

Aspectos que influenciam o autocuidado de pacientes vivendo com vírus da imunodeficiência humana*

Rúbia Aguiar Alencar¹
Ana Beatriz Henrique Parenti¹
Camila de Carvalho Lopes¹
Fabiana Tomé Ramos¹
Suely Itsuko Ciosak²

Objetivo: analisar aspectos relacionados ao aumento ou diminuição do autocuidado nos pacientes vivendo com vírus da imunodeficiência humana atendidos em serviço de ambulatório especializado. **Método:** estudo transversal de caráter analítico com 135 pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, que fazem acompanhamento no serviço. As variáveis independentes e os desfechos foram coletados do instrumento da consulta de enfermagem, que tem como referencial teórico a Teoria de Orem. Os dados foram analisados por abordagem paramétrica. Relações ou diferenças foram consideradas significativas se $p < 0,05$. A análise foi feita com o *software* SPSS v21.0. **Resultados:** maioria do sexo masculino (56,3%), com média de idade de 42,1 anos. Os pacientes que necessitaram ocultar o diagnóstico desempenharam menos autocuidado ($\beta = -0,72$ (-1,38; -0,06); $p < 0,031$). A chance de realizar o autocuidado diminuiu em relação ao aumento da idade (OR=0,93 (0,89;0,97); $p < 0,003$). Por outro lado, encontrou-se que o paciente que tem parceria fixa possui maior chance de desempenhar o autocuidado (OR=3,46 (1,27;9,46); $p < 0,015$). **Conclusão:** foram evidenciados aspectos relacionados ao aumento ou à diminuição do autocuidado nos pacientes que vivem com vírus da imunodeficiência humana. No entanto, fazem-se necessários outros estudos que privilegiem o caráter analítico do desempenho do autocuidado desses pacientes.








Descritores: Autocuidado; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV; Cuidados de Enfermagem; Saúde do Adulto; Assistência Ambulatorial.

* Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 447511/2014-9.

¹ Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Alencar RA, Parenti ABH, Lopes CC, Ramos FT, Ciosak SI. Aspects that influence the self-care of patients living with human immunodeficiency virus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3112. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2746.3112>   

Introdução

Desde o início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) muitos pesquisadores de todas as partes do mundo realizam pesquisas buscando responder às questões referentes a essa doença⁽¹⁻⁵⁾.

Contudo, mesmo após quase quarenta anos da descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ainda existem deficit na assistência às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), principalmente no que se refere a viver e conviver com a infecção, na busca de incentivar a capacidade de autonomia do paciente para realizar o seu autocuidado e também no cuidado das suas necessidades psicossociais. Dessa maneira, oferecer cuidados para doenças crônicas como aids é um desafio crescente no mundo⁽¹⁾. Acredita-se que para enfrentar os desafios do cuidado de pessoas com doenças crônicas é necessário identificar fatores que possam influenciar as pessoas a se envolver mais no autocuidado.

Nessa perspectiva, enfatiza-se a importância do Processo de Enfermagem como uma ferramenta metodológica que orienta o cuidado profissional de enfermagem e deve ser desenvolvido de forma intencional⁽⁶⁾. Dessa forma, essa ferramenta pode contribuir para diminuir a lacuna que ainda existe na assistência às PVHA^(2,7-9).

Em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, o Processo de Enfermagem corresponde à Consulta de Enfermagem⁽²⁾, que possibilita identificar as necessidades específicas das PVHA, promover a qualidade de vida e incentivá-los à realização do autocuidado.

A Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e torna a Consulta de Enfermagem obrigatória no desenvolvimento da assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. No entanto, o enfermeiro deve ter a compreensão e a decisão clara da utilização do Processo de Enfermagem, não devendo ser a resolução COFEN 358/2009 a principal motivação para o uso dessa ferramenta.

Considerando o comprometimento de assistir o indivíduo vivendo com HIV/aids, o enfermeiro, por meio da Consulta de Enfermagem, que obrigatoriamente deve estar baseada em um referencial teórico, consegue diagnosticar as necessidades do paciente, proceder à prescrição dos cuidados e posteriormente avaliar as intervenções junto com paciente, tendo a oportunidade de desenvolver um trabalho voltado para a melhoria da qualidade de vida desses sujeitos⁽²⁾.

Optou-se por utilizar o referencial da Teoria Geral de Dorothea Orem, também conhecida como a Teoria de Enfermagem do Deficit de Autocuidado, composta de três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Deficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem⁽¹⁰⁾. No presente estudo, utilizou-se a Teoria do Autocuidado, que tem como finalidade identificar os deficit de autocuidado e observar até que ponto o paciente está capacitado a realizar o autocuidado, o que é fundamental para a manutenção da saúde do indivíduo vivendo com HIV/aids⁽⁷⁻⁹⁾. Essa teoria possui três requisitos de autocuidado: o requisito de Autocuidado Universal, associado a processos da vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano; o de Desenvolvimento, relativo a alguma condição natural do ciclo vital ou associado a algum evento; e por Desvio de Saúde, relacionado às condições de doença⁽¹⁰⁾.

Ressalta-se que a Teoria de Orem é um referencial válido na sistematização da assistência de enfermagem, sendo utilizada em estudos com PVHA⁽⁷⁻⁹⁾.

Dessa forma, justifica-se o uso da Teoria de Orem considerando que o autocuidado é indispensável à PVHA no seu dia a dia, com a intenção de garantir o desenvolvimento em benefício da vida, da saúde e do bem-estar.

Foi durante a Consulta de Enfermagem realizada com as PVHA em um serviço de ambulatório especializado de infectologia que se percebeu a existência de aspectos da vida dos pacientes que influenciavam no seu autocuidado. No entanto, não era possível quantificar e verificar estatisticamente quais eram esses aspectos e se os mesmos aumentavam ou diminuam o autocuidado das PVHA.

Diante desse contexto, este estudo buscou analisar aspectos que influenciam no aumento ou diminuição do autocuidado das PVHA atendidas em serviço de ambulatório especializado.

Método

Estudo transversal de caráter analítico, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um serviço de ambulatórios especializados de infectologia de um município do interior de São Paulo, Brasil. O serviço é uma referência para acompanhamento e tratamento de casos de HIV e hepatites crônicas diagnosticados na região. Atualmente, o serviço atende aproximadamente 800 PVHA, que são divididas em quatro ambulatórios que acontecem semanalmente, recebendo atendimento multiprofissional e demandas de forma espontânea ou referenciada.

O critério que definiu os pacientes para a amostra do estudo foi a presença nos dias que acontece a consulta de enfermagem às PVHA. Amostragem não

probabilística totalizou 135 PVHA. Contudo, para estimar as diferenças mínimas que poderão ser detectadas com $n = 135$ entrevistados, consideraram-se a amostragem aleatória simples, com erro tipo I igual a 0,05 e erro tipo II igual a 0,20, ausência de confundimento, desvio-padrão do desfecho igual a 2, razão de "alocação" igual a 1:1 para as variáveis independentes binárias e normalidade para a distribuição do desfecho. Com essas suposições, observou-se que a amostra de 135 entrevistados permitiu detectar diferenças significativas entre duas categorias de uma variável binária acima de um ponto.

A consulta de enfermagem acontece no serviço de ambulatórios especializados de infectologia desde outubro de 2013. É desenvolvida por uma das autoras e por alunos do curso de graduação em Enfermagem que realizam estágio nesse serviço, com a supervisão da pesquisadora. Para realizar a consulta de enfermagem foi construído um instrumento que teve como referencial teórico a Teoria do Autocuidado de Orem. A construção desse instrumento foi baseada em autores que também realizam a consulta de enfermagem com PVHA, utilizando instrumentos com o mesmo referencial teórico, em outros serviços⁽⁷⁻⁹⁾.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre os meses de outubro de 2014 e junho de 2017, em um dos ambulatórios que acontecem às quartas-feiras e tem aproximadamente 200 PVHA cadastradas. Os dados foram coletados no mesmo dia da consulta de enfermagem. A recusa na participação aconteceu com quatro pessoas. Para alcançar o objetivo do presente estudo foi necessário elaborar um instrumento com questões que foram retiradas de um instrumento maior, a consulta de enfermagem, conforme citado acima. As consultas foram realizadas em ambiente reservado, permitindo o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas. Ressalta-se que visando não haver repetição dos participantes foi realizado cadastro em planilha de Excel de todos as PVHA que realizam a consulta de enfermagem. Desse modo, antes de incluir um novo participante era verificado se o mesmo já fazia parte do estudo.

No estudo foi incluído pacientes com idade a partir de 18 anos, de ambos os sexos, com condições clínicas e cognitivas às questões do estudo.

Os dados coletados estiveram relacionados às variáveis independentes e ao desfecho do estudo. As variáveis independentes (sociodemográficas e de comportamento) obtidas foram sexo, idade, cor autorreferida, escolaridade, religião, parceria, número de filhos, renda familiar, total de dependentes da renda, residência com água encanada, esgoto, coleta de lixo e proximidade de serviço de saúde, orientação sexual, atividade sexual, tempo de conhecimento do diagnóstico

da infecção pelo HIV/aids, tempo de tratamento e doença oportunista após o diagnóstico, bom relacionamento com a família, sentimento de solidão, tristeza e/ou angústia, necessidade de ocultar o diagnóstico, aceitação da condição de estar com HIV/aids, necessidade de ocultar o diagnóstico, aprendeu a viver com HIV/aids. Ressalta-se que a seleção das variáveis independentes aconteceu a partir de pesquisas já desenvolvidas com as PVHA^(1,3,8-9,11-12).

Para o desfecho, consideraram-se os três requisitos de autocuidado: Autocuidado Universal, Autocuidado por Desvio de Saúde e Autocuidado de Desenvolvimento. As questões foram construídas com resposta binária (sim ou não). A cada resposta positiva ao desenvolvimento do autocuidado foi recebido um ponto. Quanto maior a pontuação, maior o desempenho do autocuidado da PVHA.

O Requisito do Autocuidado Universal foi contemplado com 12 questões, sendo elas: recebe orientação sobre nutrição; consegue cumprir as orientações sobre nutrição; toma no mínimo oito copos de água por dia; dorme no mínimo oito horas por noite; realiza exercícios físicos; tem alguma atividade de lazer e a pratica semanalmente; usa algum método nas relações sexuais para prevenir a reinfeção do vírus; participa de atividades sociais; realiza frequentemente exames ginecológicos/urológicos; é usuário de drogas; é tabagista; consome bebida alcoólica.

As questões do Requisito do Autocuidado por Desvio de Saúde foram compostas por quatro questões: comparece nas datas agendadas pelo médico? Realiza acompanhamento com mais algum profissional, quando necessário? Se precisa usar medicamento (antirretroviral), faz uso diariamente? Comparece ao médico somente quando está doente?

Já o Requisito do Autocuidado de Desenvolvimento teve como questão: consegue realizar mudanças no seu estilo de vida relacionadas com a doença?

Ressalta-se que nas três últimas questões do Autocuidado Universal e na última questão do Autocuidado por Desvio de Saúde, entendeu-se que a resposta negativa (não) é que levaria ao acréscimo de um ponto e a resposta positiva (sim) não acarretaria pontuação.

Diante da ausência de parâmetro adotado para estabelecer os aspectos relacionados ao aumento ou diminuição do autocuidado nas PVHA, elaborou-se o Escore de Autocuidado Universal que consistiu na soma simples obtida em função da resposta dada a 12 itens que expressam o autocuidado universal. Portanto, o escore variou de 0 a 12 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o autocuidado. Também foi elaborado o Escore de Autocuidado por Desvio de Saúde, que variou de 0 a 4 pontos. Quanto maior a

pontuação, maior o autocuidado. Já o Autocuidado por Desenvolvimento foi considerado positivo se o participante do estudo respondeu sim à questão: consegue realizar mudanças no seu estilo de vida relacionadas com a doença?

Para as análises estatísticas, utilizou-se o software SPSS v21.0. O desfecho Escore de Autocuidado Universal foi realizado por modelo de regressão linear com resposta normal. Já a análise das chances de Autocuidado de Desenvolvimento e Desvio de Saúde, por modelos de regressão logística. Associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo nº 563.918, atendendo às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo, assim, o anonimato.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as variáveis independentes (sociodemográficas) das PVHA. Considerando-se as 135 pessoas investigadas, 56,3% eram do sexo masculino, brancos, com filhos e religião. A idade variou de 19 a 74 anos, com média de 42,1 anos (DP = 12). Apresentavam baixos níveis de escolaridade (56,3%), 23% viviam com até um salário mínimo e tinham em média 3,6 dependentes da renda familiar (DP = 1,8), mínimo de 1 e máximo 11.

Poucas pessoas não tinham na residência a coleta de lixo (3%), água encanada (4,5%), presença de rede de esgoto (4,5%). No entanto, 34,9% não tinham um serviço de saúde próximo à residência.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis independentes (sociodemográficas) dos pacientes que vivem com HIV/aids*. Município de Botucatu, SP, Brasil, 2014-2017

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	76	56,3
Feminino	59	43,7
Escolaridade		
Analfabeto a fundamental incompleto	43	31,9
Fundamental completo a médio incompleto	33	24,4
Médio completo a superior incompleto	49	36,3
Superior completo	10	7,4
Cor autorreferida		
Branco	76	56,3
Não branco	59	43,7

(continua...)

Tabela 1 – continuação

Variável	n	%
Religião		
Sim	122	90,3
Não	13	9,7
Possui filhos		
Sim	83	61,4
Não	52	38,6
Renda familiar†		
≤ 1	31	23,0
1,1 a 4	88	65,2
≥ 4,1	16	11,9
Número de dependentes da renda familiar		
1 a 2	42	31,1
3 a 4	53	39,3
5 a 6	29	21,5
7 ou mais	11	8,1
Residência com coleta de lixo		
Sim	131	97,0
Não	7	3,0
Residência com água encanada		
Sim	129	95,5
Não	6	4,5
Residência com rede de esgoto		
Sim	129	95,5
Não	6	4,5
Serviço de saúde próximo a residência		
Sim	88	65,1
Não	47	34,9

*Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Humana (aids); †Salário mínimo no Brasil (2014 – R\$724,00; 2015 – R\$788,00; 2016 – R\$880,00, 2017 – R\$ 937,00)

Na Tabela 2, observa-se que a maioria era heterossexual (75,6%), tinha parceria fixa (50,3%), vida sexual ativa (54,8%), relatava ter um bom relacionamento com a família após o diagnóstico da infecção pelo HIV (86,6%), aceitava estar com HIV/aids (77,1%) e 87,4% aprenderam a viver com a infecção (87,4%).

Contudo, 57,7% referiram que após o diagnóstico tiveram alteração da vida sexual, sentiram solidão, tristeza e/ou angústia (51,1%), necessitaram ocultar o diagnóstico (71,8%) e tiveram a presença de doença oportunista após o diagnóstico (37,8%).

Destaca-se que o tempo médio de diagnóstico foi de 8,3 anos (Desvio padrão (DP) = 7,1) e o tempo médio de tratamento, 7,3 anos (DP = 6,7).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis independentes (comportamento) dos pacientes que vivem com HIV/aids*. Município de Botucatu, SP, Brasil, 2014-2017

Variável	n	%
Orientação sexual		
Heterossexual	102	75,6
Homossexual	25	18,5
Bissexual	8	5,9
Tem parceria fixa		
Sim	68	50,3
Não	67	49,7
Atividade sexual ativa		
Sim	74	54,8
Não	61	45,2
Alteração da vida sexual após o diagnóstico		
Sim	78	57,7
Não	57	42,3
Bom relacionamento com a família após o diagnóstico		
Sim	117	86,6
Não	18	13,4
Sente solidão, tristeza e/ou angústia após o diagnóstico		
Sim	69	51,1
Não	66	48,9
Necessidade de ocultar o diagnóstico		
Sim	97	71,8
Não	38	28,2
Aceita estar com HIV/aids*		
Sim	104	77,1
Não	31	22,9

(continua...)

Tabela 2 – *continuação*

Variável	n	%
Apreendeu a viver com HIV/aids*		
Sim	118	87,4
Não	17	12,6
Apresentou mudança no estilo de vida após o diagnóstico		
Sim	71	52,6
Não	64	47,4
Doença oportunista após o diagnóstico		
Sim	51	37,8
Não	84	62,2

*Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Humana (aids)

O Escore de Autocuidado foi elaborado considerando 12 itens e cada item recebeu o valor de um ponto. A média do escore de autocuidado foi de 6,3 pontos (DP = 1,8), mínimo de 1 e máximo 10.

A Tabela 3 mostra o resultado da análise desse escore com a intenção de verificar associação com aumento ou diminuição do autocuidado. Em um primeiro momento da análise não houve associação estatisticamente significativa. Dessa maneira, optou-se por selecionar as variáveis independentes que tiveram valor de p menores e os mesmos foram levados para um modelo mais parcimonioso.

Nesse segundo modelo, ao serem avaliadas as variáveis independentes, correlacionadas com o Escore de Autocuidado Universal, observa-se que não houve nenhuma correlação positiva que evidencie o aumento do autocuidado. Em contrapartida, obteve-se uma correlação negativa, estatisticamente significativa ($\beta = -0,72$ (-1,38; -0,06); $p < 0,031$), quando nota-se que as PVHA que necessitaram ocultar o diagnóstico desempenham menos o autocuidado.

Tabela 3 – Modelo de regressão linear com resposta normal para o Escore de Autocuidado Universal. Município de Botucatu, SP, Brasil, 2014-2017

Variável	β^* (IC95%)†; p‡	β^{\S} (IC95%) ; p¶
Sexo masculino	0,42 (-0,37; 1,22); <0,293	
Idade	0,01 (-0,01; 0,03); <0,272	
Não Branco	-0,27 (-0,88; 0,34); <0,388	
Superior completo	0,89 (-0,45; 2,25); <0,194	0,45 (-0,76; 1,67); <0,462
Médio completo a superior incompleto	-0,11 (-0,89; 0,67); <0,782	0,42 (-1,16; 0,31); <0,257
Fundamental completo a médio incompleto	-0,69 (-1,50; 0,11); <0,093	-0,77 (-1,57; 0,02); <0,058
Residência com coleta de lixo	-2,77 (-5,82; 0,26); <0,074	-0,88 (-2,64; 0,87); <0,323
Residência com água encanada	1,59 (-0,88; 4,07); <0,207	
Serviço de saúde próximo à residência	0,06 (-0,62; 0,75); <0,854	
Renda familiar \geq 4,1 salários mínimos	-0,19 (-1,36; 0,97); <0,749	
Renda familiar de 1,1 a 4 salários mínimos	-0,32 (-1,10; 0,44); <0,403	

(continua...)

Tabela 3 – *continuação*

Variável	β^* (IC95%) [†] ; p^{\ddagger}	β^{\S} (IC95%) ; p^{\P}
Com religião	-0,36 (-1,48;0,76); <0,527	
Com filhos	0,50 (-0,37;1,37); <0,261	
Número de dependentes	0,04 (-0,12;0,20); <0,637	
Bissexual	-0,57 (-2,02;0,87); <0,440	
Homossexual	-0,46 (-1,54;0,61); <0,401	
Com vida sexual ativa	0,25 (-0,45;0,95); <0,484	
Com parceria fixa	0,65 (-0,26;1,57); <0,161	0,58 (-0,02;1,18); <0,059
Com alteração na vida sexual	0,05 (-0,58;0,69); <0,873	
Bom relacionamento familiar após o diagnóstico	0,58 (-0,33;1,49); <0,212	
Sente solidão, tristeza e/ou angústia após o diagnóstico	-0,23 (-0,89;0,42); <0,484	
Com necessidade de ocultar o diagnóstico	-0,57 (-1,27;0,12); <0,109	-0,72 (-1,38 ; -0,06); <0,031
Aceita estar com HIV/aids**	-0,07 (-0,89;0,75); <0,867	
Aprendeu a viver com HIV/aids**	0,52 (-0,47;1,51); <0,305	
Teve doença oportunista após o diagnóstico	-0,57 (-1,19;0,04); <0,071	-0,53 (-1,16;0,089); <0,093
Tempo de diagnóstico	0,01 (-0,07;0,10); <0,720	
Tempo de tratamento	-0,02 (-0,11;0,07); <0,692	

* β – Beta; [†]IC – Intervalo de confiança; [‡] $p < 0,05$; [§] β – Beta (do modelo parcimonioso); ^{||}IC – Intervalo de confiança (do modelo parcimonioso); [¶] $p < 0,05$ (do modelo parcimonioso); **Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Humana (aids)

O Escore de Autocuidado por Desvio de Saúde foi estabelecido utilizando quatro itens e cada item recebeu o valor de um ponto. A média do Escore por Desvio de Saúde foi 2,2 pontos (DP = 0,6), mínimo de zero e máximo de quatro. Na Tabela 4, observa-se que houve a necessidade de levar as variáveis independentes que tiveram valor de p menores para um modelo mais parcimonioso.

Ao se avaliarem nesse segundo modelo as variáveis independentes e a correlação com o Escore por Desvio de Saúde, observou-se que a medida que aumenta a idade da PVHA diminui a chance da mesma de desempenhar o autocuidado (OR=0,93 (0,89;0,97); $p < 0,003$). No entanto, a PVHA que tem parceria fixa tem mais chance de desempenhar o autocuidado por desvio de saúde (OR=3,46 (1,27;9,46); $p < 0,015$).

Tabela 4 – Modelos de regressão logística para o Escore de Autocuidado por Desvio de Saúde. Município de Botucatu, SP, Brasil, 2014-2017

Variável	OR*(IC95%) [†] ; p^{\ddagger}	OR [§] (IC95%) ; p^{\P}
Sexo masculino	0,20 (0,04;0,881); <0,033	0,40 (0,13;1,22); <0,110
Idade	0,94 (0,89;0,99); <0,026	0,93 (0,89;0,97); <0,003
Não branco	0,62 (0,21;1,79); <0,385	
Analfabeto a fundamental incompleto	4,47 (1,08;18,45); <0,038	0,85 (0,52;1,39); <0,533
Fundamental completo a médio incompleto	0,77 (0,20;2,95); <0,707	
Médio completo a superior incompleto	0,52 (0,06;4,08); <0,538	
Renda familiar \leq a 1 salário mínimo	2,28 (0,66;7,90); <0,191	0,86 (0,40;1,83); <0,703
Renda familiar de 1,1 a 4 salários mínimos	0,78 (0,13;4,72); <0,794	
Com religião	0,09 (0,00;1,26); <0,075	0,21 (0,02;1,84); <0,161
Com filhos	0,15 (0,02;0,82); <0,029	0,35 (0,10;1,22); <0,102
Número de dependentes	0,85 (0,64;1,12); <0,261	
Heterossexual	1,13 (0,20;6,26); <0,888	
Homossexual	2,77 (0,14;53,93); <0,500	
Com vida sexual ativa	1,09 (0,32;3,75); <0,881	
Com parceria fixa	3,83 (0,72;20,16); <0,113	3,46 (1,27;9,46); <0,015
Com alteração na vida sexual	0,88 (0,29;2,70); <0,832	

(*continua...*)

Tabela 4 – *continuação*

Variável	OR*(IC95%)*;p†	OR§(IC95%) ;p¶
Bom relacionamento familiar após diagnóstico	0,47 (0,09;2,30);<0,358	
Sente solidão, tristeza e/ou angústia após o diagnóstico	0,57 (0,18;1,76);<0,329	
Com necessidade de ocultar o diagnóstico	0,76 (0,23;2,45);<0,652	
Aceita estar com HIV/aids**	1,41 (0,34;5,79);<0,627	
Aprendeu a viver com HIV/aids**	0,43 (0,06;2,89);<0,386	
Teve doença oportunista após o diagnóstico	0,66 (0,22;1,96);<0,465	
Tempo de diagnóstico	1,05 (0,88;1,25);<0,555	
Tempo de tratamento	0,92 (0,76;1,11);<0,429	

*OR – Odds ratio; †IC – Intervalo de confiança; ‡p < 0,05; §OR – Odds ratio (do modelo parcimonioso); ||IC – Intervalo de confiança (do modelo parcimonioso); ¶p < 0,05 (do modelo parcimonioso); **Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Humana (aids)

A associação das variáveis independentes como o Escore de Autocuidado por Desenvolvimento está evidenciada na Tabela 5, e o mesmo foi considerado positivo se a PVHA respondeu sim à questão: consegue realizar mudanças no seu estilo de vida relacionadas com a doença? Houve a necessidade de levar as variáveis independentes que tiveram valor de p menores para um segundo modelo mais parcimonioso.

Nesse segundo modelo, observou-se que a PVHA que apresenta alteração na vida sexual após o diagnóstico do HIV tem maior chance de realizar mudanças no seu estilo de vida (OR=1,94 (0,88;4,28); p<0,100). Contudo, encontrou-se um resultado espúrio, quando se evidencia que a PVHA que tem um bom relacionamento familiar após diagnóstico possui menos chance de realizar mudanças no seu estilo de vida (OR=0,24 (0,06;0,93); p<0,038).

Tabela 5 – Modelo de regressão logística para o Escore Autocuidado por Desenvolvimento. Município de Botucatu, SP, Brasil, 2014-2017

Variável	OR*(IC95%)*;p†	OR§(IC95%) ;p¶
Sexo masculino	1,87 (0,58;6,00);<0,291	
Idade	0,99 (0,96;1,02);<0,672	
Não branco	1,18 (0,49;2,80);<0,708	
Analfabeto a fundamental incompleto	1,40 (0,45;4,37);<0,558	
Fundamental completo a médio incompleto	1,18 (0,39;3,56);<0,764	
Médio completo a superior incompleto	3,23 (0,44;23,53);<0,246	
Renda familiar ≤ a 1 salário mínimo	1,71 (0,58;5,07);<0,327	
Renda familiar de 1,1 a 4 salários mínimos	0,55 (0,10;3,03);<0,495	
Com religião	2,94 (0,57;15,10);<0,196	2,54 (0,66;9,73);<0,173
Com filhos	2,77 (0,77;9,93);<0,118	1,09 (0,50;2,39);<0,828
Número de dependentes	0,86 (0,67;1,10);<0,240	
Heterossexual	1,75 (0,38;7,97);<0,465	
Homossexual	2,13 (0,22;20,42);<0,511	
Com vida sexual ativa	2,49 (0,87;7,09);<0,087	1,94 (0,88;4,28);<0,100
Com parceria fixa	0,78 (0,21;2,94);<0,724	
Com alteração na vida sexual	2,43 (0,99;5,96);<0,053	2,79 (1,28;6,09);<0,010
Bom relacionamento familiar após diagnóstico	0,23 (0,05;1,08);<0,064	0,24 (0,06;0,93);<0,038
Sente solidão, tristeza e/ou angústia após o diagnóstico	2,05 (0,80;5,22);<0,130	1,94 (0,87;4,34);<0,107
Com necessidade de ocultar o diagnóstico	0,83 (0,31;2,24);<0,719	
Aceita estar com HIV/aids**	0,46 (0,13;1,52);<0,205	
Aprendeu a viver com HIV/aids**	1,58 (0,36;6,79);<0,537	
Teve doença oportunista após o diagnóstico	1,99 (0,82;4,82);<0,128	2,07 (0,94;4,57);<0,070
Tempo de diagnóstico	1,05 (0,92;1,19);<0,422	
Tempo de tratamento	0,92 (0,81;1,06);<0,269	

*OR – Odds ratio; †IC – Intervalo de confiança; ‡p < 0,05; §OR – Odds ratio (do modelo parcimonioso); ||IC – Intervalo de confiança (do modelo parcimonioso); ¶p < 0,05 (do modelo parcimonioso); **Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Humana (aids)

Discussão

Desde o início da epidemia, 76,1 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 35 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à aids. Em 2016, havia 36,7 milhões de PVHA em todo o mundo. A relevância da epidemia da aids também pode ser observada no contexto brasileiro. De 1980 a junho de 2017, foram identificados no país 882.810 casos de aids. Anualmente, observa-se uma média de 40 mil novos casos dessa doença nos últimos cinco anos⁽¹¹⁾.

Considerando o cotejamento com outros estudos, o perfil das PVHA do presente estudo vem ao encontro aos últimos dados brasileiros e mundiais, visto que a epidemia apresenta-se concentrada em grupos mais vulneráveis^(11,13).

Os últimos dados do Brasil mostram que a epidemia está longe de ser controlada. De 1980 até junho de 2017, foram registrados 576.245 (65,3%) casos de aids em homens e 306.444 (34,7%) em mulheres. A maior concentração dos casos de aids no Brasil está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos. A principal via de transmissão entre homens e mulheres com 13 anos de idade ou mais foi a via sexual. Entre os homens, no ano de 2016, a região Sudeste apresentou um predomínio da categoria de exposição de homossexual (46,1% dos casos), enquanto nas demais regiões o predomínio foi heterossexual. Quando analisados os casos de aids nos últimos 10 anos e a distribuição dos indivíduos pelo quesito raça/cor, observou-se queda de 21,9% na proporção de casos entre pessoas brancas. Entre as pessoas autodeclaradas pardas, a proporção aumentou 35,7%⁽¹¹⁾.

Semelhante ao dado encontrado no presente estudo, a maior concentração de casos de aids ocorreu entre indivíduos com a 5ª a 8ª série incompleta (25,5%), embora essa faixa apresente uma tendência de redução dos casos ao longo dos anos. Contudo, nota-se que os homens com aids apresentaram grau de instrução mais elevado do que as mulheres. Em 2016, a proporção de casos entre homens analfabetos foi de 2,3%, enquanto entre as mulheres foi de 3,9%. Fato também observado no nível superior completo, que entre os homens a proporção foi de 13,1% em comparação a 4,7% entre as mulheres⁽¹¹⁾.

A escolaridade reflete a situação econômica das pessoas, que por sua vez desempenha papel importante na adesão medicamentosa das PVHA. Ressalta-se que, após a contagem de CD4, a adesão à terapia antirretroviral é o segundo maior preditor de progressão para a aids e a morte⁽³⁾. Sabe-se que a adesão à terapia antirretroviral está relacionada à supressão do HIV, diminuição das taxas de resistência e aumento da sobrevida e melhoria da qualidade de vida⁽³⁾.

Desde o início da epidemia de aids até o final de 2016, foram notificados no Brasil 316.088 óbitos, tendo o HIV/aids como causa básica. No entanto, no período de 2014 para 2015, com o início da política de tratamento para todos, constatou-se uma redução de 7,2% na taxa de mortalidade padronizada, que passou de 5,7 para 5,3/100.000 habitantes. Já no período de 2006 para 2016, verificou-se uma queda no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, que passou de 5,9 para 5,2 óbitos por 100 mil habitantes, o que corresponde a uma queda de 11,9%⁽¹¹⁾.

O viver com HIV/aids apresenta, na maioria das vezes, um comprometimento do funcionamento do organismo, causando um desvio de saúde que necessita que o próprio paciente seja agente ativo do autocuidado, uma vez que o HIV leva a uma doença crônica que até o momento não há cura.

Estudos evidenciam a importância de incentivar as PVHA à prática do autocuidado, com a intenção de contribuir com a manutenção de sua saúde^(2,9), levando o indivíduo a entender que realizar o autocuidado é algo que deve ser aprendido para o seu próprio benefício⁽¹⁴⁾.

Estudo realizado no Irã demonstrou que o fornecimento de suporte e serviços adequados, bem como uma atitude positiva da sociedade em relação a mulheres HIV positivas, podem contribuir para a adesão ao autocuidado em mulheres jovens com HIV⁽¹⁾.

Em contrapartida, o estigma do HIV pode ter inúmeras repercussões, como perda de amizade e laços familiares, demissão da escola e ocupação e negação de cuidados de saúde⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. O estigma do HIV é um processo de desvalorização de pessoas que vivem com ou estão associadas à infecção por HIV e pode estar relacionado a não divulgação do seu *status* sorológico⁽⁴⁾.

Conforme encontrado no presente estudo, o fato de a PVHA ocultar o diagnóstico leva esse indivíduo a desempenhar menos autocuidado. Fato que pode ser justificado pelo estigma do HIV que leva muitas PVHA a não procurarem um serviço de saúde para realizar o tratamento⁽¹⁷⁾. No mundo, por conta do estigma, um terço das PVHA não revela a sua sorologia positiva para o HIV⁽¹⁵⁾.

Também foi demonstrado neste estudo que a idade foi uma variável que influenciou negativamente no desempenho do autocuidado. Estudo mostra que idosos que vivem com HIV/aids por quase 30 anos e fazem parte do grupo pré-terapia antirretroviral desenvolveram as suas próprias estratégias para aumentar a resiliência, incluindo condutas de autocuidado, como dedicação à saúde e envolvimento com os cuidados médicos. Em contrapartida, o grupo de idosos que vivem a era pós-terapia antirretroviral entendeu o autocuidado como se mantendo aderente e se absteve de bons comportamentos de saúde⁽¹⁵⁾.

Contudo, considerando que a adesão à terapia antirretroviral faz parte de ações que demonstram o autocuidado, estudo realizado na Tanzânia encontrou que a não adesão à terapia antirretroviral foi associada à idade mais jovem e ao desemprego⁽¹²⁾.

Encontrou-se no presente estudo que a parceria fixa aumenta a chance de a PVHA desempenhar o seu autocuidado. Nesse sentido, percebe-se a escassez de literatura que discutisse especificamente o papel da parceria fixa no desempenho do autocuidado. Outro achado foi evidenciar que a PVHA que tem um bom relacionamento familiar após diagnóstico possui menos chance de realizar mudanças no seu estilo de vida. Esse dado foi considerado como uma regressão espúria, uma vez que não há relação de causa e efeito.

No entanto, estudo de revisão bibliográfica sobre redes sociais de apoio às PVHA aponta que há pouca produção científica sobre famílias no contexto do HIV/aids. Os autores ressaltam que, embora se reconheça algumas dificuldades de acesso aos familiares como o preconceito e medo do estigma, é fundamental que haja estudos que privilegiem os familiares e cuidadores das PVHA⁽¹⁸⁾.

Após a regressão logística foi possível encontrar no presente estudo que a PVHA que apresenta alteração na vida sexual após o diagnóstico do HIV tem maior chance de realizar mudanças no seu estilo de vida. Entretanto, estudo mostra que o diagnóstico do HIV leva as PVHA a terem uma insatisfação sexual⁽¹⁹⁾. A persistência do estigma e da discriminação relacionada ao HIV pode ser uma barreira ao exercício sexual das PVHA, ocasionando mais um efeito sobre o desejo e frequência da atividade sexual do que sobre sua interrupção, fato influenciado pelo estigma do HIV/aids, pela idade, pelos valores morais e religiosos⁽²⁰⁾.

Contudo, acredita-se que conhecer aspectos que podem influenciar o desempenho do autocuidado contribui com a atuação dos profissionais que assistem as PVHA. Enfatiza-se a importância de instrumentos de mensuração de ações de autocuidado, podendo ser utilizados como uma ferramenta metodológica que auxilia na avaliação das respostas dos pacientes ao desempenho do seu autocuidado.

O estudo traz como limitações o fato de os participantes terem sido recrutados em serviço ambulatorial especializado, que tende a apresentar amostras com PVHA que já desempenham melhor o seu autocuidado, uma vez que o recrutamento aconteceu durante a ida dos pacientes às consultas de enfermagem, o que demonstra que esses pacientes se preocupam com a sua saúde. Sendo assim, ressalta-se que presença do paciente na consulta de acompanhamento mostra maior desempenho de autocuidado desses sujeitos pesquisados. Os resultados

não devem ser generalizados para outras populações e regiões do país.

Conclusão

Aspectos relacionados ao aumento ou à diminuição do autocuidado nas PVHA, que são atendidas em serviço ambulatorial especializado, foram evidenciados neste estudo. Dentre eles, destaca-se que as PVHA que necessitaram ocultar o diagnóstico do HIV/aids desempenharam menos autocuidado. A chance de realizar o autocuidado diminuiu em relação ao aumento da idade. Por outro lado, encontrou-se que a PVHA que tem parceria fixa possui maior chance de desempenhar o autocuidado.

Enfatiza-se que o uso da Teoria de Orem possibilitou identificar o aumento ou diminuição do autocuidado das PVHA. No entanto, fazem-se necessários outros estudos que privilegiem o caráter analítico do desempenho do autocuidado desses pacientes.

Referências

1. Oskouie F, Kashefi F, Rafii F, Gouya MM, Vahid-Dastjerdi M. Facilitating factors of self-care among HIV-positive young women in Iran: a qualitative study. *Int J Adolesc Med Health*. 2018 Feb 5. doi: <http://dx.doi.org/10.1515/ijamh-2017-0172>.
2. Macêdo SM, Sena MCS, Miranda KCL. Nursing consultation for patient with HIV: perspectives and challenges from nurses'view. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(2):196-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200007>.
3. Basti BD, Mahesh V, Bant DD, Bathija GV. Factors affecting antiretroviral treatment adherence among people living with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome: a prospective study. *J Fam Med Prim Care*. 2017 Jul-Set; 6 (3): 482-6. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/2249-4863.222014>.
4. Thapa S, Hannes K, Buve A, Bhattarai S, Mathei C. Theorizing the complexity of HIV disclosure in vulnerable populations: a grounded theory study. *BMC Public Health*. 2018;18:162. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5073-x>.
5. Harris LM, Emlet CA, Pierpaoli Parker C, Furlotte C. Timing of Diagnosis: understanding Resilience Narratives of HIV Positive Older Adults Diagnosed Pre- and Post-HAART. *J Gerontol Soc Work*. 2018 Jan;61(1):78-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2017.1402841>.
6. Silva JP, Garanhani ML, Peres AM. Systematization of Nursing Care in undergraduate training: the perspective of Complex Thinking. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(1):59-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0096.2525>.

7. Caetano JA, Pagliuca LMF. Self-care and HIV/aids patients: nursing care systematization. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(3):336-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300006>.
8. Silva MR, Bettencourt ARC, Diccini S, Belasco A, Barbosa DA. Nursing diagnoses for patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):92-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100014>.
9. Cunha GH, Galvão MTG. Nursing diagnoses in patients with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome in outpatient care. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):526-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000400013>.
10. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill; 1995.
11. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS - DST; 2017. [Acesso 30 jan 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>.
12. Semvua SK, Orrell C, Mmbaga BT, Semvua HH, Bartlett JÁ, Boulle AA. Predictors of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV infected patients in northern Tanzania. *PLoS One*. 2017 Dec 18;12(12):e0189460. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189460>.
13. Cunha GH, Fiuza MLT, Gir E, Aquino PS, Pinheiro AKB, Galvão MTG. Quality of life of men with AIDS and the model of social determinants of health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(2):183-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0120.2541>.
14. Mendonça SCB, Zanetti ML, Sawada NO, Barreto, IDC, Andrade JS, Otero LM. Construction and validation of the Self-care Assessment Instrument for patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2890 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1533.2890>.
15. Simoni JM, Pantalone DW. Secrets and safety in the age of AIDS: does HIV disclosure lead to safer sex? *Top HIV Med*. [Internet] 2004 [cited 2017 dez 15]; 12(4):109-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15516708>
16. Qiao S, Li X, Stanton B. Theoretical models of parental HIV disclosure: a critical review. *AIDS Care*. 2013;25(3):326-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2012.712658>.
17. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013;103(5):813-21. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>.
18. Silva LMS, Tavares JSC. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1109-1118. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.17932013>.
19. Schönnesson LN, Zeluf G, Garcia-Huidobro D, Ross MW, Eriksson LE, Ekström AM. Sexual (Dis)satisfaction and Its Contributors Among People Living with HIV Infection in Sweden. *Arch Sex Behav*. 2018 Feb 13. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-017-1106-2>.
20. Pinho AA, Barbosa RM, Brignol S, Villela W, Monteiro SS. Drivers of Sexual Inactivity Among Women Living with HIV and AIDS: Findings of the GENIH Study in São Paulo, Brazil. *Arch Sex Behav*. 2018; Feb 2. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-017-1110-6>.


Recebido: 19.04.2018

Aceito: 12.10.2018

Autor correspondente:

Rúbia Aguiar Alencar

E-mail: rubia.alencar@unesp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-6524-5194>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.