

## Qualidade de vida e pessoas vivendo com AIDS: relação com aspectos sociodemográficos e de saúde<sup>1</sup>

Tadeu Lessa da Costa<sup>2</sup>  
Denize Cristina de Oliveira<sup>3</sup>  
Antonio Marcos Tosoli Gomes<sup>3</sup>  
Gláucia Alexandre Formozo<sup>2</sup>

Objetivo: analisar a relação de dimensões sociodemográficas e de saúde com a qualidade de vida de pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência humana. Método: estudo descritivo e quantitativo. Os sujeitos foram 131 pessoas soropositivas acompanhadas em centro especializado de município norte-fluminense, Brasil. Empregou-se formulário com dados sociodemográficos e de saúde, bem como instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliação da qualidade de vida de pessoas com vírus da imunodeficiência humana. Resultados: na análise estatística, evidenciaram-se diferenças significantes na avaliação da qualidade de vida pelos sujeitos entre suas diversas dimensões para o sexo, escolaridade, trabalho, renda pessoal, condição clínica, percepção sobre estar ou não doente, histórico de internações e alterações orgânicas pelos antirretrovirais. Conclusão: o cuidado profissional em enfermagem e saúde, bem como as políticas públicas na área, deve valorizar a abordagem da qualidade de vida, considerando as condições relacionadas na configuração da mesma.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Qualidade de Vida; Enfermagem.

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado "Representações Sociais do HIV/Aids e da Qualidade de Vida: um estudo entre pessoas que vivem com o agravo em contexto de interiorização", apresentada ao Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal do Rio do Janeiro – *Campus* Macaé, Macaé, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Introdução

A Qualidade de Vida (QV) consiste em campo de progressivo interesse acadêmico, dadas suas potencialidades. O seu desenvolvimento e a incorporação do conceito no setor saúde se deram, basicamente, devido a: estudos epidemiológicos envolvendo felicidade e bem-estar; busca por novos indicadores sociais de saúde; insuficiência das medidas objetivas dos resultados das biotecnologias; movimento da psicologia positiva; valorização da satisfação do cliente e necessidade de humanização na programação e atenção à saúde<sup>(1)</sup>.

O constructo da QV tem contribuído, também, para a compreensão dos fatores intervenientes na convivência das pessoas com a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e com a doença que esse causa, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS)<sup>(2)</sup>. Isso se deve ao fato de que, não obstante o aumento no tempo de vida, após a infecção pelo HIV, em decorrência do desenvolvimento da Terapia Antirretroviral de Alta Atividade (HAART), muitas questões de natureza clínica e, especialmente, psicossociais ainda são obstáculos para a melhoria da QV<sup>(3-4)</sup>.

Desse modo, as Pessoas que Vivem com AIDS (PVHA) ainda se deparam com significativas dificuldades como: estigma e preconceito<sup>(5)</sup>; acesso à assistência em saúde<sup>(6)</sup>; vínculos empregatícios<sup>(7)</sup>; relações com profissionais de saúde<sup>(8)</sup>; vivência da sexualidade<sup>(9)</sup>; suporte social ampliado<sup>(9-10)</sup>; relações familiares<sup>(4,10)</sup> e alterações corporais e percepção da autoimagem<sup>(4)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, tem investido na abordagem da QV, tendo constituído para tal o Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida (The WHOQoL Group). Essa iniciativa culminou com a criação de um instrumento genérico de avaliação da QV denominado WHOQoL-100, desenvolvido de maneira multicêntrica, com potencial transcultural. E, tendo em vista as peculiaridades do viver com AIDS, criou-se o dispositivo WHOQoL-HIV, baseado no primeiro instrumento citado<sup>(11)</sup>.

Considerando a complexidade na conceituação da QV, a OMS a define como "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, expectativas, padrões e preocupações"<sup>(11)</sup>. Envolve ampla avaliação da percepção dos sujeitos sobre um conjunto de dimensões, quais sejam no caso do WHOQoL-HIV: física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais (ERCP)<sup>(11)</sup>.

Assim, há vista que características sociodemográficas e de saúde podem impactar na avaliação da QV<sup>(2,5,7,9-10)</sup>,

este trabalho teve por objetivo: analisar a relação de dimensões sociodemográficas e de saúde com a avaliação da QV de pessoas vivendo com AIDS. Não obstante a existência de estudos de avaliação da QV de PVHA, ainda são poucas as pesquisas empregando o constructo com facetas de abordagem específica do WHOQoL-HIV. Isso, especialmente, para municípios brasileiros de médio e pequeno porte, circunscrição espacial deste estudo.

Além disso, a análise da qualidade de vida faz-se fundamental no âmbito das políticas e serviços de saúde voltados às PVHA, uma vez que tal indicador valoriza a percepção das pessoas quanto à sua própria vida e saúde. Serve, assim, de base para direcionar os investimentos programáticos e profissionais em saúde<sup>(1)</sup>. Por sua vez, contribui para o delineamento do cuidado de enfermagem a esse grupo, ao sinalizar dimensões para abordagens coletivas e individuais pelo enfermeiro.

## Método

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa, tendo como sujeitos PVHA. A coleta de dados ocorreu em Serviço de Atenção Especializada (SAE) em HIV/AIDS de município com médio porte da região norte do Estado do Rio de Janeiro.

Os critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: estar no SAE no momento das entrevistas, idade maior ou igual a 18 anos, soropositividade ao HIV e estar em condições mentais que viabilizassem a participação. Houve aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob Registro nº017.3.2011, com disponibilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O período de coleta de dados foi entre os meses de maio e outubro de 2011.

A amostragem foi não probabilística, sendo a seleção dos sujeitos por conveniência, obedecendo-se aos critérios de inclusão referidos anteriormente. Para o cálculo amostral, teve-se por base informação do SAE de possuir 979 pacientes em seguimento. Efetivou-se o cálculo de amostra finita, a partir de piloto com 45 sujeitos. Com prevalência obtida do piloto de 11%, nível de confiança de 95% e erro de 5%, delimitou-se amostra com 131 participantes.

Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos específicos, sendo um elaborado para o presente estudo, contendo dados sociodemográficos e de saúde; o segundo foi desenvolvido pela OMS para avaliação das dimensões relacionadas à qualidade de vida: o WHOQoL-HIV, em sua versão abreviada (*Bref*). O instrumento WHOQoL-HIV-*Bref* possui 31 questões/facetadas distribuídas entre

um componente de percepção global e seis domínios de avaliação da QV, sendo os mesmos: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e ERCP<sup>(12)</sup>. Esse instrumento foi traduzido e validado, no Brasil, com confiabilidade e consistência adequadas para a escala e seus domínios<sup>(13)</sup>.

As questões do WHOQoL-HIV-Bref são estruturadas em escala tipo Likert, com cinco gradações, conforme a natureza dos domínios e facetas. Ocorreu preenchimento pelos próprios sujeitos da pesquisa, exceto quando impossibilitados devido a dificuldades na leitura<sup>(13)</sup>.

Por sua vez, as variáveis sociodemográficas e de saúde coletadas foram: sexo, faixa etária, grau de instrução, trabalho, renda pessoal, orientação sexual, parceiro afetivo/sexual, número de filhos, município de residência, número de pessoas com as quais reside, uso de preservativo, principal fonte de informação sobre AIDS, categorizada, dicotomicamente, em profissionais/serviço de saúde e outros meios, tempo de diagnóstico de soropositividade ao HIV, condição clínica (assintomáticos/sintomáticos), considerar-se doente; internações, uso de HAART, tempo de uso de HAART, estágio da infecção pelo HIV e carga viral.

Em relação à coleta de dados, salienta-se, ainda, que ocorreu em espaço reservado cedido pelo SAE em que se deu a pesquisa, com ida ao referido serviço para aplicação dos instrumentos em todos os dias da semana. O convite aos sujeitos para a participação se deu segundo a posição na ordem de espera para consulta médica, sendo substituídos os que não manifestavam interesse em integrar-se o estudo.

Foi realizada análise estatística descritiva dos dados do questionário sociodemográfico e de saúde com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0. Para a análise dos dados oriundos do WHOQoL-HIV-Bref, inicialmente, seguiram-se as orientações da OMS, em sua *sintaxe*. Os escores das questões dentro de cada domínio de QV são usados para calcular o escore do domínio, sendo esse a média dos escores das questões. As médias dos escores dos domínios foram, então, multiplicadas por 4 para fazer com que os escores resultantes fossem comparáveis com aqueles usados no WHOQoL-100, com oscilação dos valores entre o mínimo de 4 e máximo de 20<sup>(14)</sup>.

Para o cruzamento estatístico entre os dados sociodemográficos, de saúde e os da avaliação da QV efetivou-se, primeiramente, teste de normalidade das distribuições das variáveis dos seis domínios do WHOQoL-HIV-Bref. Isso se deu pelo teste Kolmogorov-Smirnov, por meio do SPSS, 17.0.

Considerando os resultados do referido teste, foi necessária a adoção de testes estatísticos comparativos paramétricos teste t de Student (comparação entre dois subgrupos) e Análise de Variância (ANOVA) (comparação entre três ou mais subgrupos), para os domínios com distribuições normais: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e meio ambiente e testes não paramétricos de Mann-Whitney (comparação entre dois grupos) e Kruskal-Wallis (comparação envolvendo três ou mais grupos), para a distribuição não normal no domínio ERCP. Foi empregado, também, quando da efetivação do teste t de Student e da ANOVA, o teste de Levene, para o exame da homogeneidade das variâncias. Em caso de heterogeneidade das variâncias, empregavam-se os testes não paramétricos.

As comparações múltiplas de médias pós-teste foram realizadas por meio do teste Tukey-Honest Significant Differences (HSD) para a ANOVA e pela comparação entre cada par de categoria de variável pelo teste de Mann-Whitney, no caso do teste Kruskal-Wallis. Em todas as comparações, adotou-se nível de significância  $p < 0,05$ .

## Resultados

No que tange à caracterização dos sujeitos, seguem os dados dispostos na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Distribuição das pessoas que vivem com HIV/AIDS, segundo variáveis sociodemográficas e de saúde. Município norte-fluminense, RJ, Brasil, 2011

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	68	51,9
Feminino	63	48,1
Faixa etária		
20-29	24	18,3
30-39	38	29
40-49	43	32,8
50-59	19	14,5
≥60	7	5,3
Escolaridade		
Não estudou	2	1,5
Fundamental incompleto	44	33,6
Fundamental completo	36	27,5
Médio completo	39	29,8
Superior completo	10	7,6
Estado marital		
Solteiro/sem parceiro fixo	54	41,2
Casado/vive com parceiro/união estável	61	46,6
Parceiro fixo, mas não vive com ele	16	12,2

(continua...)

Tabela 1 - continuação

Variável	n	%
Orientação sexual		
Heterossexual	103	78,6
Homossexual/bissexual	28	21,4
Categoria de exposição		
Sexual	127	96,9
Outros	4	3,1
Tempo de diagnóstico (anos)		
≤1,9	25	19,1
2 a 5	35	26,7
5,1 a 10	38	29,0
≥10,1	33	25,2
Uso de terapia antirretroviral de alta atividade		
Sim	101	77,1
Não	30	22,9
Estágio do agravo		
Estágio 1 (≥500cd4/mm <sup>3</sup> )	56	42,7
Estágio 2 (499 a 200cd4/mm <sup>3</sup> )	48	36,6
Estágio 3 (<200cd4/mm <sup>3</sup> )	10	7,6
Estágio 4 (valor desconhecido)	17	13,0
Trabalha		
Sim	71	54,2
Não	60	45,8
Situação empregatícia		
Autônomo	33	25,2
Trabalho em regime CLT	32	24,4
Desempregado	22	16,8
Aposentado/benefício previdenciário	32	24,4
Outros	12	9,2
Renda individual (Salários-Mínimos – SM)		
Sem renda	22	16,8
≤1	39	29,8
1,1 a 3	49	37,4
3,1 a 5	10	7,6
≥5	11	8,4
Total	131	100

Considerando a análise comparativa entre a avaliação da QV e os dados sociodemográficos e de saúde, não houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), em nenhum dos domínios para as seguintes variáveis: orientação sexual, estado marital, uso de preservativo, faixa etária, município de residência, número de filhos, número de pessoas com as quais reside, fonte de informação sobre AIDS, tempo de diagnóstico, uso de HAART, tempo de uso de HAART, estágio da infecção e carga viral.

Considerando as variáveis sociodemográficas com diferença estatisticamente significativa, houve distinção para os sexos masculino e feminino em três domínios: psicológico, meio ambiente e ERCP, todos com maior escore entre os homens (Tabela 2).

Quanto ao grau de instrução, identificou-se diferença estatisticamente significativa apenas no domínio nível de independência. O teste *post hoc* Tukey evidenciou que esse efeito ocorreu, mais especificamente, entre pessoas com nível fundamental incompleto e nível superior. Não obstante, notou-se aumento nos escores médios à medida que se elevou a escolaridade (Tabela 2). Cabe destacar que foi excluído da comparação o subgrupo que referiu não ter estudado, por estar representado por apenas dois sujeitos.

Em relação à atividade laboral dos sujeitos, observou-se diferença estatisticamente significativa em todos os seis domínios do WHOQoL-HIV-Bref. Assim, identificaram-se valores maiores nos escores entre aqueles que se encontravam inseridos, de algum modo, no mercado de trabalho (Tabela 2).

Para a variável renda pessoal, inicialmente, ressalta-se que se considerou o valor de referência do salário-mínimo de R\$565,00, à época da coleta de dados. Assim, foram identificadas diferenças estatisticamente significantes em quatro domínios: físico, nível de independência, meio ambiente e ERCP. Observou-se aumento no valor dos escores nos domínios referidos à medida que era mais elevada a faixa de salários-mínimos correspondentes. Entretanto, a comparação múltipla de médias Tukey apontou diferenças estatisticamente significantes no domínio físico apenas entre aqueles sem renda e os sujeitos com 1,1 a 3 salários-mínimos (Tabela 2).

Para o domínio nível de independência, o teste referido não precisou a diferença específica entre os subgrupos, porém, perceberam-se escores menores entre indivíduos sem renda ou inferior ou igual a 1 salário-mínimo diante dos demais com 1,1 salários ou mais (Tabela 2).

Para o domínio meio ambiente, o teste Tukey revelou diferença estatisticamente significativa entre o subgrupo com 1 salário ou menos e aqueles com mais de 5 salários-mínimos. Por sua vez, para o domínio ERCP o procedimento *post hoc* par a par com o teste de Mann-Whitney caracterizou os indivíduos sem renda com escores significativamente inferiores ao demais (Tabela 2).

Quanto à variável condição clínica, tal como percebida pelos depoentes, pôde-se constatar diferença estatisticamente significativa em todos os domínios do WHOQoL-HIV-Bref, exceto pela ERCP. Em todas as dimensões com diferença estatística, os sujeitos assintomáticos apresentaram escores superiores àqueles sintomáticos (Tabela 3).

Em relação à percepção dos sujeitos quanto a estarem doentes, observou-se diferença estatisticamente significativa em todos os seis domínios. Assim, os escores

entre aqueles que não foram avaliados como doentes foi superior em todos os casos (Tabela 3).

Quanto às internações por AIDS, percebeu-se diferença estatisticamente significativa apenas no domínio

nível de independência, com escore mais elevado entre os sujeitos que não tiveram a experiência de hospitalização devido ao agravo (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição dos domínios de avaliação da qualidade de vida, de acordo com as variáveis sociodemográficas. Município norte-fluminense, RJ, Brasil, 2011

Variáveis	n	%	Físico	Valor de p	Psicológico	Valor de p	Nível de independência	Valor de p
Sexo				0,185		0,009 <sup>†</sup>		0,367
Masculino	68	51,91	14,20		15,00		14,26	
Feminino	63	48,09	13,40		13,60		13,75	
Instrução				0,163		0,098		0,031 <sup>†</sup>
Não estudou	2	1,53	12,00		12,40		11,00	
Fundamental incompleto	44	33,59	13,36		13,65		13,14*	
Fundamental completo	36	27,48	14,50		14,51		14,33	
Médio completo	39	29,77	13,33		14,69		14,31	
Superior completo	10	7,63	15,50		16,16		16,00*	
Trabalho				0,011 <sup>†</sup>		0,002 <sup>†</sup>		0,000 <sup>†</sup>
Sim	71	54,19	14,55		15,21		14,97	
Não	60	45,80	12,93		13,37		12,85	
Renda pessoal				0,032 <sup>†</sup>		0,128		0,016 <sup>†</sup>
Sem renda	22	16,79	12,23*		13,09		12,86	
≤1 SM <sup>‡</sup>	39	29,77	13,10		14,05		13,10	
1,1 a 3 SM <sup>‡</sup>	49	37,40	14,73*		14,81		14,78	
3,1 a 5 SM <sup>‡</sup>	10	7,63	14,80		15,60		14,80	
>5 SM <sup>‡</sup>	11	8,40	14,45		14,98		15,27	

  

Variáveis	Relações sociais	Valor de p	Meio ambiente	Valor de p	ERCP <sup>§</sup>	Valor de p
Sexo		0,289		0,046 <sup>†</sup>		0,018 <sup>†</sup>
Masculino	14,79		13,10		14,75	
Feminino	14,16		12,24		13,16	
Instrução		0,101		0,235		0,069
Não estudou	11,50		11,50		11,50	
Fundamental incompleto	13,98		12,68		14,25	
Fundamental completo	14,19		12,87		13,46	
Médio completo	14,92		14,00		16,70	
Superior completo	16,70		12,70		14,02	
Trabalho		0,019 <sup>†</sup>		0,033 <sup>†</sup>		0,044 <sup>†</sup>
Sim	15,13		13,11		14,56	
Não	13,73		12,18		13,30	
Renda pessoal		0,200		0,030 <sup>†</sup>		0,027 <sup>†</sup>
Sem renda	13,45		12,25		12,05*	
≤1 SM <sup>‡</sup>	13,90		12,05*		14,03*	
1,1 a 3 SM <sup>‡</sup>	15,02		12,81		14,12*	
3,1 a 5 SM <sup>‡</sup>	15,30		13,50		15,50*	
>5 SM <sup>‡</sup>	15,55		14,55*		15,73*	

\*Diferença estatisticamente significativa após comparação múltipla de médias

<sup>†</sup>p<0,05

<sup>‡</sup>Salários mínimos

<sup>§</sup>Domínios Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais

Finalmente, a variável sobre alterações físico-orgânicas, associadas ao uso da HAART, apresentou diferença estatística significativa nos domínios físico e psicológico, com escores mais elevados entre as PVHA

que não as perceberam. Observou-se, também, valor de p próximo a 0,05 na dimensão do nível de independência (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos domínios de avaliação da qualidade de vida, de acordo com as variáveis de saúde. Município norte-fluminense, RJ, Brasil, 2011

Variáveis	n	%	Físico	Valor de p	Psicológico	Valor de p	Nível de independência	Valor de p
Condição clínica				0,000*		0,000*		0,000*
Assintomáticos	91	69,47	15,05		15,16		14,98	
Sintomáticos	40	30,53	10,98		12,56		11,78	
Consideravam-se doentes				0,000*		0,000*		0,000*
Sim	35	26,72	10,26		12,25		11,09	
Não	96	73,28	15,10		15,14		15,06	
Internação por AIDS				0,364		0,510		0,034*
Sim	48	36,64	13,44		14,13		13,25	
Não	83	63,36	14,02		14,51		14,43	
Alterações orgânicas pela Terapia Antirretroviral de Alta Atividade				0,017*		0,032*		0,073
Sim	81	80,20	13,33		14,07		13,46	
Não	20	19,80	15,40		15,84		14,85	

  

Variáveis	Relações sociais	Valor de p	Meio ambiente	Valor de p	ERCP†	Valor de p
Condição clínica		0,007*		0,039*		0,114
Assintomáticos	15,02		12,98		14,36	
Sintomáticos	13,28		12,01		13,13	
Consideravam-se doentes		0,001*		0,001*		0,001*
Sim	12,89		11,46		12,09	
Não	15,07		13,13		14,68	
Internação por AIDS		0,814		0,662		0,950
Sim	14,40		12,81		13,98	
Não	14,54		12,61		13,99	
Alterações orgânicas pela Terapia Antirretroviral de Alta Atividade		0,409		0,158		0,732
Sim	14,36		12,63		14,21	
Não	15,15		13,50		14,00	

\*p&lt;0,05

†Domínios Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais

## Discussão

Considerando o cotejamento com outras pesquisas, observaram-se resultados distintos do presente trabalho para as variáveis: faixa etária, estando os melhores entre os mais jovens (20 a 39 anos)<sup>(15-16)</sup>, tempo de diagnóstico, com melhor escore no domínio ERCP entre 2 e 5 anos<sup>(15)</sup> e contagem de CD4+, com maior escore no domínio físico<sup>(17)</sup> e no nível de independência<sup>(15)</sup> para valores celulares mais elevados.

Quanto à influência do uso da HAART, houve resultado distinto de pesquisas anteriores, o que pode advir de aspectos eventualmente referentes à adesão ao tratamento, não analisada neste estudo, ou de alterações orgânicas pelos fármacos, apontadas pela maioria dos sujeitos nesta pesquisa. Em outras investigações na área encontrou-se pior QV no domínio nível de independência entre os usuários desses fármacos<sup>(15)</sup>. Em outras, identificou-se influência negativa dos antirretrovirais no domínio físico e social entre PVHA no primeiro ano de utilização, com melhor avaliação nos domínios ERCP e meio ambiente no segundo ano<sup>(18)</sup>. E estudo adicional

constatou o uso de HAART como preditor de melhor QV. Isso, sobretudo, quando havia permanência de regime terapêutico e poucas reações adversas<sup>(19)</sup>.

Em relação à influência da carga viral sobre a QV, os achados deste estudo se assemelham a outros na literatura<sup>(15)</sup>, em que tal variável não gerou diferença estatisticamente significativa em nenhum dos domínios de análise. Entretanto, tendo em vista que menores valores de CD4 e maiores de carga viral estão associados a sintomas da doença, é possível que existam suas expressões, mesmo indiretamente, em outras facetas da QV<sup>(15)</sup>. No caso desta pesquisa, isso pode ocorrer com a variável condição clínica, com diferença estatística em cinco dos seis domínios.

Para a variável sexo, os resultados são semelhantes aos de outros estudos<sup>(13,15-17)</sup>, com maiores escores nos domínios da QV entre homens. Nesse sentido, apesar de alguns autores questionarem se existiriam, de fato, diferenças na percepção da QV entre homens e mulheres, ou somente um modo diverso no estilo das respostas, sabe-se que a realidade socioeconômica e cultural, em geral, se mostra desfavorável ao gênero feminino<sup>(13)</sup>.



Assim, seria necessário um olhar diferenciado para as mulheres que vivem com HIV/AIDS, considerando as suas vulnerabilidades, que se referem às importantes diferenças nos aspectos culturais, sociais e econômicos, as quais geram às mesmas oportunidades desiguais na proteção, promoção e manutenção à saúde<sup>(16)</sup>.

Tendo em vista os resultados quanto à influência do nível de instrução para a QV, houve padrão semelhante a outras pesquisas<sup>(17,20)</sup>, com maiores escores na percepção dos sujeitos para estratos mais elevados de escolaridade. Esse aspecto aponta o impacto de elementos sociais, como o padrão educacional, para a QV. Desse modo, concebe-se que o nível educacional poderia influenciar nas habilidades de autogerenciamento diante da doença e suas demandas diversas<sup>(13)</sup>. Pensa-se haver maior facilidade no acesso e na compreensão das informações sobre temáticas pertinentes ao agravo.

No que concerne à inserção das PVHA no mundo do trabalho, os achados desta investigação se alinham e ampliam as perspectivas de outros estudos<sup>(16,20)</sup>, pois se constatou diferenças estatísticas significantes não em parcela, mas em todos os seis domínios da QV. Compreende-se que a saúde física e mental podem beneficiar-se da atividade laborativa em um processo interacional e de reforço mútuo<sup>(7)</sup>. Isso, pois o trabalho pode ser fonte de sofrimento e estresse, mas, também, de prazer, autorrealização e formação de identidade<sup>(21)</sup>.

No caso das PVHA, o trabalho permite, além do acesso às condições materiais de existência, o desvio do pensamento das questões, muitas vezes, negativas da doença, gerando sentimento de utilidade e produtividade. Além disso, teria o potencial de ampliação dos contatos sociais, embora, não raro, se observem algumas barreiras impostas a esses sujeitos para a empregabilidade<sup>(21)</sup>.

Entretanto, pode ser fator adicional limitador ao acesso ao trabalho e melhores posições nesse campo o baixo nível de instrução, que foi predominante entre os participantes do estudo, apontando a importância de políticas específicas. E, embora o desenho desta pesquisa não permita afirmativa conclusiva a respeito, poderia ocorrer, também, possível influência da categoria gênero sobre essa dimensão, dado o padrão avaliativo inferior da QV observado entre as mulheres.

Quanto à variável renda pessoal, os resultados são similares aos de pesquisas efetivadas no Brasil, com a distinção de que nas mesmas não houve diferença significativa no domínio ERCP, enquanto no domínio relações sociais essa diferença foi notada<sup>(16-17)</sup>. Esses achados apontam, também, como ocorrido na variável trabalho, para o impacto dos níveis socioeconômicos para a QV desses sujeitos, compreendidos em conjunto

com a escolaridade, pois são indicadores envolvidos na caracterização e implicações da tendência de pauperização da epidemia no país<sup>(22)</sup>.

Considerando a condição clínica das PVHA, há registros na literatura de diferenças na avaliação da QV entre assintomáticos e sintomáticos, com melhores escores para os primeiros, especialmente, no domínio físico<sup>(17)</sup>. No presente estudo, entretanto, como em outra pesquisa<sup>(13)</sup>, houve influência dessa variável em diversos outros domínios, além da dimensão física. Esse resultado reforça a perspectiva de relação potencial entre os aspectos biológicos e os de natureza psicossocial. A condição clínica percebida como sintomática, possibilitou avaliações mais negativas sobre os domínios físico e nível de independência, mas, também, no domínio psicológico e das relações sociais.

Em relação à variável sentir-se doente, pensou-se, inicialmente, que, no conjunto dos dados do estudo, pudesse ter redundância com a condição clínica. Entretanto, acredita-se que isso não ocorre, ao menos, de maneira completa, pois, nessa última, o domínio ERCP não foi implicado. Desse modo, pode-se pensar no reforço a estudos que evidenciem a incorporação da subjetividade na avaliação da QV, tendo em vista suas contribuições no contexto das ações e intervenções em saúde<sup>(1)</sup>.

Os resultados referentes à influência das hospitalizações pelo agravo sobre o domínio de nível de independência da QV podem estar relacionados ao fato de que a internação tenha ocorrido para tratamento de alguma condição clínica, a qual, provavelmente, gerou sequela e/ou passou a interferir, ainda que temporariamente, nas atividades de vida diária. Pode, outrossim, ter gerado a necessidade de ingestão de maior número de medicações ou a redução da percepção de condições físicas compatíveis com o trabalho<sup>(23)</sup>. Além disso, a maioria dos sujeitos da pesquisa encontra-se em uso de HAART e grande parte possui valor igual ou superior a 500CD4/mm<sup>3</sup>, reduzindo as chances de experiência e consequências negativas das internações.

No que diz respeito aos achados da influência das alterações orgânicas pela HAART sobre os domínios físico e psicológico da QV, pensa-se que ocorreram pelas reações adversas ocasionadas pelos medicamentos e pela dependência de tratamento contínuo no cotidiano. Assim, reforçam-se as recomendações sobre a importância da valorização desses aspectos no acompanhamento de clientes soropositivos ao HIV, haja vista seu impacto sobre a QV e, também, na adesão ao tratamento e no estado de saúde<sup>(23)</sup>.

Considerando os desdobramentos quanto às facetas programáticas imanentes ao conjunto de achados sobre

QV de PVHA, reitera-se que importante componente do controle da epidemia, no país, diz respeito à garantia da oferta especializada de assistência em saúde a esse grupo. Entretanto, o acesso aos programas, serviços e intervenções em saúde diante do agravo ainda ocorre de maneira desigual, resultando na configuração de diferentes perfis de vulnerabilidade<sup>(6)</sup>. Tal panorama, por sua vez, pode ser minorado ao se ter em perspectiva princípios orientadores para as políticas públicas e ações profissionais em saúde e enfermagem, baseados na lógica operativa da QV, a qual, neste estudo, aponta condicionantes sociais em consonância com os de saúde ora explorados.

Pensa-se que a enfermagem tem papel importante na avaliação e promoção da melhoria da QV das PVHA. Isso, pois possui entre seus metaparadigmas a pessoa, a saúde e o ambiente, em convergência com as concepções teóricas em torno do fenômeno multidimensional da QV.

## Conclusões

Este estudo permitiu constatar a ocorrência de interferência das seguintes condições sobre os diversos domínios mensurados da QV: sexo, escolaridade, trabalho, renda pessoal, condição clínica, percepção sobre estar ou não doente, internações por AIDS e alterações orgânicas associados à HAART.

Dentre os aspectos com implicação para a QV, mereceu especial destaque o papel exercido pela inserção no mercado de trabalho e a percepção das PVHA sobre estarem ou não doentes. Tal consideração se deve ao fato de que essas condições impactaram significativamente em todos os seis domínios de avaliação da QV, ajustados a esse grupo pela OMS. Sinaliza-se, então, para a relevância dessas questões nas abordagens terapêuticas individuais ou coletivas ante a convivência com o agravo, haja vista os desafios relacionados ao mundo do trabalho pelos indivíduos soropositivos, bem como a necessidade da promoção de uma escuta ativa quanto à visão dos clientes sobre sua própria saúde.

A substantiva elevação no tempo de vida das pessoas que vivem com o agravo, observado na atualidade, trouxe à baila a necessidade de inclusão de outros aspectos além daqueles eminentemente biomédicos da relação dos sujeitos com o HIV/AIDS em seu cotidiano. Faz-se mister, assim, a assunção de perspectivas teóricas e atitudinais, incluindo amplamente as múltiplas facetas que configuram a vida com o agravo, sendo a QV um constructo com importante potencial de contribuição para a prática de cuidados em saúde e enfermagem a esse grupo, bem como para o delineamento de políticas públicas na área.

Finalmente, cabe apontar como limitações ao estudo: o uso da escala tipo Likert com autopreenchimento pelos sujeitos e a inclusão de participantes com ou sem uso de HAART, haja vista as possíveis consequências dessa na vida dos mesmos.

## Agradecimentos

Ao professor e estatístico Cléber Nascimento do Carmo, pelo auxílio na realização dos cálculos de amostragem da pesquisa.

## Referências

1. Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPA, editor. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008. p. 19-28.
2. Rai Y, Dutta T, Gulati AK. Quality of Life of HIV-Infected People Across Different Stages of Infection. *J Happiness Stud.* 2010;11(1):61-9.
3. Anis AH, Nosyk B, Sun H, Guh DP, Bansback N, Li X, et al. Quality of Life of Patients with advanced HIV/Aids: measuring the impact of both aids-defining events and non-aids serious adverse events. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;51(5):631-9.
4. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. *Rev. Latino-am. Enfermagem.* 2011;19(3):485-92.
5. Sayles JN, Wong MD, Kinsler JJ, Martins D, Cunningham WE. The Association of Stigma with Self-Reported Access to Medical Care and Antiretroviral Therapy Adherence in Persons Living with HIV/Aids. *J Gen Intern Med.* 2009;24(10):1101-8.
6. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/Aids em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25 suppl 2:259-68.
7. Rueda S, Raboud J, Mustard C, Bayoumi A, Lavis JN, Rourke SB. Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. *AIDS Care.* 2011; 23(4):435-43.
8. Formozo GA, Oliveira DC. Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(4):392-8.
9. Skevington SM, Norweg S, Standage M, The WHOQOL HIV Group. Predicting quality of life for people living with HIV: international evidence from seven cultures. *AIDS Care.* 2010;22(5):614-22.



10. Yadav S. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/Aids: a case study from Nepal. *Qual Life Res.* 2010;19(2):157-66.
11. The WHOQOL HIV Group. Initial steps to developing the World health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/Aids. *AIDS Care.* 2003;15(3):347-57.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Saúde Mental e Dependência Química. WHOQOL-HIV Bref: versão em Português. Genebra: OMS; 2002.
13. Zimpel R, Fleck MPA. Qualidade de vida em pacientes com HIV/Aids: conceitos gerais e resultados de um estudo brasileiro. In: Fleck MPA, editor. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre (RS): Artmed; 2008. p. 157-67.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Saúde Mental e Dependência Química. Instrumento WHOQOL-HIV: sintaxe. Genebra: OMS; 2002.
15. Ferreira BE, Oliveira IM, Peniago 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.
16. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/Aids de um município do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):230-6.
17. Santos ECM, França Júnior I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2007;41 suppl 2:64-71.
18. Tran BX. Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/Aids patients in Vietnam. *Plos ONE [Internet].* 2012 [acesso 03 jun 2013];7(7):e41062. Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/79785299/quality-life-outcomes-antiretroviral-treatment-hiv-aids-patients-vietnam>
19. Campos LN, César CC, Guimarães MDC. Quality of life among HIV-infected patients in Brazil after initiation of treatment. *Clinics.* 2009;64(9):867-75.
20. Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):565-75.
21. Ferreira RCM, Figueiredo MAC, Souza LB. Trabalho, HIV/Aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. *Psicol Estud.* 2011;16(2):259-67.
22. Souza CC, Mata LRF, Azavedo C, Gomes CRG, Cruz GECP, Toffano SEM. Interiorização do HIV/Aids: um estudo epidemiológico. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2013; 11(35):25-30.
23. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2013 – versão preliminar.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Recebido: 19.6.2013

Aceito: 20.5.2014