------------------------	----------------	-------------	-------

a. Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo	<input type="checkbox"/>				
b. Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV	<input type="checkbox"/>				
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV	<input type="checkbox"/>				
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	<input type="checkbox"/>				
e. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV	<input type="checkbox"/>				

8. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação ao seu médico nas últimas 4 semanas:

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
--------------	------------------------	----------------	-------------	-------

a. Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade	<input type="checkbox"/>				
b. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento	<input type="checkbox"/>				
c. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo	<input type="checkbox"/>				

9. As perguntas a seguir abordam sua atividade sexual nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado	<input type="checkbox"/>				
b. Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo	<input type="checkbox"/>				

Anexo 4

*HAT-QoL * Manual de Pontuação*

*Adaptado de HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument
William C. Holmes, M.D., M.S.C.E., 1999.

Dimensões avaliadas pelo HAT-QoL

1. Função geral, 6 itens
2. Satisfação com a vida, 4 itens
3. Preocupações com a saúde, 4 itens
4. Preocupações financeiras, 3 itens
5. Preocupações com a medicação, 5 itens
6. Aceitação do HIV, 2 itens

7. Preocupações com o sigilo, 5 itens

8. Confiança no profissional, 3 itens

9. Função sexual, 2 itens

Descrição da pontuação

Todas as dimensões são pontuadas e o escore final de cada dimensão é transformado em uma escala linear de 0-a-100, onde 0 é o pior escore possível e 100 é o melhor escore possível. A obtenção do escore final da dimensão transformado é feita em quatro passos:

1. Atribua um valor para todas as respostas, item por item, como anotado abaixo. A maioria dos itens será valorada usando o Código A, alguns serão valorados usando o Código B.

<u>Opção de Resposta</u>	<u>Código A</u>	<u>Código B</u>
"Todo o tempo"	1	5
"A maior parte do tempo"	2	4
"Parte do tempo"	3	3
"Pouco tempo"	4	2
"Nunca"	5	1

2. Use o Código A para os seguintes itens: 1b, 1c, 1d, 1e, 1f, 3a, 3b, 3c, 3d, 4a, 4b, 4c,

5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 6a, 6b, 7a, 7b, 7c, 7d, 7e, 9a, 9b

3. Use o Código B para os seguintes itens: 1a, 2a, 2b, 2c, 2d, 8a, 8b, 8c

4. Se a resposta para um item em uma dimensão não estiver completa, substitua o item que está faltando pela média dos valores imputados para os outros itens que estão completos (desde que pelo menos metade dos itens tenha sido completada). Por exemplo, se um item de uma dimensão de quatro itens não está completo, e os valores imputados para os outros são "1," "2," e "4," o valor da média a ser imputada para o item que está faltando é "2.33." Se mais da metade dos itens de uma dimensão não está completa, nenhuma substituição deve ser feita e o escore final para essa dimensão deve ser considerado perdido.

5. Some os valores atribuídos para todos os itens de uma dimensão para conseguir o valor total do escore dessa dimensão (abaixo, o valor do escore total imputado para a dimensão função geral será indicado pelo termo "FUNGER", satisfação com a vida por "SAVI", preocupações com a saúde por "PRESA", preocupações financeiras por "PREFI", preocupações com a medicação por "PREME", aceitação do HIV por "ACEHIV", preocupações com o sigilo "DISWO" confiança no profissional por "CONPRO" e função sexual por "FUSEX").

6. Transforme o valor do escore total imputado para cada dimensão para uma escala de 0-a-100 usando a seguinte fórmula:

Função geral:	$\text{FUNGER}_{100} = (100/(30-6)) * (\text{FUNGER}-6)$ <p>Onde FUNGER é o valor total do escore atribuído para a dimensão função geral;</p>
Satisfação com a vida:	$\text{SAVI}_{100} = (100/(20-4)) * (\text{SAVI}-4)$ <p>Onde SAVI é o valor total do escore atribuído para a dimensão satisfação com a vida;</p>
Preocupações com a saúde:	$\text{PRESA}_{100} = (100/(20-4)) * (\text{PRESA}-4)$ <p>Onde PRESA é o valor total do escore atribuído para a dimensão preocupações com a saúde;</p>

Preocupações financeiras:	$PREFI100 = (100/(15-3))*(PREFI-3)$ Onde PREFI é o valor total do escore atribuído para a dimensão preocupações financeiras;
Preocupações com a medicação:	$PREME100 = (100/(25-5))*(PREME-5)$ Onde PREME é o valor total do escore atribuído para a dimensão preocupações com a medicação;
Aceitação do HIV:	$ACEHIV100 = (100/(10-2))*(ACEHIV-2)$ Onde ACEHIV é o valor total do escore atribuído para a dimensão aceitação do HIV;
Preocupações com o sigilo:	$PRESI100 = (100/(25-5))*(PRESI-5)$ Onde PRESI é o valor total do escore atribuído para a dimensão preocupações com o sigilo;
Confiança no profissional:	$CONPRO100 = (100/(15-3))*(CONPRO-3)$ Onde CONPRO é o valor total do escore atribuído para a dimensão confiança no profissional;
Função sexual:	$FUSEX100 = (100/(10-2))*(FUSEX-2)$ Onde FUSEX é o valor total do escore atribuído para a dimensão função sexual;

* Quando atribuir valores para as opções de resposta, use o "Código A" para este item;

† Quando atribuir valores para as opções de resposta, use o "Código B" para este item;

Função geral

1a. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física.†

1b. Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina.*

1c. Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo.*

1d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes.*

1e. 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.*

1f. Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais.*

Satisfação com a vida

2a. Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida.†

2b. Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida.†

2c. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais.†

2d. Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável.†

Preocupações com a saúde

3a. Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde.*

3b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4.*

3c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral.*

3d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria.*

Preocupações financeiras

4a. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com

uma renda determinada.*

4b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas.*

4c. Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto.*

Preocupações com a medicação

5a. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso.*

5b. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal.*

5c. Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis.*

5d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo.*

5e. Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios.*

Aceitação do HIV

6a. Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV.*

6b. Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado.*

Preocupações com o sigilo

7a. Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo.*

7b. Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV.*

7c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV.*

7d. 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.*

7e. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV.*

Confiança no profissional

8a. Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade.†

8b. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento.†

8c. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo.†

Função sexual

9a. Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado.*

9b. Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo.*

