

Qualidade de vida de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana

Quality of life of people living with the human immunodeficiency virus

Calidad de vida de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana

Recebido: 16/02/2024 | Revisado: 28/02/2024 | Aceitado: 29/02/2024 | Publicado: 02/03/2024

Gisselly Maria Campos da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0995-8461>
Universidade Cesumar, Brasil
E-mail: gisselly_campos@hotmail.com

Maria Paula Jacobucci Botelho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0485-1307>
Universidade Estadual de Londrina, Brasil
E-mail: paulajacobucci@hotmail.com

Eraldo Schunk Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6253-5962>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: eraldoschunk@gmail.com

Rose Mari Bennemann

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3946-6396>
Universidade Cesumar, Brasil
E-mail: rose.bennemann@gmail.com

Resumo

O objetivo do presente estudo foi investigar a influência das características sociodemográficas e condições de saúde sobre a qualidade de vida de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida. Estudo transversal, de abordagem quantitativa com amostra não probabilística e de conveniência, realizado em um serviço de assistência especializada do estado do Paraná. Para avaliar a qualidade de vida utilizou-se o instrumento WHOQOL-HIV bref. Os dados sociodemográficos e as condições de saúde foram coletados por formulário. Participaram do estudo 96 pessoas, sendo 63 do sexo masculino. Observou-se que a qualidade de vida dos pacientes com até 39 anos, com ensino médio ou superior apresentaram melhores indicadores de qualidade de vida. Já participantes que se auto consideram doentes, apresentaram percepção de qualidade de vida diminuída. Conclui-se que a qualidade de vida foi influenciada pela idade, pela escolaridade, pela autopercepção da saúde e pelo uso da terapia antirretroviral.

Palavras-chave: Antirretrovirais; Saúde pública; Expectativa de vida.

Abstract

The aim of this study was to investigate the influence of sociodemographic characteristics and health conditions on the quality of life of people living with the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. This is a cross-sectional, quantitative study with a non-probabilistic, convenience sample, carried out in a specialized care service in the state of Paraná. The WHOQOL-HIV bref instrument was used to assess quality of life. Sociodemographic data and health conditions were collected using a form. Ninety-six people took part in the study, 63 of whom were male. It was observed that the quality of life of patients aged up to 39, with a high school education or higher, showed better quality of life indicators. On the other hand, participants who considered themselves ill had a lower perception of quality of life. It was concluded that quality of life was influenced by age, schooling, self-perception of health and use of antiretroviral therapy.

Keywords: Antiretrovirals; Public health; Life expectancy.

Resumen

El objetivo de este estudio fue investigar la influencia de las características sociodemográficas y de las condiciones de salud en la calidad de vida de las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo, con muestra no probabilística, de conveniencia, realizado en un servicio de atención especializada del estado de Paraná. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el instrumento WHOQOL-VIH bref. Los datos sociodemográficos y las condiciones de salud fueron recolectados por medio de un formulario. Participaron del estudio 96 personas, de las cuales 63 eran del sexo masculino. Se observó que la calidad de vida de los pacientes de hasta 39 años, con estudios secundarios o superiores mostraba mejores indicadores de calidad de vida. Por otro lado, los participantes que se consideraban enfermos tenían una

percepción más baja de la calidad de vida. Se concluyó que la calidad de vida estaba influida por la edad, la escolaridad, la autopercepción de la salud y el uso de terapia antirretroviral.

Palabras clave: Antirretrovirales; Salud pública; Esperanza de vida.

1. Introdução

Segundo o programa conjunto das nações unidas sobre o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida estima-se que 630.000 vidas foram perdidas em 2022 por doenças relacionadas à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e 1,3 milhão de pessoas adquiriram o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (UNAIDS, 2022). No Brasil, em 2019, os dados notificados no Sinan, corresponderam a 41.909 novos casos de HIV diagnosticados e 37.308 casos de AIDS (Brasil, 2020).

Atualmente a infecção pelo HIV/AIDS apresenta perfil crônico e é considerada como problema de saúde pública (Silva-Boghissina et al., 2020). O descobrimento do diagnóstico positivo para HIV/AIDS impacta a qualidade de vida e a saúde mental do indivíduo (Maleki et al., 2020). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, seja no contexto cultural ou nos valores pessoais, objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1998).

Um dos fatores essenciais para melhorar a qualidade e a expectativa de vida de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (PVHIV/AIDS) é o diagnóstico precoce, a busca por tratamento no tempo correto e uso regular dos medicamentos antirretrovirais, fornecido de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (Medeiros et al., 2017; Brasil, 2023). O uso da terapia antirretroviral (TARV) também reduz o número de internações e infecções por doenças oportunistas (Brasil, 2023).

A constituição brasileira tem papel fundamental no exercício de amparar as pessoas que convivem com HIV/AIDS, garantindo acesso à saúde pública e acesso à dignidade humana (UNAIDS, 2020). Alguns aspectos influenciam de forma negativa a qualidade de vida de PVHIV/AIDS, como o estigma, preconceito, discriminação, desvalorização e julgamento do comportamento (Araújo et al., 2020).

A região sul do Brasil é a segunda em número de casos de HIV/AIDS no país (Brasil, 2020). Embora a literatura seja ampla quanto aos aspectos biomédicos da doença, mais estudos são necessários para identificar o contexto da região sul do país em relação aos fatores modificáveis que podem melhorar a QV de PVHIV/AIDS.

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi investigar a influência das características sociodemográficas e condições de saúde sobre a QV de pessoas vivendo com PVHIV/AIDS.

2. Metodologia

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, com amostragem do tipo não probabilística e de conveniência (Santos, 2002; Gil, 2017). Foram avaliadas pessoas vivendo com HIV/AIDS atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE), localizado na Policlínica Primo Marcelo Monteschio, no município de Maringá, Paraná, Brasil. Todos indivíduos portadores de HIV/AIDS que estavam presentes no SAE entre Outubro de 2020 a Janeiro de 2021, nos dias e períodos da coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa e os interessados foram direcionados a uma sala onde foi apresentado o objetivo da pesquisa, a metodologia e a coleta de assinatura no TCLE dos que aceitaram participar do estudo. A abordagem foi feita de forma individual. A coleta de dados foi realizada em dias e períodos alternados.

Os critérios de inclusão foram: pacientes portadores de HIV/AIDS, de ambos os sexos, com idade ≥ 18 anos cadastrados no SAE. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam qualquer tipo de condição cognitiva que impedisse a compreensão ou aplicação dos procedimentos de pesquisa, como deficiência visual ou auditiva e que se recusasse a participar de qualquer etapa

da pesquisa.

Para avaliação da QV, foi utilizado o instrumento o *World Health Organization Quality of Life – HIV* bref (WHOQOL-HIV bref), versão abreviada, traduzida e validada na língua portuguesa (Fleck, 2007). O WHOQOL-HIV bref apresenta 31 questões distribuídas em seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade. A versão do WHOQOL-HIV bref possui cinco questões específicas que representam as facetas relacionadas ao HIV/AIDS.

Para responder às questões, os indivíduos foram orientados a pensar sobre a sua QV nas duas últimas semanas. As respostas do instrumento têm formato de escala do tipo Likert, onde 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positivas. Porém, as questões dos itens 3, 4, 5, 8, 9, 10, e 31 estão codificadas de forma invertida, ou seja, a pontuação mais alta significa pior qualidade de vida naquele item, sendo recodificado na análise. A QV foi considerada como inferior quando apresentou pontuação entre quatro e dez pontos; como intermediária entre 10 e 14,9 pontos e como superior entre 15 e 20 pontos (Santos et al., 2007). As características sociodemográficas e a condição de saúde foram coletadas por meio de formulário elaborado pela autora.

Os dados foram analisados no Programa Statistical Analysis Software (SAS, version 9.4), a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel (Stokes et al., 2000). Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências simples e cruzadas. Para medir a diferença, entre os escores médios atribuídos aos domínios da qualidade de vida (WHOQOL) em relação às demais covariáveis, utilizou-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para variáveis que apresentam duas categorias (grupos) e o teste de kruskal-Wallis, seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn, para a comparação de variáveis que apresentam três ou mais categorias (grupos).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar (UniCesumar), sendo aprovado pelo CAAE nº 29787320.3.0000.5539, parecer 3.922.245.

3. Resultados

A amostra correspondeu a 96 participantes, sendo 63 (65,63%) do sexo masculino. A idade dos pacientes variou entre 19 e 74 anos. A maioria 48 (54,55%) tinha idade igual ou maior a 40 anos. Em relação à escolaridade 43 (44,79%) possuíam ensino médio, 25 (26,04%) ensino fundamental, 22 (22,92%) ensino superior e 6 (6,25%) sem escolaridade. Em relação ao arranjo familiar, verificou-se que 68 (70,83%) relataram morar acompanhados e 43 (44,79%) possuíam emprego formal. A maioria declarou ser católica 54 (56,25%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de HIV, segundo variáveis sociodemográficas, Maringá – PR, 2021.

	n	%
Sexo		
Femino	33	34,38
Masculino	63	65,63
Grupo etário (anos)		
≤ 29	29	30,21
30 a 39	19	19,79
40 ou +	48	54,55
Estado civil		
Casado	23	23,96
Solteiro	56	58,33
outros	17	17,71

Escolaridade		
Sem escolaridade	6	6,25
Ensino Fundamental	25	26,04
Ensino Médio	43	44,79
Ensino Superior	22	22,92
Arranjo familiar		
Mora acompanhado	68	70,83
Mora sozinho	28	29,17
Ocupação atual		
Dona de casa	5	5,21
Pensionista	11	11,46
Aposentado	8	8,33
Desempregado	6	6,25
Outra	66	68,75
Situação atual		
Aposentado	18	18,75
Desempregado	23	23,96
Emprego formal	43	44,79
Emprego informal	12	12,50
Religião		
Católica	54	56,25
Evangélica	22	22,92
outras	20	20,83

Fonte: Autores (2021).

Quanto à condição de saúde, 81 (84,38%) se consideraram saudáveis. Destes 50 (53,19%) relataram ter descoberto o diagnóstico de HIV/AIDS nos últimos 5 anos, 17 (18,09%) entre 5 a 10 anos e 27 (28,72%) à mais de 10 anos. A maioria 93 (96,88%) dos indivíduos apresentaram classificação clínica assintomática e 92 (95,83%) faziam uso do tratamento farmacológico. Em relação a forma como foram infectados, 74 (77,08%) das contaminações ocorreram através de sexo com homem. Dessas 41 (65,08%) ocorreram entre homens que fazem sexo com homens (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de HIV, segundo condição de saúde, Maringá – PR, 2021.

	n	%
Como está a sua saúde		
Boa	60	62,50
Muito boa	19	19,79
Nem ruim, nem boa	13	13,54
Ruim	4	4,17
Você se considera doente atualmente		
Não	81	84,38
Sim	15	15,63
Qual é seu estágio HIV		
Assintomático	93	96,88
Sintomático	3	3,13
Você faz uso da medicação antirretroviral		
Não	4	4,17
Sim	92	95,83

Há quanto tempo foi realizado o diagnóstico de HIV?		
1 até 5	50	53,19
2 de 5 a 10	17	18,09
3 mais de 10	27	28,72
Como você acha que foi infectado pelo HIV		
Sexo com homem	74	77,08
Sexo com mulher	17	17,71
Outros	5	5,21

Fonte: Autores (2021).

3. A média e desvio-padrão dos portadores de HIV, segundo domínios do WHOQOL-HIV estão apresentados na Tabela

Tabela 3 - Média e desvio-padrão dos portadores de HIV, segundo domínios do WHOQOL-HIV, Maringá – PR, 2021.

Variável	Média	Desvio-padrão
Físico	16,34	2,71
Psicológico	15,41	2,80
Nível de independência	15,43	2,60
Relações sociais	15,57	2,53
Espiritualidade	15,61	3,84
Ambiente	14,73	2,47
Qualidade de vida geral	14,86	2,02

Fonte: Autores (2021).

Em relação à condição sociodemográfica e os domínios do WHOQOL-HIV bref (Tabela 4), não foram observadas diferenças significativas, entre a variável sexo e os domínios do WHOQOL-HIV bref. Em relação ao grupo etário, foi observada diferença significativa, entre os escores médios dos diferentes grupos etários, para o domínio *Ambiente* ($p=0,0061$). Os pacientes com até 39 anos apresentam melhor qualidade de vida. Para o nível de escolaridade observaram-se diferenças significativas, entre os escores médios para os domínios *Ambiente* ($p=0,0143$) e *Nível de dependência* ($p=0,0442$). Os pacientes que completaram o Ensino médio ou Ensino Superior apresentaram melhores indicadores de qualidade de vida. Não foram observadas diferenças significativas entre a variável *Arranjo familiar* e os domínios do Whoqol-HIV. O mesmo comportamento foi observado para as variáveis *Religião* e *Estado civil*. Para a variável *Ocupação atual*, assim como no caso da variável grupo etário, foram observadas diferenças significativas entre os escores do domínio *Ambiente* ($p=0,0270$).

Tabela 4 - Média, desvio-padrão e escore médio dos portadores de HIV, segundo domínios do WHOQOL-HIV variáveis sociodemográficas, Maringá – PR, 2021.

Variáveis Sociodemográficas		Domínios do WHOQOL HIV bref					
		Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade
Sexo							
F	Média (Dp)	16,42 (3,00)	15,64 (3,05)	15,00 (2,84)	15,94 (2,51)	14,29 (2,75)	15,82 (4,10)
	Escore Médio	50,20	52,40	45,27	52,35	43,80	50,89
M	Média (Dp)	16,30 (2,57)	15,29 (2,67)	15,65 (2,45)	15,38 (2,54)	14,96 (2,29)	15,51 (3,73)
	Escore Médio	47,61	46,45	50,19	46,48	50,96	47,25
	p-valor	0,3332	0,1596	0,2047	0,1626	0,1161	0,2709
Grupo Etário							
até 29	Média (Dp)	16,52 (2,67)	15,67 (2,23)	16,24 (1,99)	15,97 (2,38)	15,67 (1,89)	14,41 (3,86)
	Escore Médio	50,03	48,02	56,53	51,45	58,41	39,50
30 a 39	Média (Dp)	16,53 (2,32)	16,00 (2,36)	15,11 (2,81)	15,37 (2,89)	15,29 (2,63)	16,26 (3,11)
	Escore Médio	49,32	55,29	46,53	48,66	56,18	51,68
40 ou +	Média (Dp)	16,17 (2,91)	15,02 (3,22)	15,06 (2,76)	15,42 (2,49)	13,94 (2,49)	16,08 (4,00)
	Escore Médio	47,25	46,10	44,43	46,66	39,47	52,68
	p-valor	0,9031	0,4707	0,1656	0,7616	0,0061*	0,1097
Escolaridade							
Fundamental	Média (Dp)	15,84 (3,01)	15,23 (3,03)	14,68(2,66)	15,76 (2,67)	13,70 (2,47)	15,48 (4,06)
	Escore Médio	43,50	47,64	40,66 ^b	49,72	36,24 ^a	48,80
Médio	Média (Dp)	16,93(2,38)	15,48 (2,73)	16,09 (2,64)	15,63 (2,72)	14,94 (2,32)	15,74 (4,21)
	Escore Médio	54,07	48,50	56,29 ^a	49,03	51,59 ^b	50,19
Superior	Média (Dp)	15,86 (2,82)	15,71 (2,94)	15,36 (2,30)	15,27 (2,25)	15,84 (2,26)	14,95 (2,85)
	Escore Médio	43,84	52,95	47,14 ^a	46,52	60,02 ^b	41,00
Analfabeto	Média (Dp)	16,00 (3,10)	14,53 (1,99)	14,00 (2,00)	15,50 (1,87)	13,42 (2,60)	17,67 (3,33)
	Escore Médio	46,50	35,75	30,33 ^b	46,83	35,16 ^a	62,67
	p-valor	0,3595	0,6017	0,0442*	0,9777	0,0143*	0,3399
Arranjo familiar							
Mora sozinho	Média (Dp)	16,29 (2,26)	15,37 (2,99)	15,43 (2,35)	15,21 (1,91)	14,89 (2,55)	15,86 (3,67)
	Escore Médio	46,54	48,64	47,21	43,57	49,89	49,30
Mora acompanhado	Média (Dp)	16,37 (2,89)	15,42 (2,74)	15,43 (2,71)	15,72 (2,74)	14,66 (2,45)	15,51 (3,93)
	Escore Médio	49,31	48,44	49,03	50,53	47,92	48,17
	p-valor	0,3291	0,4887	0,3864	0,1319	0,3779	0,4291
Religião							
Católica	Média (Dp)	16,54 (2,50)	15,23 (2,71)	15,35 (2,64)	15,61 (2,56)	14,67 (2,36)	15,48 (3,75)
	Escore Médio	49,84	46,37	47,69	48,48	48,35	47,13

Evangélica	Média (Dp)	16,50 (3,00)	15,85 (2,78)	16,00 (2,07)	15,68 (2,57)	15,39 (2,41)	15,82 (4,00)
	Escore Médio	51,59	53,02	54,45	49,18	53,7	50,11
Outras	Média (Dp)	15,65 (2,94)	15,40 (3,11)	15,00 (2,99)	15,35 (2,52)	14,18 (2,77)	15,75 (4,10)
	Escore Médio	41,47	49,27	44,12	47,80	43,12	50,42
	p-valor	0,4291	0,6313	0,4559	0,9870	0,4642	0,8588
Estado civil							
Casado	Média (Dp)	16,78 (2,63)	15,76 (2,56)	15,30 (2,40)	15,87 (2,51)	15,07 (2,35)	16,04 (3,57)
	Escore Médio	52,76	50,80	46,28	52,22	51,35	51,46
Solteiro	Média (Dp)	16,30 (2,39)	15,34 (2,64)	15,75 (2,41)	15,48 (2,54)	14,96 (2,23)	15,18 (3,80)
	Escore Médio	46,97	47,22	51,44	47,32	50,68	44,87
Outros	Média (Dp)	15,88 (3,74)	15,15 (3,64)	14,53 (3,28)	15,47 (2,65)	13,53 (3,09)	16,47 (4,33)
	Escore Médio	47,76	49,59	41,82	47,33	37,47	56,47
	p-valor	0,6948	0,8590	0,4115	0,7605	0,1956	0,2668
Ocupação atual							
Dona de casa	Média (Dp)	17,40 (2,30)	13,76 (4,57)	15,00 (3,24)	14,60 (3,05)	14,10 (2,30)	12,00 (3,67)
	Escore Médio	58,50	36,60	43,30	37,50	39,70 ^c	24,30
Outro	Média (Dp)	16,58 (2,60)	15,72 (2,47)	16,00 (2,26)	15,92 (2,34)	15,19 (2,35)	15,71 (3,63)
	Escore Médio	50,72	50,35	54,09	52,14	54,20 ^c	48,72
Pensionista	Média (Dp)	15,45 (3,53)	14,98 (3,49)	13,91 (3,18)	14,64 (2,25)	12,96 (2,89)	16,64 (4,06)
	Escore Médio	42,09	48,41	34,91	36,95	29,45 ^a	56,95
Aposentado	Média (Dp)	16,50 (2,56)	15,40 (2,52)	14,38 (2,13)	15,25 (2,12)	14,81 (2,02)	15,88 (4,36)
	Escore Médio	49,31	47,06	35,56	44,81	46,50 ^d	50,44
Desempregado	Média (Dp)	14,76 (1,94)	14,13 (3,60)	13,67 (3,39)	14,67 (4,55)	13,33 (2,14)	15,33 (4,84)
	Escore Médio	26,42	40,17	33,50	43,75	30,67 ^b	48,17
	p-valor	0,2397	0,7764	0,0593	0,3827	0,0270*	0,2975

*significativo ao nível de confiança de 95%. Teste de Kruskal-Wallis. Escores médios seguidos pela mesma letra não diferem entre si, pelo teste *post hoc* de comparações múltiplas Dunn. Teste de Wilcoxon-Man-Whitney. Fonte: Autores (2021).

Em relação às condições de saúde e aos domínios do WHOQOL-HIV bref (tabela 5), os pacientes que se auto consideraram doentes, apresentaram percepção de qualidade de vida diminuída pela metade, quando comparados com aqueles que se consideram saudáveis. As diferenças de escores médios foram significativas ($p < 0,05$) para todos os domínios. Tomar alguma medicação influenciou na percepção da qualidade de vida para os domínios *Relações sociais* ($p = 0,0142$), *Ambiente* ($p = 0,0027$) e na *Qualidade de vida geral* ($p = 0,0254$). Os domínios *Nível de independência* ($p = 0,0065$) e *Ambiente* ($p = 0,0033$) apresentam diferenças significativas de escores médios. Os pacientes que foram diagnosticados com HIV em até 10 anos apresentam maiores escores de qualidade de vida.

Tabela 5 - Média, desvio-padrão, escore médio dos portadores de HIV, segundo domínios do WHOQOL-HIV e condições de saúde, Maringá – PR, 2021.

Condição de saúde		Domínios do WHOQOL-HIV bref					
		Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade
Se considera:							
Doente	Média (Dp)	13,93 (3,03)	13,07 (2,83)	12,93 (3,28)	13,60 (2,75)	12,60 (2,26)	12,20 (4,71)
	Escore Médio	26,63	26,63	27,50	27,70	25,10	28,47
Saudável	Média (Dp)	16,79 (2,41)	15,84 (2,58)	15,89 (2,17)	15,94 (2,33)	15,12 (2,31)	16,25 (3,33)
	Escore Médio	52,55	52,55	52,39	52,35	52,83	52,21
	p-valor	0,0004*	0,0004*	0,0007*	0,0008*	0,0003*	0,0011*
Faz uso da TARV:							
Não	Média (Dp)	15,50 (3,11)	13,40 (3,66)	13,50 (2,65)	12,25 (2,99)	11,13 (1,38)	14,50 (4,93)
	Escore Médio	39,50	32,00	27,25	18,75	10,50	41,75
Sim	Média (Dp)	16,38 (2,70)	15,50 (2,75)	15,51 (2,57)	15,72 (2,42)	14,89 (2,39)	15,66 (3,82)
	Escore Médio	48,89	49,22	49,43	49,79	50,15	48,79
	p-valor	0,2561	0,1138	0,0590	0,0142*	0,0027*	0,3123
Tempo de Diagnóstico:							
Até 5 anos	Média (Dp)	16,88 (2,34)	15,34 (2,89)	16,28 (2,17)	15,72 (2,79)	15,54 (2,07)	15,10 (3,82)
	Escore Médio	52,32	46,65	55,79 ^b	49,15	56,24 ^b	42,82
De 5 a 10 anos	Média (Dp)	16,24 (2,80)	16,05 (1,97)	14,53 (2,65)	15,41 (2,67)	14,24 (2,31)	17,06 (3,63)
	Escore Médio	46,44	52,32	37,15 ^a	45,08	40,97 ^b	58,26
Mais de 10 anos	Média (Dp)	15,37 (3,18)	15,26 (3,07)	14,59 (2,87)	15,89 (3,93)	13,61 (2,84)	15,48 (2,05)
	Escore Médio	39,24	46,04	38,67 ^b	45,98	35,44 ^a	49,39
	p-valor	0,1276	0,7175	0,0065*	0,8149	0,0033*	0,1156

*significativo ao nível de confiança de 95%. Teste de Kruskal-Wallis. Escores médios seguidos pela mesma letra não diferem entre si, pelo teste *post hoc* de comparações múltiplas Dunn. Teste de Wilcoxon-Man-Whitney. Fonte: Autores (2021).

4. Discussão

A amostra foi composta principalmente por homens 65,63%, corroborando com a literatura que mostra que a maioria das infecções por HIV ocorrem em pessoas do sexo masculino, ou seja, 26 homens para cada dez mulheres (Brasil, 2020). Mais da metade dos participantes 54,55% tinha idade ≥ 40 anos. No levantamento de dados da população brasileira infectada por HIV, a maioria 52,7% dos casos relacionava-se a pessoas mais jovens, com idade entre 20 a 34 anos (Brasil, 2020). Divergências entre as médias de idade têm sido relatadas, variando entre 34,6 a 43,7 anos (Ferreira et al., 2017). Em outros países como nos Estados Unidos, Canadá e Austrália a média de idade dos adultos infectados pelo HIV passa de 50 anos de idade (Althoff et al., 2016).

Em relação à escolaridade, no presente estudo, 44,79% declararam ter cursado o ensino médio. Dados nacionais mostram que, quando essa informação foi relatada, 21,1% de PVHIV possuíam ensino médio (Brasil, 2020). Prevalência de 90,7% de PVHIV com ensino fundamental e médio, ou seja, educação básica foi relatada em outro estudo realizado no Rio Grande do Norte (Medeiros et al., 2017). Portanto, os dados deste estudo refletem dados anteriores de que o número de PVHIV que possuem ensino superior ainda é minoria.

Quanto à situação de emprego, 44,79% dos participantes declararam ter emprego formal e 12,50% emprego informal. Percentual mais elevado de PVHIV empregados foi verificado no estudo realizado no Rio de Janeiro e Niterói, visto que 62,3% das PVHIV declarou-se empregada (Cecílio et al., 2018). O menor percentual de PVHIV empregados verificado no presente estudo, provavelmente, está relacionado ao período de coleta dos dados, visto que nesse período o país encontrava-se em crise econômica devido à pandemia da COVID-19. Sabendo-se que uma das consequências da pandemia é o desemprego, possivelmente, a menor taxa de desemprego está mais relacionada com a crise econômica, do que com a infecção pelo HIV (Costa, 2020). Cabe ainda esclarecer que o emprego formal é aquele em que existe algum tipo de contrato entre empregador e empregado. Já o setor informal diz respeito aos trabalhadores que são privados de condições básicas ou mínimas de trabalho e proteção social (Costa, 2020).

Sobre a orientação religiosa, a maioria 56,25% dos entrevistados declararam ser católicos. Ao contrário do encontrado, verificou-se em um estudo realizado em Niterói e Rio de Janeiro que o grupo católico era minoria quando comparado com outras religiões ou sem religiões (Cecílio et al., 2018). No estudo de Passos et al. (2015) a maioria dos participantes seguem alguma religião, o que também foi encontrado neste estudo.

Relacionado ao modo de exposição ao HIV, 76,29% declararam que a contaminação ocorreu após sexo com homem, seja por relações heterossexuais ou homossexuais. A maioria 65,08% das contaminações ocorreram entre homens que fazem sexo com homens. Atividades sexuais de alto risco são um dos principais motivos de contaminação, seguido por agulhas compartilhadas (Zimpel et al., 2015). Esse resultado está de acordo com levantamento anterior, em que foi observado que entre os homens, 51,6% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual, seguindo por 31,3% heterossexual e a menor porcentagem 1,9% entre usuários de drogas injetáveis. Entre as mulheres aponta-se que 86,6% das infecções ocorreram por exposição heterossexual (Brasil, 2020).

Os resultados encontrados mostraram que 95,83% dos participantes faziam uso dos medicamentos antirretrovirais. Nossos resultados contrastam com os apresentados em estudos anteriores, realizados no Rio Grande do Norte e Minas Gerais, correspondendo a 86,8% e 89,8%, respectivamente (Medeiros et al., 2017; Ferreira et al., 2018).

Em relação à classificação clínica 96,88% relataram ser assintomáticos. Em outro estudo, a taxa de participantes assintomáticos foi de 42,5% (Zimbel et al., 2007). Ainda assim, observou-se que 84,38% relataram ser saudáveis e isso pode estar relacionado ao fato de a grande maioria não apresentarem sintomas relacionados à infecção, mesmo que esteja vivendo com HIV.

Quando avaliada a qualidade de vida, em todas as facetas e domínios mensurados pelo WHOQOL-HIV brief, percebe-se uma avaliação positiva, visto que a maioria dos domínios apresentou avaliação superior de qualidade de vida. Para as PVHIV

neste estudo, a autoavaliação da qualidade de vida apresentou média de 14,86, indicando avaliação intermediária. Em contrapartida, outro estudo, apresentou a autoavaliação da QV média de 15,49, indicando avaliação superior (Althoff et al., 2016).

Os domínios físicos, psicológico, nível de independência, relações sociais, espiritualidade apresentaram média acima de 15 correspondendo à avaliação superior. O domínio ambiente apresentou média 14,73 indicando avaliação intermediária. A classificação superior dos domínios psicológicos e espiritualidade contrasta com o encontrado em outro estudo realizado em Niterói e Rio de Janeiro (Costa, 2020). Na Paraíba, os autores verificaram que o domínio espiritualidade apresentou maior escore em relação aos outros domínios (Oliveira et al., 2014). Já em Santa Catarina foi observado escores inferiores nos domínios físicos, nível de independência e espiritualidade (Passos et al., 2015).

O domínio relações sociais apresentou avaliação superior de QV. Diferentemente do presente estudo, os resultados verificados em Niterói e Rio de Janeiro foram de avaliação intermediária, porém próximo da avaliação superior de QV (Cecílio et al., 2018). As relações sociais podem estar relacionadas ao estigma e à discriminação associada às dificuldades na revelação do diagnóstico para pessoas próximas (Lima et al., 2011). A avaliação superior no domínio físico, pode estar associado ao uso dos medicamentos antirretrovirais e à condição clínica que o indivíduo se encontra (Cecílio et al., 2018).

A espiritualidade, religião e crenças estão relacionados com a busca por significado na vida, além de serem apoio nos momentos de tristeza, sendo considerados aspectos válidos para melhorar a QV (Oliveira et al., 2014).

O domínio ambiente apresentou a menor média 14,73 indicando avaliação intermediária, corroborando com outros estudos (Cecílio et al., 2018; Santos et al., 2007; Marques et al., 2020). Possivelmente esse fator está relacionado a desigualdade social, à vulnerabilidade e à questão financeira (Silva et al., 2019).

Neste estudo, não foram observadas diferenças significativas, entre a variável sexo e os domínios. Em outro estudo não foram observadas diferenças significativas entre os domínios em relação às variáveis sociodemográficas (Passos et al., 2015). Entretanto, outros estudos apontam que mulheres apresentam escores menores de qualidade de vida (Zimpel et al., 2007; Santos et al., 2007; Marques et al., 2020).

Para o nível de escolaridade foram observadas diferenças significativas, entre os escores médios para os domínios Ambiente ($p= 0,0143$) e Nível de dependência ($p= 0,0442$). Os pacientes que completaram o Ensino Médio ou Ensino Superior, apresentam melhores indicadores de qualidade de vida. Já em outro estudo foi observado no domínio meio ambiente escores menores para os com ensino médio ou sem escolarização e maiores para os de ensino superior (Silva et al., 2019). Os resultados sugerem que quanto maior a escolaridade melhores são os indicadores de qualidade de vida.

Os pacientes que se auto consideram uma pessoa doente, apresentaram a percepção de qualidade de vida diminuída pela metade, quando comparados com aqueles que se consideram saudáveis. As diferenças de escores médios foram significativas ($p < 0,05$) para todos os domínios. Diferenças significativas em alguns domínios como psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e autoavaliação da qualidade de vida foram observadas em outro estudo (Silva et al., 2019). No nosso estudo observou-se que indivíduos que se consideram saudáveis enfrentam de forma positiva o HIV em todos os domínios quando comparados com aqueles que se consideram doentes.

Tomar alguma medicação influenciou na percepção da qualidade de vida para os domínios relações sociais ($p= 0,0142$), ambiente ($p= 0,0027$) e na qualidade de vida geral ($p = 0,0254$). O correto uso da TARV é fundamental para o tratamento e controle do HIV. A incidência de mortalidade em PVHIV que não estão em tratamento é 30 vezes maior quando comparado com indivíduos que fazem o tratamento correto (Silva et al., 2019). A TARV retarda o avanço da doença e melhora os aspectos clínicos, e consequentemente, em melhor QV (Oliveira et al., 2014).

Os domínios Nível de independência e Ambiente apresentaram diferenças significativas de escores médios, ($p= 0,0065$) e ($p= 0,0033$), respectivamente. Os pacientes que foram diagnosticados com HIV em até 10 anos apresentam maiores escores de qualidade de vida. Em outro estudo relacionado ao tempo de diagnóstico, os participantes apresentaram maiores escores nos

domínios psicológico e espiritual, dentre os domínios de QV (Oliveira et al., 2014). No estudo realizado em São Paulo, os indivíduos com sorologia conhecida de dois a cinco anos apresentaram escores superiores quando comparados com os que tiveram diagnóstico há menos de dois anos, em relação ao domínio meio ambiente (Santos et al., 2007). Os achados sugerem que indivíduos que possuem maior tempo de diagnóstico, possuem melhor QV, e isso pode estar associado à adaptação com a nova condição de vida.

5. Conclusão

A qualidade de vida da população estudada, segundo o WHOQOL-HIV bref, foi influenciada por algumas variáveis sociodemográficas e pelas condições de saúde de PVHIV. Segundo as variáveis sociodemográficas, a qualidade de vida em pacientes com até 39 anos e maior escolaridade foi melhor.

As pessoas que se consideram doentes, apresentaram percepção de qualidade de vida diminuída pela metade, quando comparados com aqueles que se consideram saudáveis. Assim como o uso da medicação antirretroviral influenciou nos domínios relações sociais, ambiente e percepção geral. Os pacientes que foram diagnosticados com HIV no período entre 5 a 10 anos apresentam maiores escores de qualidade de vida.

De maneira geral, as PVHIV/AIDS apresentaram avaliação superior em cinco dos domínios de qualidade de vida. Neste sentido, sugere-se orientação à população de estudo, com incentivos a comportamentos saudáveis, o uso correto da TARV que é fundamental para o tratamento e controle do HIV e políticas de inclusão efetivas para acesso à educação.

O presente estudo apresentou algumas limitações. Entre as limitações, está a amostra que foi de conveniência. A amostra foi composta apenas por pessoas que frequentavam o SAE, dessa forma os resultados não podem ser generalizados.

Referências

- Araújo, K. M. S. T., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., Silva, S. R. A., Aguiar, R. B. & Tavares, M. T. D. B. (2020). Avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas com HIV assistidos em serviços de referência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 25(6):2009-2016. 10.1590/1413-81232020256.20512018.
- Althoff, K. N., Smit, M., Reiss, P & Justice, A. C. (2016). HIV and Ageing: Improving Quantity and Quality of Life. *Curr Opin HIV AIDS*. 11(5), 527–536. 10.1097/COH.0000000000000305.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial*. Número Especial. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv/tratamento-da-aids-hiv>.
- Cecilio, H. P. M., Oliveira, D. S., Marques, S.C., Apostolidis, T & Oliveira, D. C. (2018). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV atendidas em serviços públicos de saúde. *Rev enferm UERJ*. 26, e37461. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37461>.
- Costa, S. S. (2020). Pandemia e desemprego no Brasil. *Revista de administração pública*. 54(4), 969-978. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200170>.
- Fleck, M. P. A. (2007). Instrumento WHOQOL BREF HIV. <https://www.ufrgs.br/qualidep/downloads/downloads.php?id=3> >.
- Ferreira, A. C., Teixeira, A. L., Silveira, M. F & Carneiro M. (2018). Quality of life predictors for people living with HIV/AIDS in an impoverished region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 51(6),743-751, 10.1590/0037-8682-0442-2017.
- Gil, A. C. (2017). Como elaborar projetos de pesquisa. (6. ed.). Atlas.
- Lima, A. L. O., Albuquerque, V. W. T., Silva, J. I. B. W., Peixoto, F. B. & Ferreira, S. M. S. (2011). Percepção sobre saúde bucal de mulheres vivendo com hiv/aids. *Revista Semente*. 6(6), 117-130.
- Maleki, M. R., Derakhshani, N., Azami-Aghdash, S., Naderi, M & Nikoomanesh M. (2020). Quality of Life of People with HIV/AIDS in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 49(8), 1399–1410. 10.18502/ijph.v49i8.3861.
- Medeiros, R. C. S. C., Medeiros, J. A., Silva, T. A. L., Andrade, R. D., Medeiros, D. C., Araújo, J. S., Oliveira, A. M. G., Costa, M. A. A., Cabral, B. G. A & Dantas, P. M. S. (2017). Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids. *Rev Saúde Pública*. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006266>.
- Marques, S. C., Oliveira, D. C., Cecilio, H. P. M., Silva, C. P., Sampaio, L. A. & Silva, V. X. P. (2020). Avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisão integrativa. *Rev. enferm UERJ*. 28:e39144. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.39144>.
- Oliveira e Silva, A. C., Reis, R. K. & Nogueira, J. A. (2014). Gir E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com

HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 22(6), 994. 10.1590/0104-1169.3534.2508.

Passos, S. M. K & Souza, L. D. M. (2015). An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00000514>.

Silva, A. M. A., Oliveira, M. C & Masiero, A. V. (2019). Qualidade de vida e adesão aos antirretrovirais em população adulta do sul do Brasil. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP*. 9(2). <https://doi.org/10.33362/ries.v8i2.1518>.

Silva-Boghossian, C. M., Boscardin, B. A. B., Pereira, C. M & Moreira, E. J. L. (2020). Evaluation of oral care protocols practice by dentists in Rio de Janeiro towards HIV/ AIDS individuals. *BMC Oral Health*. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-0999-7>.

Santos, E. C. M., Junior, I. F. & Lopes, F. (2007). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 41(2):64-71. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000900011>.

Stokes, M. E., Davis, C. S & Koch, G. G. (2000). *Categorical data analysis using SAS system*. (2a ed.), Cary: Statistical Analysis System Institute.

Santos, A. R. dos. (2002). *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. (5a ed.). DP&A.

UNAIDS. (2020). *Capítulo 1: Avançando em direção aos três zeros*. <https://aids2020.unaids.org/chapter/chapter-1-advancing-towards-the-three-zeros/>.

UNAIDS. (2022). *Estatísticas Globais sobre o HIV*. <https://unaids.org.br/estatisticas/>.

UNAIDS. (2020). *Legislação brasileira e o HIV*. <https://unaids.org.br/conheca-seus-direitos/>.

World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva, 1998.

Zimpel, R. R. & Fleck, M.P. (2007). Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. 19:7, 923-930. 10.1080/09540120701213765.