



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MONOGRAFIA

ANA KAROLINE BASTOS COSTA

INFLUÊNCIA DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS

FORTALEZA

2018

ANA KAROLINE BASTOS COSTA

**INFLUÊNCIA DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS**

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Gimeniz Galvão

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C87i Costa, Ana Karoline Bastos.
Influência da autoestima na qualidade de vida de pessoas vivendo com hiv/aids / Ana Karoline Bastos
Costa. – 2018.
74 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.
1. HIV. 2. Autoestima. 3. Qualidade de Vida. I. Título.

CDD 610.73

ANA KAROLINE BASTOS COSTA

**INFLUÊNCIA DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS**

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Gimeniz Galvão.

Aprovada em: 21/06/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Gimeniz Galvão (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf. Doutoranda Vanessa Da Frota Santos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^o. Dr^a. Ivana Cristina Vieira de Lima
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus.

Aos meus pais, Rosa e Amarildo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora, pela conclusão do curso de graduação em Enfermagem, por terem me dado forças para enfrentar as dificuldades ao longo desses cinco anos e nunca terem me deixado desistir.

Aos meus pais, Rosa e Amarildo, por todo esforço feito para que eu conseguisse concluir esse curso, pelo amor e dedicação, além do incentivo constante para que sempre estudasse e buscasse alcançar todos os meus objetivos. Obrigada por todo o apoio e pelo imenso amor e cuidado.

Ao Neto, meu irmão, por me estimular a alcançar meus objetivos.

Ao Rodrigo, por todo o amor e cuidado que tens por mim, pelos inúmeros conselhos e palavras motivacionais, pela sua paciência e companheirismo diante dos meus momentos de aflição. Tenho sorte por tê-lo ao meu lado, obrigada por tudo.

A Patrícia Solano, amiga de sala, a qual me aproximei desde o primeiro dia que ingressei no curso, sempre presente como boa ouvinte e com bons conselhos, ajudou a tornar a caminhada mais leve, só tenho a agradecer, sou grata por sua amizade.

A professora Marli, minha orientadora, por me receber no grupo e me dar a oportunidade de participar como bolsista de um projeto tão maravilhoso e acolhedor, sou muito grata por tudo.

A Vanessa, por me orientar e por participar da banca avaliadora, por me ajudar imensamente ao longo da construção desse trabalho, e não somente nesse, mas em vários outros trabalhos, sou muito grata.

A Ivana, por aceitar participar da banca avaliadora, e por todas as suas contribuições valiosas ao longo desses anos de participação no projeto, gratidão.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas (NEAIDS) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, por tantas reuniões compartilhadas, assim como conhecimentos e ajuda na coleta de dados.

Às Pessoas com HIV/aids atendidas no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará e da Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro pela contribuição neste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por oferecer bolsas de iniciação científica e por financiar esta pesquisa.

“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”
(Fernando Sabino)

RESUMO

A avaliação da autoestima de Pessoas vivendo com HIV/aids e sua influência na qualidade de vida é importante, pois o estado emocional do indivíduo pode interferir na adesão ao tratamento antirretroviral e no enfrentamento da doença. Objetivou-se avaliar a influência da autoestima na qualidade de vida de Pessoas vivendo com HIV/aids. Trata-se de um estudo do tipo transversal, de abordagem quantitativa, realizado de agosto de 2016 a julho de 2017 no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará (UFC) e na Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro, em Fortaleza – CE. A amostra contemplou 335 pacientes. A coleta se deu mediante entrevista semiestruturada com aplicação dos seguintes instrumentos de coleta de dados: o Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica de saúde para Pessoas vivendo com HIV/aids, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e a Escala para avaliação da qualidade de vida (HAT-QoL). Os dados foram tabulados no aplicativo *Microsoft Excel* 2016, e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24.0. Na análise estatística foram aplicados os testes de Fisher e Kruskal-Wallis, também foi calculada a frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio-padrão, quando necessário. O valor de P considerado estatisticamente significativo foi $<0,05$. Os princípios éticos foram respeitados. Os resultados mostram que a maioria dos participantes eram do sexo masculino (86,9%), homossexuais (61%), solteiros (64,2%), encontravam-se empregados (62,4%), professavam a fé (80,2%), apresentavam escolaridade menor ou igual a 12 anos de estudo (64,5%). A faixa etária mais prevalente foi a de 30 a 49 anos (51,1%), seguida por menor ou igual a 29 anos (38,4%), com renda familiar menor ou igual a dois salários mínimos (56,4%). Quanto aos hábitos de saúde, 53,7% dos participantes não praticavam nenhuma atividade física, 51,3% faziam uso de bebidas alcoólicas, 77% não faziam uso de tabaco, 90,1% não usavam drogas ilícitas, dos que faziam o uso, 50% utilizavam maconha e 50% cocaína. Em relação ao uso de preservativo, a grande maioria (72,8%) declarou fazer uso, destacando-se o uso frequente (84,8%). No tocante à Autoestima, a pontuação mínima obtida foi 16 e a máxima de 36 (Média de 28,8). Na Qualidade de Vida, a pontuação mínima alcançou 7,1, com máxima de 99,4 (Média de 71,1). A autoestima encontra-se média em 63,3% dos participantes, e a qualidade de vida foi avaliada como baixa em 51,6% dos entrevistados. A correlação linear entre a autoestima e a qualidade de vida foi positiva e significativa ($P<0,001$). Logo, quanto maior a qualidade de vida, maior a autoestima, e vice-versa. Compreende-se de acordo com os

dados obtidos que a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids sofre influência da autoestima.

Palavras-chave: HIV. Autoestima. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The assessment of the self-esteem of people living with HIV / AIDS and its influence on quality of life is important, since the individual's emotional state may interfere with adherence to antiretroviral treatment and coping with the disease. The objective of this study was to evaluate the influence of self-esteem on the quality of life of people living with HIV / AIDS. This is a cross-sectional, quantitative study, carried out from August 2016 to July 2017 at the Infection Clinic of the Walter Cantídio University Hospital (HUWC), the Federal University of Ceará (UFC) and the Basic Health Unit Carlos Ribeiro, in Fortaleza - CE. The sample consisted of 335 patients. The collection was done through a semistructured interview with the following data collection instruments: the Sociodemographic and Clinical Characterization Form for People Living with HIV / AIDS, the Rosenberg Self-Esteem Scale (RAS), and the Quality of Life Scale (HAT-QoL). The data were tabulated in the Microsoft Excel 2016 application, and analyzed in the Statistical Package for Social Science (SPSS) program, version 24.0. Fisher and Kruskal-Wallis tests were applied in the statistical analysis, absolute and relative frequency, mean, median and standard deviation were also calculated when necessary. The P value considered statistically significant was <0.05 . Ethical principles have been respected. The results show that the majority of participants were male (86.9%), homosexual (61%), unmarried (64.2%), employed (62.4%), 2%), had schooling less than or equal to 12 years of schooling (64.5%). The most prevalent age group was between 30 and 49 years old (51.1%), followed by less than or equal to 29 years (38.4%), with a family income less than or equal to two minimum wages (56.4%). Regarding health habits, 53.7% of the participants did not engage in any physical activity, 51.3% used alcohol, 77% did not use tobacco, 90.1% did not use illicit drugs, those who used it , 50% used marijuana and 50% cocaine. Regarding condom use, the vast majority (72.8%) reported using it, especially frequent use (84.8%). Regarding the Self-esteem, the minimum score obtained was 16 and the maximum of 36 (Average of 28.8). In Quality of Life, the minimum score reached 7.1, with a maximum of 99.4 (Mean of 71.1). Self-esteem was found in 63.3% of the participants, and quality of life was assessed as low in 51.6% of the interviewees. The linear correlation between self-esteem and quality of life was positive and significant ($P < 0.001$). Therefore, the higher the quality of life, the greater the self-esteem. It is understood according to the data obtained that the quality of life of people living with HIV / AIDS is influenced by self-esteem.

Keywords: HIV. Self Concept. Quality of Life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
Lim. Inf.	Limite Inferior
Lim. Sup	Limite Superior
ml	Milílitro
NEAIDS	Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
QV	Qualidade de Vida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social and Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 Distribuição dos escores referentes à autoestima	37
Gráfico 2 Distribuição dos escores referentes à qualidade de vida	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes, Fortaleza, Ceará, 2018.....	30
Tabela 2 - Conhecimento dos pacientes acerca das variáveis clínicas relacionadas à infecção.....	31
Tabela 3 – Tipos de efeitos adversos dos participantes, Fortaleza, Ceará, 2018.....	32
Tabela 4 – Caracterização dos hábitos de saúde dos participantes, Fortaleza, Ceará, 2018.....	34
Tabela 5 – Caracterização das medidas clínicas e antropométricas dos participantes, Fortaleza, Ceará, 2018.....	35
Tabela 6 – Descrição quantitativa dos escores de autoestima e qualidade de vida, Fortaleza, Ceará, 2018.....	36
Tabela 7 – Classificação da autoestima e da qualidade de vida, Fortaleza, Ceará, 2018.....	38
Tabela 8 – Associação entre a autoestima e as variáveis sociodemográficas, Fortaleza, Ceará, 2018.....	39
Tabela 9 – Associação entre a autoestima e os hábitos de saúde, Fortaleza, Ceará, 2018.....	41
Tabela 10 – Associação entre a autoestima e os conhecimentos sobre a doença, Fortaleza, Ceará, 2018.....	42
Tabela 11 – Associação entre a autoestima e os efeitos adversos, Fortaleza, Ceará, 2018.....	43
Tabela 12 – Associação entre a autoestima e as medidas clínicas e antropométricas, Fortaleza, Ceará, 2018.....	44

Tabela 13 – Associação entre a autoestima e a qualidade de vida, Fortaleza, Ceará, 2018.....	45
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Contextualização do HIV/aids.....	16
1.2	Autoestima em PVHA.....	17
1.3	Qualidade de Vida em PVHA.....	18
2	OBJETIVOS.....	21
3	METODOLOGIA.....	22
3.1	Tipo de estudo.....	22
3.2	População e amostra.....	22
3.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	23
3.4	Período e Local do estudo	23
3.5	Coleta de dados.....	24
3.6	Instrumentos de coleta de dados.....	24
3.7	Hipóteses.....	28
3.8	Análise dos dados.....	28
3.9	Aspectos éticos e legais.....	29
4	RESULTADOS.....	30
4.1	Caracterização Sociodemográfica e Clínico-epidemiológica das pessoas vivendo com HIV/aids.....	30
4.2	Avaliação da Autoestima segundo a EAR e Avaliação da Qualidade de Vida segundo a <i>HAT-QoL</i>	36
4.3	Avaliação da Autoestima segundo a EAR e sua relação com as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas.....	38
4.4	Associação entre a Autoestima e a Qualidade de Vida em PVHA.....	45
5	DISCUSSÃO.....	46
6	CONCLUSÃO.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE	58
	ANEXOS	
	ANEXO A – Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica de saúde	60

ANEXO B - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR)	63
ANEXO C – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (Versão em português do instrumento HAT-QoL)	64
ANEXO D - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	68
ANEXO E– DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO EMITIDA PELO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do HIV/aids

Tendo a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) como um problema mundial de saúde pública, a Assembleia Geral Das Nações Unidas, ocorrida em 2016 na cidade de Nova York, reafirmou o compromisso com o fim da epidemia do HIV/aids até 2030. Com isso, busca-se intensificar os esforços para oferecer programas integrais de prevenção, tratamento, atenção e apoio, com o intuito de reduzir novas infecções, além de aumentar a expectativa e melhorar a qualidade de vida, garantindo o cumprimento dos direitos humanos e a dignidade das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) (UNAIDS, 2016).

Estima-se que havia 36,7 milhões de PVHA no mundo em 2016, destas, aproximadamente 19,5 milhões tem acesso à terapia antirretroviral (TARV). Em 2015, 12% dos casos novos notificados foram entre homens que fazem sexo com homens, 5% entre trabalhadores do sexo e 8% entre usuários de drogas injetáveis (UNAIDS, 2017).

No Brasil, desde o primeiro caso notificado em 1980 até junho de 2015, foram notificados 798.366 casos de HIV/aids, destes, 519.183 (65,0%) casos em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. A taxa de detecção por 100.000 habitantes diminuiu para menos de 20 casos (19,7/100.000), tornando-se a menor taxa de detecção dos últimos 12 anos (BRASIL, 2015). Durante os anos de 2007 e 2016, 136.945 casos de novas infecções pelo HIV foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo que a maioria (52,3%) se encontra na faixa etária de 20 a 34 anos (BRASIL, 2017).

Já em relação ao número de óbitos relacionadas ao HIV/aids, no ano de 2016 foram notificados aproximadamente um milhão de casos, sendo que em 2005 foram cerca de 1,9 milhões, onde pode-se notar um declínio de 48% dos casos (UNAIDS, 2017). Esse fator pode ser atribuído ao avanço da cobertura da TARV em diversos países, mediante políticas nacionais que ampliaram o acesso gratuito ao tratamento, consequentemente, com o uso das medicações houve melhoria das taxas de sobrevivência desses indivíduos e redução na taxa de morbimortalidade ocasionada pelo vírus (GONZALEZ *et al.*, 2011; BONOTTO *et al.*, 2016).

A adesão ao tratamento acarreta inibição da replicação viral, melhoria do sistema imunológico e redução dos riscos de adoecimento por infecções oportunistas, aumentando a sobrevida dessa população (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012). Observa-se que os índices de mortalidade e retenção nos serviços de saúde melhoraram significativamente

durante os primeiros 12 meses de uso da TARV, podendo indicar melhorias na assistência, início precoce do tratamento e reforços nos serviços de distribuição dos medicamentos (TWEVE *et al.*, 2015).

Dados de 72 países revelam que a adesão à TARV, após 12 meses de tratamento, variou entre 72% na África Ocidental e Central a 89% no Oriente Médio (UNAIDS, 2017). Um estudo realizado no Brasil aponta um índice de 75% dos participantes com boa adesão (FORESTO *et al.*, 2017). No Senegal, essa taxa salta para 80% dos sujeitos do estudo relatando uma ótima aderência ao tratamento (BYABENE *et al.*, 2017).

1.2 Autoestima em PVHA

A autoestima refere-se aos valores que o ser humano atribui a si e aos que os demais atribuem a ele, permitindo-o perceber seu comportamento como positivo ou negativo, adequado ou inadequado, baseado nesses conceitos de valores (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010). A autoavaliação é baseada nos sentimentos e pensamentos internalizados durante o processo de formação da sua identidade (VAZ-SERRA, 1986).

Ademais, a autoestima está relacionada ao grau de respeito ou de consideração que os indivíduos têm de si mesmos, sendo influenciada pelos julgamentos de pessoas próximas (TOWNSEND, 2015). Ela reflete como e o quanto o indivíduo gosta dele mesmo. É consequência de como ele se sente em relação a si, seja algo positivo como sentir-se autoconfiante, ou negativo, como sentir-se um fracassado (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004).

Considerada como um dos indicadores de saúde mental, a autoestima pode interferir em várias dimensões do ser humano, como a afetiva, social e psicológica. Quando diminuída pode afetar a saúde do indivíduo de modo geral, seu bem-estar e qualidade de vida (SÁNCHEZ; BARRÓN, 2003).

A linha comportamental da psicologia considera que a baixa autoestima se originou do controle aversivo do comportamento, quando as atitudes do indivíduo em parte ou em sua totalidade são criticadas, acarretando medo de se expor e inibição. Assim, as pessoas com baixa autoestima podem apresentar comportamentos agressivos e de defesa ou afastar-se do seu ciclo de convivência. Essas pessoas se consideram inferiores e desenvolvem sentimentos negativos em relação a si, quando julgados por grupos sociais aos quais pertencem (SILVA; MARINHO, 2003).

Indivíduos que apresentam doenças crônicas podem desenvolver baixa autoestima. Em pacientes com doença renal crônica, submetidos à hemodiálise, foi identificada taxa de prevalência de 32% de baixa autoestima (SAAVEDRA; ÑAZCO, 2016). Outro estudo identificou que pacientes com úlceras crônicas, que apresentam piora na qualidade de vida, estando relacionadas à indisposição e pouca energia para realizar atividades de vida diárias, tiveram avaliação negativa da autoestima (SOUZA *et al.*, 2013). As doenças crônicas não transmissíveis como as cardiocirculatórias, respiratórias, renais, úlceras crônicas, dentre outras, podem afetar características pessoais como a resiliência e pessoas pouco resilientes, por sua vez, podem apresentar sintomas de ansiedade, depressão e baixa autoestima (LEPPIN *et al.*, 2014).

Dentre essas doenças crônicas que podem afetar a autoestima do paciente, destaca-se também o HIV, que é uma infecção fortemente marcada pelo estigma e preconceito, além de manifestações de culpa, medo da propagação do resultado, autoisolamento, não-aceitação da sua condição, inferiorização e dúvidas acerca da veracidade do exame, sentimentos negativos como depressão, medo da morte e angústia, podendo acarretar supressão do sistema imunológico, tornando o organismo mais susceptível à ação do vírus, e de doenças oportunistas. Isso influencia diretamente na autopercepção, autoestima e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids (CARVALHO; PAES, 2011). Quando comparados com os pacientes acometidos por outras doenças crônicas, as PVHA apresentam autoestima mais baixa (CASTRIGHINI *et al.*, 2013).

Uma das consequências da infecção pelo HIV é a diminuição da autoestima, podendo ser ocasionada devido à perda de gordura corporal, chamada de lipodistrofia, sendo esta característica um dos possíveis efeitos colaterais da TARV. Segundo estudo realizado no interior do Brasil, 34,7% dos participantes apresentaram baixa autoestima, com pontuação de 16 na Escala de Autoestima de Rosenberg. Os níveis de autoestima influenciam no autocuidado, permitindo que o paciente não tenha uma boa adesão ao tratamento e que desenvolva transtornos mentais como a ansiedade e a depressão, os quais são prejudiciais à qualidade de vida de PVHA (CASTRIGHINI *et al.*, 2010).

1.3 Qualidade de vida em PVHA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Qualidade de Vida (QV) é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores

nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOLGroup, 1995). É um termo amplo, uma definição que varia de indivíduo para indivíduo, um conceito subjetivo, tornando-se difícil de definir, visto que abrange aspectos como o emocional e o biopsicossocial, sendo resultado da interação das diversas áreas de vida (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

Pode ser considerada como um valor atribuído à vida, que sofre influência de prejuízos relativos a danos, doenças, tratamentos ou políticas de saúde. Guarda relação com a autopercepção relacionada ao grau de satisfação que o indivíduo encontra de maneira global, seja na vida familiar, amorosa, social, ambiental, ou à estética existencial, permitindo a valorização subjetiva do conceito. Faz referência a percepção do ser humano em relação à sua condição de vida, no contexto cultural ao qual está inserido, envolvendo seus objetivos, expectativas e crenças (MATSDORFF, REMPEL, LAROQUE, 2016; CATUNDA, SEIDL, LEMÉTAYER, 2017; HIPOLITO *et al.*, 2017).

Altos escores de QV estão associados com aumentos das células TCD4+, demonstrando que essa variável tem grande importância para PVHA, influenciando positivamente no sistema imunológico dessa população (NGLAZI *et al.*, 2014).

Com o aumento da expectativa de vida advindo da evolução crônica do HIV e do amplo acesso à TARV, o entendimento da qualidade de vida de PVHA tem grande importância, pois o fato de conviver com uma doença incurável envolve consequências biológicas, psicológicas e sociais, que reverberam na QV (HERRMANN *et al.*, 2013).

Diante do que foi exposto, percebe-se que a saúde da população vivendo com HIV/aids pode ser influenciada por inúmeros fatores, dentre eles a autoestima que pode influenciar diretamente em várias dimensões na vida dessa população como sociais, econômicos, psicológicos e afetivos. Diante disso, faz-se necessária a avaliação da autoestima de PVHA e sua influência na qualidade de vida, uma vez que essas questões podem interferir diretamente na saúde dessa população, inclusive causando repercussões na adesão ao tratamento antirretroviral.

Além disso, existem poucos estudos na literatura científica nacional e internacional que abordem a temática em questão, portanto, pesquisas que tratem da influência da autoestima na qualidade de vida em pessoas com HIV/aids são importantes, em virtude das particularidades da infecção no que tangem aos aspectos psicossociais. Logo, acredita-se que o estudo contribuirá para o conhecimento das percepções de autoestima dessa população e da sua influência na qualidade de vida, além de servir de subsídios para o desenvolvimento de

outras pesquisas e intervenções que busquem melhorar esse parâmetro de saúde, aumentando a autoestima dessa população e proporcionando uma melhor qualidade vida.

Diante do contexto abordado elaborou-se a seguinte questão: Qual a influência da autoestima na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a influência da autoestima na qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas de pessoas vivendo com HIV/aids;
- Identificar os níveis de autoestima de pessoas vivendo com HIV/aids;
- Analisar a qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids;
- Correlacionar os fatores sociodemográficos e clínico-epidemiológicos com o nível de autoestima.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de abordagem quantitativa. Optou-se por este modelo, visto que ele oferta um recorte instantâneo dos problemas de saúde de determinada população em um determinado momento no tempo. Através da avaliação dessa amostra, podem ser determinados indicadores globais de saúde da população investigada. Dentre as vantagens destacam-se por serem rápidos, baratos, fáceis em termos logísticos e não tem período de seguimento. Quanto às desvantagens, tem-se que são pouco práticos no estudo de doenças raras, e só podem medir a prevalência (VOLPATO, 2007).

3.2 População e amostra

Utilizou-se o cálculo amostral para populações finitas, de acordo com a fórmula a seguir:

$$n = \frac{N \cdot \delta^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot (E)^2 + \delta^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2} *$$

*n- tamanho da amostra; $Z_{\alpha/2}$ – valor crítico para o grau de confiança desejado, usualmente 1.96 (95%); δ - desvio padrão populacional de variável; E – erro padrão, usualmente $\pm 5\%$ da proporção dos casos (precisão absoluta), ou $\pm 5\%$ da média ($1,05 \times$ média); N – tamanho da população (finita); p – proporção de resultados favoráveis da variável na população; q – proporção de resultados desfavoráveis na população ($q=1-p$).

O Público-alvo escolhido para o estudo foram pessoas que vivem com HIV/aids. No HUWC eram atendidos 1050 pacientes e na UBS Carlos Ribeiro 1309, baseado na fórmula citada acima foi possível chegar ao n 331. Ao todo, 335 pacientes participaram do estudo. Foi utilizada amostragem por conveniência. Os participantes foram recrutados pela pesquisadora através de um convite verbal, estes recebiam esclarecimentos sobre o estudo, e após o consentimento dava-se início a entrevista.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo pessoas de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, em uso da TARV por no mínimo seis meses, que estavam em acompanhamento ambulatorial e que demonstrassem interesse em participar da pesquisa.

Foram excluídos os pacientes que apresentassem algum comprometimento nas funções cognitivas que o impedissem de responder as perguntas, e os reclusos em penitenciárias ou delegacias.

3.4 Período e local do estudo

O estudo foi desenvolvido entre os meses de agosto de 2016 a julho de 2017 e os locais selecionados para a coleta de dados do estudo foram o ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro, em Fortaleza - CE.

O ambulatório de infectologia do HUWC é uma instituição de nível terciário, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), compondo a assistência de saúde no Estado do Ceará. Os pacientes atendidos no local são provenientes do município e Região Metropolitana de Fortaleza, além do interior do Estado do Ceará. Os serviços oferecidos aos pacientes adultos com HIV/aids são consultas médicas, atendimento de enfermagem, exames laboratoriais e radiológicos, fornecimento de antirretrovirais, além de encaminhamentos para as demais especialidades médicas de acordo com a necessidade de cada cliente acompanhado pelo serviço. Além da infectologia, o hospital dispõe de clínicas de cirurgia geral, cirurgia plástica, neurologia, cardiologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia, hematologia, reumatologia, proctologia, psiquiatria, nefrologia, urologia, pediatria, otorrinolaringologia, gastroenterologia, transplante hepático, renal e de medula óssea.

A Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro faz parte do SUS, compondo uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Fortaleza, sendo também um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de referência para realização de testes rápidos de HIV, Sífilis, e Hepatites B e C, bem como na realização de acompanhamentos em infectologia de pacientes com HIV/aids. O usuário pode procurar uma UBS para atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames

laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

A escolha deu-se pelo fato do Hospital e a Unidade de Saúde serem pontos de referência no estado para tratamento do HIV, tendo uma equipe multiprofissional qualificada.

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados por duas pesquisadoras e auxiliares de pesquisa mediante treinamento prévio. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com aplicação dos instrumentos de coleta de dados em um consultório privativo nos dois serviços de saúde investigados, cuja duração média foi de 40 minutos. Além de responder às perguntas relacionadas aos instrumentos, os pacientes também tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre a sua condição de saúde e doença.

3.6 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados três instrumentos na pesquisa, apresentados a seguir:

3.6.1 Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínicas de Saúde para Pessoas que Vivem com HIV/aids (PVHA)

O Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica de saúde para Pessoas com HIV/aids (ANEXO A). Este foi testado e validado em estudos anteriores (CUNHA; GALVÃO, 2010; CUNHA; GALVÃO, 2011; FIUZA *et al.*, 2013; LIMA, 2017) e tem como intuito obter informações em relação aos dados sociodemográficos e suas características clínicas, incluindo os seguintes pontos:

- Número do formulário;
- Número do prontuário;
- Data da entrevista;
- Data da consulta;
- Nome do paciente;
- Endereço, telefone, nome da pessoa para contato, telefone do contato;
- Data de nascimento;
- Idade em anos;

- Sexo: masculino, feminino;
- Cor (autoinformada): branca, preta, amarela, parda, indígena;
- Escolaridade: referida em anos de estudo;
- Estado civil: solteiro, casado/vive junto/união consensual/amasiado, divorciado/separado, viúvo;
- Categoria de exposição: heterossexual, homossexual, bissexual, hemofilia, transfusão, transmissão vertical;
- Orientação sexual: heterossexual, homossexual, bissexual;
- Mora com o parceiro: sim, não, sem parceiro;
- Sorologia anti-HIV atual do parceiro;
- Religião: católica, evangélica, espírita, outra, não tem religião;
- Situação ocupacional: empregado, desempregado, aposentado, afastado;
- Renda individual em reais;
- Renda familiar mensal: soma de todos os rendimentos dos integrantes da família em reais;
- Tempo de diagnóstico da sorologia HIV positivo: em meses;
- Tempo de uso de TARV: em meses;
- Efeitos adversos à TARV: sim, não;
- Efeitos adversos que apresenta no momento: perda de peso, insônia, sonolência, fadiga, dificuldade de concentração, alterações de humor, enjoos/náuseas, diarreia, vômitos, manchas avermelhadas pelo corpo, tontura, outras;
- Número total de comprimidos da TARV que toma por dia;
- Em uso atual de medicação psiquiátrica: sim, não;
- Número de comprimidos ingeridos ao dia;
- Tipo de medicação psiquiátrica: antidepressivo, estabilizador de humor, antipsicótico, sedativo, ansiolítico, não se aplica;
- Prática de atividade física: sim, não;
- Frequência da prática de atividade física: uma vez na semana, duas ou mais vezes na semana, diariamente, esporadicamente.
- Uso de bebida alcoólica: sim, não;
- Frequência de uso de bebida alcoólica: diariamente, semanalmente, mensalmente, esporadicamente;
- Uso de tabaco: sim, não;

- Frequência do uso de tabaco: diariamente, semanalmente, mensalmente, esporadicamente;
- Uso de drogas ilícitas: sim, não;
- Tipo de droga ilícita: maconha, cocaína, LSD, crack;
- Frequência do uso de drogas ilícitas: diariamente, semanalmente, mensalmente, esporadicamente;
- Uso do preservativo: sim não;
- Frequência do uso de preservativo: sempre, às vezes, nunca;
- Nome dos antirretrovirais em uso (obtidos a partir do prontuário): Abacavir (ABC); Atazanavir (ATV); Darunavir (DRV); Didanosina (DDI); Efavirez (EFV); Enfuvirtida (ENF) (T-20); Etravirina (ETR); Estavudina (d4T); Fosamprenavir (FPV); Lamivudina (3TC); Lopinavir /Ritonavir (LPV/ r); Maraviroque (MVQ); Nevirapina (NVP); Raltegravir (RAL); Ritonavir (RTV); Saquinavir (SQV); Tenofovir (TDF); Tipanavir (TPV); Zidovudina+lamivudina - biovir (3TC+AZT) e Zidovudina (AZT).
- Carga viral (cópias/ml): valores obtidos a partir do prontuário. Foram considerados os valores dos três meses que antecederam a entrevista ou após a coleta. Foi considerada indetectável a carga viral ≤ 40 cópias/ml e detectável o valor > 40 cópias/ml;
- Colesterol total (mg/dL): valores obtidos a partir do prontuário. Foram considerados os valores dos três meses que antecederam a entrevista ou após a coleta. Foram considerados normais os valores ≤ 40 mg/dl para homens e ou > 46 mg/dl para mulheres; e baixo quando esse valor foi ≤ 40 mg/dl para homens e ou ≤ 46 mg/dl para mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016);
- Colesterol HDL (High-density lipoprotein) em mg/dL. Foram considerados os valores dos três meses que antecederam a entrevista ou após a coleta. O colesterol HDL foi classificado como normal quando o valor foi >40 mg/dl para homens e ou > 46 mg/dl para mulheres; e baixo quando esse valor foi ≤ 40 mg/dl para homens e ou ≤ 46 mg/dl para mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016);
- Peso em quilogramas no recrutamento;
- Altura em metros no recrutamento;
- Índice de massa corpórea (IMC) em kg/m^2 no recrutamento. Utilizou-se como parâmetro as recomendações da OMS para avaliação de peso em adultos (WHO, 2017), que adota a seguinte classificação: desnutrição $<18,5$ kg/m^2 ; normal $\geq 18,5$ kg/m^2 e <25 kg/m^2 ; sobrepeso ≥ 25 kg/m^2 e < 30 kg/m^2 ; obesidade ≥ 30 kg/m^2 .

- Perímetro da cintura em centímetros no recrutamento. Para as mulheres foi considerado risco cardiovascular o valor ≥ 80 cm e para homens o valor ≥ 90 cm (IDF, 2006).
- Razão cintura-quadril (RCQ) no recrutamento. Utilizou-se como parâmetro para classificação da RCQ as recomendações da OMS, considerando-se com risco cardiovascular valores $\geq 0,85$ para as mulheres e $\geq 0,90$ para os homens (WHO, 2000);
- Pressão arterial em mmHg no recrutamento. Para classificação da pressão arterial foi considerada a *American Heart Association* (AHA, 2017), a qual adota a seguinte classificação para pressão arterial sistólica e diastólica: normal (<120 mmHg/ <80 mmHg); elevada (120 – 129 mmHg / <80 mmHg); hipertensão estágio 1 (130-139 mmHg e/ou 80-89 mmHg); hipertensão estágio 2 (≥ 140 e/ou 90 mmHg).

3.6.2 Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

A Escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO B), foi desenvolvida por Rosenberg, em 1965 (Alfa de Cronbach =0,92), adaptada e validada no Brasil por Dini, (2001), e é uma escala do tipo *Likert*, composta por 10 perguntas que analisam sentimentos positivos, como por exemplo: “Estou satisfeito comigo mesmo?” E negativos, como: “Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar?”. Dentre outros questionamentos relacionados a si mesmo, podendo as respostas serem: concordo totalmente (4), concordo (3), discordo (2) e discordo totalmente (1), cada uma pontuando de 1 a 4, com pontuação total variando entre 10 e 40 pontos (ROSENBERG, 1965; HUTZ, 2000; DINI, 2001). Para a mensuração do nível de percepção da autoestima, utilizou-se a classificação de um estudo anterior com PVHA, onde escores maiores que 30 pontos correspondem a autoestima elevada (satisfatória), escores entre 20 e 30 pontos representam autoestima média, e escores menores que 20 pontos são classificados como baixa autoestima (insatisfatória) (BRITO, *et al.*, 2009).

3.6.3 Escala para avaliação da qualidade de vida (HAT-QoL)

O terceiro foi a escala para avaliação da qualidade de vida *HAT-QoL* (ANEXO C), desenvolvida por Holmes, em 1998. É uma escala validada para o Brasil (Alfa de Cronbach = 0,73 a 0,90), sendo um instrumento específico para avaliação da QV em PVHA, composta por 42 itens divididos em nove domínios, função de vida de um modo geral; atividade sexual; preocupações com a propagação do resultado da infecção; preocupação com a saúde;

preocupação financeira; conhecimentos sobre o HIV; satisfação com a vida; questões relativas à medicação e confiança no profissional médico. Cada item possui cinco opções de resposta, com uma pontuação que varia de um a cinco. Os valores obtidos serão transformados em índices de ponderação de 0 a 100, de modo que, uma pontuação mais próxima de 100 corresponde a uma melhor qualidade de vida e mais próxima de 0 corresponde a uma pior qualidade de vida (HOLMES, 1998; GALVÃO; CERQUEIRA; MACHADO, 2004). O ponto de corte utilizado foi de 75 pontos, este baseou-se em outro estudo realizado com a mesma população (GALVÃO, *et al.*, 2015).

3.7 Hipóteses

As hipóteses testadas neste estudo foram:

- H0: A autoestima não influencia na qualidade de vida de PHVA.
- H1: A autoestima influencia na qualidade de vida de PHVA.

Foram consideradas variáveis independentes as características sociodemográficas e clínicas, enquanto a autoestima e a qualidade de vida foram elencadas como dependentes.

3.8 Análise dos dados

Os dados foram tabulados no aplicativo *Microsoft Excel* 2016, e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24.0. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas, bem como a média, mediana e desvio-padrão, apresentados através de tabelas e gráficos. O nível de significância estabelecido foi de 0,05 (5%), sendo o valor de $P < 0,05$ considerado estatisticamente significativo.

Foram aplicados os testes de Fisher e de Kruskal-Wallis, através dessas duas metodologias analisou-se o impacto de cada variável, sociodemográfica, clínica, hábitos de saúde e medidas antropométricas na autoestima do indivíduo. Para aquelas variáveis independentes que são categóricas aplica-se o Teste de Fisher, e para as numéricas aplica-se o Teste de Kruskal-Wallis. Foi utilizada a mesma metodologia para realizar a comparação das escalas de autoestima e de qualidade de vida. Aplicou-se a correlação de Spearman para verificar a força linear entre qualidade de vida e autoestima.

3.9 Princípios Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC (CAAE: 53297216.8.0000.5054; Parecer nº 1.482.508) (ANEXO D), assim como pelo Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE) (ANEXO E). Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Efeitos de um programa de acompanhamento telefônico para promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/aids” financiada pelo CNPq. A resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil foi respeitada, sendo garantido o cumprimento das normas para pesquisas envolvendo seres humano, no qual todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínico-epidemiológica das pessoas vivendo com HIV/aids

Ao todo, 335 PVHA participaram do estudo. Na Tabela 1, encontra-se a descrição das variáveis sociodemográficas da pesquisa. Nota-se uma diferença significativa entre os sexos, sendo a maioria dos participantes do sexo masculino (86,9%), homossexuais (61%), solteiros (64,2%), encontravam-se empregados (62,4%), professavam a fé (80,2%) e apresentavam escolaridade menor ou igual a 12 anos de estudo (64,5%). A faixa etária mais prevalente foi a de 30 a 49 anos (51,1%), seguida por menor ou igual a 29 anos (38,4%), com renda familiar menor ou igual a dois salários mínimos (56,4%).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes, Fortaleza, Ceará, 2018

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	291 (86.9)
Feminino	44 (13.1)
Escolaridade	
<=12 anos	216 (64.5)
> 12 anos	119 (35.5)
Idade	
<= 29	121 (38.4)
30-49	161 (51.1)
>=50	33 (10.5)
Renda familiar	
<=2	189 (56.4)
>2	146 (43.6)
Situação ocupacional	
Empregado	209 (62.4)
Desempregado	107 (31.9)
Aposentado	7 (2.1)

Afastado	12 (3.6)
Estado civil	
Solteiro	215 (64.2)
Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado	91 (27.2)
Divorciado/Separado	22 (6.6)
Viúvo	7 (2.1)
Religião	
Católica	165 (49.4)
Evangélica	74 (22.2)
Espírita	12 (3.6)
Outra	17 (5.1)
Sem religião	66 (19.8)
Orientação sexual	
Heterossexual	95 (29.0)
Homossexual	200 (61.0)
Bissexual	33 (10.0)

Fonte: Dados gerados pelo autor

Na Tabela 2 contém o conhecimento dos pacientes acerca das variáveis clínicas relacionadas à infecção. No tocante à forma de transmissão 98,5% sabiam como adquiriram o vírus, 86,6% entendiam o significado das células T CD4+ e da carga viral e 97,6% sabiam da importância da TARV como fundamental para manutenção da sua saúde.

Tabela 2: Conhecimento dos pacientes acerca das variáveis clínicas relacionadas à infecção, Fortaleza, Ceará, 2018.

Variável	n (%)
Transmissão	
Não	5 (1.5)
Sim	330 (98.5)
LT-CD4+	
Não	45 (13.4)
Sim	290 (86.6)
Contagem de carga viral	

Não	45 (13.4)
Sim	290 (86.6)
Importância da TARV	
Não	8 (2.4)
Sim	327 (97.6)

Fonte: Dados gerados pelo autor

No que diz respeito à tabela 3, as variáveis clínicas apresentadas estão relacionadas ao uso da medicação e seus efeitos adversos. Quanto aos efeitos adversos da TARV, 61,5% dos pacientes referem não apresentar nenhum efeito. Dentre os sintomas apresentados 32,8% referem ter insônia, 19,1% sonolência, 5,3% fadiga, 1,5% apresentam dificuldade de concentração, 13,0% possuem alterações no humor, 19,8% referem náuseas, 3,1% apresentam diarreia, 2,3 vômitos e 44,3% referiram outros sintomas, além disso, 100% responderam não possuir perda de peso nem manchas avermelhadas pelo corpo. Nota-se que 8,4% dos pacientes fazem uso de medicação psiquiátrica.

Tabela 3: Tipos de efeitos adversos dos participantes, Fortaleza, Ceará, 2018.

Variáveis	n (%)
Efeitos adversos	
Sim	129 (38.5)
Não	206 (61.5)
Perda de peso	
Não	131 (100.0)
Insônia	
Não	88 (67.2)
Sim	43 (32.8)
Sonolência	
Não	106 (80.9)
Sim	25 (19.1)
Fadiga	
Não	124 (94.7)
Sim	7 (5.3)

Dificuldade de concentração	
Não	129 (98.5)
Sim	2 (1.5)
Alterações de humor	
Não	114 (87.0)
Sim	17 (13.0)
Náuseas	
Não	105 (80.2)
Sim	26 (19.8)
Diarreia	
Não	127 (96.9)
Sim	4 (3.1)
Vômitos	
Não	128 (97.7)
Sim	3 (2.3)
Manchas avermelhadas pelo corpo	
Não	131 (100.0)
Outras	
Não	73 (55.7)
Sim	58 (44.3)
Medicação psiquiátrica	
Sim	28 (8.4)
Não	307 (91.6)

Fonte: Dados gerados pelo autor

Os participantes foram questionados sobre seus hábitos de saúde, 53,7% dos participantes não praticavam nenhuma atividade física, dentre os que praticam, 42,6% realizam a atividade diariamente; 51,3% faziam uso de bebidas alcoólicas, sendo que 43,6% consumiam semanalmente; 77% não faziam uso de tabaco, mas dentre os que fazem uso 53,2% tinham consumo diário; 90,1% não faziam uso de drogas ilícitas, dos que faziam o uso 50% utilizavam maconha e 50% cocaína, sendo o seu uso semanal. Quanto ao uso de preservativo, a grande maioria (72,8%) declarou fazer uso, destacando-se o uso frequente (84,8%) (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização dos hábitos de saúde dos participantes, Fortaleza, Ceará, 2018.

Variável	n (%)
Pratica alguma atividade física	
Sim	155 (46.3)
Não	180 (53.7)
Com que frequência	
Uma vez na semana	12 (7.7)
Duas ou mais vezes na semana	62 (40.0)
Diariamente	66 (42.6)
Esporadicamente	15 (9.7)
Faz uso de álcool (bebida alcoólica)	
Sim	172 (51.3)
Não	163 (48.7)
Com que frequência	
Diariamente	3 (1.7)
Semanalmente	75 (43.6)
Mensalmente	43 (25.0)
Esporadicamente	51 (29.7)
Faz uso de tabaco (cigarro de papel ou de palha)	
Sim	77 (23.0)
Não	258 (77.0)
Com que frequência	
Diariamente	41 (53.2)
Semanalmente	30 (39.0)
Mensalmente	5 (6.5)
Esporadicamente	1 (1.3)
Faz uso de drogas ilícitas	
Sim	33 (9.9)
Não	302 (90.1)
Que tipo	
Maconha	16 (50.0)

Cocaína	16 (50.0)
Com que frequência	
Diariamente	6 (23.1)
Semanalmente	12 (46.2)
Mensalmente	1 (3.8)
Esporadicamente	7 (26.9)
Usa o preservativo	
Sim	244 (72.8)
Não	91 (27.2)
Com que frequência	
Sempre	207 (84.8)
Às vezes	37 (15.2)

Fonte: Dados gerados pelo autor

Em relação aos marcadores de saúde, 72,7% dos participantes apresentaram carga viral <200 cópias/ml, 71,2% apresentaram colesterol total dentro dos valores de normalidade, 60,4% apresentaram os valores do HDL abaixo do padrão de normalidade, 48,9% e 67,2% apresentaram o IMC e a RCQ normais, respectivamente. Em relação à pressão arterial, 40,9% apresentaram hipertensão estágio 1 (Tabela 5).

Tabela 5: Caracterização das medidas clínicas e antropométricas dos participantes, Fortaleza, Ceará, 2018.

Variáveis	n (%)
Carga viral	
<200	173 (72.7)
>=200	65 (27.3)
Colesterol Total	
Normal	208 (71.2)
Elevado	84 (28.8)
HDL	
Baixo	177 (60.4)
Normal	116 (39.6)

IMC

Desnutrição	14 (4.2)
Normal	163 (48.9)
Sobrepeso	112 (33.6)
Obesidade	44 (13.2)

Perímetro cintura

Normal	199 (59.6)
Risco cardiovascular	135 (40.4)

RCQ

Normal	223 (67.2)
Risco cardiovascular	109 (32.8)

Pressão arterial

Normal	78 (23.6)
Elevada	5 (1.5)
Hipertensão estágio 1	135 (40.9)
Hipertensão estágio 2	112 (33.9)

Fonte: Dados gerados pelo autor

4.2 Avaliação da Autoestima segundo a EAR e Avaliação da Qualidade de Vida segundo a HAT-QoL

No tocante à escala de Autoestima, a pontuação mínima obtida foi 16 e a máxima de 36 (Média de 28,8). Na escala de Qualidade de Vida a pontuação mínima alcançou 7,1 com máxima de 99,4 (Média de 71,1) (Tabela 6).

Tabela 6: Descrição quantitativa dos escores de autoestima e qualidade de vida, Fortaleza, Ceará, 2018.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Erro da média	Desvio Padrão
Autoestima	13.0	36.0	28.8	0.2	4.5
Qualidade de vida	7.1	99.4	71.1	0.8	14.7

Fonte: Dados gerados pelo autor

No gráfico 1 nota-se que a maioria dos participantes apresentou 26-28 escores. No gráfico 2 percebe-se que a pontuação mais presente foi de 70-80 pontos.

Gráfico 1: Distribuição dos escores referentes à autoestima.

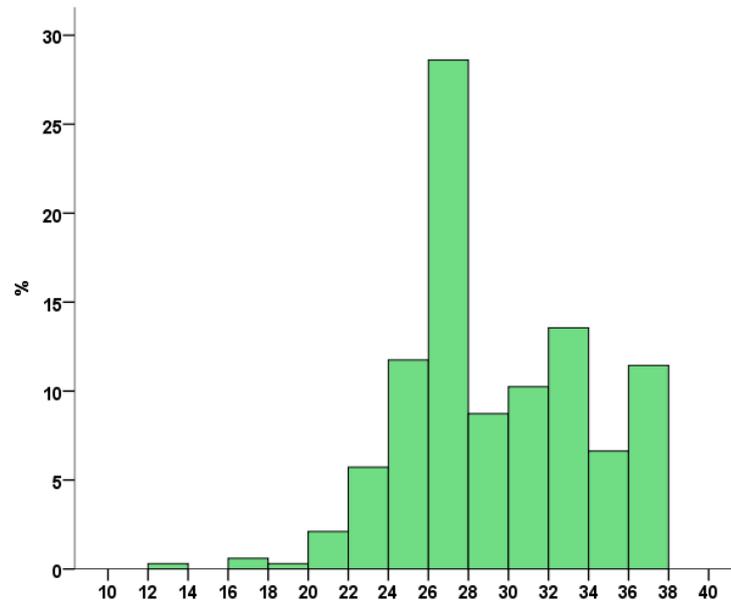
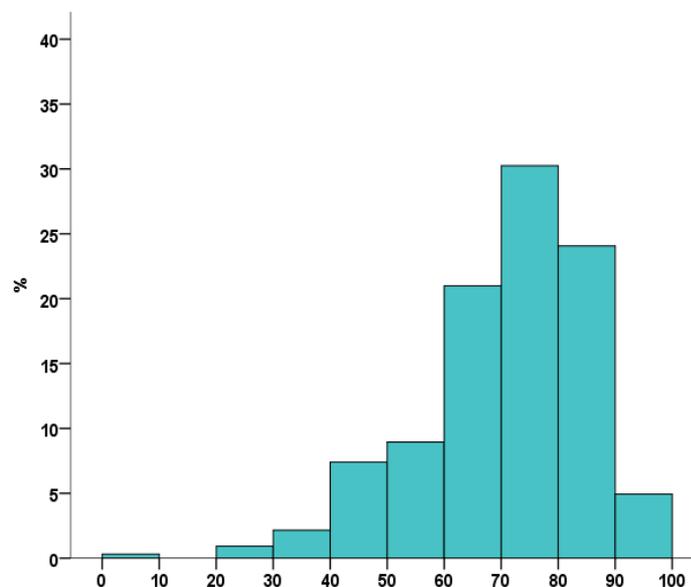


Gráfico 2: da distribuição dos escores referentes à qualidade de vida.



De acordo com a Tabela 7, a autoestima encontra-se média em 63,3% dos participantes. Um total de 51,6% dos participantes apresentou pontuação inferior a 75, estando relacionado a baixos níveis de qualidade de vida.

Como foi observado na Tabela 7, a porcentagem da categoria autoestima < 20 foi de apenas 1,2% da amostra. Como a frequência dessa categoria foi muito baixa desconsiderou-se essa categoria nos testes de associação. Pois a sua inserção impossibilitaria de obter resultados robustos.

Tabela 7: Classificação da autoestima e da qualidade de vida, Fortaleza, Ceará, 2018.

Variável	n (%)
Autoestima	
< 20 (baixa)	4 (1.2)
Entre 20 a 30 (média)	210 (63.3)
> 30 (alta)	118 (35.5)
Qualidade de vida	
Menor que 75 (baixa)	164 (51.6)
Maior ou igual a 75 (alta)	154 (48.4)

Fonte: Dados gerados pelo autor

4.3 Avaliação da Autoestima segundo a EAR e sua relação com as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas

Ao observar a Tabela 8 nota-se que o estado civil é um fator que influenciou a autoestima ($p=0,031$). Entre os indivíduos Divorciado/Separado predominou a autoestima alta (59,1%), enquanto que nos indivíduos Viúvos a autoestima foi avaliada como média (80%). Além disso, os indivíduos Divorciado/Separado têm 2,03 mais chances de obter autoestima elevada do que os indivíduos Casados.

Observando a variável sexo nota-se que o p-valor do teste de associação foi 0,606, ou seja, não significativa estatisticamente, logo Sexo não influencia as respostas sobre autoestima. Para verificar tal resultado observa-se que quando observamos a distribuição percentual das categorias 20 a 30 e > 30 em cada sexo, nota-se que as porcentagens da autoestima são bem próximas em ambos os sexos. A saber, nos homens 64,7% e 35,3% possuem autoestima média e elevada, respectivamente. Já nas mulheres a autoestima ficou com 59,5% e 40,5%,

respectivamente. Quantidades bem próximas, evidenciado que o sexo não tem efeito na autoestima do indivíduo (Tabela 8).

A variável Escolaridade apresenta valor significativo (p-valor 0,009), logo, entende-se que quanto maior a escolaridade maior a autoestima. Indivíduos com 12 anos de escolaridade ou mais (45,5%) apresentam autoestima elevada, enquanto que pessoas com <12 anos de estudo apresentam níveis de autoestima médios (69,4%) (Tabela 8).

O uso de medicação psiquiátrica foi menor (37,6%) nos pacientes com a autoestima elevada, dentre os que fazem uso dessas medicações, a maioria (84%) encontra-se com a autoestima média (p = 0,032) (Tabela 8).

Tabela 8: Associação entre a autoestima e as variáveis sociodemográficas, Fortaleza, Ceará, 2018.

Variável socioeconômica	Autoestima		P-valor	O.R/Lim. Inf/Lim. Sup.
	20 a 30	> 30		
Sexo			0.606	
Masculino	185 (64.7)	101 (35.3)		
Feminino	25 (59.5)	17 (40.5)		
Escolaridade			0.009	
<=12 anos	145 (69.4)	64 (30.6)		
> 12 anos	65 (54.6)	54 (45.4)		1,882/1,181/2,998
Idade			0.648	
<= 29	72 (61.0)	46 (39.0)		
30-49	105 (66.5)	53 (33.5)		
>=50	21 (65.6)	11 (34.4)		
Renda familiar			0.353	
<=2	114 (61.6)	71 (38.4)		
>2	96 (67.1)	47 (32.9)		
Situação ocupacional			0.149	
Empregado	127 (61.4)	80 (38.6)		
Desempregado	67 (65.7)	35 (34.3)		

Aposentado	7 (100.0)	0 (0.0)	
Afastado	9 (75.0)	3 (25.0)	
Estado civil			0.031
Solteiro	145 (68.4)	67 (31.6)	
Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado	52 (58.4)	37 (41.6)	1,539/0,923/2,567
Divorciado/Separado	9 (40.9)	13 (59.1)	3,121/1,273/7,672
Viúvo	4 (80.0)	1 (20.0)	0,541/0,059/4,933
Religião			0.692
Católica	102 (63.4)	59 (36.6)	
Evangélica	50 (69.4)	22 (30.6)	
Espírita	6 (50.0)	6 (50.0)	
Outra	10 (58.8)	7 (41.2)	
Sem religião	42 (64.6)	23 (35.4)	
Orientação sexual			0.719
Heterossexual	60 (64.5)	33 (35.5)	
Homossexual	124 (62.9)	73 (37.1)	
Bissexual	22 (71.0)	9 (29.0)	
Efeitos adversos			0.236
Sim	84 (68.3)	39 (31.7)	
Não	126 (61.5)	79 (38.5)	
Medicação psiquiátrica			0.032
Sim	21 (84.0)	4 (16.0)	
Não	189 (62.4)	114 (37.6)	3,166/1,062/9,458

Fonte: Dados gerados pelo autor

Ao comparar a autoestima com os hábitos de saúde, descritos na tabela 9, verifica-se que a prática de atividades físicas ($p = 0,021$) é mais frequente (42,6%) em pessoas com a autoestima elevada, já na população com autoestima média a prevalência é de não realização de atividades físicas (69,9%).

Dentre os participantes que faziam uso de drogas ilícitas ($p=0,011$), a maioria encontrava-se com a autoestima média (84,4%), por outro lado, o não uso estava associado a autoestima elevada (38,2%). Com relação ao tipo de droga ilícita usada ($p=0,043$), a

autoestima também influenciou na classe de droga utilizada, pessoas com autoestima elevada tinham (31,1%) de uso de maconha, uma droga mais leve, se comparada à cocaína, droga mais frequente (100%) nas pessoas com autoestima média (Tabela 9).

Tabela 9: Associação entre a autoestima e os hábitos de saúde, Fortaleza, Ceará, 2018.

Hábitos de saúde	Autoestima		P-valor	O.R/Lim. Inf/Lim. Sup.
	20 a 30	> 30		
Prática alguma atividade física			0.021	
Sim	89 (57.4)	66 (42.6)		1,725/1,094/2,719
Não	121 (69.9)	52 (30.1)		
Com que frequência			0.433	
Uma vez na semana	7 (58.3)	5 (41.7)		
Duas ou mais vezes na semana	39 (62.9)	23 (37.1)		
Diariamente	37 (56.1)	29 (43.9)		
Esporadicamente	6 (40.0)	9 (60.0)		
Faz uso de álcool (bebida alcoólica)			0.999	
Sim	107 (64.1)	60 (35.9)		
Não	103 (64.0)	58 (36.0)		
Com que frequência			0.211	
Diariamente	3 (100.0)	0 (0.0)		
Semanalmente	51 (70.8)	21 (29.2)		
Mensalmente	25 (58.1)	18 (41.9)		
Esporadicamente	28 (57.1)	21 (42.9)		
Faz uso de tabaco (cigarro de papel ou de palha)			0.053	
Sim	54 (74.0)	19 (26.0)		
Não	156 (61.2)	99 (38.8)		
Com que frequência			0.171	
Diariamente	25 (64.1)	14 (35.9)		
Semanalmente	24 (85.7)	4 (14.3)		
Mensalmente	4 (80.0)	1 (20.0)		
Esporadicamente	1 (100.0)	0 (0.0)		
Faz uso de drogas ilícitas			0.011	
Sim	27 (84.4)	5 (15.6)		0,299/0,112/0,801

Não	183 (61.8)	113 (38.2)	
Que tipo			0.043
Maconha	11 (68.8)	5 (31.3)	
Cocaína	15 (100.0)	0 (0.0)	
Com que frequência			0.385
Diariamente	5 (100.0)	0 (0.0)	
Semanalmente	10 (83.3)	2 (16.7)	
Mensalmente	1 (100.0)	0 (0.0)	
Esporadicamente	4 (57.1)	3 (42.9)	
Usa o preservativo			0.069
Sim	161 (67.1)	79 (32.9)	
Não	49 (55.7)	39 (44.3)	
Com que frequência			0.338
Sempre	134 (65.7)	70 (34.3)	
Às vezes	27 (75.0)	9 (25.0)	

Fonte: Dados gerados pelo autor

Como observado na tabela abaixo, os conhecimentos sobre a doença não apresentaram valores estatisticamente significativos, logo, não sofreram influência da autoestima (Tabela 10).

Tabela 10: Associação entre a autoestima e os conhecimentos sobre a doença, Fortaleza, Ceará, 2018.

Conhecimentos sobre a doença	Autoestima		P-valor
	20 a 30	> 30	
Transmissão			0.355
Não	2 (40.0)	3 (60.0)	
Sim	208 (64.4)	115 (35.6)	
LT-CD4+			0.734
Não	29 (67.4)	14 (32.6)	
Sim	181 (63.5)	104 (36.5)	
Contagem de carga viral			0.867
Não	29 (65.9)	15 (34.1)	

Sim	181 (63.7)	103 (36.3)	
Importância da TARV			0.705
Não	4 (57.1)	3 (42.9)	
Sim	206 (64.2)	115 (35.8)	

Fonte: Dados gerados pelo autor

Conforme a análise descrita na Tabela 11, a variável Efeitos adversos na categoria Insônia apresentou valor significativo ($p=0,014$), ou seja, a maioria dos participantes que apresentavam insônia (83,3%) possuíam autoestima média, enquanto que na autoestima elevada (38,6%) não apresentavam insônia.

Tabela 11: Associação entre a autoestima e os efeitos adversos, Fortaleza, Ceará, 2018.

Efeitos adversos	Autoestima		P-valor	O.R/Lim. Inf/Lim. Sup.
	20 a 30	> 30		
Insônia			0.014	
Não	51 (61.4)	32 (38.6)		0,318/0,126/0,80
Sim	35 (83.3)	7 (16.7)		3
Sonolência			0.812	
Não	68 (68.0)	32 (32.0)		
Sim	18 (72.0)	7 (28.0)		
Fadiga			0.676	
Não	82 (69.5)	36 (30.5)		
Sim	4 (57.1)	3 (42.9)		
Dificuldade de concentração			0.528	
Não	85 (69.1)	38 (30.9)		
Sim	1 (50.0)	1 (50.0)		
Alterações de humor			0.999	
Não	75 (68.8)	34 (31.2)		
Sim	11 (68.8)	5 (31.3)		
Náuseas			0.615	
Não	72 (69.9)	31 (30.1)		

Sim	14 (63.6)	8 (36.4)	
Diarreia			0.091
Não	85 (70.2)	36 (29.8)	
Sim	1 (25.0)	3 (75.0)	
Vômitos			0.229
Não	85 (69.7)	37 (30.3)	
Sim	1 (33.3)	2 (66.7)	
Outras			0.441
Não	51 (71.8)	20 (28.2)	
Sim	35 (64.8)	19 (35.2)	

Fonte: Dados gerados pelo autor

Na Tabela 12 estão descritas as associações entre a autoestima e as medidas clínicas e antropométricas, percebe-se que não houve relação significativa.

Tabela 12: Associação entre a autoestima e as medidas clínicas e antropométricas, Fortaleza, Ceará, 2018.

Medidas Clínicas	Autoestima		P-valor
	20 a 30	> 30	
Carga viral			0.233
<200	94 (55.0)	77 (45.0)	
>=200	39 (63.9)	22 (36.1)	
Colesterol Total			0.892
Normal	129 (64.2)	72 (35.8)	
Elevado	55 (65.5)	29 (34.5)	
HDL			0.802
Baixo	108 (63.5)	62 (36.5)	
Normal	76 (65.5)	40 (34.5)	
IMC			0.812
Desnutrição	10 (71.4)	4 (28.6)	
Normal	105 (65.6)	55 (34.4)	
Sobrepeso	67 (60.9)	43 (39.1)	
Obesidade	27 (62.8)	16 (37.2)	

Perímetro cintura			0.291
Normal	131 (66.5)	66 (33.5)	
Risco cardiovascular	79 (60.3)	52 (39.7)	
RCQ			0.268
Normal	137 (62.0)	84 (38.0)	
Risco cardiovascular	72 (68.6)	33 (31.4)	
Pressão arterial			0.052
Normal	45 (60.8)	29 (39.2)	
Elevada	3 (60.0)	2 (40.0)	
Hipertensão estágio 1	78 (57.8)	57 (42.2)	
Hipertensão estágio 2	81 (73.6)	29 (26.4)	

Fonte: Dados gerados pelo autor

4.4 Associação entre a Autoestima e a Qualidade de Vida em PVHA

Dentre aqueles indivíduos que possuem uma qualidade de vida superior a 75, a maioria (63,3%) possui a autoestima elevada (> 30). Observando o outro grupo, com menores níveis de qualidade de vida, observa-se que é mais predominante a autoestima média (entre 20 a 30) nesses indivíduos (Tabela 13).

A fim de obter outros resultados quantitativos aplicou-se a correlação de Spearman para verificar a força linear entre qualidade de vida e autoestima. O valor calculado foi de 0,371 ($p < 0,001$), portanto, a correlação linear é positiva e significativa. Logo, quanto maior a qualidade de vida maior a autoestima, e vice-versa (Tabela 13).

Tabela 13: Associação entre autoestima e qualidade de vida, Fortaleza, Ceará, 2018.

Autoestima	Qualidade de vida		P-valor
	Menor que 75	Maior ou igual a 75	
Entre 20 a 30	120 (58.8)	84 (36.7)	<0,001
> 30	40 (41.2)	69 (63.3)	

Fonte: Dados gerados pelo autor

5 DISCUSSÃO

Um estudo realizado no sul do Brasil aponta que participantes com baixa escolaridade apresentaram menores escores na qualidade de vida (PASSOS, SOUZA; 2015), enquanto que um estudo realizado na Uganda demonstra que indivíduos com nível superior apresentaram melhores índices de QV, logo, entende-se que a escolaridade elevada aumenta a QV (MUTABAZI-MWESIGIRE *et al.*, 2015). No presente estudo identificou-se que níveis elevados de qualidade de vida influenciam positivamente na autoestima. Além disso, encontrou-se relação da escolaridade alta com a autoestima elevada, podendo ser devido ao maior conhecimento sobre a doença e seu tratamento, bem como conhecer os bons hábitos de vida e ter uma melhor QV. A escolaridade apresentada pelos pacientes deste estudo foi baixa, menor do que 12 anos de estudo, assim como o apresentado em estudos similares, coincidindo com o perfil social da epidemia no Brasil (REIS, DANTAS, GIR; 2011; CASTRIGHINI *et al.*, 2013).

Em referência ao estado civil, foram identificados níveis médios de autoestima nos participantes viúvos. Por outro lado, os divorciados possuíam autoestima elevada, inclusive superior à de pessoas casadas, provavelmente pelo estigma enfrentado com o parceiro e família, ou medo de relações sorodiscordantes, bem como pela existência de conflitos familiares. Outro estudo abordando a temática encontrou que indivíduos divorciados apresentaram autoestima mais elevada, com valor estatisticamente significativa, corroborando com os nossos resultados (CASTRIGHINI *et al.*, 2013).

Ainda no que concerne ao estado civil, graças ao estigma e a discriminação do HIV, parceiros discordantes enfrentam desafios como revelar ou não a sorologia para o parceiro, para familiares e amigos. Por medo da estigmatização, alguns pacientes optam por guardar essa informação para si. O estigma tornou-se evidente em casos onde a família e/ou amigos exerceram pressão sobre o parceiro sorodiscordante para abandonar a relação, provavelmente pelo medo de transmissão do HIV para o parceiro discordante (RISPEL, CLOETE, METCALF, 2015).

O uso de medicação psiquiátrica está relacionado à adesão a terapia antirretroviral de forma negativa. A demanda do paciente com HIV associado ao transtorno mental requer maior cuidado e planejamento de ações educativas para melhorar a adesão nesse público (ZUGE *et al.*, 2017). Assim como o uso das medicações psiquiátricas influencia na adesão ao tratamento do HIV, pode ser que influencie na autopercepção do indivíduo, explicando sua associação com uma menor autoestima.

A prática de atividades físicas traz inúmeras vantagens à saúde da população, dentre elas a estimulação do sistema imunológico, melhora do condicionamento físico e da qualidade de vida, no âmbito das PVHA, a prática regular de exercícios físicos gera benefícios como terapia alternativa, buscando amenizar os efeitos adversos causados pelas medicações (SILVA *et al.*, 2016). Os dados do autor corroboram com achados dessa pesquisa, no qual a prática de atividades físicas se encontra elevada e os efeitos adversos não são apresentados pela maioria dos participantes do estudo, influenciando diretamente nos níveis de autoestima, visto que a prática de atividades está relacionada com a autoestima elevada, enquanto que a não realização dessas atividades está condicionada a níveis médios de autoestima. Essa elevação da autoestima pode estar associada ao melhor condicionamento físico, a melhora da qualidade de vida, e a diminuição dos efeitos adversos.

O uso de álcool atua negativamente no estado de saúde das PVHA, podendo levar à comportamentos sexuais de risco, e conseqüentemente o aumento do risco de transmissão do vírus, além da não adesão à TARV (WANDERA *et al.*, 2015). A maioria dos participantes desse estudo, 51,3%, faz uso de bebida alcoólica, com isso, faz-se necessário alertar para o uso nocivo dessa substância e sobre a redução de danos, pois o abuso do álcool pode alterar a qualidade de vida, fator que pode determinar a continuidade do tratamento (SANTOS *et al.*, 2017).

Uma pesquisa realizada no Rio Grande do Norte com PVHA em acompanhamento ambulatorial refere que 92% dos participantes não fazem uso de drogas ilícitas (SILVA *et al.*, 2016), dado semelhante ao encontrado neste trabalho, onde 90,1% dos sujeitos relata não fazer uso de drogas ilícitas. As drogas mais consumidas em um estudo realizado em Barcelona foram maconha 68,5% e cocaína 45,5%, sendo as mesmas utilizadas pelos pacientes desse estudo. O consumo de drogas interfere em vários aspectos clínicos, como interações entre as drogas e os antirretrovirais, problemas de adesão à TARV e comportamento sexual de alto risco (GARIN *et al.*, 2017).

Segundo pesquisa qualitativa realizada com usuários de crack, compreende-se que os participantes concebem que o uso de drogas ilícitas traz malefícios em todos os aspectos da vida (BARBOSA *et al.*, 2015), sendo que na presente pesquisa esses pacientes apresentaram níveis médios de autoestima. Participantes de um estudo feito na Rússia relataram internalização do estigma do HIV e do uso de drogas, sendo correlacionado com uma piora na saúde e menor chance de procura ao serviço de saúde devido ao estigma (CALABRESE *et al.*, 2016). Diante do apresentado acima, percebe-se que os usuários podem apresentar uma

autoestima baixa, provavelmente devido ao uso da substância, a situação de rua, estigma, ou mesmo por causa dos efeitos negativos oriundos das drogas.

No que concerne aos efeitos adversos, em um estudo realizado com 81 pessoas, 76,5% dos participantes não apresentavam efeitos adversos à medicação, dado semelhante ao encontrado neste trabalho (CALIARI *et al.*, 2018). Os efeitos adversos podem influenciar negativamente na percepção da autoestima e da qualidade de vida de PVHA, particularmente em usuários de drogas ilícitas (PASSOS, SOUZA; 2015; MUTABAZI-MWESIGIRE *et al.*, 2015). Logo, não apresentar esses efeitos pode estar relacionado a uma autoestima elevada.

Dentre os efeitos adversos manifestados pelos pacientes em uso da TARV, estão os distúrbios relacionados ao sono, sendo a insônia o mais comum, estes influenciam negativamente na qualidade do sono e conseqüentemente na qualidade de vida (BELÍSIO, 2016). Provavelmente por apresentarem uma melhor qualidade do sono, tendo uma melhor qualidade de vida, refletindo assim em uma autoestima elevada.

A avaliação da autoestima realizada por Brito (2009), em Minas Gerais, encontrou que a maioria dos participantes apresentava níveis médios de autoestima, valores semelhantes a este estudo, onde 63,3% dos participantes apresentaram níveis médios de autoestima. A autoestima elevada também apresentou valores semelhantes ao estudo mencionado, 35,5%, bem como a baixa autoestima 1,2%. Outro estudo similar, realizado em uma cidade do interior de São Paulo, encontrou valores baixos de autoestima em sua população de 75 indivíduos, no qual os escores variaram de 14 a 23 pontos, e 34,7% obtiveram 16 pontos, sendo classificados como baixa autoestima. Nota-se a necessidade da atenção biopsicossocial dos pacientes em virtude dos baixos escores na escala de autoestima, podendo estar associado ao impacto negativo da infecção pelo HIV (CASTRIGHINI *et al.*, 2010).

Um estudo brasileiro, realizado no estado de São Paulo, identificou que PVHA possuem a autoestima mais baixa quando comparados com as de pessoas que vivem com outras doenças crônicas. Os valores de autoestima encontrados também foram médios, com média de 25,5, sendo este resultado menor do que o demonstrado nesse trabalho (28,8) (CASTRIGHINI *et al.*, 2013). Essa diminuição da percepção de autoestima quando comparada as demais doenças crônicas pode estar relacionada ao fato do grande preconceito e estigma que ainda circundam a infecção e afetam diretamente a autopercepção dos pacientes.

No que diz respeito às taxas de qualidade de vida de participantes de um estudo de coorte irlandês, os valores encontrados foram médios (GEORGE *et al.*, 2016), estudos nacionais trazem QV elevada em seus participantes, diferentemente do encontrado em nossa

população, onde a maioria (51,6%) apresentou valores menores do que 75, caracterizando baixa QV (GALVÃO *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

A percepção da qualidade de vida pode ser influenciada por diversos fatores, como sociodemográficos, sexuais, adesão aos antirretrovirais (REIS, DANTAS, GIR; 2011), financeiros e relacionados ao sigilo da infecção (MEDEIROS *et al.*, 2018), insegurança alimentar e saúde mental (TESFAYE *et al.*, 2018). Assim, para manutenção de uma boa qualidade de vida e melhor manejo da infecção em PVHA, é necessária a prevenção de comorbidades e alívio dos sintomas do HIV (GEORGE *et al.*, 2016).

4 CONCLUSÃO

A presente pesquisa apontou que a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids sofre influência da autoestima. Ademais, a população do estudo apresentou níveis médios de autoestima, sendo que ela se encontrou elevada e teve relação significativa com a escolaridade alta, estado civil divorciado, não uso de medicações psiquiátricas, prática de atividades físicas, não uso de drogas ilícitas, e ausência de efeitos adversos como a insônia.

Como limitação do estudo tem-se o fato da abordagem ser transversal, levando apenas a um recorte temporário, necessitando de estudos longitudinais para reforçar a relação dos resultados apresentados nesse trabalho.

Foram encontrados poucos estudos acerca da autoestima em PVHA na literatura nacional e internacional, embora este seja um assunto importante a ser discutido nessa população e que necessita de mais evidências para que se possam obter maiores conhecimentos sobre a temática. Sugere-se que novos estudos abordando autoestima na população com HIV sejam realizados.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: **Escola de artes, ciências e humanidades–EACH/USP**, p. 142, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf> Acesso em: 27 ago. 2017.
- BARBOSA, K. K. S. et al. Concepções De Usuários De Crack Acerca Da Droga. **Rev Enf UFSM**, n.2, v.5, p. 286 - 294, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13474>>. Acesso em: 15 jun 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769213474>
- BELÍLIO, A. S. Avaliação dos Distúrbios e da Qualidade do Sono em Pacientes com Imunodeficiência Humana (HIV). **REVISTA HUMANO SER**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/797>>. Acesso em: 17 jun. 2018.
- BONOTTO, E. H. et al. PREVALÊNCIA DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIV-POSITIVO ACOMPANHADOS NO HC-UFPR. **Revista Médica da UFPR**, v. 4, n. 4, 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/50646>> Acesso em: 24 ago. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/aids 2016-2017**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/05/2016_034-Aids_publicacao.pdf> Acesso em: 24 nov. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV-aids. 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 10 nov. 2017.
- BRITO, T. R. P. et al. Avaliação da auto-estima em portadores de HIV/aids do município de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 190, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7169/6675>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- BYABENE, A. K. et al. Optimal Antiretroviral Therapy Adherence as Evaluated by CASE Index Score Tool is Associated with Virological Suppression in HIV-Infected Adults in Dakar, Senegal. **Tropical Medicine & International Health**, v. 22, n.6, p. 776-782, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28407436>>. Acesso em: 10 out. 2017.
- CALABRESE, S. K. et al. “Internalized HIV and Drug Stigmas: Interacting Forces Threatening Health Status and Health Service Utilization Among People with HIV Who Inject Drugs in St. Petersburg, Russia.” **AIDS and behavior** 20. v 1 p. 85–97, 2016. *PMC*.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4793904/>>. Acesso em 16 jun. 2018.

CALIARI, J. S. et al. Qualidade de vida de idosos vivendo com HIV/aids em acompanhamento ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 513-522, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700513&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0127>.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 157-63, 2011. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_157-163.pdf> Acesso em: 26 ago. 2017.

CASTRIGHINI, C. C. et al. Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/aids no município de Ribeirão Preto - SP. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-07072013000400022&pid=S0104-07072013000400022&pdf_path=tce/v22n4/22.pdf&lang=pt> Acesso em: 20 ago. 2017.

CASTRIGHINI, C. C. et al. Depression and self-esteem of patients positive for HIV/AIDS in an inland city of Brazil. **Retrovirology**, v. 7, n. 1, p. P66, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315951/>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

CATUNDA, C.; SEIDL, E. M. F.; LEMÉTAYER, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 5, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32nspe/1806-3446-ptp-32-spe-e32ne218.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Contexto sociodemográfico de pacientes com HIV/aids atendidos em consulta de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 5, n. 3, p. 713- 721, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=30455&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida em assistência ambulatorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 526-532, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400013>. Acesso em: 20 ago. 2017.

DINI G. M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg** [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo. 2001.

DINI G. M., QUARESMA R. M., FERREIRA, M. L. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. **Rev Soc Bras Cirurgia Plástica**, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004. São Paulo. Disponível em: <<http://www.rbc.org.br/details/322/pt-BR/adaptacao-cultural-e-validacao-da-versao-brasileira-da-escala-de-auto-estima-de-rosenberg>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012. Disponível em:

<http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF5/003374_Rev%20Bras%20Epidemiologia%209.pdf> Acesso em: 18 ago. 2017.

FIUZA, et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 740 – 748, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400740&script=sci_abstract>. Acesso em: 14 out. 2017.

FORESTO, J. S. et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 1, e63158, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100406&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 14 out. 2017.

GALVÃO, M. T. G. et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, 2015. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500009>> Acesso em: 28 out. 2017.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Evaluation of quality of life among women with HIV/AIDS using HAT-QoL. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 430-437, 2004. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200010&script=sci_arttext> Acesso em: 15 out. 2017.

GARIN, N. et al. Prevalence and clinical impact of recreational drug consumption in people living with HIV on treatment: a cross-sectional study. **BMJ open**, v. 7, n. 1, e014105, 2017. Disponível em:

<http://bmjopen.bmj.com/content/7/1/e014105?utm_source=trendmd&utm_medium=cpc&utm_campaign=jnis&trendmd-shared=1&utm_term=TrendMDPhase4&utm_content=Journalcontent>. Acesso em: 16 jun. 2018.

GEORGE, S. et al. Health-related quality of life and associated factors in people with HIV: an Irish cohort study. **Health and quality of life outcomes**, v. 14, n. 1, p. 115, 2016. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0517-4>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

GONZALEZ, M. A. et al. Patterns, trends and sex differences in HIV/AIDS reported mortality in Latin American countries: 1996-2007. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 605, 2011. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3173348/?tool=pmcentrez>> Acesso em: 11 out. 2017.

HERRMANN, S. et al. HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, n. 1, p. 56, 2013. Disponível em: <

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23566318>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

HIPOLITO, R. L. et al. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. **Revista latino-americana de enfermagem**,

v. 25:e2874, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28443995>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

HOLMES, W. C.; SHEA, J. A. A new HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument: development, reliability, and validity. **Medical care**, v. 36, n. 2, p. 138-154, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9475469>>. Acesso em: 26 out. 2017.

HUTZ, C. S. **Adaptação brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg**. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Mimeo. 2000.

LEPPIN, A. L. et al. The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. **Systematic reviews**, v. 3, n. 1, p. 20, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3946765/pdf/2046-4053-3-20.pdf>. doi: 10.1186/2046-4053-3-20.> Acesso em: 26 out. 2017.

LIMA, I. C. V. Efetividade de uma intervenção educativa por telefone na adesão ao tratamento antirretroviral e no estilo de vida de Pessoas vivendo com HIV. 2017. 142 f. Tese (doutorado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

MATSDORFF, S. A. M.; REMPEL, C.; LAROQUE, L. F. S. Ambiente E Qualidade De Vida-Percepções De Participantes Do Centro De Tradições Gaúchas (CTG) Nova Querência De Boa Vista-Roraima. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 13, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/1169>>. Acesso em: 26 out. 2017.

MEDEIROS, J. A. et al. Quality of life, socioeconomic and clinical factors, and physical exercise in persons living with HIV/AIDS. **Revista de saude publica**, v. 51, p. 66, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006266.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

MUTABAZI-MWESIGIRE, D. et al. Factors that affect quality of life among people living with HIV attending an urban clinic in Uganda: a cohort study. **PloS one**, v. 10, n. 6, e0126810, 2015. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126810>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

NEWS.MED.BR, 2017. **Novas diretrizes de hipertensão arterial com mudanças na classificação**. Disponível em: <<https://www.news.med.br/p/medical-journal/1307068/novas-diretrizes-de-hipertensao-arterial-com-mudancas-na-classificacao.htm>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

NGLAZI, M. D. et al. Quality of life in individuals living with HIV/AIDS attending a public sector antiretroviral service in Cape Town, South Africa. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 676, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24990360>>. Acesso em: 26 out. 2017.

PASSOS, S. M. K.; SOUZA, L. D. M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. **Cadernos de saude publica**, v.

31, p. 800-814, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00800.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2018.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71421157019/>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

RISPEL, L. C.; CLOETE, A.; METCALF, C. A. 'We keep her status to ourselves': Experiences of stigma and discrimination among HIV-discordant couples in South Africa, Tanzania and Ukraine. **SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS**, v. 12, n. 1, p. 10-17, 2015. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17290376.2015.1014403>>. Acesso em 15 jun. 2018.

ROSENBERG, M. (1965). **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton University Press.

SAAVEDRA, C. A. O.; ÑAZCO, G. S. C. Autoestima y autocuidado del paciente adulto com enfermedad renal crónica de la Clínica Nefro Salud Tumbes. **DSpace/Manakin Repository**, 2016. Disponível em: <<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8662/2E%20418.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>Acesso em: 16 out. 2017.

SÁNCHEZ, M. E.; BARRÓN, L. R. A. Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 6, n. 1, p. 3-11, 2003. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/med/12765047>>. Acesso em: 16 out. 2017.

SANTOS, V. F. et al. Alcohol effect on HIV-positive individuals: treatment and quality of life. **Acta paul. enferm.**, v. 30, n. 1, p. 94-100, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700014>.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 395-403, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4010/401036083012.pdf>> Acesso em: 14 out. 2017.

SILVA, I. A.; MARINHO, I. G. A autoestima e relações afetivas. **Universitas Ciências da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 229-37, 2003. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/507>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SILVA, R. X. et al. Benefícios do Exercício Físico como Terapia Alternativa para Indivíduos Portadores de HIV/AIDS/Benefits of Exercise as Alternative Therapy for Individuals Patients With HIV/AIDS. **Saúde em Foco**, v. 3, n. 2, p. 03-16, 2017. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1328>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

SOÁREZ, De et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 25, p. 69-76, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.*, v. 107, n. 3, p.1-83, 2016.

SOUZA, D. M. S. T. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 3, p. 283-8, 2013. Disponível em: <<http://vml029.epm.br/handle/11600/7586>> Acesso em: 14 out. 2017.

TESFAYE, M. et al. The effect of nutritional supplementation on quality of life in people living with HIV: a randomised controlled trial. **Tropical Medicine & International Health**, v. 21, n. 6, p. 735-742, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12705>>. Acesso em 16 jun. 2018.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** 41, 1403–1409, 1995.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2015.

TWEVE, E. N. et al. Improvement in mortality and retention among adult HIV-infected patients in the first 12 months of antiretroviral therapy in Dodoma urban district, Tanzania. **Tropical medicine & international health**, v. 20, n. 6, p. 791-796, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25706518>>Acessoem: 16 ago. 2017.

UNAIDS. **Declaração Política sobre HIV e AIDS: Acelerar a Resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030**. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016_Declaracao_Politica_HIVAIDS.pdf>Acessoem: 10 ago. 2017.

UNAIDS. **ENDING AIDS: PROGRESS TOWARDS THE 90 – 90- 90 – TARGETS. Global AIDS update 2017**. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf>Acessoem: 15 ago. 2017.

VAZ-SERRA, A. O" Inventário Clínico de Auto-Conceito". 1986. **Rev Psiquiatr Clín.** 1986; 7(2):67-84. Disponível em: < <http://rihuc.huc.minsaude.pt/bitstream/10400.4/188/1/O%20Invent%20C3%A1rio%20C1%20ADnico%20de%20Auto-Conceito%2C%20p%5B1%5D.%2067-84%2C%201986.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

VOLPATO, G. L. **Bases Teóricas para Redação Científica/ Gilson Luiz Volpato**. – São Paulo: Cultura Acadêmica. Vinhedo: Scripta, 2007. 125p.

WANDERA, B. et al. Alcohol consumption among HIV-infected persons in a large urban HIV clinic in Kampala Uganda: a constellation of harmful behaviors. **PloS one**, v. 10, n. 5, p. e0126236, 2015. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126236>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

ZUGE, S. S. et al. Factores asociados con la adhesión al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el vih: estudio transversal. 2017, **Rev Enf UFSM**. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Remor/publication/321533472_Fatores_associados_a_adesao_ao_tratamento_antirretroviral_em_adultos_infectados_pelo_HIV_estudo_tran>

versal/links/5a26b6360f7e9b71dd0c62ea/Fatores-associados-a-adesao-ao-tratamento-antirretroviral-em-adultos-infectados-pelo-HIV-estudo-transversal.pdf >. Acesso em: 16 jun. 2018.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Estou convidando-o (a) para participar da Pesquisa “INFLUÊNCIA DA AUTOESTIMA NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS” sob minha responsabilidade. Esta pesquisa pretende avaliar os efeitos de um acompanhamento telefônico na promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/aids. Neste sentido, solicito sua permissão para participar do estudo que aplicará questionários com o (a) senhor (a) em uma sala de forma reservada no próprio serviço onde você realiza o seu acompanhamento (ambulatório de Infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio ou Centro de Saúde Carlos Ribeiro). Sua participação é importante para que os resultados da pesquisa mostrem como a intervenção por telefone pode influenciar na qualidade de vida, adesão à terapia antirretroviral, autoestima, estilo de vida, ansiedade e depressão daqueles que vivem com HIV/aids. Para isso, vou explicar como o questionário será aplicado e quanto tempo será gasto. Durante aproximadamente 45 minutos vou conversar com o senhor (a) perguntando sobre sua saúde. Para isso, vou usar questões que já foram respondidas por inúmeras pessoas no mundo e, também, no Brasil. São perguntas rápidas e você irá escolher a alternativa que melhor representa a sua opinião ou informar outra resposta que não esteja no questionário. Há perguntas relacionadas à sua caracterização sociodemográfica, qualidade de vida, adesão à terapia antirretroviral, autoestima, estilo de vida, ansiedade e depressão. Em função de conhecer que algumas pessoas têm dificuldade para escrita e leitura, poderemos ler as questões para os participantes durante a aplicação do questionário. Entretanto, caso queira responder sozinho você o fará e caso tenha alguma dúvida durante as repostas estarei aqui para lhe ajudar. Para todas as perguntas o (a) Senhor (a) ficará à vontade para responder, e nós só vamos continuar nossa entrevista se assim o (a) Senhor (a) desejar. Teremos mais três encontros a cada quatro meses, nos dias da sua consulta médica, para avaliar a sua saúde. Caso concorde em participar, será realizado um sorteio e o senhor (a) poderá participar do grupo que receberá orientações presenciais nos dias da sua consulta, do grupo que receberá mensagens telefônicas ou do grupo que receberá ligações telefônicas. As mensagens/ligações serão realizadas a cada 15 dias durante oito meses para conversarmos sobre a sua saúde. Nas mensagens não serão incluídas as palavras HIV ou aids, para preservar sua privacidade. No caso das ligações, serão gravadas e terão duração média de 10 minutos. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas apenas para a 127 realização da minha pesquisa, também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações, aos

procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para sanar dúvidas que possam ocorrer. O senhor (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo para seu tratamento na Instituição. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Informo-lhe que, ao apresentar o meu trabalho, não usarei seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo (a). Durante a entrevista, caso se sinta triste, angustiado com o que está respondendo poderemos conversar sobre isso e, se necessário, ou do seu desejo marcaremos atendimento com profissional especializado que atendem as pessoas nesses serviços. Os resultados dessa pesquisa irão favorecer a elaboração de novas estratégias de intervenções de enfermagem, afim de promover a saúde das pessoas que vivem com HIV/aids. Caso precise entrar em contato comigo em qualquer fase do estudo, informo-lhe meu nome e endereço: Marli Teresinha Gimenez Galvão. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, N° 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. Telefone: 85 3366-8455. O senhor (a) também poderá esclarecer suas dúvidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 Rodolfo Teófilo, Fone (85) 3366-8344. Caso o senhor (a) se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Responsável pela coleta de dados

ANEXO A

**FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA
PARA PESSOAS COM HIV/AIDS**

Nome: _____ Pront: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Pessoa para contato: _____ Telefone da Pessoa: _____

1) Data da entrevista: (DD/MM/AA)	DEN __/__/__
2) Data de Nascimento: (DD/MM/AAAA)	DN __/__/__
3) Sexo: 1()M, 2()F	SEX ____
4) Cor (autoinformada): 1() Branca, 2() Preta, 3() Amarela, 4() Parda, 5() Indígena	RAC ____
5) *Escolaridade em anos: _____ (Zero se não estudou) Ensino fundamental: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9(); Ensino médio: 1() 2() 3(); Superior: 1() Incompleto 2() Completo	ESC ____
6) Estado Civil: 1() Solteiro, 2() Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado, 3() Divorciado/Separado, 4() Viúvo.	ECI ____
7) Qual sua categoria de exposição? 1() Sexual, 2() Transmissão Vertical, 3() Sanguínea/transusão, 4() Sanguínea/UDE, 5() Acidente perf/cort 6() Outro	CTE ____
8) Qual sua orientação sexual?: 1() Heterossexual 2() Homossexual 3() Bissexual	OSE ____
9) Mora com parceiro? 1() Sim / 0() Não	MCP ____
10) Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro? 1() Positiva, 2() Negativa, 3() Não sabe/Não fez ,4.() Sem parceiro	SRP ____
11) Número de filhos? _____ (0=Nenhum)	FIL ____
12) Qual é a sua religião? 1() Católica, 2() Evangélica, 3() Espírita, 4() Outra, 5() Sem Religião	REL ____
13) Situação Ocupacional: 1() Empregado, 2() Desempregado, 3()	OCU ____

Aposentado, 4()Afastado		
14) Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: _____		NPD_____
15) Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ _____		RMF_____
16) Tempo de Diagnóstico HIV Positivo?		DHV_____
17) Em uso de TARV há quantos meses? (0=Não usa TARV)		TRV_____
18) Qual o n° total de comprimidos que você toma ao dia (TARV)? _____		CMP_____
19) Qual a posologia (frequência da dose)? _____		POS_____
20) Teve internações por complicações do HIV? 1() Sim, 2() Não		NIH_____
21) Número de internações psiquiátricas nos últimos 12 meses? (0=Nenhuma)		NIP_____
22) Em uso atual de medicação psiquiátrica: 1() Sim, 2() Não		PSI_____
23) Meses em uso de Antidepressivo _____ (0=Não utiliza)		PAD_____
24) Meses em uso de Estabilizador de Humor _____ (0=Não utiliza)		PEH_____
25) Meses em uso de Antipsicótico _____ (0=Não utiliza)		PAP_____
26) Meses em uso de sedativo ou ansiolítico _____ (0=Não utiliza)		PBZ_____
Informações gerais sobre hábitos de saúde		
27) Pratica alguma atividade física?: 1() Sim, 2() Não		PAF_____
28) Se SIM, com que frequência: 1()Uma vez na semana 2()Duas ou mais vezes na semana 3()Diariamente 4()Esporadicamente.		AFS_____
29) Faz uso de álcool (Bebida alcoólica)? 1() Sim, 2() Não		FUA_____
30) Se SIM: Com que frequência: 1() Diariamente, 2() Semanalmente, 3() Mensalmente, 4() Esporadicamente		FUAQ_____
31)Faz uso de tabaco (Cigarro de papel ou de palha)? 1() Sim, 2() Não		FUT_____
32)Se SIM, com que frequência: 1() Diariamente, 2() Semanalmente, 3() Mensalmente, 4() Esporadicamente		FUTF_____
33)Faz uso de drogas ilícitas: 1() Sim, 2() Não		FUDI_____
Dados do Prontuário		
34) Medicamentos em uso - Marque um x no que usa atualmente:		
1() Abacavir (ABC)	8() Estavudina (d4T)	15() Ritonavir (RTV)
		Ex. 1;2;3;...

ANEXO B

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR)

Motivos	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.	4	3	2	1
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.	4	3	2	1
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.	1	2	3	4
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	4	3	2	1
5. Eu acho que não tenho muito do que me orgulhar.	1	2	3	4
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.	4	3	2	1
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.	4	3	2	1
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	1	2	3	4
9. Às vezes eu acho que não presto para nada.	1	2	3	4

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos.

ANEXO C

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (Versão em português do instrumento HAT-QoL)

Instruções: Marque com um “X” apenas uma alternativa, de acordo com o que você fez na situação de cada pergunta, **NAS ÚLTIMA QUATRO SEMANAS**.

DOMÍNIO 1: ATIVIDADES GERAIS	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	COD (QV)
1.Fiquei satisfeito(a) com a minha atividade física.	5	4	3	2	1	1.1__
2.Fiquei limitado(a) fisicamente na minha habilidade de realizar os afazeres de casa.	1	2	3	4	5	1.2__
3.A dor tem limitado minha habilidade de ser fisicamente ativa.	1	2	3	4	5	1.3__
4.Fiquei preocupado(a) por não ser capaz de ir ao serviço ou cumprir as atividades rotineiras do dia a dia como costumava fazer no passado.	1	2	3	4	5	1.4__
5.Tenho sentido que portar o HIV tem limitado a quantidade de trabalho que consigo fazer no serviço ou nas minhas atividades rotineiras do dia a dia.	1	2	3	4	5	1.5__
6.Tenho me sentido cansado(a) demais para ser socialmente ativo(a)	1	2	3	4	5	1.6__
7.Minha saúde tem limitado minhas atividades sociais.	1	2	3	4	5	
DOMÍNIO 2: ATIVIDADES SEXUAIS	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	
1.Fiquei satisfeito(a) com minha vida sexual.	5	4	3	2	1	2.1__
2.Estive interessado(a) em sexo.	5	4	3	2	1	2.2__
3.Foi difícil para mim ficar excitado(a) sexualmente.	1	2	3	4	5	2.3__

DOMÍNIO 3: PREOCUPAÇÃO COM SIGILO SOBRE A INFECÇÃO	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	
1.Limitei o que conto para os outros sobre mim mesmo(a).	1	2	3	4	5	3.1__
2.Tive medo de contar para os outros que estou com o HIV	1	2	3	4	5	3.2__
3.Fiquei preocupado(a) a respeito dos meus parentes descobrirem que estou com o HIV.	1	2	3	4	5	3.3__
4.Fiquei preocupado(a) a respeito das pessoas no meu serviço ou atividades rotineiras do dia a dia descobrirem que estou com o HIV.	1	2	3	4	5	3.4__
5.Fiquei preocupado(a) pensando que poderia perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que estou com o HIV.	1	2	3	4	5	3.5__
DOMÍNIO 4: PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	
1.Não consegui viver como gostaria porque estou tão preocupado(a) com a minha saúde.	1	2	3	4	5	4.1__
2.Fiquei preocupado(a) pensando que a minha saúde poderia piorar.	1	2	3	4	5	4.2__
3.Fiquei preocupado(a) a respeito da minha contagem de células CD4.	1	2	3	4	5	4.3__
4.Senti incerteza a respeito do que o futuro me reserva.	1	2	3	4	5	4.4__
5.Me preocupei pensando em quando irei morrer	1	2	3	4	5	4.5__
DOMÍNIO 5: PREOCUPAÇÕES FINANCEIRAS	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	
1.Me preocupei a respeito de ter que viver com renda fixa.	1	2	3	4	5	5.1__
2.Me preocupei a respeito de como irei pagar minhas contas	1	2	3	4	5	5.2__

3.O dinheiro foi muito pouco para eu me cuidar como acho que deveria.	1	2	3	4	5	5.3__
4.Tive dinheiro suficiente para fazer as coisas que gosto de fazer.	5	4	3	2	1	5.4__
DOMÍNIO 6: CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE O HIV	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	
1.Me arrependi a respeito de como vivi a minha vida antes de descobrir que estava com o HIV.	1	2	3	4	5	6.1__
2.Senti raiva a respeito do meu comportamento de risco para o HIV no passado	1	2	3	4	5	6.2__
3.Consegui aceitar o fato de que estou com o HIV.	5	4	3	2	1	6.3__
DOMÍNIO 7: SATISFAÇÃO COM A VIDA	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	
1.Aproveitei a vida.	5	4	3	2	1	7.1__
2.Senti uma forte vontade de viver.	5	4	3	2	1	7.2__
3. Me senti satisfeito(a) com a minha vida.	5	4	3	2	1	7.3__
4.Me senti em controle da minha vida.	5	4	3	2	1	7.4__
5.Me senti bem comigo mesmo(a).	5	4	3	2	1	7.5__
6.Me senti motivado(a) a fazer as coisas.	5	4	3	2	1	7.6__
7.Fiquei satisfeito(a) em ver como sou socialmente ativa.	5	4	3	2	1	7.7__
8.Me senti contente em ver como tenho estado saudável.	5	4	3	2	1	7.8__
DOMÍNIO 8: QUESTÕES RELATIVAS À MEDICAÇÃO	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	
1.Tomar os meus medicamentos têm dificultado viver uma vida normal.	1	2	3	4	5	8.1__
2.Tomar os meus medicamentos me fez sentir melhor.	5	4	3	2	1	8.2__
3.Tomar os meus medicamentos me fez sentir mais doente do que	1	2	3	4	5	8.3__

acho que sou.						
4.Tomar os meus medicamentos me fez sentir que estou lutando contra o HIV.	5	4	3	2	1	8.4__
DOMÍNIO 9: CONFIANÇA NO PROFISSIONAL	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pouca parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	
1.Senti que meu médico é alguém que me escuta.	5	4	3	2	1	9.1__
2.Me senti confiante na habilidade do meu médico de atender pessoas com o HIV.	5	4	3	2	1	9.2__
3.Senti com certeza que meu médico se preocupa a respeito do meu melhor interesse.	5	4	3	2	1	9.3__

ANEXO D

APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos de um programa de acompanhamento telefônico para a promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/aids

Pesquisador: Marli Teresinha Gimenez Galvão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53297216.8.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.482.508

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa caracterizado como um estudo experimental, randomizado e controlado. Será desenvolvido no Ambulatório de Infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). A população desta pesquisa será constituída por pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) em uso da terapia antirretroviral (TARV), que estão em seguimento no ambulatório de infectologia do HUWC da UFC. A seleção da amostra obedecerá aos seguintes critérios de inclusão: pessoas vivendo com HIV/aids maiores de 18 anos, em acompanhamento ambulatorial no HUWC, em uso da TARV há mais de um mês e há menos de um ano. Serão excluídos da pesquisa pacientes que apresentarem acuidade visual diminuída, disartria, acúsia ou alguma patologia relacionada ao processo mental, que impeça a compreensão das ligações ou mensagens. Os critérios de retirada serão: expressão do desejo de não mais participar do estudo; mudança de instituição de acompanhamento em saúde ou óbito; perda de seguimento durante o acompanhamento telefônico (três semanas consecutivas sem contato telefônico ou sem feedback das mensagens enviadas). Participarão 162 pessoas, divididas igualmente em três grupos: Grupo intervenção 1 (GI 1) - chamadas telefônicas: além do cuidado habitual do serviço, este grupo receberá ligações telefônicas durante o período de acompanhamento; Grupo intervenção 2 (GI 2) - mensagens telefônicas: este grupo receberá o cuidado habitual do serviço e mensagens via

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.462.508

aplicativo de celular; e Grupo comparação (GC): este grupo receberá somente o cuidado habitual do serviço que consiste em atendimento médico e de enfermagem. A coleta de dados estudo será desenvolvida em duas etapas: I. Validação de conteúdo dos roteiros das intervenções telefônicas por especialistas: Haverá participação de cinco especialistas recrutados a partir de amostragem por conveniência. O conteúdo dos roteiros será avaliado em relação a: organização, clareza, compreensão do conteúdo; e II. Aplicação das intervenções telefônicas: Os participantes serão acompanhados por um período de 18 meses, sendo as intervenções realizadas no primeiro ano de seguimento. As mensurações das variáveis ocorrerão em quatro momentos (T0-linha de base, T1-seis meses, T2-12 meses e T3-18 meses). Serão utilizados: Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica para pessoas com HIV/aids; Instrumento de avaliação do grau de dificuldade para adesão; Instrumento do Perfil de estilo de vida individual; Escala de Ansiedade e Depressão; Instrumento para avaliação da qualidade de vida (HATQoL); Estágios de Mudança de Comportamento Relacionado ao Exercício Físico; Escala de autoestima de Rosenberg (EAR). Para facilitar o desenvolvimento do projeto propõe-se a subdivisão da etapa II em três fases.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar os efeitos de um programa de acompanhamento telefônico na promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/aids em seguimento ambulatorial.

Específicos: Avaliar o efeito de um acompanhamento telefônico síncrono (chamadas telefônicas) na qualidade de vida, adesão à terapia antirretroviral, autoestima, estilo de vida, ansiedade e depressão em pessoas vivendo com HIV/aids do grupo intervenção (GI) e do grupo controle (GC), antes e após a realização da intervenção; Avaliar o efeito de um acompanhamento telefônico assíncrono (mensagens enviadas via aplicativo de celular) na qualidade de vida, adesão à terapia antirretroviral, autoestima, estilo de vida, ansiedade e depressão em pessoas vivendo com HIV/aids do grupo intervenção (GI) e do grupo controle (GC), antes e após a realização da intervenção; Comparar os efeitos das duas intervenções síncronas e assíncronas sobre as variáveis desfecho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa expõe o participante a riscos mínimos.

Benefícios: Elaboração de novas estratégias de intervenções de enfermagem, afim de promover a

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.482.508

saúde das pessoas que vivem com HIV/aids.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros. Metodologia detalhada e congruente aos objetivos propostos. Aspectos éticos apresentados de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e seguem o que recomenda a Resolução no. 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências ética ou documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_658927.pdf	29/03/2016 18:04:26		Aceito
Outros	cartarespostaacep.pdf	29/03/2016 18:00:54	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final_28032016.docx	29/03/2016 17:59:02	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostocomcarimbo.pdf	17/02/2016 10:15:59	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatual.docx	12/02/2016 14:43:38	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.docx	12/02/2016 14:37:55	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	Termodecompromissoprontuario.docx	05/02/2016 16:03:10	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	cv_8090769371296465.doc	05/02/2016 15:59:33	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	Declaracaofieldepositario.docx	05/02/2016 15:56:56	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	Cartadearesentacao_completa.pdf	05/02/2016 15:55:30	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.482.508

Outros	Cienciareponsavelsetor.docx	05/02/2016 15:51:43	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/02/2016 15:47:55	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodeconcordancia.pdf	05/02/2016 15:45:59	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/02/2016 15:43:57	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 07 de Abril de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO E - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO EMITIDA PELO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P218198/2016**

Título do Projeto de Pesquisa: **EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.**

Pesquisadoras Responsáveis: **IVANA CRISTINA VIEIRA DE LIMA, SAMYLA CITÓ PEDROSA E MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 22 de junho de 2016.

Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do
Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde