

## QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV

Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio\*  
Denize Cristina de Oliveira\*\*  
Daniela Sousa Oliveira\*\*\*  
Juliana Pereira Domingues\*\*\*\*  
Sergio Correa Marques\*\*\*\*\*

## RESUMO

O objetivo foi analisar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV. Os dados foram coletados de março a outubro de 2016 com 281 pessoas vivendo com HIV, atendidas em quatro serviços públicos de saúde. Os dados foram coletados por meio de instrumento de dados socioeconômicos e clínicos e do WHOQOL-HIV *brief*, analisados por estatística inferencial buscando estabelecer as associações estatísticas entre os domínios da qualidade de vida e as variáveis socioeconômicas e clínicas. Os resultados apontaram diferenças estatísticas significantes, com maiores escores de qualidade de vida para o sexo masculino, idade entre 39 e 59 anos, educação superior, pessoas empregadas, com atividade remunerada e renda acima de dois salários mínimos, maior tempo de diagnóstico do HIV (acima de seis anos), usar TARV, estágio assintomático e sem alterações relacionadas à TARV, usar preservativo, não sentir-se doente e percepção positiva da saúde. Conclui-se que algumas condições socioeconômicas e clínicas favorecem ou não a avaliação mais positiva da qualidade de vida pelas pessoas vivendo com HIV.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. HIV. Soropositividade para HIV. Saúde. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, de um quantitativo inicial de 10 casos em 1982, chegou-se, até junho de 2017, à notificação de 882.810 casos de AIDS. Relacionado à infecção pelo HIV foram notificados no SINAN de 2007 até Junho de 2017 194.217 casos, sendo 49,7% no Sudeste, 20,7% no Sul, 15,6% no Nordeste, 7,4% no Norte e 6,7% no Centro-Oeste. Apenas em 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV, sendo 41,6% na região Sudeste, 20,3% nas regiões Nordeste e Sul, 10,3% na região Norte e 7,5% na região Centro-Oeste. Soma-se, também, de 1980 a 2016, um total de 316.088 óbitos tendo o HIV/AIDS como causa básica<sup>(1)</sup>.

Um dos fatos mais importantes gerado pelas políticas públicas em resposta ao HIV no Brasil foi a aprovação da Lei 9.313/1996 que garantiu e garante ainda hoje, a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais para as pessoas vivendo com HIV e AIDS, assegurando um tratamento igualitário a todos. Com a redução da mortalidade, confirmou-se a importância da terapia antirretroviral (TARV) e, principalmente do acesso, dado o aumento da sobrevivência e da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, além da redução das infecções oportunistas<sup>(2)</sup>.

Nesse sentido, a qualidade de vida, na análise da

história evolutiva da epidemia do HIV, pode ser percebida em dois momentos distintos, um antes e outro após o advento da TARV, destacando a interface psicossocial frente à possibilidade de viver com uma condição crônica<sup>(3)</sup>. Entretanto, mesmo reconhecendo as mudanças positivas no contexto da doença, as dificuldades colocadas para a qualidade de vida desse grupo permanecem ainda hoje.

A compreensão da qualidade de vida dessas pessoas é fundamental para conhecer a repercussão da convivência com a doença nos mais diversos domínios estudados. Os estudos sobre qualidade de vida nas pessoas vivendo HIV realizados nos últimos anos avaliaram principalmente as dimensões físicas e psicossociais possibilitando o planejamento de estratégias com a finalidade de melhorar a qualidade de vida. A compreensão dos impactos biopsicossociais inerentes à doença permite uma percepção mais ampla dos prejuízos causados pela infecção, bem como o direcionamento de políticas de saúde e a adequação de serviços de apoio interdisciplinares<sup>(4)</sup>.

Embora haja inúmeras definições e conceitos, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida reflete a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos,

\*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: pollymantelo@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-6597-432X.

\*\*Enfermeira. Doutora. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dcouerj@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-0830-0935.

\*\*\*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Bahia, Brasil. E-mail: oliverdany@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-6857-0074.

\*\*\*\*Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: pdominguesjuliana@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-0966-4992.

\*\*\*\*\*Enfermeiro. Doutor. Professor do Departamento de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: sergiocorrea@uol.com.br. ORCID ID: 0000-0002-0038-0790.

expectativas, padrões e preocupações<sup>(5)</sup>. A avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV tem por objetivo beneficiar o monitoramento do cuidado em saúde, a adesão, a eficácia da terapia antirretroviral e o autocuidado.

Compreendendo a qualidade de vida a partir de um conceito amplo, que incorpora a saúde física, psicológica, o nível de independência, as relações sociais e com o meio; este estudo teve por objetivo analisar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV.

## METODOLOGIA

Neste estudo, de recorte quantitativo, adotou-se amostragem do tipo não probabilística, de conveniência, escolhida a partir de informações disponibilizadas pelos serviços de saúde do quantitativo de pessoas em seguimento em cada instituição. A amostra total foi composta por 281 pessoas vivendo com HIV, sendo 101 do município de Niterói e 180 do município do Rio de Janeiro.

Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa conforme a presença nos serviços de saúde nos períodos estabelecidos para a coleta dos dados, até completar o número definido para a amostra em cada município. Sempre que ocorreram recusas para participação ou desistência, novos indivíduos foram convidados em substituição, até a totalização da amostra, sendo selecionados os primeiros a aceitarem participar voluntariamente do estudo.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ter sorologia positiva para o HIV; estar em acompanhamento no serviço selecionado para a coleta de dados; estar aguardando consulta, informações ou exames durante o período de coleta de dados na unidade; ter idade maior ou igual a 18 anos; estar em condições clínicas e psicológicas que viabilizassem a participação. Como critérios de exclusão, os indivíduos que se declaravam analfabetos, com deficiência visual importante ou falta de condição clínica foram substituídos devido a necessidade de leitura e interpretação para responder os questionários autoaplicados.

A coleta de dados foi realizada no período de março a outubro de 2016, em quatro Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS, um situado no município de Niterói e três situados no município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados por meio de instrumento de dados socioeconômicos e clínicos e do WHOQOL-HIV *bref*, traduzido e validado para o contexto brasileiro, com 31 questões distribuídas em seis

domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais (ERCP)<sup>(5)</sup>.

O tratamento dos dados foi realizado por meio de uma planilha eletrônica elaborada no *Microsoft Excel*<sup>®</sup> 2010 sendo transferidos para o *software SPSS*<sup>®</sup>. A categorização da variáveis contínuas, como idade e tempo de diagnóstico do HIV, foi realizada utilizando o tercil; a variável escolaridade seguiu as Leis, Diretrizes e Bases da Educação Nacional<sup>(6)</sup>, que divide em dois grandes grupos: educação básica e educação superior e a variável renda foi categorizada em pessoas que recebiam até dois salários mínimos e pessoas que recebiam mais de dois salários mínimos, visando manter os grupos homogêneos em relação ao quantitativo de participantes.

O cálculo dos escores dos domínios da qualidade de vida foi realizado por meio de média simples, agrupando as questões correspondentes a cada domínio<sup>(7)</sup>. De acordo com a apresentação das respostas do instrumento em escala tipo *Likert*, as pontuações variam de um a cinco, indicando que, quanto maior a média, mais positiva é a avaliação da qualidade de vida pelo indivíduo. Foram realizadas análises estatísticas entre os domínios da qualidade de vida (variável dependente) e as variáveis socioeconômicas e clínicas (variáveis de comparação), considerando a categorização das variáveis para comparação das médias obtidas pelos grupos, sendo estatisticamente significantes quando  $p \leq 0,05$ .

Foram respeitadas as exigências dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto aprovado por meio dos pareceres 1.441.788/2016 e 1.341.344/2015. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado a todos os participantes, na ocasião do primeiro contato, garantindo o direito ao sigilo e anonimato.

## RESULTADOS

As características socioeconômicas e clínicas dos participantes estão apresentadas na tabela 1. A amostra foi composta, majoritariamente, por homens (n=193; 68,7%); faixa etária entre 18 e 59 anos (n=260; 92,5%), média de 41,1 anos e desvio-padrão de  $\pm 12,7$  anos; escolaridade em educação básica (n=210; 74,7%); vivendo com companheiro (n=142; 50,5%) e residindo com familiares (n=188; 66,9%). Ainda, a maioria dos participantes possui emprego (n=175; 62,3%); renda de até dois salários mínimos (n=159; 56,6%); prevalência de católicos (n=88; 31,4%); e orientação heterossexual (n=144; 51,2%).

**Tabela 1.** Caracterização das pessoas vivendo com HIV. Rio de Janeiro e Niterói, 2016.

Variáveis (n = 281)		n (%)
Sexo	Masculino	193 (68,7)
	Feminino	88 (31,3)
Faixa etária (em anos)	18 a 38	123 (43,8)
	39 a 59	137 (48,7)
	60 e mais	21 (7,5)
Escolaridade	Educação básica	210 (74,7)
	Educação superior	71 (25,3)
Situação marital	Com companheiro	142 (50,5)
	Sem companheiro	139 (49,5)
Pessoas que compartilha moradia	Familiares	188 (66,9)
	Sozinho	78 (27,8)
	Amigos	15 (5,3)
Situação de emprego	Com emprego	175 (62,3)
	Aposentado/outros	56 (19,9)
	Desempregado	50 (17,8)
Renda em reais	Até R\$ 1734 (2 salários mínimos)	159 (56,6)
	R\$ 1735 e mais	122 (43,4)
Orientação religiosa	Católicos	88 (31,4)
	Não tem religião	74 (26,3)
	Evangélicos	65 (23,1)
	Outras religiões	54 (19,2)
Exposição ao HIV	Relação homossexual	121 (43,1)
	Relação heterossexual	113 (40,2)
	Transmissão sanguínea	45 (16)
	Drogas injetáveis	2 (0,7)
Orientação sexual	Heterossexual	144 (51,2)
	Homossexual/Bissexual	137 (48,8)
	Até 24 meses (2 anos)	28 (10)
Tempo de diagnóstico do HIV	De 25 a 72 meses (2 anos e 1 mês a 6 a)	77 (27,4)
	De 73 a 168 meses (6 anos e 1 mês a 14 a)	88 (31,3)
	169 meses e mais (14 anos e 1 mês e +)	88 (31,3)
Uso da TARV	Sim	265 (94,3)
	Não	16 (5,7)
Estágio da infecção	Sem sintomas	252 (89,7)
	Com sintomas	29 (10,3)
Alterações em relação à TARV (n = 265)	Não tem ou teve alterações	139 (52,5)
	Tem ou teve alterações	126 (47,5)
Percepção da saúde	Positiva	233 (82,9)
	Negativa	48 (17,1)
Considera doente	Não	234 (83,3)
	Sim	47 (16,7)

Em relação aos dados clínicos, houve prevalência de modo de infecção ao HIV por relação homossexual (n=121; 43,1%); a maioria possui diagnóstico do HIV há mais de seis anos (n=176; 62,6%), usa TARV (n=265; 94,3%), não possui sintomas relacionados à infecção (n=252; 89,7%) e nem alterações relacionadas ao uso da medicação antirretroviral (n=139; 52,5%). Ainda, possuem percepção positiva da saúde (n=233; 82,9%) e não se consideram doentes (n=234; 83,3%).

As alterações relacionadas ao uso da medicação antirretroviral foram investigadas de acordo com as seguintes opções ofertadas: hiperglicemia, alterações no colesterol, lipodistrofia, sintomas neurológicos, outras, não tem/teve alterações; sendo considerada qualquer

alteração indicada para a alternativa tem ou teve alterações.

A tabela 2 exhibe os resultados das diferenças estatisticamente significantes ( $p \leq 0,05$ ) entre os grupos de acordo com a categorização das variáveis. Para a variável sexo, as pessoas do sexo masculino apresentaram médias estatisticamente significantes maiores nos domínios psicológico, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais. As pessoas com idades entre 39 a 59 anos apresentaram média estatisticamente significante maiores no domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais, assim como as que moram em município de grande porte e possuem tempo de diagnóstico de 6 anos e 1 mês até 14 anos. As pessoas com escolaridade em

ensino superior possuem médias estatisticamente significantes maiores nos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e meio ambiente.

Ainda, as pessoas com emprego, ocupação, maior renda, sem sintomas, que não se consideram doentes e com percepção positiva da saúde possuem médias estatisticamente significantes maiores em todos os domínios avaliados. As pessoas que buscam informações com profissionais de saúde possuem maior média no domínio nível de independência; as que usam/usaram drogas possuem as menores médias estatisticamente significantes nos domínios nível de independência, relações sociais e meio ambiente. As que usam TARV possuem médias estatisticamente significantes maiores nos domínios físico e espiritualidade, religião e crenças pessoais. As que não possuem alterações relacionadas à TARV possuem média estatisticamente significativa maior no domínio físico e as que usam sempre preservativo nos domínios físico, psicológico, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais.

As variáveis situação marital, pessoas que compartilham moradia, orientação religiosa, tempo de uso da TARV e orientação sexual, não apresentaram diferenças significantes para os domínios da qualidade de vida.

## DISCUSSÃO

As análises demonstraram um conjunto de associações estatísticas entre todos os domínios da qualidade de vida e diferentes variáveis socioeconômicas e clínicas, indicando a relação de dependência dos escores da qualidade de vida em relação à inserção social dos sujeitos, bem como os perfis clínicos demonstrados. No que tange as características socioeconômicas, a amostra corrobora com dados nacionais e internacionais ao ser composta majoritariamente por homens<sup>(1)</sup>; faixas etárias de 25 a 39 anos<sup>(1)</sup>, com destaque para a faixa etária de 30 a 39 anos<sup>(8,12)</sup>; renda de até dois salários mínimos<sup>(10,12)</sup>.

A situação marital foi semelhante entre os participantes do estudo, entretanto, a maioria referiu viver com companheiro, corroborando com outros estudos<sup>(8,13)</sup>. A taxa de desemprego encontrada neste estudo, provavelmente está relacionada com a situação do país no momento da coleta de dados, caracterizada por uma crise econômica com altas taxas de desemprego<sup>(14)</sup>.

As análises de associação estatística das variáveis socioeconômicas e clínicas e dos domínios da qualidade de vida indicaram que a variável sexo apresentou diferença estatisticamente significativa nos domínios psicológico, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais, sendo que as médias para o sexo masculino foram sempre maiores. Esses achados são semelhantes a outros estudos que apresentaram diferenças significantes para o sexo masculino, em quatro domínios na Paraíba: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente<sup>(12)</sup>; e, em três domínios no estado do Mato Grosso do Sul<sup>(15)</sup> e no Rio Grande do Sul<sup>(13)</sup>: físico, psicológico e espiritualidade, religião e crenças pessoais e no domínio nível de independência no interior do estado do Rio de Janeiro<sup>(16)</sup>. Em nível internacional os achados de um estudo realizado em Burkina Faso revelou diferença estatística entre os sexos para os domínios: psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais, com maiores médias também para o sexo masculino<sup>(17)</sup>.

A variável idade apresentou-se associada apenas com o domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais, na qual a média dos participantes com idades entre 39 e 59 anos foi superior, sendo diferente daquela com idades entre 18 e 38 anos, apontando que as pessoas com idades entre 39 e 59 anos avaliam melhor sua qualidade de vida que aquelas entre 18 e 38 anos. Tais achados são semelhantes aos encontrados no Rio Grande do Sul<sup>(13)</sup>, cujas pessoas com mais de 47 anos apresentaram médias superiores na avaliação da qualidade de vida nos domínios psicológico, relações sociais e espiritualidade, religião e crenças pessoais do que as pessoas com menos de 47 anos. Ainda, os resultados encontrados em nível internacional na Nigéria apontam melhor qualidade de vida para pessoas com mais de 40 anos nos domínios meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais<sup>(18)</sup>.

O município de residência apresentou diferença no domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais, indicando que morar em município de grande porte associa-se a maiores escores de qualidade de vida nesse domínio. Esse achado se justifica pela preocupação em relação ao preconceito e ao fato das pessoas vivendo com HIV poderem ser identificadas por conhecidos, até mesmo no interior dos serviços de saúde. A invisibilidade propiciada pelas grandes cidades enseja a não revelação do diagnóstico a outros, impedindo o julgamento e a estigmatização social, favorecendo uma avaliação positiva da qualidade de vida. Destarte, realizar o acompanhamento de saúde em local diferente

e distante da residência pode ser compreendido como uma escolha que objetiva resguardar o segredo quanto à soropositividade, visto que, comumente, os grandes

municípios contam com diversas unidades de atendimento e centros de saúde em bairros distintos e distantes daqueles de moradia.

**Tabela 2.** Distribuição dos domínios da qualidade de vida, segundo as variáveis socioeconômicas e clínicas. Rio de Janeiro e Niterói, 2016.

Domínios WHOQOL-HIV <i>brief</i>	Físico		Psicológico		Nível de independência		Relações sociais		Meio ambiente		ERCP	
Variáveis	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p
Sexo												
Masculino	3,73	0,083	3,90	<b>0,002</b>	3,70	0,223	3,82	<b>0,017</b>	3,43	<b>0,015</b>	3,86	<b>0,002</b>
Feminino	3,54		3,61		3,58		3,56		3,23		3,49	
Idade		0,538		0,206		0,649		0,942		0,505		<b>0,000</b>
18 a 38 anos	3,61		3,72		3,64		3,75		3,34		3,48*	
39 a 59 anos	3,73		3,88		3,70		3,72		3,38		3,96*	
60 anos e mais	3,66		3,81		3,55		3,75		3,51		3,85	
Município de residência		0,085		0,402		0,109		0,626		0,445		<b>0,046</b>
Pequena ou média	3,47		3,73		3,50		3,68		3,31		3,50	
Grande	3,71		3,82		3,70		3,75		3,39		3,80	
Escolaridade		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,021</b>		<b>0,000</b>		0,152
Educação básica	3,56		3,72		3,57		3,67		3,26		3,70	
Educação superior	3,99		4,06		3,95		3,93		3,70		3,88	
Situação de emprego		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,009</b>		<b>0,008</b>
Sem emprego	3,42		3,61		3,38		3,50		3,24		3,55	
Com emprego	3,82		3,93		3,84		3,88		3,45		3,86	
Ocupação		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,002</b>		<b>0,000</b>
Sem atividade remunerada	3,46		3,65		3,44		3,56		3,26		3,56	
Com atividade remunerada	3,90		3,99		3,92		3,93		3,50		3,95	
Renda em reais		<b>0,001</b>		<b>0,001</b>		<b>0,000</b>		<b>0,009</b>		<b>0,000</b>		<b>0,001</b>
Até 2 salários (até 1734,00)	3,52		3,68		3,50		3,62		3,19		3,58	
Mais de 2 salários (= 1735)	3,86		3,97		3,88		3,88		3,60		3,95	
Fonte de informação		<b>0,010</b>		0,075		<b>0,045</b>		0,362		0,055		0,938
Meio social	3,51*		3,74		3,54*		3,66		3,30		3,76	
Sites em geral	3,64		3,74		3,68		3,74		3,32		3,71	
Meio científico/profissional	3,88*		3,94		3,81*		3,83		3,50		3,74	
Exposição ao HIV		0,282		0,126		<b>0,004</b>		<b>0,009</b>		<b>0,046</b>		0,182
Drogas injetáveis	2,62		2,90		1,97**		2,50*		2,43*		3,35	
Relação homossexual	3,73		3,87		3,75		3,84		3,37		3,78	
Relação heterossexual	3,63		3,73		3,58		3,58*		3,32		3,62	
Transmissão sanguínea	3,67		3,84		3,73		3,89		3,54*		3,96	
Tempo de diagnóstico		0,585		0,657		0,947		0,858		0,191		<b>0,024</b>
Até 6 anos	3,61		3,82		3,66		3,76		3,39		3,55*	
De 6 anos e 1 mês a 14 anos	3,74		3,75		3,65		3,70		3,27		3,90*	
Acima de 14 anos e 1 mês	3,67		3,85		3,69		3,75		3,45		3,82	
Usa TARV		<b>0,043</b>		0,833		0,744		0,232		0,872		<b>0,038</b>
Não	3,25		3,77		3,60		3,98		3,35		3,27	
Sim	3,69		3,81		3,67		3,72		3,37		3,77	
Estágio da infecção		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,001</b>		<b>0,002</b>		<b>0,000</b>
Sem sintomas	3,78		3,89		3,76		3,79		3,41		3,85	
Com sintomas	2,69		3,11		2,84		3,24		3,03		2,81	
Alterações pela TARV		<b>0,003</b>		0,223		0,151		0,395		0,097		0,427
Não tem/teve alterações	3,85		3,86		3,73		3,76		3,44		3,82	
Tem/teve alterações	3,53		3,75		3,60		3,67		3,30		3,72	
Usa preservativo		<b>0,007</b>		<b>0,047</b>		<b>0,041</b>		0,065		<b>0,000</b>		<b>0,003</b>
Nunca	3,53		3,72		3,57		3,64		3,22		3,57	
Sempre	3,80		3,89		3,76		3,83		3,52		3,91	
Considera doente		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>
Não	3,82		3,95		3,78		3,85		3,45		3,90	
Sim	2,92		3,09		3,07		3,16		2,99		2,96	
Percepção da saúde		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>
Positiva	2,70		3,14		2,85		3,26		3,02		3,23	
Negativa	3,87		3,94		3,83		3,83		3,44		3,85	

\*Diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,05$ ) após comparação múltipla de médias. \*\*Categoria

de infecção por uso de drogas apresentou diferença estatisticamente significativa das outras categorias de infecção após comparação múltipla de médias.

A variável escolaridade apresentou associação nos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e meio ambiente, com as maiores médias para o ensino superior, apontando que as pessoas com maior escolaridade avaliam melhor sua qualidade de vida nesses domínios do que as pessoas com menor escolaridade. Esse resultado corrobora os dados no Mato Grosso do Sul<sup>(15)</sup>, que apresentou menores escores de qualidade de vida nesses mesmos domínios para as

pessoas com menor escolaridade. Além disso, os dados no Rio Grande do Sul<sup>(13)</sup> indicaram que a menor escolaridade refletiu na menor qualidade de vida também em outros domínios. De modo análogo, em Burkina Faso<sup>(17)</sup>, associou-se aos domínios físico, nível de independência e relações sociais; na Nigéria<sup>(18)</sup>, associou-se aos domínios físico, psicológico, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais; bem como dados de outro estudo<sup>(12)</sup>,

que revelou diferença significativa nos domínios nível de independência, relações sociais e meio ambiente, com as maiores médias na categoria com dez anos ou mais de estudo.

A variável situação de emprego apresentou diferença em todos os domínios da qualidade de vida, bem como a ocupação e a renda pessoal, cujas médias foram maiores para as pessoas empregadas, com ocupação remunerada e renda superior a dois salários mínimos. Esses achados apontam que as pessoas empregadas, com ocupação remunerada e renda superior a dois salários mínimos, avaliam melhor sua qualidade de vida do que as pessoas em situações desfavoráveis de vida e trabalho, como desemprego, ocupação sem remuneração e menor renda, sinalizando a importância do trabalho como fonte de renda e sobrevivência para o grupo estudado. Entretanto, o trabalho se expressa em dois eixos: positivo, ao permitir melhor qualidade de vida, visto que propicia boas condições financeiras, credibilidade e valorização social, estabilidade, além do reconhecimento por meio do status de ser produtivo; e negativo, quando associado a diminuição ou perda da capacidade laboral, fazendo com que a pessoa seja considerada socialmente incapaz de prover financeiramente seu sustento<sup>(16)</sup>. Os resultados são semelhantes ao estudo realizado em Fortaleza, em que ter vínculo empregatício apresentou maior média nos domínios psicológico e nível de independência e, a menor renda, menor escore no domínio meio ambiente<sup>(9)</sup>. Ainda, em outros estudos<sup>(13,15)</sup>, estar empregado apresentou médias maiores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e meio ambiente.

Em um estudo<sup>(12)</sup>, a renda apresentou diferença estatisticamente significativa nos domínios nível de independência, relações sociais e meio ambiente, cujas maiores médias foram do grupo com renda acima de dois salários mínimos. Em contrapartida, outro estudo<sup>(15)</sup> encontrou as maiores médias nos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e meio ambiente para pessoas com renda entre três e quatro salários mínimos e pior média nesses domínios para as pessoas com renda acima de quatro salários mínimos, revelando a complexidade dessa análise.

A variável fonte de informação apontou significância estatística nos domínios físico e nível de independência, com diferenças entre as categorias de acesso a informação através do meio social e de profissionais e/ou serviços de saúde, revelando médias maiores para o acesso à informação através dos profissionais e serviços de saúde. Isto aponta para o

reconhecimento dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde como informantes privilegiados, além de denotar relações interpessoais positivas e vínculo entre profissionais de saúde e pessoas vivendo com HIV e AIDS, impactando nos cuidados físicos e no aumento dos níveis de independência das pessoas vivendo com HIV.

O modo de exposição ao HIV apresentou diferença significativa nos domínios nível de independência, relações sociais e meio ambiente. Nesses domínios, a categoria de exposição por uso de drogas se diferenciou das demais, sempre com médias inferiores, apontando que as pessoas que acreditam ter se infectado pelo HIV pelo uso de drogas avaliam pior sua qualidade de vida do que as demais. No entanto, um estudo no Rio Grande do Sul<sup>(13)</sup> não evidenciou diferenças estatísticas entre as categorias de exposição ao HIV.

O tempo de diagnóstico do HIV apresentou diferença significativa no domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais, de modo que as pessoas com maior tempo de diagnóstico apresentaram maiores médias de qualidade de vida, apontando que o maior tempo de diagnóstico do HIV favorece uma melhor avaliação da qualidade de vida nesse domínio. Esse resultado é análogo ao encontrado em Mato Grosso do Sul<sup>(15)</sup>. Outros estudos<sup>(12,13)</sup> não evidenciaram diferença estatística para essa variável.

O uso da TARV apresentou diferença significativa nos domínios físico e espiritualidade, religião e crenças pessoais, com maiores médias de qualidade de vida entre as pessoas que utilizam a terapia antirretroviral. De modo semelhante, estudos apontaram que usar TARV apresentou melhores médias em diversos domínios: psicológico e meio ambiente, no Rio Grande do Sul<sup>(13)</sup>; físico, psicológico, nível de independência e espiritualidade, religião e crenças pessoais na Nigéria<sup>(18)</sup> e físico e psicológico em Burkina Faso<sup>(17)</sup>.

Quanto ao estágio da infecção, o grupo que não apresentava sintomas obteve maiores médias em todos os domínios com diferenças estatisticamente significantes, revelando que ser assintomático quanto a infecção propicia melhor avaliação da qualidade de vida em todos os domínios. Essa variável obteve resultados divergentes entre os estudos: apresentou diferença estatisticamente significativa no domínio nível de independência, com melhor média para as pessoas que referiram ser sintomáticas<sup>(18)</sup>; em outro estudo<sup>(17)</sup>, para o domínio físico, a maior média era das pessoas sem sintomas e para o domínio nível de independência para as pessoas com AIDS. O grupo que apresentou alterações relacionadas à TARV apresentou diferença

estatística apenas no domínio físico, confirmando que não ter efeitos colaterais ou alterações físicas decorrentes da medicação contribui para melhores escores de qualidade de vida nesse domínio. No estudo realizado em Macaé<sup>(8)</sup> não ter alterações relacionadas à TARV favoreceu melhores escores nos domínios físico e psicológico.

O uso do preservativo apresentou diferença significativa nos domínios físico, psicológico, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais, de modo que os maiores escores foram relacionados a categoria usar preservativo. Esse achado destaca um efeito geral positivo do uso do preservativo em quase todos os domínios da qualidade de vida, apontando que as pessoas que utilizam sempre avaliam melhor sua qualidade de vida. Observa-se que nas campanhas de prevenção e uso do preservativo, comumente se associa o uso da camisinha com práticas e comportamentos ideais, isto porque, se incorpora o conceito positivo dos direitos sexuais, que além da proteção, promove direito ao prazer, à vida sexual satisfatória e segura<sup>(19)</sup>.

As variáveis sentir-se doente e percepção da saúde apresentaram diferenças significativas para todos os domínios, apontando as maiores médias de qualidade de vida associadas ao grupo de pessoas que não se considera doente e possuem percepção positiva da saúde. Esse achado indica que não se sentir doente e perceber positivamente a saúde favorecem melhores escores de qualidade de vida em todos os domínios. Um estudo<sup>(20)</sup> identificou diferença estatística para a variável sentir-se doente para todos os domínios da qualidade de vida, análogo ao estudo em Burkina Faso<sup>(17)</sup>, cujas melhores médias foram das pessoas que não se consideravam doentes; do mesmo modo, o estudo na Nigéria<sup>(18)</sup> encontrou diferenças em todos os domínios,

exceto no domínio relações sociais. Nesses estudos, a percepção positiva da saúde também apresentou diferenças significantes em todos os domínios<sup>(17,18)</sup>.

## CONCLUSÃO

Observou-se nas análises entre os grupos que, quando há diferença entre eles, algumas condições favorecem a melhor avaliação da qualidade de vida. Entre essas condições estão: sexo masculino, faixa etária entre 39 e 59 anos, morar em cidade de grande porte, educação superior, estar empregado, com atividade remunerada e renda pessoal acima de dois salários mínimos. Ainda, contar com profissionais e serviços de saúde como fonte de informação, não usar ou ter usado drogas, maior tempo de diagnóstico do HIV, usar TARV, não apresentar sintomas relacionados a infecção e nem alterações associadas a medicação antirretroviral também propiciam melhores escores de qualidade de vida. Além disso, usar preservativo, não sentir-se doente e ter percepção positiva da saúde são fatores que propiciam a melhor avaliação da qualidade de vida.

Observa-se que condições sociais e clínicas mais positivas favorecem uma melhor percepção da qualidade de vida, podendo ou não expressar melhores condições de vida, uma vez que a percepção expressa parcialmente a realidade vivenciada pelos sujeitos. Essa é uma limitação que se pode apontar deste estudo. Reconhece-se como limitação a realização do estudo com amostra de conveniência, que restringe a generalização dos resultados, porém não invalida os resultados para o grupo estudado de pessoas vivendo com HIV, atendidas em serviços públicos de saúde, em cidades com características sociodemográficas de médio e grande porte, o que garantiu a variabilidade social, econômica e de nível de escolaridade na amostra.

---

## QUALITY OF LIFE OF PEOPLE LIVING WITH HIV

### ABSTRACT

The objective was to analyze the quality of life of people living with HIV. Data were collected from March to October 2016 from 281 people living with HIV, attended at four public health services. The data were collected through a socioeconomic and clinical data instrument and the WHOQOL-HIV brief, analyzed by inferential statistics, seeking to establish statistical associations between the domains of quality of life and socioeconomic and clinical variables. The results showed statistically significant differences, with higher quality of life scores for males, age between 39 and 59 years, higher education, employed, with paid activity and income above two minimum wages, longer time for HIV diagnosis (over six years), use ART, asymptomatic and non-ART-related changes, use of a condom, not feeling ill, and have a positive perception of health. It is concluded that some socioeconomic and clinical conditions favor or not the most positive evaluation of the quality of life by people living with HIV.

**Keywords:** Quality of life. HIV. HIV Seropositivity. Health. Nursing.

---

## CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH

### RESUMEN

El objetivo fue analizar la calidad de vida de personas viviendo con VIH. Los datos fueron recolectados de marzo a octubre de 2016 con 281 personas viviendo con VIH, atendidas en cuatro servicios públicos de salud. Los datos fueron recolectados por medio de instrumento de datos socioeconómicos y clínicos y del WHOQOL-HIV brief, analizados por estadística inferencial buscando establecer las asociaciones estadísticas entre los dominios de la calidad de vida y las variables socioeconómicas y clínicas. Los resultados señalaron diferencias estadísticas significantes, con mayores puntuaciones de calidad de vida para el sexo masculino, edad entre 39 y 59 años, educación superior, personas empleadas, con actividad remunerada y renta superior a dos sueldos mínimos, mayor tiempo de diagnóstico del VIH (superior a seis años), usar TARV, fase asintomática y sin alteraciones relacionadas a la TARV, usar condón, no sentirse enfermo y percepción positiva de la salud. Se concluye que algunas condiciones socioeconómicas y clínicas favorecen o no la evaluación más positiva de la calidad de vida por las personas viviendo con VIH.

**Palabras clave:** Calidad de vida. VIH. Seropositividad para VIH. Salud. Enfermería.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV/AIDS [on-line]. 2017 [citado em 2018 Set]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivAIDS-2017>.
2. Cezar VM, Draganov PB. A história e as políticas públicas do HIV no Brasil sob uma visão bioética. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Set]; 18(3):151-6. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26042165006>.
3. Gil NLM, Souza LR. Qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV relacionada com as características sociodemográficas e clínicas. *Cienc. Cuid. Saude* [on-line]. 2010 [citado em 2018 Set]; 9(4):697-703. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.19265>.
4. Oliveira JF, Oliveira KF, Zago GP, Weffort VRS, Simões ALA. Quality of life of children and adolescents infected with HIV. *Cienc. Cuid. Saude* [on-line]. 2015 [citado em 2018 Dez]; 14(1):879-884. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.19265>.
5. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras. Psiquiatr* [on-line]. 1999 [citado em 2018 Set]; 21(1):19-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-4446199900100006>.
6. Lei de diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas [on-line]. 2017 [citado em 2018 Set]. Disponível em: [http://www2.senado.leg.br/bds/bitstream/handle/id/529732/lei\\_de\\_diretrizes\\_e\\_bases\\_1ed.pdf](http://www2.senado.leg.br/bds/bitstream/handle/id/529732/lei_de_diretrizes_e_bases_1ed.pdf).
7. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental e Dependência Química. Instrumento WHOQOL-HIV: sintaxe. Genebra: OMS [on-line]. 2002 [citado em 2018 Set]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/images/whoqol-hiv/sintaxe/sintaxe-hiv.pdf>.
8. Costa TL, Oliveira DC, Gomes AMT, Formozo GA. Quality of life and people living with AIDS: relationship with sociodemographic and health aspects. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Set]; 22(4):582-590. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3350.2455>.
9. Cunha GH, Fiuza MLT, Gir E, Aquino OS, Pinheiro AKB, Galvão MTG. Quality of life of men with AIDS and the model of social determinants of health. *Rev. latinoam. enferm* [on-line]. 2015 [citado em 2018 Set]; 23(2):183-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0120.2541>.
10. Hipolito RL. Qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS no município de Rio das Ostras. 2015. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. 2015. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=758240&indexSearch=ID>.
11. Oliveira FBM, Moura MEB, Araújo TME, Andrade EMLR. Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul. Enferm* [on-line]. 2015 [citado em 2018 Set]; 28(6):510-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500086>.
12. Silva ACO. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua associação com aspectos sócio-demográficos, clínicos, psicoemocionais e adesão ao tratamento. 2013. [tese] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – USP. 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/T.22.2013.tde-22012014-105332>.
13. Passos SMK, Souza LDM. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* [on-line]. 2015 [citado em 2018 Set]; 31(4):800-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00000514>.
14. Cardoso Junior JC. O Brasil na encruzilhada: apontamentos para uma reforma do Estado de natureza republicana, democrática e desenvolvimentista. *Cadernos do Desenvolvimento*. 2017 [citado em 2018 Set]; 12(20):99-133. Disponível em: <http://www.cadernosdesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/viewFile/31/pdf>.
15. 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* [on-line]. 2012 [citado em 2018 Set]; 15(1):75-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100007>.
16. Hipolito RL, Oliveira DC, Costa TL, Marques SC, Pereira ER, Gomes AMT. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [on-line]. 2017 [citado em 2018 Set]; 25:e2874. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>.
17. Bakiono F, Ouédraogo L, Sanou M, Samadoulougou S, Guigemdé PWL, Kirakoya-Samadoulougou F, Robert A. Quality of life in people living with HIV: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Springerplus* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Set]; 3(372). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/2193-1801-3-372>.
18. Akinboro AO, Akinyemi SO, Olaitan PB, Raji AA, Popoola AA, Awoyemi OR, Ayodele OE. Quality of life of Nigerians living with human immunodeficiency virus. *Pan Afr Med J* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Set]; 18(234). doi: <http://dx.doi.org/10.11604/panj.2014.18.234.2816>.
19. Pinheiro TF, Calazans GJ, Ayres JRCM. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/AIDS (2007-2011). *Temas psicol* [on-line]. 2013 [citado em 2018 Set]; 21(3):815-36. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE07PT>.
20. Silva J, Bunn K, Bertoni RF, Neves OA, Traebert J. Quality of life of people living with HIV. *AIDS Care* [on-line]. 2013 [citado em 2018 Set]; 25(1):71-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2012.686594>.

**Endereço para correspondência:** Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio. Boulevard 28 de Setembro, 157, 8º andar, sala 817, Vila Isabel. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Telefones (44) 99167-6223. E-mail. [pollymantelo@gmail.com](mailto:pollymantelo@gmail.com)

**Data de recebimento:** 22/09/2018

**Data de aprovação:** 21/12/2018