

## QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DE PACIENTES COM HIV/AIDS: UM ESTUDO COMPARATIVO

### **Carlos Martins Neto**

Fisioterapeuta Residente em Terapia Intensiva pela Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), São Luís/MA, Brasil.

### **Erick Matheus Correa Pires**

Graduação em Fisioterapia pela Faculdade Santa Terezinha - CEST, São Luís/MA, Brasil.

### **Caroline de Souto Brito**

Graduação em Fisioterapia pela Faculdade Santa Terezinha - CEST, São Luís/MA, Brasil.

### **Olga Lorena Maluf Guará Beserra**

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Docente do Departamento de Fisioterapia da Faculdade Santa Terezinha - CEST, São Luís/MA, Brasil.

### **João Ferreira Silva Junior**

Fisioterapeuta Residente em Clínicas Médica e Cirúrgica pela Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, São Luís/MA, Brasil.

### **João Victor Mota**

Graduação em Fisioterapia pela Faculdade Santa Terezinha - CEST, São Luís/MA, Brasil.

### **Renata Trajano Jorge Caldas**

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, Brasil. Docente do Departamento de Fisioterapia da Faculdade Santa Terezinha - CEST, São Luís/MA, Brasil.

**RESUMO:** Comparar a percepção da qualidade de vida de pessoas HIV+ com pessoas sem o diagnóstico para o HIV/AIDS. Pesquisa quantitativa, analítica, com comparação entre duas amostras de 240 indivíduos, sendo 120 HIV positivo e 120 HIV negativo. Utilizou-se como instrumento o questionário WHOQoL-HIV-bref e um segundo desenvolvido pelos pesquisadores. Realizou-se análise descritiva dos dados por meio do software *Stata*, versão 14.0 e a análise estatística pelo teste qui-quadrado e t de *student* ( $p < 0,05$ ). Houve predomínio do sexo feminino, idade de 18 a 37 anos, solteiros e satisfeitos com sua saúde. Observou-se diferença significativa na percepção da qualidade de vida entre os grupos, com exceção do domínio meio ambiente ( $p = 0,101$ ). O domínio melhor avaliado foi o de espiritualidade e o nível de independência o pior. Os resultados sugerem que o diagnóstico positivo de HIV/AIDS é condição suficiente para diferenciar a qualidade de vida da população geral.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome da imunodeficiência Adquirida; Epidemiologia; Qualidade de vida.

### LIFE QUALITY WITHIN THE CONTEXT OF PATIENTS WITH HIV/AIDS: A COMPARATIVE STUDY

**ABSTRACT:** To compare life quality perception of people with HIV+ with people without HIV/AIDS diagnosis. Quantitative and analytic research comparing two samples of 240 persons, of whom 120 were HIV positive and 120 HIV were negative. Questionnaire WHOQoL-HIV-bref was employed, coupled with another one developed by the researchers. Descriptive analysis of data was performed with *Stata* 14.0 and statistical analysis was undertaken by the  $\chi^2$  and Student's t tests ( $p < 0.05$ ). Females between 18 and 37 years old, single and satisfied with their health, were predominant. There was a significant difference in the perception of life quality between the groups, excepting the environment domain ( $p = 0.101$ ). The best domain under evaluation was spirituality; the worst was independence level. Results suggest that positive HIV/AIDS diagnosis was a sufficient condition to differentiate life quality of the general population.

**KEY WORDS:** Acquired immunodeficiency Syndrome; Epidemiology; Life quality.

#### **Autor correspondente:**

Carlos Martins  
carlosneto91@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença infectocontagiosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que leva à perda progressiva da imunidade sendo resultado da diminuição da taxa dos linfócitos CD4 no indivíduo infectado<sup>1</sup>. No campo das doenças infecciosas, a epidemia do HIV foi, e continua sendo, um considerável desafio para a saúde pública global, pois é reconhecida como fenômeno único em decorrência do seu alcance, intensidade e principalmente pelo seu impacto pandêmico.<sup>2</sup>

A transmissão do vírus possui várias vias de contaminação, sendo a principal a via sanguínea, a via sexual e vertical, pelo aleitamento materno passando o vírus de mãe para filho. Também, vale ressaltar que fatores de risco comportamentais possuem relevância significativa aos mecanismos de transmissão do HIV, como a prática de relações sexuais sem proteção ou reutilização de seringas e agulhas por usuários de drogas, bem como a assimetria social que aponta um processo de vulnerabilidade social em que a escolaridade, a fonte de renda e o acesso aos cuidados de saúde são características fundamentais para a infecção pelo vírus.<sup>3</sup>

No mundo, em 2017, existiam aproximadamente 36,9 milhões de pessoas vivendo com o HIV/AIDS e 1,8 milhões de novas infecções.<sup>4</sup> Já no Brasil, foram registrados 42.420 casos de infecção pelo HIV em 2017 notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Sendo que na região Nordeste detectaram-se 7.693 casos, e o Estado da Bahia obteve a maior incidência com 212 casos, seguido do Estado da Pernambuco (186) e Maranhão (120) em 2017.<sup>5</sup>

Em relação à qualidade de vida (QV) dos portadores de HIV, nos últimos anos, o aumento do índice de esperança de vida desses indivíduos está relacionado diretamente aos marcadores sistemáticos biológicos e aos avanços da terapêutica antirretroviral (TARV). Por esta razão, o conceito de qualidade de vida para essa população tem melhorado significativamente.<sup>2</sup>

Sob a ótica da melhora de expectativa de vida e diminuição de casos de HIV/AIDS no Brasil, nos últimos anos aumentou-se o interesse em avaliar a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS com bases nas

necessidades dos indivíduos afetados pelo fenômeno da cronicidade da doença, desfechos clínico-laboratoriais e às dimensões bioéticas e socioculturais.<sup>6,7</sup>

Diante do exposto, a pesquisa teve como objetivo comparar a percepção da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS com a população em geral, sem o diagnóstico para o HIV/AIDS.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico transversal de abordagem quantitativa. Realizado no Centro de Saúde de Fátima, onde funciona um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS, no município de São Luís, Maranhão, no período de outubro de 2016 a abril de 2017.

A pesquisa teve como população usuários que fazem acompanhamento médico e com a equipe de enfermagem no centro de saúde, compondo assim duas amostras não probabilísticas que se deram por conveniência, totalizando 240 indivíduos divididos em 120 participantes para o grupo HIV + (sorologia positiva para o vírus HIV) e 120 participantes para o grupo HIV – (sem o diagnóstico de HIV). Foram incluídos no grupo HIV + indivíduos com idade entre 18 e 59 anos, com diagnóstico médico de HIV confirmado, de ambos os sexos, que estavam em acompanhamento no centro de saúde e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O grupo HIV – foi composto por usuários do Sistema Único de Saúde que procuram por atendimentos de rotina no centro de saúde com a equipe médica, enfermeiros, dentistas e atendimentos de imunização, não foram incluídos nesse grupo indivíduos que possuem doenças crônicas e degenerativas, gestantes, com idade menor que 18 anos e maior que 56 anos e que se recusaram a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada com dois questionários. O primeiro foi desenvolvido pelos pesquisadores e incluiu questões relacionadas ao perfil socioeconômico e demográfico e questões sobre o nível de satisfação da saúde do indivíduo. O segundo foi o questionário de qualidade de vida WHOQol-HIV-bref. Este questionário foi desenvolvido pela OMS no ano de 1995 pelo WHO-Qol Group com intuito de avaliar a qualidade de vida

dentro de uma perspectiva internacional e validado no Brasil por Fleck et al.<sup>8</sup>

O questionário WHOQol-HIV-bref divide-se em seis domínios e suas facetas: domínio I – físico (dor, desconforto, energia, qualidade do sono e repouso); domínio II – psicológico (sentimentos positivos e negativos, qualidade de aprendizagem, capacidade de memorização, autoestima e aparência); domínio III – nível de independência (atividades da vida diária, mobilidade, dependência de tratamento médico e medicações e capacidade para o trabalho); domínio IV – relações sociais (relações pessoais, atividade sexual, apoio e inclusão social); domínio V – ambiente (moradia, segurança física, recursos financeiros, lazer e ambiente físico); domínio VI – espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais, preocupação com o futuro e medo da morte). Cada um desses instrumentos somou o domínio particular da QV em que o indivíduo está inserido.<sup>9</sup>

Contudo, como o objetivo do estudo é comparar a percepção da qualidade de vida de pessoas HIV+ comparando-a com a população em geral, sem o diagnóstico para o HIV/AIDS, as questões relacionadas à percepção sobre a doença, forma e ano de infecção do HIV/AIDS, não foram respondidas pelo grupo HIV –.

Os domínios foram estratificados em péssima qualidade de vida quando os valores fossem entre 4 e 9,9, ruim entre 10 e 14,9 e boa entre 15 e 20, para comparação entre os grupos.

A coleta de dados do grupo HIV + foi realizada com os pacientes que estavam realizando consulta médica ou com equipe de enfermagem no centro de saúde. Os indivíduos aptos a participarem da pesquisa passavam inicialmente por uma triagem pela assistente social em que eram informados acerca da realização e objetivos da pesquisa e aqueles que aceitavam participar da pesquisa eram encaminhados a uma sala reservada onde novamente eram informados dos objetivos da pesquisa, assim como seus benefícios. A coleta do grupo HIV – foi realizada nas salas de esperas com os usuários presentes no posto de saúde. Os questionários foram então aplicados diretamente pelos pesquisadores, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a coleta, um banco de dados foi criado no

software Microsoft Excel 2010® e depois importado e analisado pelo software Stata, versão 14.0. A normalidade das variáveis numéricas foi verificada pelo teste Shapiro Wilk. As variáveis que feriram o pressuposto de normalidade foram categorizadas e apresentadas por frequências absolutas e percentuais. As variáveis ordinais também foram categorizadas e analisadas pelo teste qui-quadrado para independência. O teste t de *student* para proporções foi utilizado para verificar a diferença entre a satisfação com a saúde entre os grupos. Para todos os testes estatísticos foi considerado nível de significância ( $p < 0,05$ ).

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre aspectos éticos e legais que aprovam diretrizes e normas para desenvolvimento de pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital São Domingos com o parecer consubstanciado nº 1.094.120.

A pesquisa contou com o auxílio financeiro concedido pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – Fapema referente ao edital TECS-011879/15.

## RESULTADOS

Responderam aos questionários 240 pacientes atendidos no Centro de Saúde de Fátima, sendo 120 pacientes com diagnóstico de HIV positivo (HIV +) e 120 pacientes referentes à população em geral (HIV –). Na Tabela 1, observa-se a caracterização do perfil socioeconômico e demográfico dos pacientes estudados.

A idade dos participantes em ambos os grupos variou de 18 a 59 anos, com média no grupo HIV + de  $37,44 \pm 9,99$  anos e no grupo HIV – de  $33,87 \pm 12,25$  anos. A maioria dos participantes entrevistados no grupo HIV + encontrava-se na faixa etária de 28 a 37 anos (35,82%) e no grupo HIV – de 18 a 27 anos (39,18%).

Em relação à distribuição por sexo, observou-se em ambos os grupos a prevalência do sexo feminino. Tanto no grupo HIV + quanto no HIV – a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (52,50% e 63,33%, respectivamente). Quanto ao estado civil, maior parte dos entrevistados em ambos os grupos se declararam solteiros, com percentual de 45,00% HIV + e 55,00% HIV –.

Quanto à situação profissional, observa-se no grupo HIV + que a maior parte dos participantes declararam ser desempregados (33,33%), já o grupo HIV – apresentou mais empregados (33,33%). Quando questionados sobre a escolaridade, a maioria no grupo HIV + estudou até o 1º grau incompleto (35,83%) e o HIV – 2º grau completo (57,50%). Houve diferença da renda entre os grupos sendo principalmente um salário mínimo para o grupo HIV + (33,33%) e entre um e dois salários mínimos no HIV – (28,33%).

Quando comparados os grupos, observou-se que apenas a variável sexo não apresentou diferença estatística ( $p=0,089$ ). Ou seja, o grupo HIV+ apresentou menor escolaridade, menor renda e pior situação profissional.

**Tabela 1.** Comparação entre os grupos atendidos no Centro de Saúde de Fátima, segundo os dados socioeconômicos e demográficos em São Luís, Maranhão, Brasil, 2017

(Continua)

Variável	Grupos				p valor*
	HIV +		HIV –		
	n	%	n	%	
<b>Idade (anos)</b>					0.003
18 – 27	22	18,34	47	39,18	
28 – 37	43	35,82	26	21,66	
38 – 47	32	26,68	27	22,49	
48 – 59	23	19,16	20	16,65	
<b>Sexo</b>					0.089
Masculino	57	47,50	44	36,67	
Feminino	63	52,50	44	36,67	
<b>Estado civil</b>					0.001
Solteiro	54	45,00	66	55,00	
Casado	19	15,83	30	25,00	
Vivendo como casado	22	18,33	20	16,67	
Separado	4	3,33	-	-	
Divorciado	8	6,67	4	3,33	
Viúvo	13	10,53	-	-	
<b>Situação profissional</b>					< 0.001
Estudante	7	5,83	21	17,50	
Do lar	9	7,50	13	10,83	
Desempregado	40	33,33	27	22,50	
Empregado	27	22,50	40	33,33	
Autônomo	20	16,67	18	15	
<b>Escolaridade</b>					< 0.001
1º grau incompleto	43	35,83	10	8,33	
1º grau completo	9	7,50	17	14,17	
2º grau incompleto	10	8,33	10	8,33	

(Conclusão)

Variável	Grupos				p valor*
	HIV +		HIV –		
	n	%	n	%	
<b>Escolaridade</b>					< 0.001
2º grau completo	41	34,17	57	47,50	
3º grau incompleto	5	4,14	14	11,67	
3º grau completo	10	8,33	10	8,33	
Pós-Graduado	2	1,67	2	1,67	
<b>Renda (salários mínimos)</b>					< 0.001
< 1	40	33,33	15	12,50	
1	39	32,50	24	20,00	
1 – 2	24	20,00	34	28,33	
2 – 3	6	5,00	9	7,50	
> 3	11	9,16	11	9,16	
Não possui	-	-	27	22,50	
<b>Total</b>	120	100	120	100	

\*Teste qui-quadrado

A maioria dos indivíduos pesquisados declarou estar satisfeitos com a saúde (35,83% grupo HIV + e 56,67% HIV –). Houve diferença significativa entre os indivíduos que se declararam satisfeitos e insatisfeitos com a saúde ( $p \leq 0,001$ ), em que o grupo HIV – estava mais satisfeito e o HIV + mais insatisfeito (Tabela 2).

**Tabela 2.** Comparação dos grupos sobre a satisfação com a saúde dos pacientes atendidos no Centro de Saúde de Fátima em São Luís, Maranhão, Brasil, 2017

Satisfação com a saúde	Grupos				p valor*
	HIV +		HIV -		
	n	%	n	%	
Muito insatisfeito	8	6,67	5	4,17	0.1962*
Insatisfeito	24	20,00	2	1,67	<0,001*
Nem insatisfeito, nem satisfeito	28	23,33	25	20,83	0.2858*
Satisfeito	43	35,83	68	56,67	<0,001*
Muito satisfeito	17	14,17	20	16,67	0.3322*
<b>Total</b>	120	100	120	100	

\* Teste t de Student

Quando avaliado o questionário WHOQoL-HIV-Bref, observou-se que houve diferença significativa entre os grupos pesquisados, com exceção do domínio meio ambiente ( $p=0,101$ ). O domínio que apresentou melhor percepção da qualidade de vida entre os grupos foi o de

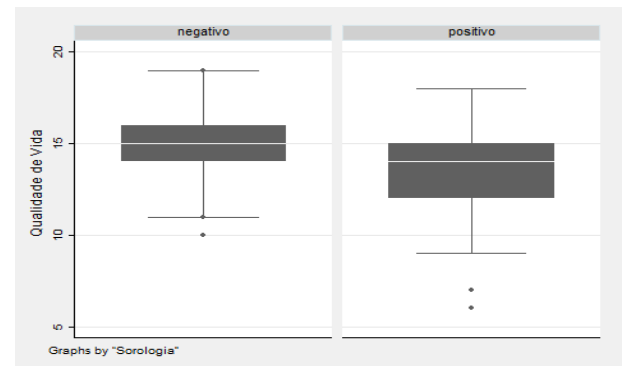
espiritualidade em que 145 (60,42%) indivíduos foram classificados como boa e o nível de independência foi avaliado como ruim por 235 (97,92%) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Comparação da qualidade de vida (WOOHQOL-HIV Bref) entre indivíduos com sorologia positiva e negativa para HIV, São Luís, Maranhão, Brasil, 2017

Qualidade de vida geral	HIV + n (%)	HIV – n (%)	Total n (%)	p valor
Boa	46 (38,33)	73 (60,83)	119 (49,58)	
Ruim	70 (58,33)	47 (39,17)	117 (48,75)	
Péssima	4 (3,33)	0 (0,00)	4 (1,67)	
Total	120 (100,0)	120 (100,0)	240 (100,0)	0,001*
<b>Domínio psicológico</b>				
Boa	-	-	-	
Ruim	115 (95,83)	120 (100,0)	235 (97,92)	
Péssima	5 (4,17)	-	5 (2,08)	
Total	120 (100,0)	120 (100,0)	240 (100,0)	0,024*
<b>Domínio físico</b>				
Boa	62 (51,67)	82 (68,33)	144 (60,0)	
Ruim	46 (38,33)	36 (30,0)	82 (34,17)	
Péssima	12 (10,0)	2 (1,67)	14 (5,83)	
Total	120 (100,0)	120 (100,0)	240 (100,0)	0,004*
<b>Nível de independência</b>				
Boa	-	-	-	
Ruim	104 (86,67)	120 (100,0)	224 (93,33)	
Péssima	16 (13,33)	-	16 (6,67)	
Total	120 (100,0)	120 (100,0)	240 (100,0)	< 0,001*
<b>Relações sociais</b>				
Boa	49 (40,83)	72 (60,0)	121 (50,42)	
Ruim	57 (47,50)	47 (39,17)	104 (43,33)	
Péssima	14 (11,67)	1 (0,83)	15 (6,25)	
Total	120 (100,0)	120 (100,0)	240 (100,0)	< 0,001*
<b>Meio ambiente</b>				
Boa	24 (20,0)	23 (19,17)	47 (19,58)	
Ruim	78 (65,0)	89 (74,17)	167 (69,58)	
Péssima	1 (15,0)	8 (6,67)	26 (10,83)	
Total	120 (100,0)	120 (100,0)	240 (100,0)	0,101*
<b>Espiritualidade</b>				
Boa	60 (50,0)	85 (70,83)	145 (60,42)	
Ruim	47 (39,17)	31 (25,83)	78 (32,50)	
Péssima	13 (10,83)	4 (3,33)	17 (7,08)	
Total	120 (100,0)	120 (100,0)	240 (100,0)	0,002*

\* Teste qui-quadrado

Verificou-se que a qualidade de vida percebida pelo grupo soropositivo foi menor, em todos os domínios do questionário proposto (Figura 1). Embora tenha apresentado alguns valores extremos (*outliers*), não houve impacto na comparação dos grupos.



**Figura 1.** Box plot da qualidade de vida por grupo.

## DISCUSSÃO

Em pesquisa realizada com 100 indivíduos portadores de HIV/AIDS, a faixa etária predominante foi de 35 a 44 anos (29,00%). Assim como nesta pesquisa, observa-se que as maiores taxas de detecção do HIV/AIDS estão presentes em idades mais avançadas, pois a população está em idade sexualmente ativa.<sup>10</sup> Além disso, o Boletim Epidemiológico de 2017 aponta que a maioria dos casos se encontrava nas faixas de 20 a 34 anos (52,5%).<sup>5</sup>

Diferente desta pesquisa, estudos anteriores apontam predomínio de homens infectados pelo vírus HIV e solteiros.<sup>11-14</sup> O último boletim epidemiológico de HIV/AIDS que notificou 67,9% dos casos em homens e 32,1% em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2016, desconsiderando casos de HIV em gestantes, foi de 2,5 (M:F).<sup>5</sup>

Apesar da maior prevalência de infecção no sexo masculino, é perceptível o crescimento da transmissão do vírus no sexo feminino em decorrência de questões de gênero, condições desfavoráveis, biológicas e culturais. A vulnerabilidade desse grupo é denominada feminização da epidemia e este processo tem diminuído cada vez mais a diferença existente entre os sexos em relação à infecção do HIV.<sup>15</sup>

Através do estudo descritivo sobre o perfil epidemiológico e sociodemográfico de pacientes com HIV/



AIDS no município de Vitória da Conquista-BA, observou-se que 23,32% da amostra trabalha no lar e apenas 15,47% estavam empregados.<sup>16</sup> Esses resultados mostram que pessoas que vivem com HIV/AIDS passam por diversas dificuldades, as quais determinam a elas uma nova forma de lidar com o mundo e as pessoas ao seu redor. Isto é, viver com a AIDS tem sido pretexto para a discriminação destas pessoas no ambiente de trabalho, sendo este um dos principais motivos de exclusão e direito de cidadania.<sup>17</sup>

Resultados semelhantes a esta pesquisa foram observados em que a maior parte dos participantes também possuía 1º grau de escolaridade incompleto (35,0%) e muitos declararam-se analfabetos (19,4%). A falta de informação sobre a prevenção, formas de infecção do HIV e outras DST's, geralmente persistem até a idade adulta na maior parte desta população. Por conta disto, é esperado que indivíduos com baixo grau de escolaridade sejam mais vulneráveis a infecção tanto pela falta de informação quanto pela demora do diagnóstico.<sup>18</sup>

Em pesquisa que se questionou a satisfação com a saúde, obteve-se resultados semelhantes a esta, em que 43,5% se declararam satisfeitos com sua saúde.<sup>3</sup> No entanto, para satisfação com a saúde e avaliação da qualidade de vida geral, o indivíduo geralmente considera os aspectos mais importantes e globais em sua vida, enfatizando na maioria das vezes o momento que estão vivendo.<sup>19</sup>

As pesquisas realizadas apresentam resultados divergentes entre si. Um estudo que utilizou como instrumento de avaliação o questionário WHOQoL-HIV-Bref, obteve como resultado que o domínio de independência, físico e social, apresentaram escores mais altos, enquanto que o psicológico, ambiental e espiritual, por sua vez, apresentaram escores mais baixos.<sup>20</sup> Outro estudo observou pequena diferença de um domínio para outro, com maior escore nas relações sociais e o menor no domínio psicológico.<sup>21</sup> E um terceiro estudo observou que o domínio espiritualidade apresentou escore menor que em relação aos outros. Enquanto ao domínio psicológico foi mais bem avaliado pelos entrevistados.<sup>22</sup>

Já em pesquisa que verificou o desempenho do WHOQoL-Bref-HIV na avaliação de qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS em um município de Santa Catarina, obteve resultados semelhantes a esta pesquisa.

Observou-se que o domínio meio ambiente obteve o pior escore.<sup>23</sup> Em estudo sobre a adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida em doentes infectados por HIV/AIDS, mostrou que entre o grupo de não adesão à terapia a espiritualidade foi mais bem avaliada e no grupo adesão foi nível de independência.<sup>24</sup>

A adesão da terapia antirretroviral pode contribuir de forma significativa em diversas vertentes, tanto na melhora da qualidade de vida desses indivíduos quanto na redução da mortalidade causada pela doença. Em especial no domínio relacionado ao nível de independência, pois quando a progressão do vírus age de forma mais lenta e a doença fica controlada pelos medicamentos, a possibilidade de realizar tarefas em nível pessoal, profissional e social aumentam consideravelmente quando comparada aos indivíduos que não fazem o uso da terapia antirretroviral de forma adequada.<sup>25</sup>

Apesar de não ter sido feita essa diferenciação, é importante enfatizar que mesmo sendo tratada e obtendo melhora das condições de saúde pela terapia antirretroviral, presume-se que indivíduos sintomáticos podem apresentar mais intercorrências, desconfortos e debilidade física quando comparado aos indivíduos assintomáticos.<sup>26</sup>

O domínio meio ambiente está associado à segurança, à moradia, às finanças, ao transporte e ao lazer e obteve o escore mais baixo entre o grupo pesquisado. É esperado que este domínio se apresente mais baixo, pois a amostra possui baixa renda e baixa escolaridade. Dados estes que se assemelham à realidade nacional de pauperização da epidemia e dos pacientes que normalmente fazem acompanhamento nos postos de saúde.

A pobreza e o subdesenvolvimento econômico estão associados diretamente à disseminação do HIV, pois a pandemia da AIDS tem se adaptado às mudanças sociais e econômicas as quais têm construído em todos os espaços exclusão social e econômica a estes indivíduos e proporcionado maior vulnerabilidade para que a infecção ocorra. Portanto, além de lidar com as condições da doença, indivíduos com HIV também precisam lidar com as carências sociais e econômicas que possuem grande impacto na sua qualidade de vida.<sup>27</sup>

E o aspecto da religiosidade no enfrentamento do processo de saúde-doença é um fator significativo na vida deste indivíduo. Além disso, esse aspecto não deve ser

visto apenas como um fator relevante para o tratamento da doença, mas também como um fator que promove um maior bem-estar tanto à vida do indivíduo como também para as pessoas que convivem com ele.<sup>28</sup>

O estigma que o portador do HIV/AIDS vive está presente no seu dia a dia, no acesso à saúde, nas oportunidades de trabalho e na integração na comunidade. O estigma é um processo social ligado às relações de poder e dominação que criam estereótipos, categorização e desprezo social, e faz com que alguns grupos sociais sejam valorizados enquanto outros são desvalorizados.<sup>29</sup> De forma recorrente os portadores da síndrome passam por processos de estigmatização e discriminação que estão associados diretamente na dificuldade de revelar o diagnóstico da doença no meio em que se vive. Isso atinge de forma direta os espaços sociais (trabalho, família e amigos) como também a vida sexual do indivíduo infectado.<sup>30</sup>

## CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que o diagnóstico positivo de HIV/AIDS é condição suficiente para diferenciar a percepção da qualidade de vida das pessoas sem o diagnóstico de HIV. Verificou-se que os indivíduos HIV + sentiam-se mais insatisfeitos com a saúde e os HIV – bem mais satisfeitos. Também houve diferença entre os domínios de qualidade de vida pesquisados, com melhores valores entre o grupo HIV –. Apenas o domínio meio ambiente que não apresentou diferença entre os grupos.

A avaliação da qualidade de vida de pacientes com HIV/AIDS indica mais uma vez que a percepção geral sobre qualidade de vida é mais abrangente que a saúde em si, mas sim acrescenta diversos fatores e aspectos que vão além da ausência de saúde. Entretanto, é importante ressaltar que os estágios de pacientes sintomáticos e assintomáticos podem influenciar diretamente na qualidade de vida de pacientes com HIV/AIDS, sendo os mais prejudicados os indivíduos sintomáticos.

## REFERÊNCIAS

1. Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA. O setor saúde nas representações sociais do HIV/Aids e qualidade

de vida de pessoas soropositivas. Esc. Anna Nery. 2015; 19(3): 475-483.

2. Martins A, Monteiro F, Fialho R, Canavarro MC, Pereira M. Qualidade de vida na infecção VIH: perfis segundo o modo de transmissão. *Psic., Saúde & Doenças*. 2016; 17(1): 07-14.

3. Bertoni RF, Bunn K, Silva J, Tracbert J. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do ambulatório de controle de DST/AIDS de São José, SC. *Arq Catarin Med*. 2011; 4(39): 75-9.

4. World Health Organization. HIV/AIDS: Key facts. Disponível em: < <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> >. Acesso em: 16 nov. 2018

5. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – HIV e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em: 16 nov. 2018.

6. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJ. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(4): 1075–84.

7. Oliveira FBM, Moura MEB, Araújo TME, Andrade ELMR. Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6): 510-6.

8. Fleck M, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G. WHOQOLHIVBref. Departamento de Psiquiatria da UFRGS. 2002. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol\\_hiv\\_03.pdf](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol_hiv_03.pdf). Acesso em: 04 fev. 2015.

9. Canavarro MC, Pereira M. Avaliação na qualidade de vida na infecção por VIH/SIDA: Desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu do WHO-QOL-HIV-Bref. *Laboratório de Psicologia*. 2011; 9(1): 46-66.

10. Hipolito RL, Oliveira DC, Costa TL, Marques SC, Pereira ER, Gomes AMT. Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/aids: relação temporal, socio-demográfica e perceptiva da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:2874.

11. Silva ACO, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Qualidade de

- vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(6): 994-1000.
12. Nunes AA, Silva-Vergara ML, Melo IM, Silva ALA, Rezende LSA, Guimarães PB. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS internados em um Hospital de ensino do Brasil. *Rev Panam Infectol*. 2008; 10(3): 26-31.
  13. Rodrigues Neto JF, Lima LS, Rocha LF, Lima JS, Santana KR, Silvera MF. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(1): 22-29.
  14. Pieri FM, Laurenti R. HIV/AIDS: perfil epidemiológico de adultos internados em hospital universitário. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(supl.): 144-152.
  15. Dourado I, Vera MA, Barreira D, Brito AM. Aids epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (Supl):9-17.
  16. Soares FNS, Moraes MTM. Perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes vivendo com HIV/AIDS cadastrados no município de Vitória da Conquista/BA. *Rev. Saúde Com*. 2014; 10(1): 54-63.
  17. Ferreira RCM, Figueiredo MAC. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. *Rev Medicina*. 2006; 39(4): 591-600.
  18. Sousa ACA, Duarte LR, Costa SML. Análise epidemiológica dos pacientes HIV-Positivo atendidos em Hospital de Referência da Rede Pública de João Pessoa – PB. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2008; 20(3/4): 167-72.
  19. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Artmed, Porto Alegre, 2008.
  20. Catunda C, Seidl EMF, 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*. 2017; 32: 1-7.
  21. Oliveira Filho JS, Silva PE, Freitas FFQ, Soares JP, Costa MAG, Silva ACO. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev Baiana Enferm*. 2014;28(1):61-8.
  22. Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(1): 75-84.
  23. Borba KB, Bertoni RF, Fratoni KRBP, Silva J, Traebert J. Estudo comparativo do desempenho do WHOQOL-HIV-Bref e do HIV/AIDS - target quality of life na avaliação de qualidade de vida de indivíduos que vivem com HIV/AIDS. *Arq Catarin de Med*. 2014; 43(3): 26-31.
  24. Margalho R, Pereira M, Ouakinin S, Canavarro MC. Adesão à HAART, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em doentes infectados pelo VIH/SIDA. *Acta Med Port*. 2011; 24(2): 539-48.
  25. Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A, López-Ruz MA, del Arco-Jiménez A, Rodríguez-Baño J, Causse-Prados M, et al. Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005; 23(10): 581-5.
  26. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicol Reflex Crit*. 2005; 18(2): 188-95.
  27. Medeiros B, Saldanha AAW. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. *Estud psicol*. 2012; 29(1): 53-61.
  28. Calvetti PU, Muller MC, Nunes LMT. Qualidade de vida e bem estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicol Estud*. 2008; 13(3): 523-530.
  29. Ew RAS, Ferreira GS, Moro LM, Rocha KB. Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018; 31(3): 1-11.
  30. Santos ECM, França IJ, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(2): 64-71, 2007.



*Recebido em: 19/12/2019*

*Aceito em: 21/05/2019*