

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Joelma Gomes da Silva¹
fisiojoelmagomes@gmail.com
Dimas Anaximandro da Rocha Morgan²
Humberto Jefferson de Medeiros³
Arnaldo Tenório da Cunha Júnior⁴
Maria Irany Knackfuss⁵

RESUMO

A qualidade de vida tem sido cada vez mais abordada em estudos clínicos e, apesar do seu caráter subjetivo e de difícil mensuração, tem se tornado uma medida eficaz no meio científico. Dentro desse campo, surge a qualidade de vida relacionada à saúde, abordando pessoas que vivem diferentes experiências de vida após o diagnóstico de uma doença. Diante disto, o presente estudo teve como objetivo fazer uma revisão de literatura acerca da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Foi feito um levantamento nas bases de dados PubMed; Lilacs, Scielo, e Web of Science, de artigos em português, inglês ou espanhol, nos últimos dez anos. A partir dessa revisão, foi possível inferir que, de maneira geral, as pessoas que vivem com HIV/AIDS tem suas vidas afetadas pela doença, com grande impacto negativo.

Palavras-chave: HIV/AIDS, Qualidade de Vida, Qualidade de vida relacionada a saúde, pessoas que vivem com HIV/AIDS

ABSTRACT

The quality of life has been increasingly addressed in clinical trials and, despite its subjective nature and difficult to measure, it has become an effective measure in the scientific community. Within this field, the quality of health-related life arises, addressing people living different experiences of life after diagnosis of a disease. Due to this, the present study aimed to review the literature about the quality of life of people living with HIV / AIDS. A survey was done in PubMed; Lilacs, SciELO, and Web of Science, articles in Portuguese, English or Spanish, in the last ten years. From this review, it was possible to infer that in general people living with HIV / AIDS have their lives affected by the disease, with great negative impact.

Keywords: HIV / AIDS, Quality of Life, Quality of life related to health, people living with HIV / AIDS

¹Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente da Faculdade do Vale do Jaguaribe

² Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente substituto na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

³ Doutor em Ciências da Saúde, Diretor do Departamento de Educação Física e Docente na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

⁴ Doutor em Ciências da Saúde, Diretor do Departamento de Educação Física e Docente na Universidade Federal de Alagoas

⁵ Doutora em Ciências da Saúde, Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Saúde e Sociedade e Docente na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

O descobrimento do HIV/AIDS na década de 80 representou um marco para esse período. Os primeiros casos da doença foram identificados nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, porém o maior impacto da epidemia foi na África sub-saariana, onde podemos perceber uma maior transmissão entre heterossexuais (DE COCK; JAFFE; CURRAN, 2012).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (2013), no ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de AIDS. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. A maior taxa foi observada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8).

Este fato ganha importância ao analisar que na época do seu descobrimento, esta doença estava vinculada a um grupo específico como homossexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e Hemofílicos, o que serviu, de certo modo, como fator determinante para gerar preconceito da sociedade, postergando as ações de intervenção por parte do poder público. Contudo, houve a mudança de perfil epidemiológico, com uma caracterização voltada para feminização, pauperização e interiorização (VIDAL et al., 2012).

Com isso, surge a necessidade de ações mais efetivas para atender essa população e é então nesse contexto que temos no Brasil, a instauração de Políticas Públicas que culminou com uma das melhores políticas de enfrentamento da AIDS em todo mundo. Como exemplo, temos a produção de alguns medicamentos que combatem a síndrome, fabricados no país, além da distribuição gratuita.

Esta introdução efetiva dos medicamentos garantiu um caráter crônico a AIDS, mas também trouxe consigo muitos efeitos colaterais, o que, de certo modo, interfere tanto na adesão ao tratamento, como na percepção de saúde desses indivíduos, além de exigir intervenções mais eficazes para um público que antes vivia na iminência de morte, e agora passou a vivenciar uma doença crônica (FERNANDES et al., 2009).

A partir desse contexto, torna-se necessário o enfoque na qualidade de vida desses indivíduos, quando paramos para entender essa qualidade de vida como sendo a

percepção do indivíduo quanto a 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, conseguimos, mesmo que de forma limitada, medir o impacto que uma adversidade pode causar na vida do mesmo (OLSEN et al., 2013; OMS, 1995).

Apesar de não ser uma medida de fácil obtenção, é preciso atentar para a multiplicidade de questões envolvidas, bem como a subjetividade; indo desde parâmetros sociais até de saúde ou econômicos. Por tamanha abrangência, esses indicadores podem passar por análise de diversas áreas do conhecimento, sendo criadas várias definições e concepções (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Mesmo diante dessa complexidade, a QV tornou-se uma medida de eficácia em estudos clínicos com o surgimento de uma nova vertente, que é a qualidade de vida relacionada a saúde, abrangendo pessoas que vivem diferentes experiências após o descobrimento de alguma doença e/ou afecção.

Partindo-se desse pressuposto, o presente estudo teve como objetivo fazer uma revisão da literatura acerca da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS, buscando compreender todos os fatores envolvidos nesse processo.

METODOLOGIA

Esse é um estudo do tipo revisão integrativa de literatura, cuja pesquisa bibliográfica foi operacionalizada mediante a busca eletrônica de artigos indexados nas bases de dados (*PubMed; Lilacs, Scielo, e Web of Science*), por meio dos seguintes descritores: HIV/AIDS, Qualidade de Vida, Qualidade de vida relacionada a saúde, pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A amostra compreendeu as publicações de artigos indexados em periódicos, selecionados a partir de uma leitura prévia dos resumos anexados que seguiram os seguintes critérios de inclusão:

- Idioma de publicação: foram selecionados artigos totalmente em português, inglês ou espanhol;
- Veículo de publicação: foram recrutados artigos de periódicos indexados por ter um melhor acesso;

· Ano de publicação: Foi realizado um levantamento de artigos publicados entre os anos 2005 e 2015, compreendendo, portanto, um intervalo de 10 anos. Sendo que algumas referências citadas anteriormente a esse período foi devido ao cunho histórico das mesmas.

· Referências que tiveram pertinência com o tema, tendo como critério norteador do estudo a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS

Para melhor organização e compreensão, os artigos foram separados em grupos levando em consideração o ano de publicação, o tipo de delineamento do estudo, a concordância ou não com a ideia proposta pelo trabalho; e o idioma em que estava escrito. Assim, os artigos constituíram fontes primárias da pesquisa e acreditamos ter englobado os mais relevantes a respeito do tema, já que as bases de dados consultadas mantêm um bom nível de rigor em suas seleções.

REFERENCIAL TEÓRICO

Discussões acerca da Qualidade de Vida (QV) têm sido ampliadas, por ser considerada uma medida confiável e reprodutível, possuindo um caráter dinâmico, multifatorial, multidimensional e polissêmico (LANDEIRO et al., 2011).

Pigou (1924) iniciou a discussão sobre o tema em seu livro sobre Economia e Bem-Estar, colocando a situação de pessoas com renda menos favorecida e o impacto disto em suas vidas. Porém, o termo só ganhou impacto quando foi citado pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson em 1964 (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006; FLECK et al., 1999; LANDEIRO et al., 2011).

No Brasil, este termo passou a ser utilizado em 1970, atrelado aos serviços de saúde, voltado inicialmente aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) (GEOCZE et al., 2010; LANDEIRO et al., 2011).

Contudo, apesar dos intensivos estudos dentro dessa área, o conceito da QV ainda gera muitos debates, e o que antes estava atrelado apenas ao poder econômico, com o passar do tempo passa por um processo de ampliação, englobando as esferas cultural, social e pessoal (NAHAS, 2006; PASCHOAL, 2000).

Para o senso comum, esse termo está relacionado com a felicidade, o bem estar e a satisfação com a vida. Porém, esta visão limita a amplitude da palavra, já que um

indivíduo pode estar satisfeito apenas em alguns aspectos da sua vida, enquanto os demais se apresentam comprometidos (REIS et al., 2011). Partindo dessa problemática, podemos perceber a complexidade de conceituar a QV de modo que abranja todas as suas dimensões e significados.

Porém, o Grupo *The World Health Organization instrument to evaluate quality of life* (WHOQOL), ligado a OMS consegue chegar a um consenso e acaba por definir a QV como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. Desse modo, esse grupo se baseou no aspecto multidimensional e subjetivo, levando em consideração os domínios da saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (GROUP, 1995).

Este é o conceito mais aceito atualmente, mesmo com toda divergência existente, devido a sua amplitude, que consegue abranger várias condições influenciadoras com relação a forma como o indivíduo percebe o seu funcionamento diário, podendo afetar seus sentimentos e comportamentos, não se limitando apenas à sua condição de saúde física. Este fato representa um marco, pois acaba por mudar o foco dos estudos, da cura e medicalização, para viver com qualidade mesmo diante de doenças crônicas (MEDEIROS; DA SILVA; SALDANHA, 2013).

Vale ressaltar que essa conceituação ainda está atrelada ao fator tempo, a localidade, aspecto pessoal, contexto cultural e áreas de aplicação. Isto é, em uma mesma sociedade pode ocorrer variação no parâmetro de QV em épocas diferentes; ou essa mutabilidade pode ocorrer de indivíduo para indivíduo, em diferentes culturas ou diferentes extratos sociais, dependendo das necessidades e da visão de cada povo (REIS et al., 2011).

Apesar de ser a conceituação mais aceita nos dias atuais, ainda é posta em questão e com isso muitos novos conceitos surgem, a partir desse, ou tomando uma linha de raciocínio bem divergente. Sendo assim, a noção de QV transita em um campo semântico polissêmico, estando relacionada ao modo, condições e estilo de vida; como também as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, não esquecendo o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais e na saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diante de toda essa discussão, duas ideias estão sendo delineadas na literatura a respeito da QV; aquela com conceito mais genérico, já definido a priori, e a outra relacionada às doenças ou intervenções em saúde, também conhecida como Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Esta foi definida como valor atribuído à duração da vida quando modificada por uma doença ou outros agravos que podem levar a uma nova percepção sobre limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades do cotidiano, expressando o modo de quantificar cientificamente o impacto que tal doença ou tratamento trouxe sob a percepção do paciente (FLECK et al., 1999; SOARES et al., 2011; SOUZA et al., 2010).

Nesta linha de pensamento, muitas áreas de estudo relacionadas à saúde tem se voltado para estudar a QV no âmbito de algumas doenças, dentre estas, aquelas de caráter crônico tem estado em foco, pois as formas de tratamento para esses indivíduos e o maior tempo de vida convivendo com alguns transtornos acabam por ter um impacto negativo na QV dos mesmos (REIS et al., 2011).

Nessa perspectiva, surge o estudo da QV no campo do HIV/AIDS, que tem ganhado cada vez mais espaço, principalmente pós TARV, devido ao aumento da sobrevivência desses pacientes que por sua vez estão mais expostos a sintomas físicos e psicológicos, em função da peculiaridade da doença em si. Sendo assim, a categoria de exposição, o estado imune, a adesão e os efeitos colaterais ao tratamento, e a estigmatização da doença, podem influenciar diretamente na QV desses pacientes. Todos esses fatores são dependentes do diagnóstico precoce, para que o paciente tenha a oportunidade de canalizar suas energias e lidar melhor com o diagnóstico (SILVA, 2009).

Essa afirmação recai no fato que a QV das PVHA's pode variar de acordo com o estágio da doença, decorrente da própria sintomatologia clínica, problemas sociais ou dos efeitos colaterais, culminando com a negação ao tratamento (CANAVARRO; PEREIRA, 2011).

Os primeiros estudos abordando a QV no HIV/AIDS surgiram ainda antes da era da terapia, ou seja, em um momento que a doença estava associada à iminência de morte, com o aparecimento e agravamento dos sintomas, que acabavam por deteriorar a QV dessas pessoas. É tanto que estes estudos estavam na maioria das vezes focados nos

sintomas físicos, como a dor e a fadiga (LUBECK; FRIES, 1992; ROSENFELD et al., 1996; WU; GRAY; BROOKMEYER, 1999).

Entretanto, com o advento da TARV combinada, e a transição para um caráter crônico, outras abordagens surgiram, com a caracterização de um momento de transição que antes focava nas taxas de mortalidade, passando a haver maior interesse no estudo sobre o estado de saúde que englobam aspectos psicossociais, fatores demográficos, o enfrentamento da doença, suporte social, sintomas de depressão, maior tempo no período assintomático frente à expectativa de maior sobrevivência, e a religiosidade. Portanto, a QV no campo do HIV/AIDS não está relacionada somente ao prolongamento da vida, mas principalmente ao maior tempo de enfrentamento da doença (BAJUNIRWE et al., 2009; BARBOSA, 2013; LEE et al., 2009; NEWMAN et al., 2010; TAVERA, 2010).

Diante disto, hoje já sabemos que viver com o HIV/AIDS traz sérias consequências para a qualidade de vida do paciente, e permeia por todos os campos da vida tais como ansiedade, depressão, estresse, alteração no sono, ruptura das relações sociais e afetivas, dificuldade quanto à sexualidade; além da influência que o ambiente pode exercer nessa dinâmica. Assim, o enfrentamento em locais com diferentes níveis sociais, políticos e econômicos, também podem ser fatores para definir o nível de QV dessas pessoas (SAFREN et al., 2012; YADAV, 2010).

Na linha da QVRS das PVHA's, vale lembrar que esta abrange a capacidade de realização das atividades da vida diária (AVD's), bem como aspectos físicos e psicológicos. Estes aspectos incluem dentre outros; a dor, o impacto social, deficiências físicas, de mobilidade, o acesso aos serviços de saúde, o uso da terapia medicamentosa, a situação socioeconômica, o enfrentamento e bem-estar espiritual (VAN AS et al., 2009).

Alguns desses fatores foram comprovados no estudo de Reis et al. (2011), quando avaliou em seu estudo a QV e sua relação com fatores sociodemográficos e referentes à sexualidade de 228 participantes positivos para o HIV, com idade média de 39 anos. Os autores encontraram associação de piores escores de QV com o fato de ser analfabeto, ter menor escolaridade e não ter renda ou vínculo empregatício. No que diz

respeito à sexualidade, não ter vida sexual ativa e ter parceiro com HIV/AIDS também influenciou negativamente a QV dos participantes.

Lopes et al. (2011) realizaram um estudo objetivando avaliar a QV da população idosa que vive com o HIV/AIDS. Dessa forma, a amostra foi composta por 86 pacientes com mais de 50 anos, com baixos índices de renda e de escolaridade. Verificou-se maiores preocupações quanto aos aspectos financeiros, ao sigilo, à saúde e à atividade sexual, com altos índices de confiabilidade no médico.

Ainda com relação aos fatores sociodemográficos, Calvetti et al. (2012), em seu estudo com 354 participantes com HIV/AIDS (73 mulheres, 281 homens) encontraram diferenças significativas na QV com relação ao sexo e tempo de diagnóstico.

Associações demográficas e comportamentais com a QV de 3.778 PVHA's foram analisadas em outro estudo, os fatores associados com um menor nível de QV incluíram idade avançada, ser do sexo feminino, raça, ser usuário de drogas injetáveis, ter baixa escolaridade e renda, não ter seguro de saúde privado, e menor contagem de CD4. Desse modo, a percepção de uma má QV esteve associada mais fortemente com a menor contagem de células CD4 (CAMPSMITH; NAKASHIMA; DAVIDSON, 2003).

Apesar de todos esses fatores envolvidos, nem sempre viver com uma doença crônica e incurável aplaca totalmente a percepção de qualidade de vida dessas pessoas. Meirelles et al. (2012) faz essa demonstração quando divide por categorias a percepção de 14 indivíduos vivendo com HIV/AIDS alocando a fé, alimentação saudável, atividade física, trabalho, saúde, satisfação consigo mesmo, bom atendimento em saúde, sentir-se saudável e bem nos seus relacionamentos como fatores contributivos para uma boa QV nesses indivíduos.

Ainda comprovando este fato, Silva et al. (2013), avaliaram a percepção de QV de PVHA's comparando-a com a de pessoas sem o diagnóstico para o HIV. O estudo foi composto por 561 pessoas positivas para o diagnóstico e 286 pessoas sem o diagnóstico. Com relação à percepção e avaliação da QV, esta teve uma avaliação positiva por 59% das PVHA's, sendo que as dimensões espiritualidade e perspectiva de futuro foram as mais pontuadas. Já aqueles sem o diagnóstico para o HIV, um total de 61% também fizeram uma avaliação positiva, contando agora com as dimensões

melhores pontuadas a de espiritualidade e nível de independência. No entanto, vale ressaltar que ocorreu uma avaliação negativa do grupo com HIV/AIDS nos domínios ambiental e independência em comparação ao grupo sem diagnóstico. Porém, mesmo com esse dado e contrariando os estudos apresentados acima, o fato de viver com o HIV/AIDS, neste estudo não representou impacto na percepção da QV dos indivíduos.

Contrariando os resultados acima, um estudo comparando níveis de QVRS de PVHA's com a população em geral, com um total de 820 adultos HIV-positivos e negativos, sendo que entre as 400 pessoas HIV-positivas, 52,3% tinham um histórico de uso de drogas injetáveis, e 56,3% já estavam com AIDS e sob TARV. Com relação à dor, aqueles pacientes em uso de TARV, apresentaram números significativamente maiores em comparação aos que não estavam usando o medicamento. Os usuários de drogas injetáveis que estavam sob TARV, tiveram menor pontuação na QVRS quando comparados aos não usuários. Ainda houve uma associação do desemprego e da inacessibilidade aos serviços de saúde com menor QVRS. Foi possível perceber, de maneira geral, menores índices de QVRS das PVHA's, quando comparadas com a população em geral (Tran et al.. 2011).

Porém, não podemos perder de vista que o suporte emocional é essencial para auxiliar o indivíduo a enfrentar a doença, atuando como fator de melhora na QV desses pacientes.

He et al. (2012), comprovaram isto em um estudo na cidade de Kunming, com 247 PVHA's, com o objetivo de investigar a QV dessas pessoas e os fatores associados, concluindo que essa população tem pontuações relativamente mais baixas de QV, fator que está atrelado ao grande número de sintomas durante a infecção, a idade avançada e a percepção de falta de apoio social.

Isto se torna evidente quando nos deparamos com resultados de um estudo de coorte com 1457 PVHA's, relatando que o estigma social teve um impacto negativo e significativo na QV dos pacientes envolvidos. Desse modo, a falta de intervenções eficazes para reduzir essa estigmatização, contribuiu para redução da satisfação com a vida, ruptura da interatividade social e diminuição da percepção do estado de saúde (GREEFF et al., 2010).

Ainda com relação a fatores relacionados com a QV, Medeiros e Saldanha (2012) em uma investigação sobre a religiosidade e QV de 90 PVHA's, encontraram uma relação entre essas duas variáveis, ressaltando-se associação com os domínios psicológico, social e ambiental e confirmando que a religiosidade também desempenha um papel fundamental no enfrentamento de doenças.

Com relação aos domínios envolvidos na determinação desta qualidade de vida, um outro estudo demonstrou melhorias para aqueles participantes que relataram estar satisfeitos com os serviços de saúde oferecidos pelo hospital, tendo como principais determinantes a dimensão psicológica, contagens de CD4 e a dimensão ambiental (MEDEIROS et al., 2013).

Ferreira; Oliveira e Paniago (2012), por meio da aplicação do WHOQOL HIV (versão completa), com 205 PVHA's, com idade média de 40,59 anos, CD4 médio de 397,9 e com média de 5,23 anos de diagnóstico, verificaram uma pontuação satisfatória para os domínios: psicológico, relações sociais, físico, de independência, crenças pessoais e meio ambiente. Por meio destes resultados, os autores concluíram que os participantes deste estudo se mantiveram com uma QV intermediária, e esta variável se correlacionou com os níveis de CD4, carga viral, e tempo de diagnóstico.

Em outro estudo, desta feita apenas com mulheres vivendo com HIV/AIDS, contabilizou-se um total de 106 participantes dentre as quais, 99,1% eram heterossexuais, sendo que 92,4% foram infectadas por via sexual. Com relação aos domínios de QV presentes no WHOQOL, o que obteve maior escore foi o da espiritualidade, seguido pelo físico, psicológico e relações sociais. Já os menores escores foram encontrados nos domínios nível de independência e meio ambiente. Foi encontrada associação com os diferentes domínios com o baixo nível socioeconômico e educacional (GASPAR et al., 2011).

Outra relação que pode ser feita é entre dor, sintoma bastante comum nesses pacientes, e QV relatada em estudos que associaram o aumento da intensidade da dor em PVHA's, bem como a inadequada analgesia, como efeito debilitante na QV (NAIR et al., 2009; NAMISANGO et al., 2012; ROBBINS et al., 2013).

Ming et al. (2012), com o objetivo de explorar os fatores que influenciam a QV de 20 PVHA's em uso de TARV na China rural, identificaram que a terapia

medicamentosa afeta a saúde física, incluindo a experiência da dor, efeitos colaterais e infecções oportunistas com impacto negativo na QV.

Dibonaventura et al. (2012) com o objetivo de avaliar a associação entre os efeitos dos medicamentos, com o estado de saúde auto avaliado; a produtividade do trabalho e comprometimento da atividade; e a utilização de recursos de saúde, em 953 PVHA's que estavam fazendo uso do medicamento; encontram como efeitos mais frequentes a fadiga (70,72%), diarreia (62,96%), insônia (58,97%), tonturas (52,78%), neuropatia (52,68%), dor nas articulações (52,36%), náuseas (51,63%) e dor abdominal (50,37%). Sendo que a presença desses efeitos foi associada com um comprometimento da auto avaliação da saúde, maior improdutividade e aumento dos recursos de saúde.

Associações entre a gravidade da dor e uma piora significativa da QV também foi realizada no estudo de Ebirim, Otokwala (2013) em Port Harcourt com pacientes ambulatoriais com HIV / AIDS, estando comprometidos também devido à analgesia inadequada.

Um outro estudo, alocando a presença da dor como sintoma influenciador para determinação da QV com 267 pacientes com HIV e 598 participantes sem o HIV no Malawi concluíram que aqueles pacientes com HIV em tratamento tem uma QV significativamente inferior, tanto mentalmente, como fisicamente; podendo variar de acordo com o estágio de infecção (FAN et al., 2011).

Contrariando o estudo anterior, Zuniga et al. (2011) avaliaram os comportamentos de 239 pessoas que vivem com HIV/AIDS que procuram cuidados de saúde em quatro domínios de QVRS (bem-estar emocional, o funcionamento cognitivo, capacidade física, e dor). Os autores encontraram indicadores positivos de QVRS. Porém o diagnóstico de AIDS esteve associado a uma menor QV quando reportado o comprometimento cognitivo, físico e a presença de dor.

Fernandez et al. (2010) procuraram estimar QV, bem como os anos de vida ajustados pela qualidade (QUALY) em uma amostra total de 3.815 PVHA's, encontrando transtornos do humor, dor e ansiedade, como as principais causas relacionadas à perdas da QUALY; sendo que como principal sintoma foi alocado a dor relacionada a condições médicas crônicas.

Dentro desse processo da doença e aparecimento de sintomas, Selman et al. (2013) procuraram descrever e comparar a QV em pacientes com HIV e com câncer. Dos 285 pacientes participantes, a idade média foi de 40,1, sendo que deste total 69,1% eram do sexo feminino. Vale ressaltar que o diagnóstico primário foi o HIV em 80,7% dos casos, o de câncer se deu em 17,9% e de outras condições 1,4%. As PVHA's que corresponderam um total de 115 tiveram uma QV significativamente pior do que os pacientes com câncer.

Diante de toda essa discussão é possível afirmar ainda com mais veracidade o caráter subjetivo tanto da QV, como da QVRS. Essa variabilidade de tais variáveis e a dependência do contexto, do ambiente e do indivíduo, muitas vezes vista como uma dificuldade de mensuração, pode ser tomada como uma aliada, pois nos permite uma avaliação do momento e sensações vividas por aquele indivíduo, bem como seu enfrentamento junto à vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar em Qualidade de Vida no contexto HIV/AIDS pode até parecer controverso, mas não é, pois a forma como o indivíduo escolhe enfrentar a doença, seus estigmas sociais, preconceitos e comorbidades pode ser um fator decisivo em uma melhor percepção da vida, sendo muitas vezes o momento do diagnóstico um divisor para um melhor cuidado de sua saúde e uma renovação na forma de valorização da vida.

É certo que nem sempre esse fato acontece. A realidade é que na maioria das vezes o paciente resolve se entregar a toda essa teia que o envolve, não conseguindo encarar a situação. A partir disto surge o descompromisso com sua saúde, o aparecimento das comorbidades, com conseqüente impacto negativo na qualidade de vida do mesmo; daí o apontamento da maioria dos estudos para uma pobre QV das PVHA's.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.A.B.D.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa.** São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades–EACH/USP, 2012.

BAJUNIRWE, F. et al. Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda. **AIDS care**, v. 21, n. 3, p. 271-279, 2009.

BARBOSA, E. G. M. D. M. Perfil metabólico de cálcio e ósseo de pacientes soropositivos para HIV em uso ou não da terapia antirretroviral. 2013. 116f. **Dissertação** (Mestrado em Ciências Nutricionais) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2013.

BRASIL. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO -AIDS/DST. (Ano VIII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010; Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011). Ministério da Saúde. Ano VIII nº 01. 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes?page=1>. Acesso em: 20/06/2013.

BRITO, A.M.D.; SZWARCOWALD, C.L.; CASTILHO, E.A.D. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **RevAssocMedBras**, v.52, n.2, p86- 92, 2006.

CAMPSMITH, M.L.; NAKASHIMA, A.K.; DAVIDSON, A.J. Self-reported health-related quality of life in persons with HIV infection: results from a multi- site interview project. **Health Qual Life Outcomes**, v. 1, p. 12, 2003.

CANAVARRO, M.C.; PEREIRA, M. Avaliação da qualidade de vida na infecção por VIH/SIDA: Desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV-Bref. **Laboratório de Psicologia**, v.9, n.1, p49-66, 2011.

DE COCK, K.M.; JAFFE, H.W.; CURRAN, J.W. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. **Aids**, v. 26, n. 10, p. 1205-1213, 2012.

DIBONAVENTURA, M.D. et al. The association of HIV/AIDS treatment side effects with health status, work productivity, and resource use. **Aids Care- Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv**, v. 24, n. 6, p. 744- 755, 2012.

EBIRIM, L.N.; OTOKWALA, J.G. Inadequate pain relief in ambulatory patients with human immunodeficiency virus disease in Port Harcourt. **HIV/AIDS (Auckland, NZ)**, v. 5, p. 199, 2013.

FAN, A.P.C. et al. Quality of life and needs assessment on people living with HIV and AIDS in Malawi. **Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv**, v. 23, n. 3, p. 287-302, 2011.

FERNANDES, J.R.M. et al. Initiation of antiretroviral therapy in HIV-infected patients with severe immunodeficiency in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1369-1380, 2009.

FERNANDEZ, A. et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. **British Journal of Psychiatry**, v. 196, n. 4, p. 302-309, 2010.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev saúde pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

GASPAR, J. et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 230-6, 2011.

GEOCZE, L. et al. Quality of life and adherence to HAART in HIV-infected patients. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 743-749, 2010.

GREEFF, M. et al. Perceived HIV stigma and life satisfaction among persons living with HIV infection in five African countries: A longitudinal study. **International journal of nursing studies**, v. 47, n. 4, p. 475-486, 2010.

GROUP, W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

HE, J.H. et al. The quality of life among people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Kunming. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi**, v. 46, n. 3, p. 241-5, 2012.

LANDEIRO, G.M.B. et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. **CienSaude Colet**, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, 2011.

LEE, K.A. et al. Symptom Experience in HIV-Infected Adults: A Function of Demographic and Clinical Characteristics. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 38, n. 6, p. 882-893, 2009.

LOPES, P. D. S. D. et al. Qualidade de vida dos pacientes HIV positivo com mais de 50 anos. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n. 4, p. 356-360, 2011.

LUBECK, D.; FRIES, J. F. Changes in quality of life among persons with HIV infection. **Quality of Life Research**, v. 1, n. 6, p. 359-366, 1992.

MEDEIROS, B.; SALDANHA, A. A. W. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 53-62, 2012.

MEDEIROS, B.; DA SILVA, J.; SALDANHA, A. A. W. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 543-550, 2013.

MINAYO, M.C.D.S.; HARTZ, Z. M. D. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MING, Z.Q. et al. A Qualitative Exploration of the Role of Antiretroviral Therapy on Chinese Rural Life. **Biomedical and Environmental Sciences**, v. 25, n. 1, p. 69-76, Feb 2012.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Midiograf, 2006.

NAIR, S.N. et al. Prevalence of Pain in Patients with HIV/AIDS: A Cross-sectional Survey in a South Indian State. **Indian J Palliat Care**, v. 15, n. 1, p. 67-70, 2009.

NAMISANGO, E. et al. Pain Among Ambulatory HIV/AIDS Patients: Multicenter Study of Prevalence, Intensity, Associated Factors, and Effect. **Journal of Pain**, v. 13, n. 7, p. 704-713, Jul 2012.

NEWMAN, C. et al. HIV generations? Generational discourse in interviews with Australian general practitioners and their HIV positive gay male patients. **Social science & medicine**, v. 70, n. 11, p. 1721-1727, 2010.

OLSEN, M. et al. Conceptual equivalence of WHOQOL-HIV among people living with HIV in Ethiopia. **Quality of Life Research**, v. 22, n. 2, p. 361-367, 2013.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 263f. **Dissertação** (Mestrado em Medicina) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

REIS, R.K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 365, 2011.

ROBBINS, N.M.; CHAIKLANG, K.; SUPPARATPINYO, K. Undertreatment of Pain in HIV plus Adults in Thailand. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 45, n. 6, p. 1061-1072, 2013.

ROSENFELD, B. et al. Pain in ambulatory AIDS patients. II: Impact of pain on psychological functioning and quality of life. **Pain**, v. 68, n. 2, p. 323-328, 1996.

SAFREN, S.A. et al. Quality of Life Among Individuals with HIV Starting Antiretroviral Therapy in Diverse Resource-Limited Areas of the World. **Aids and Behavior**, v. 16, n. 2, p. 266-277, Feb 2012.

SELMAN, L. et al. My dreams are shuttered down and it hurts lots'-a qualitative study of palliative care needs and their management by HIV outpatient services in Kenya and Uganda. **Bmc Palliative Care**, v. 12, 2013.

SILVA, J.D. et al. Qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS: um estudo comparativo com a população em geral. **DST J. Bras. doenças sex. transm**, v. 25, n. 2, 2013.

SOARES, A.H.R. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3197- 3206, 2011.

SOUSA, C.I.C.D. Diversidade genética e resistência natural ao Maraviroc em estirpes do vírus da imunodeficiência humana Tipo 1 (HIV-1) em circulação em utilizadores de drogas por via endovenosa na Grande Lisboa. 2012. 100f. **Dissertação de Mestrado** (Mestrado em Microbiologia Médica) – Universidade Nova de Lisboa, 2012.

TAVERA, M. Calidad de vida relacionada al saluden pacientes con VIH; Quality of life related to health in HIV patients. **Rev. peru. epidemiol.(Online)**, v. 14, n. 3, 2010.

TRAN, B.X. et al. Determinants of health-related quality of life in adults living with HIV in Vietnam. **Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv**, v. 23, n. 10, p. 1236-1245, 2011.

VAN AS, M. et al. The International Classification of Function Disability and Health (ICF) in adults visiting the HIV outpatient clinic at a regional hospital in JOHANNESBURG, S.A.. **Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv**, v. 21, n. 1, p. 50-58, 2009.

VIDAL, E.C.F. et al. Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 10, n. 2, 2012.

WU, A. W.; GRAY, S. M.; BROOKMEYER, R. Application of random effects models and other methods to the analysis of multidimensional quality of life data in an AIDS clinical trial. **Medical Care**, v. 37, n. 3, p. 249-258, 1999.

YADAV, S. Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 2, p. 157-166, 2010.

ZUNIGA, M.L. et al. Binational Care-Seeking Behavior and Health-Related Quality of Life Among HIV-Infected Latinos in the US-Mexico Border Region. **Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care**, v. 22, n. 3, p. 162- 172, 2011.