

Qualidade de vida, perfil socioeconômico, conhecimento e atitude sobre sexualidade de “pessoas que vivem” com o Vírus da Imunodeficiência Humana¹

Meiry Fernanda Pinto Okuno²

Gisele Cristina Gosuen³

Cássia Regina Vancini Campanharo⁴

Dayana Souza Fram⁵

Ruth Ester Assayag Batista⁶

Angélica Gonçalves Silva Belasco⁶

Objetivos: analisar a qualidade de vida dos “pacientes” com o vírus da imunodeficiência humana e relacioná-la ao perfil socioeconômico, conhecimento e atitudes sobre sexualidade. Método: estudo transversal e analítico, com 201 pessoas com 50 anos ou mais. Aplicados os instrumentos Targeted Quality of Life e Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale por meio de entrevistas. Para análise dos dados utilizou-se a Regressão Linear Múltipla. Resultados: as dimensões da qualidade de vida mais comprometidas foram preocupação com sigilo (39,0), atividade sexual (45,9) e preocupação financeira (55,6). Escores de conhecimentos e atitudes sobre sexualidade foram: 31,7 e 14,8, respectivamente. Houve correlação significativa entre as atitudes e os domínios função geral, preocupação com saúde, preocupação com medicação e aceitação do HIV. Conclusão: orientações sobre formas de contágio, tratamento e evolução da patologia, além de suporte social e psicológico poderiam minimizar os efeitos negativos da doença sobre a qualidade de vida dos pacientes que vivem com o vírus da imunodeficiência humana.

Descritores: Qualidade de Vida; Idoso; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Sexualidade.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado “Qualidade de vida, sexualidade e perfil epidemiológico de idosos com diagnóstico de HIV/AIDS”, apresentada à Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² PhD, Enfermeira, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ MSc, Médica, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Doutoranda, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Enfermeira, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ PhD, Enfermeira, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁶ PhD, Professor Adjunto, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:

Meiry Fernanda Pinto Okuno
Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem
Rua Napoleão de Barros, 754
Vila Clementino
CEP: 04024-010, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: mf.pinto@unifesp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS) sobre Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) indica que mais de 34 milhões vivem com HIV no mundo, sendo 30,7 milhões de adultos e 3,4 milhões menores de 15 anos. Do total, 16,7 milhões são mulheres. Na América Latina, encontram-se 1,4 milhão e no Brasil, atualmente, cerca de 350 mil pessoas possuem o diagnóstico da doença e aproximadamente 250 mil, segundo estimativas, estão infectadas e não sabem⁽¹⁾.

Em 2010, no Brasil, a incidência da doença foi maior em pessoas com idade entre 40 e 49 anos, totalizando 24,8% dos casos; entretanto, observa-se o aumento de casos em indivíduos entre 5 e 12 anos e com 50 anos ou mais⁽²⁾.

O número crescente de indivíduos a partir de 50 anos que vivem com HIV pode estar relacionado: ao fato de contraírem o vírus em uma fase mais tardia da vida adulta; à constatação de que eles não percebem que podem adquirir o vírus, provavelmente, porque, no início, a doença esteve mais associada aos jovens, usuários de drogas injetáveis e homossexuais; e à introdução de medicamentos para melhorar o desempenho sexual, que favoreceu o estabelecimento de novas e múltiplas parcerias sexuais⁽³⁾. Além disso, parte da população jovem que se contaminou está envelhecendo. Devido à eficácia da terapia antirretroviral, houve aumento do contingente de pessoas na faixa etária de 50 anos com a doença⁽³⁾.

A sexualidade é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida em qualquer idade. Mas o processo de envelhecimento pode causar algumas mudanças físicas, que, algumas vezes, afetam a habilidade de ter e usufruir prazerosamente do sexo com outra pessoa⁽⁴⁾. O conhecimento dos pacientes deste estudo sobre a sexualidade estava relacionado a questões sobre mitos e mudanças no funcionamento sexual dos indivíduos com o processo de envelhecimento.

A sexualidade como aspecto importante da saúde pode determinar alterações na qualidade de vida no decorrer dos anos⁽⁵⁾. Comprovadamente, informações sobre sexualidade contribuem para que as pessoas em uma fase mais tardia da vida adulta usufruam de uma vida sexual saudável e segura⁽⁶⁾.

A atitude em relação ao sexo é um produto das experiências sociais e sexuais⁽⁶⁾. Escolha do parceiro, frequência de atividade, boa qualidade da vida sexual e interesse por sexo associam-se positivamente com a saúde de adultos e idosos e podem refletir em atitude favorável à sexualidade e na prevenção de doenças⁽⁷⁾.

A atitude positiva diante da sexualidade do idoso pode favorecer o entendimento de que atividade sexual é um processo natural e que a função sexual continua por toda a vida⁽⁸⁾. Nesta pesquisa, os entrevistados foram avaliados se apresentavam, ou não, atitude favorável à atividade sexual na velhice, sendo considerado idoso no Brasil aquele com idade a partir de 60 anos⁽⁹⁾.

A presença de HIV/AIDS, bem como os sintomas e as complicações associadas à doença, têm um efeito negativo sobre a qualidade de vida (QV) das pessoas que vivem com o vírus. Além disso, diversos fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais têm sido relatados na literatura como variáveis que também podem interferir na QV desses indivíduos⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Em geral, as dimensões da QV incluem aspectos físicos, psicológicos, sociais, interpessoais, ambientais e espirituais, o que permite complementar os modelos de morbidade e mortalidade tradicionalmente utilizados para avaliar o impacto de uma doença. Nesse contexto, avaliar os fatores que interferem na QV de pessoas que vivem com HIV/AIDS torna-se importante marcador do impacto da doença e também para implementação de intervenção terapêutica para esta população⁽¹²⁾.

Identificar os fatores potencialmente modificáveis da QV é fundamental para a tomada de decisão médica, a implementação de medidas de cuidado de saúde e a otimização do uso dos recursos dos serviços de saúde a fim de melhorar o bem-estar das pessoas que vivem com HIV/AIDS⁽¹⁰⁾.

Uma vez que as variáveis que afetam a QV dos pacientes com HIV/AIDS ainda não foram totalmente identificadas, este estudo teve como objetivos: analisar a qualidade de vida dos "pacientes" com o vírus da imunodeficiência humana e relacioná-la ao perfil socioeconômico, conhecimento e atitudes sobre sexualidade.

Método

Estudo epidemiológico, transversal e analítico, realizado no ambulatório coordenado pela Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da UNIFESP, entre maio de 2011 e março de 2012. No estudo foram incluídas 201 pessoas com HIV/AIDS, que eram acompanhadas por infectologista, com idade a partir de 50 anos, ambos os sexos, sem déficit cognitivo, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos pacientes que não atendiam os critérios de inclusão do estudo.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado pelo método de amostragem probabilística estratificada,

proporcional ao número médio de pacientes a partir de 50 anos, atendidos nos seis meses que antecederam a pesquisa. O cálculo do tamanho da amostra considerou um grau de confiança maior ou igual a 80% e alfa de 5%, com base nas características idade, gênero, escolaridade, estado civil, ocupação, atividade física, tempo de diagnóstico da doença, forma de contágio e comorbidades. O resultado indicou a necessidade de o estudo incluir 201 pacientes para alcançar os objetivos propostos.

Para a obtenção dos dados, utilizou-se questionário estruturado com informações sobre idade, gênero, escolaridade, estado civil, ocupação, atividade física, tempo de diagnóstico da doença, forma de contágio e comorbidades. Caracterizou-se a situação econômica segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil, em que a pontuação final é convertida em uma das classes econômicas (A a E) por meio da soma de pontos referentes ao grau de instrução e à quantidade de bens de consumo que a pessoa tem em sua casa⁽¹³⁾.

Para a avaliação da QV, foi utilizado o instrumento Targeted Quality of Life Instrument (HAT-QoL)⁽¹⁴⁾, composto por 34 itens que avaliam nove 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. Ao responder, o indivíduo é orientado a pensar em sua QV nas últimas quatro semanas. As respostas têm formato de escala do tipo Likert de cinco pontos: "todo o tempo", "a maior parte do tempo", "parte do tempo", "pouco tempo" e "nunca". Os escores variam de zero (pior situação) a 100 (melhor possível).

Utilizou-se também a Escala de Atitudes e Conhecimentos sobre Sexualidade no Envelhecimento (Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale – ASKAS)⁽¹⁵⁾, composta por 20 questões no construto conhecimento, cuja variação é de 20 a 60, e oito questões no construto atitudes, que varia de 8 a 40. Quanto ao conhecimento, as opções de resposta são: verdadeiro, que corresponde a um ponto; falso, dois pontos; e não sei, três pontos. Quanto menor o somatório dos pontos, maior o conhecimento sobre a sexualidade na velhice. As questões sobre atitudes têm como opções de respostas: discordo fortemente, um ponto; discordo parcialmente, dois pontos; não concordo nem discordo, três pontos; concordo parcialmente, quatro pontos e concordo fortemente, cinco pontos. Quanto menor o escore final, mais favorável é a atitude em relação à sexualidade da pessoa idosa.

Os pacientes foram convidados a fazer parte do estudo nos dias em que estiveram no ambulatório

para coleta de exames de rotina ou para consulta médica e, quando concordavam, eram entrevistados individualmente em ambiente privado. A leitura dos instrumentos foi realizada pela pesquisadora, em um único momento, com duração média de 40 minutos.

Utilizou-se análise descritiva para a caracterização sociodemográfica, econômica, clínico-epidemiológica, comorbidades, atividade física e para a escala ASKAS. Para as variáveis contínuas calcularam-se média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo e para as variáveis categóricas, frequência e percentual.

Para verificar quais variáveis independentes (sociodemográfica, econômica, clínico-epidemiológica, comorbidades e atividade física) se relacionavam melhor com cada domínio do HAT-QoL e da ASKAS, utilizou-se o modelo de Regressão Linear. Depois, realizou-se a Regressão Linear Múltipla e, para selecionar o conjunto de variáveis que melhor explicavam as variáveis dependentes (HAT-QoL e ASKAS), utilizou-se o Stepwise. Foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$ e o programa utilizado para a análise foi o Statistical Package for the Social Sciences versão 19.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (número 0182/11).

Resultados

A idade dos pacientes variou de 50 a 74 anos, a razão entre os sexos foi 1,75 homens para cada mulher, as pessoas sem parceiros fixos no momento da entrevista somaram 67,7%, não tinham nenhuma renda 9,5%, somente 14,4% tinham ensino superior e a maioria (61,7%) pertencia à classe econômica C, D ou E. O tempo de diagnóstico do HIV variou de seis meses a 30 anos e as doenças cardiovasculares foram as comorbidades mais presentes nesta população (34,3%) como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, econômicas e mórbidas dos pacientes que vivem com HIV/AIDS. São Paulo, SP, Brasil, 2012

Características	n = 201	%
Idade (anos) ^a	56 (50-74)	
Gênero ^b		
Masculino	128	63,7
Feminino	73	36,3
Cor de pele ^c		
Branca	136	67,7
Negra	27	13,4

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Características	n = 201	%
Parda	38	18,9
Estado civil [†]		
Solteiro/Divorciado	103	51,3
Casado	65	32,3
Viúvo	33	16,4
Ocupação [†]		
Aposentado/Pensionista	106	52,7
Empregado	76	37,8
Desempregado	10	5,0
Dona de casa	9	4,5
Escolaridade [†]		
Não letrado/Ensino Fundamental incompleto	64	31,8
Ensino Fundamental	44	22,0
Ensino Médio	64	31,8
Superior	29	14,4
Renda mensal individual (reais) [†]	1200 (0-9000)	
Classe econômica [†]		
A + B	77	38,3
C + D + E	124	61,7
Tempo de diagnóstico da infecção (anos) [†]	12 (0,5-30,0)	
Comorbidades [†]		
Nenhuma	59	29,4
Doenças cardiovasculares [‡]	69	34,3
Retinopatia	49	24,4
Neoplasia	24	11,9

*Mediana (valores máximo - mínimo).

†Frequência absoluta e porcentagem.

‡Doenças cardiovasculares: hipertensão arterial, doença vascular periférica e coronariopatia.

A Tabela 2 mostra que os domínios da escala de QV mais comprometidos foram: preocupações com o sigilo (39,0), atividade sexual (45,9) e preocupação financeira (55,6). Os escores médios dos domínios conhecimento e atitudes da escala ASKAS foram, respectivamente, 31,7 e 14,8, mostrando que essa

população apresenta conhecimentos e atitudes mais favoráveis à sexualidade.

Tabela 2- -Valores médios dos domínios do HAT-QoL e da ASKAS, entre os pacientes que vivem com HIV/AIDS. São Paulo, SP, Brasil, 2012

Domínios	Média (± desvio padrão)
HAT-QoL (n = 201)	
Função geral	79,39 (20,9)
Satisfação com a vida	71,9 (24,4)
Preocupação com a saúde	83,2 (22,9)
Preocupação financeira	55,6 (37,5)
Preocupação com a medicação	88,7 (17,3)
Aceitação do HIV	77,8 (33,6)
Preocupação com o sigilo	39,0 (27,3)
Confiança no médico	72,2 (30,7)
Atividade sexual	45,9 (43,5)
ASKAS	
Conhecimento	31,7 (6,7)
Atitudes	14,8 (6,8)

Na Tabela 3, verifica-se que algumas características sociodemográficas, econômicas e clínicas dos idosos com HIV/AIDS favoreceram diversos domínios da QV. Praticar atividade física, conhecer o diagnóstico da doença há mais tempo, pertencer à classe econômica A ou B, possuir maior escolaridade, estar desempregado, conhecer a forma de contágio por meio da qual contraiu a doença, ser do sexo masculino, branco e com idade inferior a 60 anos foram aspectos significativamente fundamentais para a manutenção dos escores da QV mais elevados.

Não houve variável que apresentasse associação significativa com o domínio preocupações com a medicação.

Tabela 3 – Variáveis associadas aos domínios do HAT-QoL na análise de regressão linear múltipla. São Paulo, SP, Brasil, 2012

HAT-QoL	Variáveis	Coefficiente	p valor	R ²
Função geral	Atividade Física (sim x não)	9,28	0,0018	0,0489
Satisfação com a vida	Atividade Física (sim x não)	7,85	0,0239	0,0465
	Maior tempo de diagnóstico (anos)	0,58	0,0449	
Preocupação com a saúde	Maior tempo de diagnóstico (anos)	0,81	0,0033	0,0436
Preocupação financeira	Classe econômica (A e B x C, D e E)	13,38	0,0147	0,0303
Aceitação do HIV	Escolaridade x não letrado	14,05	0,0061	0,0381
Preocupação com o sigilo	Empregado x Desempregado	-13,03	0,0013	0,0627
	Faixa etária (55-59 x ≥60 anos)	8,39	0,0425	
Confiança no médico	Forma de contágio (sabe x não sabe)	11,41	0,0262	0,0498
	Escolaridade x não letrado	-9,85	0,0321	
Atividade sexual	Masculino x feminino	25,00	0,0001	0,1627
	Faixa etária (55-59 x ≥60 anos)	16,99	0,0065	
	Cor da pele (branca x não branca)	-15,79	0,0127	
	Classe econômica (AB x CDE)	12,98	0,0349	

*Coeficiente de determinação. Utilizou-se o método de seleção de *Stepwise*.

Tabela 4 – Variáveis sociodemográficas que apresentaram associação com os domínios da escala ASKAS na análise de regressão linear múltipla. São Paulo, SP, Brasil, 2012

ASKAS	Variáveis	Coefficiente	p valor	R ^{2*}
Conhecimento	Masculino x Feminino	-4,81	<0,0001	0,1436
	Empregado x Desempregado	-1,96	0,0359	
Atitudes	Escolaridade x não letrado	-2,82	0,0066	0,0638
	Faixa etária (55-59 x ≥60)	-2,15	0,0374	

*Coeficiente de determinação. Utilizou-se o método de seleção de *Stepwise*.

Na Tabela 4, observa-se que os pacientes do sexo feminino e desempregados foram os que apresentaram maior conhecimento sobre sexualidade de idosos, enquanto no domínio atitudes os pacientes com maior escolaridade e com idade inferior aos 60 anos foram os que apresentaram atitudes mais favoráveis à sexualidade de idosos.

Houve associações significativas entre o domínio atitudes da ASKAS e os domínios função geral, preocupação com a saúde, preocupação com a medicação e aceitação do HIV do HAT-QoL. No entanto, o domínio conhecimento da ASKAS não apresentou associação significativa com nenhum dos domínios do HAT-QoL, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Análise de regressão linear múltipla entre o domínio atitudes da escala ASKAS e domínios do HAT-QoL. São Paulo, SP, Brasil, 2012

HAT-QoL	p valor	R ^{2*}
Função geral	0,0363	0,0218
Preocupação com a saúde	0,0010	0,0527
Preocupação com a medicação	0,0091	0,0346
Aceitação do HIV	0,0017	0,0483

*Coeficiente de determinação. Utilizou-se o método de seleção de *Stepwise*.

Discussão

Algumas características da população deste estudo como idade, maioria ser homem, baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo são semelhantes aos resultados encontrados em outra pesquisa realizada em Porto Alegre (RS) com pacientes a partir de 50 anos de idade com sorologia positiva para o HIV. Entretanto, no sul do país, a maioria estava empregada e 41,9% eram casados ou moravam com companheiro⁽¹⁶⁾.

Os escores dos domínios do HAT-QoL: preocupação com o sigilo (39,03), atividade sexual (45,96) e preocupação financeira (55,64) também foram semelhantes aos encontrados nos estudos realizados em Porto Alegre e em um município do interior do Estado de

São Paulo, mostrando que, independentemente do local, os aspectos da QV mais comprometidos são comuns entre os doentes^(11,16).

A preocupação com o sigilo, domínio com menor escore, pode refletir o estigma e a discriminação que afetam os indivíduos com HIV/AIDS; e que geram impactos negativos e constantes na QV destas pessoas. Na ausência de qualquer intervenção para combater a estigmatização, provavelmente, esses indivíduos continuarão a relatar insatisfação com a vida, evidenciada pela redução do prazer de viver e no convívio social⁽¹⁷⁾.

A atividade sexual comprometida nos pacientes desta pesquisa pode ser explicada em parte pela dificuldade do uso cotidiano de preservativo com o parceiro, medo da rejeição, de superinfecção, de que o vírus se fortaleça e de transmiti-lo, falta de confiança no parceiro, diminuição do desejo sexual e não considerar o sexo como uma parte importante da vida. Em outro estudo, muitos participantes relataram que a função sexual foi afetada pelo HIV⁽¹⁸⁾.

O prejuízo na QV retratado no domínio preocupações financeiras provavelmente está relacionado à baixa renda dos indivíduos que têm a doença, o que dificulta a sobrevivência. A QV tem se mostrado intimamente ligada à inserção socioeconômica e à exclusão social⁽¹⁰⁾.

Os entrevistados neste estudo apresentaram escores médios de 31,7 na escala ASKAS para conhecimento sobre sexualidade do idoso, cuja variação é de 20 a 60, correspondendo a 29,4% da pontuação possível; e 14,8 na escala de atitudes sobre a sexualidade do idoso, que varia de 8 a 40, correspondendo a 21,4% da pontuação possível. Estudo americano com ginecologistas mostrou escores médios de 49,0 para o conhecimento na escala americana ASKAS, que varia de 35 a 105, representando 20,0% dos pontos possíveis e 81,0 para atitudes, cujos escores variam de 26 a 182, representando 35,2% dos pontos possíveis. Tal resultado indica que os pacientes com HIV deste estudo apresentaram menor conhecimento e atitudes mais

favoráveis à sexualidade de idosos quando comparado aos médicos americanos⁽¹⁹⁾.

A atitude favorável à sexualidade do idoso sugere que estes indivíduos podem ser sexualmente ativos. Porém, melhor conhecimento sobre a sexualidade não significa menor risco de infecção pelo vírus, sendo necessárias práticas educativas para a prevenção da doença⁽⁷⁾.

A análise de regressão linear múltipla realizada entre os domínios do HAT-QoL e outras variáveis mostrou que a prática da atividade física associou-se a maiores escores nos domínios função geral e satisfação com a vida. A relação entre atividade física e saúde em geral tem sido relatada nas últimas décadas de forma positiva para o indivíduo com o vírus. A atividade física pode afetar positivamente os fatores imunológicos, aumentando a produção de anticorpos naturais, que, por sua vez, podem retardar a progressão do HIV/AIDS⁽²⁰⁾.

Satisfação com a vida e preocupação com a saúde foram os domínios que apresentaram escores médios mais elevados e associaram-se ao maior tempo de diagnóstico do HIV. Estudo realizado com soropositivos com idade acima de 50 anos mostrou que a maioria deles reagiu negativamente ao receber o diagnóstico. Contudo, assegurara que envelhecer com HIV implicou em autoaceitação, sabedoria e atitude positiva perante a vida, aspectos essenciais para a manutenção da satisfação com a vida e QV⁽¹⁸⁾.

Pacientes de classe econômica A e B apresentaram escores maiores no domínio preocupações financeiras, mostrando que o suporte financeiro é fator positivo para a QV. A epidemia do HIV apresenta características de feminização, juvenização, interiorização, envelhecimento e pauperização⁽³⁾. A exclusão social desencadeada pela condição de soropositividade leva o indivíduo a vivenciar uma vulnerabilidade social. Pessoas com a doença que possuem baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo têm acesso limitado à saúde, educação, moradia e alimentação⁽¹⁷⁾. A baixa escolaridade também influencia nas opções de ocupação profissional. Baixos salários e condição socioeconômica precária influenciam no acesso às medidas preventivas e assistência integral as pessoas que vivem com HIV/AIDS⁽¹¹⁾.

O domínio aceitação do HIV apresentou escores significativamente mais elevados quanto maior a escolaridade dos pesquisados. Outra pesquisa apontou que a baixa escolaridade das pessoas acima de 50 anos com a doença dificultou o acesso às informações essenciais sobre a AIDS, como o conhecimento de que os antirretrovirais podem tornar a doença,

crônica e controlável. Este dado aponta que o baixo nível de escolaridade pode interferir na aderência ao antirretroviral, na medida em que influi na compreensão da importância do uso dos medicamentos e no acesso ao tratamento⁽²¹⁾.

O escore médio do domínio preocupação com o sigilo, apesar de baixo, foi melhor entre os desempregados e aqueles com idade inferior aos 60 anos. Pessoas que trabalhavam possivelmente tiveram piores escores por medo da discriminação e perda do emprego. Muitos empregadores não admitem soropositivos devido ao preconceito, aos efeitos colaterais provocados pelos antirretrovirais que podem interferir na produtividade e à necessidade de faltar no serviço para consultas e exames⁽¹⁷⁾.

A sobrecarga social e moral sobre a pessoa soropositiva parece ampliar-se com o envelhecimento. Outra pesquisa com idosos com HIV/AIDS identificou que o impacto do diagnóstico abalou a afetividade dos sujeitos, seus laços familiares e de amizade. O medo da rejeição mostrou ser um fator primordial na comunicação do diagnóstico no círculo de convívio social⁽⁴⁾.

Conhecer as formas de contágio da doença e maior escolaridade associaram-se com escores mais altos do domínio confiança no médico do HAT-QoL. A maior escolaridade pode favorecer a compreensão sobre a doença e a terapêutica medicamentosa, o que é relevante para a adesão ao tratamento. Outro estudo encontrou que os sujeitos não aderentes ao uso dos antirretrovirais tinham menor escolaridade que os aderentes⁽¹⁹⁾. Os escores mais baixos encontrados no domínio confiança no médico podem, em parte, ser explicados pelo receio que alguns pacientes têm de serem julgados pelo profissional de saúde e associados a homossexuais, a usuários de drogas e a trabalhadoras do sexo⁽²²⁾. No domínio atividade sexual, verificou-se que ser homem, branco e da classe econômica A e B esteve associado aos melhores escores. A manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais é um aspecto fundamental na vida dos indivíduos com HIV/AIDS que contribui para melhor QV⁽¹¹⁾. A maior escolaridade pode estar associada à manutenção do desejo sexual na fase mais tardia da vida em adulta⁽²³⁾.

O estudo mostrou que algumas características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com HIV/AIDS favoreceram diversos domínios da QV. Praticar atividade física, conhecer o diagnóstico da doença há mais tempo, pertencer à classe econômica A ou B, possuir maior escolaridade, estar desempregado, conhecer a forma pela qual contraiu a doença, ser do

sexo masculino, branco e com idade inferior a 60 anos foram aspectos significativamente fundamentais para a manutenção dos escores mais elevados da QV.

Resultados de outro estudo realizado com pacientes que vivem com HIV/AIDS corroboram, em parte, com os achados desta pesquisa e apontam variáveis que se associaram positivamente com domínios da QV: maior escolaridade e renda⁽¹¹⁾.

Neste estudo, mulheres e desempregados apresentaram maior conhecimento sobre a sexualidade do idoso segundo a escala ASKAS. As mulheres em uma fase mais tardia da vida adulta mantêm interesse pela vida sexual, sentem-se bem fisicamente e mentalmente para o sexo e encontram na internet mais informações e ajuda sobre sexualidade⁽²⁴⁾.

Os desempregados podem ter apresentado melhor conhecimento sobre a sexualidade por terem mais tempo para procurar os serviços públicos de saúde. Empregados têm pouca disponibilidade para procurá-los, pois os horários de funcionamento desses serviços nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas inseridas no mercado de trabalho⁽²⁵⁾.

Os entrevistados que apresentaram melhor atitude sobre a sexualidade foram os com maior escolaridade e idade inferior a 60 anos. Outro estudo observou que sujeitos com mais escolaridade atribuíam maior importância ao sexo em seu relacionamento com seus cônjuges, o que mostra que a educação parece ter papel importante nas atitudes sobre sexualidade⁽²³⁾.

A sexualidade na velhice é tema negligenciado pela sociedade, profissionais de saúde e pelos próprios idosos, como se, com o passar do tempo, o amor e até mesmo o sexo já não dissessem mais respeito à idade avançada⁽⁵⁾. Isso pode ser um dos motivos pelo quais os pacientes a partir de 60 anos apresentaram atitude menos favorável a sexualidade do idoso.

Atitude mais favorável à sexualidade apresentou associação com os domínios função geral, preocupações com a saúde, preocupações com a medicação e aceitação do HIV do HAT-QoL, na análise de regressão linear múltipla. Não foram encontrados estudos que relacionassem o HAT-QoL com a ASKAS, o que inviabilizou a comparação desses resultados.

Conclusão

As variáveis fazer atividade física, maior tempo de diagnóstico, melhores condições econômicas, maior escolaridade, estar desempregado, idade inferior a 60 anos, conhecer a forma de contágio, ser

do sexo masculino e ter cor de pele branca foram as que mostraram associação com um ou mais domínios do HAT-QoL, aumentando seus escores. Mulheres e desempregados apresentaram maior conhecimento sobre sexualidade dos idosos, enquanto pacientes com maior escolaridade e idade inferior a 60 anos demonstraram atitudes mais favoráveis sobre a sexualidade do idoso. Houve associação significativa entre os domínios função geral, preocupações com a saúde, preocupações com a medicação e aceitação do HIV da QV e o domínio atitudes sobre sexualidade de idosos da escala ASKAS.

A implementação de medidas efetivas de prevenção, proteção e manutenção da QV das pessoas que envelhecem com HIV/AIDS se faz necessária e urgente. Avaliação e intervenções de enfermagem como orientações sobre formas de contágio, tratamento e evolução da patologia, além de suporte social e psicológico poderiam minimizar os efeitos negativos da doença sobre a QV das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

O presente estudo traz como limitações o fato de os participantes terem sido recrutados de uma área limitada de São Paulo e a amostra ter sido composta majoritariamente por homens. Mulheres e homens podem ter experiências de vida diferentes com o HIV, interferindo, dessa forma, na QV. Os resultados deste estudo não podem ser generalizados, uma vez que trazem características específicas de determinada região do país. No entanto, eles fornecem uma visão sobre a QV e a relação desta com os aspectos socioeconômicos, o conhecimento e a atitude sobre a sexualidade de idosos dos pacientes com HIV/AIDS. Também podem oferecer informações úteis para subsidiar as políticas de saúde de prevenção e tratamento da doença.

Avaliação e intervenções de enfermagem, como orientações sobre formas de contágio, tratamento e evolução do HIV/AIDS, além de suporte social e psicológico, poderiam minimizar os efeitos negativos da doença sobre a QV dos indivíduos soropositivos.

Referências

1. Nações Unidas Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV-AIDS. MÍDIA - CLIPPING Relatório Global do UNAIDS; 2012. [acesso: 30 jul 2013]. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/documentos/clipping.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico AIDS/DST, 8(1). 27ª à 52ª semanas epidemiológicas,

- junho a dezembro de 2010; 01^a a 26^a semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2011. Brasília; 2012.
3. Vance DE, McGuinness T, Musgrove K, Orel NA, Fazeli PL. Successful aging and the epidemiology of HIV. *Clin Interv Aging*. 2011;6:181-92.
 4. Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. Aids em Idosos: Vivências dos doentes. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):712-9.
 5. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing*. 2011;40(5):538-43.
 6. Frugoli A, Magalhães-Junior CAO. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2011;15(1):85-93.
 7. Camargo BV, Torres TL, Biasus F. Práticas sexuais, conhecimento sobre hiv/aids e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos do sul do Brasil. *Liberabit*. 2009;15(2):171-80.
 8. Vieira KFL, Miranda RS, Coutinho MPL. Sexualidade na velhice: um estudo de representações sociais. *Psicol Saber Social*. 2012;1(1):120-8.
 9. Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994 (BR). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [acesso 30 ago 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm
 10. Rüütel K, Pisarev H, Loit HM, Uusküla A. Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. *Int J AIDS Soc*. 2009;12:13.
 11. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto-Enferm*. 2011;20(3):565-75.
 12. Bajunirwe F, Tisch DJ, King CH, Arts EJ, Debanne SM, Sethi AK. Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda. *AIDS Care*. 2009;21(3):271-9.
 13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil; 2012. [acesso 14 mai 2014]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>
 14. de Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Públ*. 2009;25(1):69-76.
 15. Viana HB, Guirardello EB, Madruga VA. Tradução e adaptação cultural da Escala Askas - Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em idosos brasileiros. *Texto Contexto- Enferm*. 2010;19(2):238-45.
 16. Lopes PSD, Silva MMG, Torres IC, Stadnik CMB. Qualidade de vida dos pacientes hiv positivo com mais de 50 anos. *Rev AMRIGS*. 2011;55(4):356-60.
 17. Gomes AM, Silva EM, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(3):485-92.
 18. Nobre NR, Kylmä J, Tapio Kirsi T. I Live Quite a Good Balanced Life: A Pilot Study on the Life Experiences of Ageing Individuals Living with HIV. *Nurs Res Pract*. [Internet]. 2012 [acesso 11 dez 2012]; 2012. Article ID 128108, 8 p. doi:10.1155/2012/128108
 19. Langer-Most O, Langer N. Aging and sexuality: how much do gynecologists know and care?. *J Women Aging*. 2010;22(4):283-9.
 20. Somarriba G, Neri D, Schaefer N, Miller TL. The effect of aging, nutrition, and exercise during HIV infection. *HIV AIDS (Auckl)*. 2010;2:191-201.
 21. Iliasa M, Carandina L, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011;35(2):471-84.
 22. Ministério da Saúde (BR). Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar; 2010. [acesso 30 jul 2013]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/atar-web.pdf>
 23. Kalra G, Subramanyam A, Pinto C. Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian J Psychiatry*. 2011;53(4):300-6.
 24. Wood A, Runciman R, Wylie KR, McManus R. An Update on Female Sexual Function and Dysfunction in Old Age and Its Relevance to Old Age Psychiatry. *Aging Dis*. 2012;3(5):373-84.
 25. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595-603.

Recebido: 2.8.2013

Aceito: 3.12.2014